

groupes

systemiques

innovations

connaissances

# Congrès

Vents d'ouest

## Familles & Alcool

" Voyages au coeur des pratiques  
innovantes "

7 & 8 AVRIL 2005

PALAIS  
DU GRAND LARGE  
SAINT-MALO (35)

prévention

approches

enfance

soins

protection

France

Belgique



Québec

Suisse

20 Ateliers

35 Intervenants

10 Conférences Plénières

...

1 famille sur 10 !?

1 enfant sur ... !?

Actes du Congrès



PÉGASE  
PROCESSUS

Centre de Psychothérapie, de Formation et de Recherche



Association Nationale  
de PRÉVENTION  
en ALCOOLOGIE  
et ADDICTOLOGIE

A.N.P.A.A. 35

## Introduction

# PLAIDOYER POUR UNE ALCOOLOGIE SYSTEMIQUE ET UNE THERAPIE FAMILIALE DES ALCOOLISMES

« Nous sommes des poussières d'étoiles »  
Hubert Reeves

### **Tout est relié ...**

Il a fallu des collisions de nébuleuses pour fabriquer les substances élémentaires qui nous composent, des millions d'années pour que notre espèce émerge du flot de la vie. La complexité nous est tellement familière que nous pourrions ne pas en être conscients. Nous sommes au cœur de multiples systèmes et nous en abritons de multiples.

Chaque discipline s'est appropriée l'étude d'une partie de cette complexité, cette quête épistémologique du sens, par disciplines isolées les unes des autres, peut parfois nous inviter à nous imaginer en tranches successives plutôt qu'en un tout cohérent.

Et pourtant, tous les jours, nous faisons l'expérience de la gravitation, il suffit de laisser tomber une boîte d'œufs ou d'observer la propension qu'ont les gouttes de sauce tomate à se projeter sur une chemise propre pour s'en convaincre.

L'expérience du temps qui passe nous est tout aussi familière, nos enfants et ceux des autres grandissent et nous-mêmes prenons de l'expérience en traversant les cycles de vie, les générations se succèdent.

Nos systèmes biologiques rodés par des millions d'années d'évolution s'autorégulent et parfois tombent en panne.

Les liquides de notre corps circulent et ils ne se réduisent à quelques litres d'eau qu'après notre mort, en attendant, ils sont une partie de nous-mêmes, en mouvement, en changement perpétuel, en ajustement avec notre environnement.

L'alcool éthylique, petite molécule de formule simpliste puisqu'elle n'est, au terme de sa fabrication par fermentation, que le déchet de la digestion des sucres par les premiers animaux domestiques que sont les levures. Quelques carbones, des hydrogènes et de l'oxygène, poussières d'étoiles aussi :  $C_2H_5OH$ . Sans elle, pas d'alcoologie.

Son existence a précédé celle des humains, ceux-ci l'ont découvert, semble-t-il fortuitement, par le biais de l'ingestion de jus de fruits macérés et fermentés, puis par la préparation délibérée de boissons issues de cette fermentation.

Les humains en ont fait un instrument de communication avec les dieux et un produit, qui encore de nos jours, peut être sacralisé. Quelques autres drogues, très minoritaires, ont eu ce statut.

Les propriétés de l'alcool, molécule hydrophile, soluble dans tous les tissus aqueux du corps, sa petite taille, font qu'elle peut circuler dans tout l'espace hydrique du corps, sang, lymphes, vapeur d'eau expirée, urine, sueur. L'alcool semble doté de souplesse systémique.

Ainsi tous les organes mouillés sont à son contact ; le cerveau s'en réjouit ou, selon les doses, se transforme en organe comateux. Toutes les zones du cerveau sont susceptibles d'être touchées. En explorant tous les états intermédiaires liés aux modifications de l'alcoolémie, et ils sont nombreux, le consommateur en éprouve des effets spécifiques, parmi lesquels des modifications de perceptions et d'états de conscience.

Ces états sont expérimentés fortuitement ou délibérément, le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence, en lien avec des pratiques familiales ou sociales, variables selon les pratiques religieuses et les pays (c'est le sociologue ou l'ethnologue qui en parle). Les cultures des Etats varient entre la plus grande permissivité et la prohibition totale.

A un niveau individuel, après l'expérience des effets vient la maîtrise plus ou moins bien réussie du contrôle de la relation dose/effets/conséquences. Les effets sont investis pour des finalités sociales et on dira de l'usage de l'alcool qu'il est sociotrope et, s'il contribue à la socialité, qu'il est convivial, s'il crée des dommages collatéraux que c'est un fléau.

Les législateurs s'emparent de ces conduites déviantes et néfastes pour les sanctionner ou les prévenir. Les historiens nous apprennent que le code d'Hammourabi, roi de Babylone (1793-1750 av JC) contient des règles de répression de l'ivresse publique. On retrouve des tentatives semblables en Chine Ancienne, en Egypte Antique et jusqu'à nos jours.

La justice a, elle aussi, à se prononcer. Pendant longtemps les conduites sous alcool ont été tour à tour entre les mains des religieux qui en faisaient une boisson sacrée ritualisée, des moralistes qui pouvaient en justifier les valeurs morales roboratives ou condamner ceux qui, par vice ou déficience de volonté, pouvaient s'adonner à ces pratiques réprouvées, des légistes qui en réglementaient ou en réprimaient l'usage.

Suscitant des réactions de fascination ou de répulsion, l'usage de l'alcool, sinon l'alcool lui-même, semble doté de propriétés dissemblables, variées, parfois contraires. Il semble échapper à toute tentative de caractérisation univoque et puisque, pour l'être humain (tout comme pour les animaux de laboratoire), il dispose de propriétés à la fois toxiques et psychotropes bénéfiques, nous avons besoin d'outils pour l'appréhender.

Nous pensons qu'il faut créer, face à cette irréductibilité manichéenne ou dualiste, une épistémologie particulière qui permet de considérer ces aspects multiples. En raccourci, j'appelle cet état d'esprit particulier VOIR DOUBLE. Etre capable de voir les bons et les moins bons côtés en même temps ; les deux facettes de la médaille, la dimension contradictoire ou paradoxale du comportement addictif.

Cette attitude nécessite un entraînement qui va à l'encontre du discours commun sur l'alcool (le D.C.A tel que défini par Jean Rainaut). Ce langage s'appuie sur plusieurs couches épistémologiques, construites sur le langage de la rue et des bars, les discours religieux, répressifs, médicaux et psychologiques de tout bord, dans lesquels le discours économique sur la sauvegarde des producteurs côtoie le dernier langage scientifique sur le sevrage en passant par les jugements moraux, les discours promoteurs de potion magique, etc. Ce discours fabrique et renforce les stéréotypes.

Nous en sommes tous imprégnés et puisque d'un point de vue systémique, nous voyons ce que nous croyons, peut-être encore plus que ce que nous voyons, notre regard et notre entendement sont influencés et perturbés par ces stéréotypes.

### **... mais nos perceptions sont influencées par nos théories et croyances ...**

Depuis la seconde cybernétique, la perception et les résonances de l'intervenant sont incluses comme facteur incontournable de l'intervention : c'est d'observation courante que certains professionnels répugnent à travailler avec des patients alcooliques ou sont mal à l'aise. A l'inverse, peut-être d'autres sont aveugles ou trop permissifs, ceci peut être relié à une histoire personnelle ou familiale. Par chance nos visions du monde et nos ressentis, tout autant que nos pensées ou croyances sont évolutifs.

### **... qui nous font courir le risque de tomber dans un entonnoir réductionniste.**

Dans Une Logique de la communication, les promoteurs de l'Ecole de Paolo Alto ont mis en avant dans leurs axiomes de base : la ponctuation arbitraire des séquences : chacun voit le monde depuis son propre point de vue. Nous y ajoutons les risque concomitant de ne le voir que depuis son propre point de vue et de tomber alors dans ce trou noir systémique : l'entonnoir réductionniste.

Comment sortir de l'entonnoir réductionniste où, tour à tour, l'alcool est une molécule pour le chimiste, a des effets membranaires sur les cellules pour le physiologiste qui en mesure les effets, est une substance psychoactive pour le neurologue, un hépatotoxique pour l'hépatologue en même temps qu'une substance calorique pour le nutritionniste, une boisson conviviale pour l'hôte et ses invités, un produit de commerce pour les fabricants, les vendeurs et les services fiscaux, un facteur de risque pour la prévention routière, un signifiant pour le linguiste ou un symptôme des courants pulsionnels pour le psychanalyste, Pour les psychologues, l'usage de l'alcool est sous-tendu par des motivations tandis que pour le sociologue, il est sous-tendu par des déterminismes, pour l'anthropologue il peut être un objet totémique ou un support de l'« alcoolisation », un objet pour l'historien, sa boisson préférée pour se détendre après son travail pour le cadre fatigué, etc., sans tomber dans la confusion la plus complète.

## | La transversalité systémique au service de tous

C'est en sériant les niveaux logiques des explications et en créant un modèle épistémologique de transversalité systémique, où chaque élément défini en lui-même entre en interaction avec d'autres, que l'on va forger ce nouvel outil.

Selon la place où il se trouve, l'alcoologue ou plus largement tout intervenant dans ce domaine s'intéresse à d'autres disciplines que la sienne, comprend son ordre d'explication et perçoit les limites de ses propres modèles. Ainsi pour le chimiste ou le neurophysiologiste, l'entonnoir réductionniste serait de chercher dans la molécule et ses interactions avec les composantes cellulaires son pouvoir d'attraction sur l'esprit humain, pour les psys de toutes catégories l'entonnoir réductionniste serait d'ôter toute matérialité à une molécule qui, absorbée régulièrement, a le pouvoir d'affecter à partir de certaines doses tout le fonctionnement d'un organisme. Mais les mêmes qui n'accordent à l'alcool qu'une valeur de signifiant n'aimeraient pas qu'on leur serve en guise d'apéro un verre vide rempli de ce même signifiant. Il y aurait encore d'autres risques à utiliser l'entonnoir réductionniste, par exemple, en voulant réduire l'alcoolisme à une maladie ou à une habitude sociale ; dans le premier cas, on pourrait penser qu'il suffirait d'un sevrage médical pour régler une relation de dépendance physiologique et psychologique à un produit. Les tabacologues ont mis en évidence pour l'usage du tabac une dépendance comportementale, il serait risqué en matière d'alcoolisme de l'oublier. Dollard Cormier a défini dès 1982 les toxicomanies : « comme un style de vie ». Il a décrit plusieurs schémas motivationnels, le schéma biologique, le schéma comportemental, le schéma psycho-dynamique, le schéma existentiel systémique ... Chaque ordre d'explication comportait ses avantages et ses limites.

## | La perception d'un continuum

Plus de 25 ans plus tard, il serait vain de réduire l'alcoolisme à une simple entité alors qu'il s'agit d'un continuum allant des troubles les plus légers aux situations les plus dramatiques. L'alcoolisme met entre deux ans et 30 ans ou plus pour se construire. Pendant ce temps, les cycles de vie passent. Chaque intervenant a pris l'habitude de regarder les personnes alcooliques à partir de ses propres schémas de référence. Il semble donc nécessaire, pour éviter de tomber dans un piège réductionniste, de se donner les outils conceptuels qui permettent d'appréhender une réalité complexe. La conceptualisation systémique, élaborée pour rendre compte de la complexité, semble appropriée pour inclure des disciplines complémentaires qui, chacune avec sa richesse, apporte une contribution à la compréhension du tout.

## | Limites et richesses de chaque modèle

Le sevrage médical traditionnel, s'il permet à la personne de résoudre de manière confortable sa dépendance physique, ne permet pas de remettre en cause le style de vie ou de prévenir la rechute dans un contexte social d'incitation. Par ailleurs, un travail de psychothérapie qui ne prendrait pas en compte les effets physiologiques de l'alcool sur l'ensemble des organes pourrait mener à une impasse.

Les personnes alcooliques par leur diversité, nous obligent à décrire un continuum. Certains, tout comme les fumeurs, font leur sevrage à la maison sans aucune aide médicale, changent leur style de vie par eux-mêmes ou avec l'aide de leur entourage. D'autres, au contraire, semblent pris dans des nœuds de leur histoire familiale ou dans les imbroglios de leur relation conjugale actuelle. Leur entourage lui-même paraît perdu et, à la suite de nos collègues belges ici présents, nous devons bien envisager que l'alcool et son usage deviennent des organisateurs relationnels dans un certain nombre de systèmes familiaux.

## | Une maladie familiale

Dès lors, l'alcoolisme a été défini comme une maladie familiale dans laquelle tout un chacun peut ressentir des symptômes consécutivement aux effets que l'alcool peut avoir sur un de ses principaux membres.

Il serait tout aussi risqué de considérer qu'alors l'alcool est le seul problème, parce qu'il en crée beaucoup, que de considérer qu'il n'est qu'un symptôme d'un dysfonctionnement antérieur, alors que son usage au bout d'un certain temps, à son tour, crée des dysfonctionnements générateurs d'autres symptômes. Dans le modèle VOIR DOUBLE, il est à la fois symptôme et problème.

## | Où l'on peut mettre l'accent sur les problèmes et les solutions

Dans une logique systémique circulaire, nous savons que les effets peuvent devenir des causes et à leur tour susciter d'autres effets, dans une spirale qui peut devenir négative. L'équipe de Palo Alto avait mis l'accent sur le fait que certaines solutions, quand elles tournent mal peuvent devenir des problèmes.

A son tour, l'équipe du centre de thérapie familiale brève de Milwaukee (Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, ...) a défini que les solutions déjà mises en oeuvre par le système familial y compris de manière minimale, peuvent à leur tour contribuer à la résolution des problèmes, donnant ainsi aux auto-solutions un nouveau statut.

## | La compétence stimulée des familles est inestimable et doit être recherchée comme ressource.

Dès les années 70, les thérapies de groupe avaient fait leurs preuves en matière de traitement des personnes alcooliques.

Depuis les années 80, en France, petit à petit, les thérapies familiales ont fait leur place. Beaucoup d'intervenants étaient prêts à considérer la dimension familiale de l'alcoolisme en termes de problématiques, l'entourage contribuant à créer ou à renforcer les dynamiques d'alcoolisation. Avec un peu de recul, l'évolution des méthodologies d'intervention aidant, nous constatons alors qu'il est tout aussi sain et souvent plus efficace de considérer que l'entourage à une valeur prééminente pour la motivation, l'accès aux soins et la prévention des rechutes. Des recherches mentionnées par Stanton Peele en 1991 révèlent la force de ces soutiens issus de la famille et des proches : (sondage Gallup de 1990), le taux de succès en matière de toxicomanies (alcool et autres drogues) est fortement lié à la présence et à la nature du réseau social primaire, généralement la famille. Le soutien donné par les amis (14%), les parents, les enfants et la fratrie (21%), l'épouse, le conjoint ou l'être aimé (29%) représentait la majeure partie des succès dans la résolution des problèmes comparativement à 6% pour les médecins, les psychologues, les psychiatres, toutes professions confondues. Il faudrait rajouter les employeurs à la liste des ressources potentielles.

## | J'ai fait un rêve cette nuit

Imaginons alors que les forces des uns s'allient aux forces des autres et que les professionnels s'appuient sur les ressources et compétences familiales pour les activer et renforcer les capacités d'auto-réorganisations des familles. Imaginons que les centres spécialisés en alcoologie travaillent de manière concertée avec les services sociaux, que pour les services éducatifs il devienne plus naturel et facile d'inclure le travail avec les parents comme facteur d'évolution, que la conscience du nombre et des besoins des enfants vivant avec des parents affectés de dépendances progresse et que chaque professionnel reçoive le soutien dont il a besoin pour avancer sur ce terrain mouvant et paradoxal par le biais de séances de co-opération et de co-élaboration que sont les supervisions et interventions ...

## Le point aujourd'hui

Ce congrès met en évidence plusieurs aspects du travail familial et systémique. Nous sommes ravis en 2005 de le faire. Et si possible de donner un nouvel élan à toutes ces pratiques. Il existe des convergences et vous pourrez vous en apercevoir en écoutant les différents représentants de la francophonie québécoise, belge, suisse et française.

La notion de parcours thérapeutique est au centre de la réflexion, de même que le continuum prévention/soins/prévention des rechutes. L'utilisation transversale des compétences est plus que jamais d'actualité pour dépasser les impuissances de chacun.

Alors même que l'alcoolisme est une priorité de santé affichée officiellement dans la plupart des régions de France, au moment où il est parfois question de réduire les moyens des équipes qui travaillent avec pertinence et compétence à aider des personnes à reprendre le cours de leur existence, il semblerait que parfois le prix de l'argent dépasse celui d'une vie humaine.

Sachant qu'une personne dépendante affecte de trois à six personnes de son entourage, chaque fois que quelqu'un réussit à s'en sortir, il en fait bénéficier trois à six autres, ceci ne vaut-il pas le prix de l'argent investi ???

Pour le comité d'organisation :

Jean François Croissant,

Frédéric La Belle, Co-directeurs pédagogiques de Pegase-Processus,

Antoinette Mialon, Secrétaire générale adjointe de l'A.N.P.A.A.,

Robert Touffet, Directeur Départemental de l'ANPAA. 35

Les alcoolismes en famille :  
typologie et incidences thérapeutiques

Séance plénière  
Jeudi 8 avril  
9 h 30

Denis Hers, Chef de Clinique Adjoint, Service de Psychiatrie UCL (Prof. L. Cassiers)  
Unité Assuétude (Prof. J.P. Roussaux, Dr M. Derely), Centre Chapelle aux Champs, Bruxelles

## THERAPIE FAMILIALE ET ALCOOLISME : 10 ANNEES D'EVOLUTION ET PREOCCUPATIONS ACTUELLES<sup>1</sup>

### **1° Présentation et historique**

Toute élaboration théorique étant largement conditionnée par le contexte institutionnel et social dans lequel elle prend naissance, je commencerai par présenter brièvement celui-ci. Comme psychiatre, je travaille à la fois dans un centre de consultation et de guidance et dans le service de psychiatrie d'un hôpital général dont une bonne partie des patients, pour dire juste, 63%, sont hospitalisés pour des problèmes d'assuétude. Ceux-ci y côtoient des patients présentant des problèmes de psychiatrie générale.

Au niveau du centre de consultation, je fais partie d'une unité de recherche concernant les problèmes de dépendance que ce soit à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments. Ce groupe a été fondé à la fin des années 1970 par les Docteurs J-P. ROUSSAUX et M. DERELY et il s'y est élaboré tout un style de prise en charge des pathologies faisant partie des assuétudes.

Le style de travail a d'emblée intégré les familles dans la prise en charge et ceci suite à l'échec de traitements de type purement individuel.

La chance de cette unité assuétude fut peut être au départ de faire partie d'un lieu de consultation strictement ambulatoire et de ne pas avoir à sa disposition de service hospitalier. La facilité que constitue donc une hospitalisation d'emblée n'étant pas accessible, l'équipe fut obligée de développer un type de travail ambulatoire qui, pour être praticable, nécessitait d'y associer d'emblée les familles.

L'intégration des familles dans le traitement fut la conséquence d'une constatation quasi quotidienne : 80 % des appels téléphoniques pour demande de rendez-vous émanaient de conjoints ou de proches d'alcooliques. Une fois le rendez-vous pris auprès de la secrétaire, un tiers des patients n'y arrivait jamais et un autre tiers ne dépassait jamais le premier entretien. Cette difficulté liée au peu de fiabilité de la prise en charge des alcooliques en consultation nous a amenés dès ce moment à intégrer d'emblée le demandeur dans le traitement et à le considérer au départ comme notre véritable client. Il y eut donc un changement d'orientation de notre travail qui impliquait de travailler toujours directement avec le demandeur, qui, bien sûr la plupart du temps, venait demander de l'aide pour un autre.

Un type de consultation fut alors développé, que le patient alcoolique soit d'ailleurs présent ou non.

<sup>1</sup> Communication présentée au Congrès de la revue Thérapie Familiale à Lyon en septembre 1991 à laquelle nous avons délibérément laissé son style oral

Le modèle de travail qui fut mis au point comprenait une suite de 3 à 8 entretiens familiaux préalables à toute désintoxication hospitalière, celle-ci étant confiée à un service proche. Les principales caractéristiques de ce travail ont été décrites à cette époque dans un article de Bella Borwick (1), paru dans Thérapie Familiale, Bella Borwick travaillant à ce moment-là dans notre équipe. En le relisant, il faut bien constater que, dès le départ, les principaux axes de notre travail actuel étaient déjà présents.

A l'époque, elle définissait la tâche des consultations préliminaires comme étant les suivantes :

- préparer de manière appropriée l'alcoolique et sa famille,
- créer un environnement pour pouvoir soutenir la personne qui tente d'arrêter de boire,
- évaluer le degré de préparation des patients qui expriment le désir de désintoxication.

Les types de questions posées au premier entretien cherchaient à mettre en évidence le rôle spécifique de la boisson, ce qu'elle soutenait, ce qu'elle protégeait. Les effets de la prise d'alcool sur l'ensemble du système étaient recherchés aussi; en voici quelques exemples :

- quelles sont les modifications de comportement de l'alcoolique lorsqu'il boit,
- quel est le comportement des autres membres de la famille (conjointes ou parents) lorsqu'il boit,
- ceux-ci sont-ils plus dérangés lorsque l'alcoolique boit ou lorsqu'il est ivre,
- est-ce qu'il est mieux accepté que l'alcoolique boive à la maison ou dehors,
- quels sont les comportements issus de l'excès de boissons :
  - § il retrouve du courage,
  - § il est violent,
  - § il parle plus.
- qui souffre le plus lorsque l'alcoolique boit,
- qui l'aide le plus,
- qui est le plus irrité par lui.

On voit que toutes ces questions tournent autour des implications relationnelles ou familiales du comportement d'alcoolisation.

Cette méthode de travail a relativement bien fonctionné durant un certain nombre d'années.

S'y est ajouté par la suite la notion de co-alcoolique, reprise aux Alanon. L'idée était qu'un alcoolisme n'a la possibilité de se développer pleinement que si quelqu'un, durant un certain nombre d'années, protège l'alcoolique des conséquences néfastes de sa consommation. Le co-alcoolique, "c'est celui qui met sa main entre la tête de l'alcoolique et le mur sur lequel il viendrait se cogner". Ce faisant, il retarde le moment d'une prise de conscience radicale de l'alcoolique et permet de perpétuer le fonctionnement du système pendant un certain nombre d'années. Ce n'est que le jour où le co-alcoolique décompense et échoue dans son rôle que le système a une chance d'évoluer et que survient la demande de consultation.

Il faut noter que l'alcoolique lui-même, s'il veut provoquer un changement, n'aura souvent d'autres ressources que d'aggraver sa conduite symptomatique jusqu'à pousser à bout le co-alcoolique qui a ce moment déclare forfait. Cette notion de co-alcoolique a été au centre de nos observations durant des années. Elle nous a permis de tenir compte de lui et d'arriver à l'intégrer au maximum dans la prise en charge. Actuellement, nous utilisons ce concept avec plus de réserve, afin de ne pas polariser l'attention de façon trop exclusive sur le conjoint, ce qui pouvait entraîner une culpabilisation de celui-ci et ce qui nous paraissait souvent injuste et toujours néfaste.

Quelques années plus tard, certains membres de l'équipe eurent l'occasion de développer une pratique hospitalière qui allait sensiblement modifier l'approche du problème. Le modèle de travail qui avait été largement répandu dans notre environnement proche révéla progressivement ses limites face à un travail hospitalier.

En effet, ce qui apparut rapidement, c'est que la demande adressée à l'hôpital n'est pas la même que celle adressée à un centre ambulatoire. En d'autres termes, ce ne sont pas les mêmes patients qui viennent consulter à l'hôpital et dans un centre ambulatoire.

Dans un premier temps, la théorie était restée la même et quand on sait l'impact de la théorie (c'est à dire des signifiants) sur nos comportements thérapeutiques, cela donna lieu à des erreurs répétées qui nous amenèrent à adapter notre modèle à notre nouveau lieu de travail.

En effet, demander trois consultations préalables à un alcoolique qui vient consulter seul dans un sursaut d'énergie entre deux périodes d'imbibition nous est apparu peu réaliste. De même, tout alcoolique en pré-délirium ou manquant de soutien familial n'était pas à même de s'adapter au modèle. Il fut donc mis au point un modèle spécifiquement hospitalier avec des adaptations suivant le type de situation clinique (7).

La cure type de 15 jours qui avait été préconisée au départ suite à plusieurs entretiens de couple, est restée le modèle central. A celui-ci se sont ajoutés différents modules.

Premièrement, l'hospitalisation en urgence pour 'dessoulement', une hospitalisation brève de 24 heures qui est l'analogue des 'sober unit' comme il en existe aux USA ou dans les pays de l'Est.

Deuxièmement, l'hébergement de décompression d'une durée d'environ une semaine, qui est indiquée dans les décompensations individuelles, familiales ou sociales, estimées intenable à l'extérieur, à cause du danger de violence, de passage à l'acte suicidaire, de l'épuisement définitif du co-alcoolique ou de l'alcoolique. L'alcoolique est hospitalisé quelques jours au terme desquels il décide de prolonger ou non sa cure.

Troisièmement, le modèle classique de 14 jours.

Quatrièmement, le séjour d'orientation d'un mois qui s'adresse aux patients pour qui un projet thérapeutique n'a pas pu être élaboré à l'avance et où quelques semaines supplémentaires sont nécessaires afin de les orienter au mieux.

Cinquièmement, un séjour à visée thérapeutique qui peut durer jusqu'à trois mois et au cours duquel un traitement psychothérapeutique plus important est entrepris. Ce type de séjour concerne surtout des patients isolés, n'ayant pas de travail et peu de soutien à l'extérieur.

Cette modification des modèles de prise en charge fut donc provoquée notamment par une modification du contexte de traitement et je crois que cela met bien en évidence le fait qu'une théorie développée dans un cadre spécifique n'est jamais transplantable dans un autre cadre sans adaptation.

L'effet du discours est tel que la tendance générale est de le prendre à la lettre et de l'appliquer comme tel. Or, chaque modèle a ses limites et son domaine de pertinence qui n'est en général pas défini dans le modèle comme tel.

D'une façon générale, je crois que ces remarques s'appliquent également aux modèles qui sont transplantés d'une culture à l'autre, je pense à des types d'entretiens systémiques pratiqués en Italie qui, appliqués à une population belge par exemple, ne s'adaptent pas du tout étant donné la différence des modèles culturels.

Après cette petite introduction historique concernant notre travail, je me propose de vous faire part de quelques préoccupations actuelles concernant le travail avec les alcooliques.

## **2° Préoccupations actuelles**

En préparant cet exposé, je me suis demandé ce qui faisait la difficulté du travail avec les alcooliques et pourquoi ce travail pouvait sembler rébarbatif et ingrat à ceux qui n'en ont pas l'habitude. Je me focaliserai sur deux points qui pourraient donner des indications afin de débiter le travail thérapeutique dans de bonnes conditions. Ces deux points sont les suivants :

- la place du thérapeute dans le système et sa position par rapport au symptôme,
- l'évaluation de la situation globale de l'alcoolique et de son entourage et la proposition d'objectifs en rapport avec les possibilités du moment.

## 2.1 La place du thérapeute

Presque toujours, l'entourage demande au thérapeute d'amener le patient à l'abstinence, ce contre quoi celui-ci se défend envers et contre tout. En prenant le parti de l'abstinence, le thérapeute prend le parti de l'entourage. Ce faisant, il soutient indirectement et perpétue en quelque sorte, l'obligation de boire du patient afin d'affirmer sa révolte et son opposition. Le thérapeute devra donc toujours être vigilant afin d'éviter un parti pris d'emblée pour l'abstinence qui équivaut à choisir son camp parmi les demandeurs.

Au contraire, il aura toujours soin de rechercher et de mettre en évidence les avantages du comportement alcoolique pour l'ensemble du système et les risques qu'il y aurait à le faire disparaître brutalement. Ce faisant, le thérapeute connote (de façon indirecte) positivement le comportement d'alcoolisation en lui reconnaissant un sens dont il cherchera à faciliter l'expression sous d'autres formes. Ce n'est qu'après un long travail d'élaboration comprenant la mise en évidence de ce qui sous-tendait la prise de boisson que l'arrêt de celle-ci pourra être vécu autrement comme une capitulation sans condition. C'est là je pense un premier écueil dans la prise en charge des alcooliques et il y a donc lieu de prendre du temps pour que la demande puisse être décantée et reformulée afin que l'alcoolique aussi puisse y trouver sa place. Cette position doit cependant être nuancée en fonction de l'état clinique et des possibilités psychologiques du patient qui, dans certains cas, imposent une attitude beaucoup plus directive du médecin, surtout en cas de déni irréductible ou de dégradation physique majeure du patient.

## 2.2 Evaluation de la situation clinique

Il est utile d'évaluer la situation clinique selon trois paramètres afin de se donner des objectifs réalistes en rapport avec celle-ci. Ces trois paramètres sont les suivants:

- a) à quel type de situation familiale avons-nous à faire ?
- b) qu'est-ce qui provoque une rupture de l'équilibre familial maintenant ?
- c) avec qui va-t-on travailler (qui demande quoi) ?

Cette évaluation est très importante pour proposer des objectifs thérapeutiques réalistes et progressifs qui éviteront un découragement prématuré tant du thérapeute que des patients.

A ces trois paramètres correspondent trois grandes questions qui, au cours des entretiens préliminaires, permettront d'affiner notre approche clinique. Ces questions seront reprises dans les conclusions.

### a) A quel type de situation familiale avons-nous affaire?

Au fil de notre travail avec l'alcoolique, il nous est apparu nécessaire de mieux repérer à quel type de situation familiale nous avons à faire afin d'adapter notre stratégie thérapeutique à ces conditions.

Nous fûmes donc amenés à distinguer trois types de situations familiales qui ont été décrits dans plusieurs articles précédents, notamment (La thérapie de l'alcoolisme par le couple (4) et Pour une typologie familiale de l'alcoolisme (5)). Cette classification a un intérêt pragmatique : elle doit nous permettre de repérer rapidement la problématique à laquelle nous avons à faire ainsi que le mode de prise en charge le plus adéquat. Nous avons appelé ces trois types : l'alcoolisme toxicomane du jeune, l'alcoolisme de l'âge mûr et l'alcoolisme dépassé.

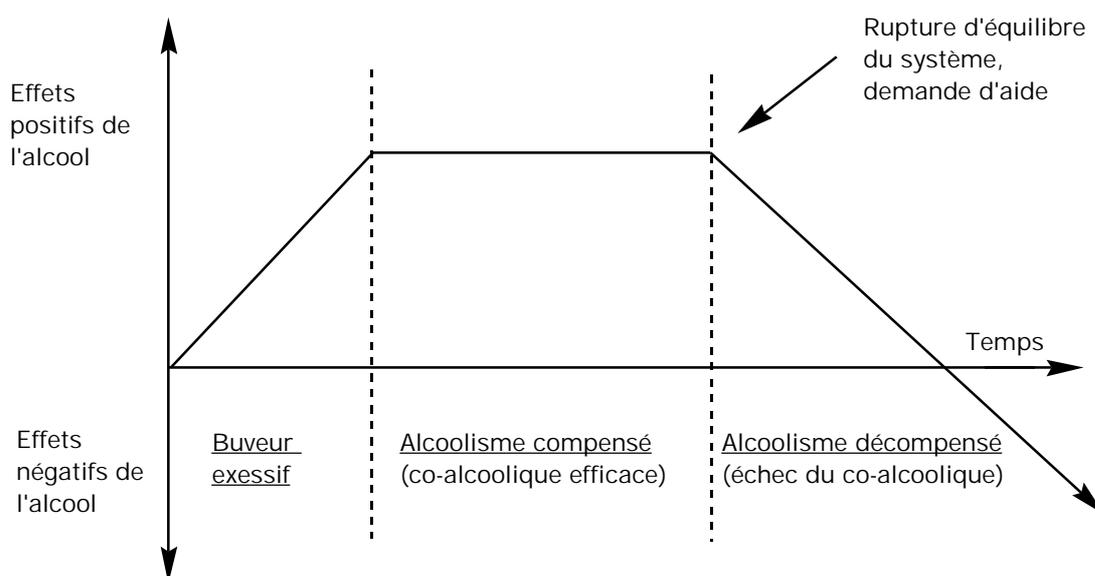
L'alcoolisme toxicomane (type I) qui concerne le jeune adulte conservant des liens étroits, même parfois déguisés avec sa famille d'origine. Souvent discontinu, la consommation d'alcool est massive et vise à la "défonce". En effet, pour qu'un alcoolisme soit identifié comme tel chez un jeune, au point de susciter une consultation, il faut qu'il soit très marqué. L'abord thérapeutique, proche de celui pratiqué pour les toxicomanes fera souvent appel à la thérapie familiale, voire aux communautés thérapeutiques conçues comme appareils de maturation et d'autonomisation. Le patient sera confronté à la nécessité de réaliser les trois tâches qui signent l'autonomisation à l'adolescence, c'est à dire la séparation géographique d'avec sa famille, la réalisation d'une indépendance financière et la mise en place d'une liaison exogamique stable.

L'alcoolisme de l'âge mûr (type II) est plus insidieux et concerne un homme ou une femme, marié(e) qui a souvent des enfants. L'alcool au début fait l'effet d'un baume, il fonctionne comme une soupape qui permet "d'arrondir les angles", de supporter la vie quotidienne. Progressivement, la situation se dégrade et c'est le plus souvent le conjoint qui est l'initiateur de la consultation. C'est dans ce cas que nous préconisons une prise en charge thérapeutique en couple. Le fait de préconiser une telle prise en charge ne sous-entend nullement que l'origine ou le point de départ du problème se situe au niveau conjugal. Chacun des conjoints rejoue sur la scène conjugale des éléments d'une pièce qui s'est écrite bien avant, dans sa famille d'origine. Le nouage du lien conjugal ne fera qu'infléchir dans l'un ou l'autre sens une situation qui, au départ, avait des possibilités évolutives diverses. Plutôt qu'une thérapie du couple, il s'agit d'une thérapie par le couple qui utilise les ressources des protagonistes du drame pour en modifier le cours.

L'alcoolisme désinséré (type III) résulte d'une évolution défavorable de la situation II décrite ci-dessus. Presque inévitablement, s'il n'arrive pas à arrêter ou à stabiliser sa consommation d'alcool, l'alcoolique perd son insertion professionnelle et familiale. La rupture de ces "habans sociaux" qui lui permettaient de poursuivre un semblant de vie normale, précipite sa dégradation et le pousse à retourner vivre chez ses parents, dans un mouvement de régression vers un état de dépendance 'pré-adolescentaire'. Le pronostic de ces situations est assez défavorable et l'évolution souvent chronique.

### b) Qu'est-ce qui provoque une rupture de l'équilibre du système familial maintenant ?

Au sein d'une famille, l'alcoolisme suit bien souvent une histoire naturelle dans laquelle différentes phases peuvent être repérées. Celles-ci sont schématisées par le graphique suivant, repris d'un article des Dr DERELY et ROUSSAUX (3).



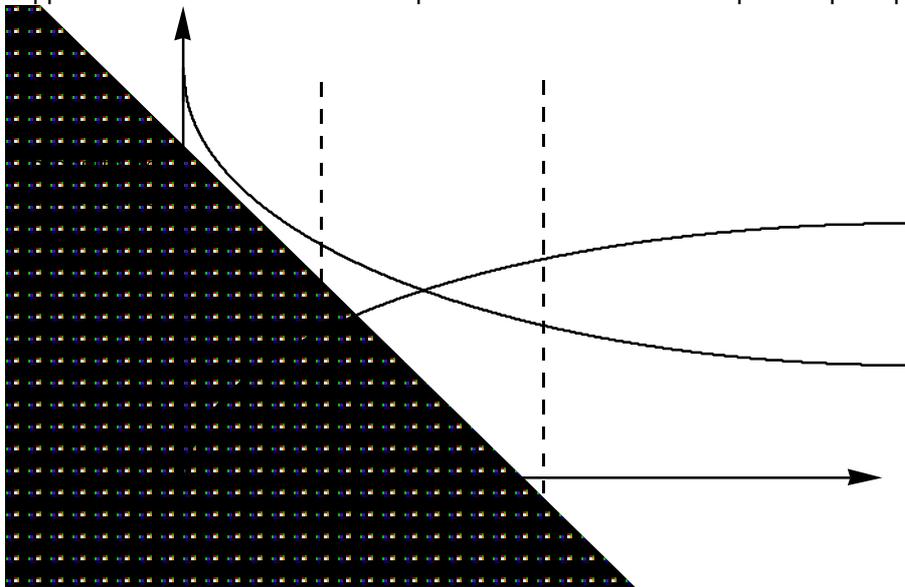
Durant la 1ère phase, le buveur excessif augmente sa consommation et n'en ressent que des effets positifs. Il travaille plus, il est moins inhibé, moins déprimé, plus sociable ... C'est la période durant laquelle l'alcool est un médicament efficace, où ses effets positifs ne sont pas contrecarrés par les effets secondaires.

Durant la seconde phase (alcoolisme compensé) les performances propres du patient sont diminuées mais le co-alcoolique arrive à "sauver les meubles" et à maintenir en place les éléments principaux de la vie familiale. Durant cette période, généralement, il n'y a toujours pas de demande de traitement.

La troisième phase (alcoolisme décompensé) débute quand le co-alcoolique se rend compte que ses efforts seront vains et qu'il n'est plus à même d'assurer son rôle. C'est en général lui qui est l'instigateur du traitement et c'est à ce moment que débute l'histoire thérapeutique. Le déséquilibre du système familial à ce moment peut être provoqué par des éléments très divers et la recherche de ceux-ci nous fournira des informations essentielles sur le fonctionnement familial et sur ses points sensibles, c'est à dire ceux qui feront l'objet de négociations ultérieures. Cette recherche se fera en tâchant de repérer pourquoi la demande survient maintenant, suite à quels événements, à quels excès et pourquoi aussi elle survient si tard ?

### c) Qui demande actuellement

En troisième lieu, il faut aussi se demander si la demande émane seulement du co-alcoolique ou si au contraire l'alcoolique peut s'en réapproprier une part. Ce paramètre est très important et déterminera dans quelle mesure une prise en charge familiale est nécessaire. Le schéma suivant représente l'évolution supposée de la demande des deux partenaires au cours du temps thérapeutique.



On observe en général une relation inversement proportionnelle entre la demande du co-alcoolique et celle de l'alcoolique.

Durant la première phase, la demande est essentiellement celle du co-alcoolique qui éventuellement consulte seul, qui toujours cherche de l'appui à l'extérieur afin d'amener l'autre au traitement. C'est l'époque des recherches de bouteilles, des contrôles aussi pénibles qu'inefficaces, du déni permanent de l'alcoolique. Le travail thérapeutique peut avoir lieu seul ou en couple et consistera à amener le co-alcoolique à responsabiliser son partenaire, à arrêter de le protéger et d'interférer en permanence dans sa prise de boisson, à reconnaître sa part de responsabilité dans le processus en cours. Cette phase, qui peut être longue, est souvent accélérée par des événements extérieurs (que nous appelons des "stops") venant accentuer le côté dramatique de la situation et la prise de conscience de l'alcoolique.

Dans une deuxième phase, on arrive à une reconnaissance partielle du problème par l'alcoolique. C'est le moment où il reconnaît qu'il y a problème mais espère s'en tirer par des solutions partielles (boire moins, boire comme tout le monde, ne plus boire d'alcool fort ... ). La mise à jour des tensions familiales, la mise en place d'autres stratégies de résolution des conflits augmentent la collaboration du patient qui dispose alors d'autres possibilités que le recours à l'alcool pour affronter ses difficultés.

La reconnaissance des difficultés auxquelles il s'affronte et qu'il fuit dans l'alcool permet de recadrer le recours à l'alcool comme une "mauvaise solution à un vrai problème", une solution qui constitue

inévitablement une impasse et qui finit par rendre l'alcoolique totalement responsable d'un problème dont les autres sont pourtant aussi partie prenante.

Dans une troisième phase, le patient a pu assumer en son nom propre sa demande et celle du co-alcoolique se fait dès lors beaucoup moins pressante, plus 'soutenante' et moins agressive. La demande sera celle d'une recherche commune d'une meilleure solution, c'est aussi le moment où une partie du travail peut se faire en individuel, le patient étant capable de soutenir lui-même sa demande. Ce peut être le moment d'un séjour dans une communauté thérapeutique, d'un investissement à long terme dans un groupe de Self Help.

Le parcours de ces trois phases peut prendre plusieurs années. Il y a un temps de maturation et de rappropriation des problèmes qui est incompressible. Lorsqu'un patient est persuadé qu'il arrivera à s'en sortir "en buvant moins", il est très difficile de le convaincre qu'il court à l'échec sans qu'il n'en ait fait l'expérience. C'est pourquoi, il est essentiel pour le thérapeute de toujours se situer dans un processus à long terme et si possible de savoir plus ou moins où il est dans ce processus afin de pouvoir anticiper sur les étapes à venir.

#### **d) Conclusions**

En fonction des trois paramètres que nous venons de développer, nous aurons à l'esprit, au cours des premiers entretiens, trois questions qui facilitent notre appréhension de la situation et les éventuelles propositions thérapeutiques que nous pourrons faire. Ces trois questions sont les suivantes :

##### **u** Qui demande ?

- parents,
- conjoint, compagnon,
- enfants,
- amis,
- employeur,
- patient lui-même,
- justice.

La réponse à cette question nous permettra de savoir à quel type d'alcoolisme nous avons à faire, avec qui nous serions susceptibles de travailler.

##### **v** Pourquoi une demande maintenant ?

- épuisement des co-alcooliques ou de l'alcoolique,
- dégradation physique,
- désir de séparation du co,
- accident de voiture,
- problème professionnel,
- violence, ...

Par le biais de cette question, nous explorons les enjeux actuels de la demande et les facteurs qui ont amené le déséquilibre du système familial.

##### **w** Où en est le patient dans sa demande propre ?

Cette question nous permet de nous situer dans le 3ème schéma et donc de savoir dans quelle mesure on aura à travailler absolument avec le co-alcoolique ou si l'on pourra travailler avec l'alcoolique seul.

Comme on peut s'en rendre compte, l'exploration de ces trois questions nous permettra de planter le décor dans lequel la suite du traitement pourra se dérouler, les particularités de chaque cas en faisant chaque fois quelque chose de neuf et d'imprévisible.

Il n'est bien sûr pas indispensable d'avoir des points de repères aussi précis avant d'entreprendre un traitement, mais ceux-ci facilitent la tâche du thérapeute qui pourra travailler avec moins de risque et moins d'angoisse, tout comme la traversée d'un bois inconnu est plus facile et plus confortable à celui qui possède une carte qu'à celui qui part à l'aventure, se fiant aux seules ressources de son intuition.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Consultations préliminaires dans le traitement de l'alcoolique/BORWICK B. in Thérapie Familiale, vol. 3, n° 3 [pp 201-213], 1982
2. Fonction familiale de l'alcoolisme/CASSIERS L. in Thérapie Familiale, vol. 3, n° 3 [pp 291-305], 1983
3. Alcoolisme et entreprises /ROUSSEAUX J-P., DERELY M. (Ed.). in Alcoolismes et toxicomanies. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. Oxalis, 1989
4. La thérapie de l'alcoolisme par le couple/HERS D., DERELY M., ROUSSAUX J-P. in Thérapie Familiale, vol. 10, n° 1 [pp 63-72], 1989
5. Pour une typologie familiale de l'alcoolisme /ROUSSAUX J-P., DERELY M, (Ed.). in Alcoolismes et toxicomanies. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. Oxalis, 1989
6. The Family as mean of therapy for alcoholism/ROUSSAUX J-P., HERS D. in 11th Polish Belgian Medical Week on bbbbb and Drug Dependence. Warsaw : Ministry of Health and Social Welfare, [pp 83-92], 1990
7. La place de l'hôpital dans le traitement de l'alcoolisme/ROUSSAUX J-P. in Louvain Medical 110, [pp 485-492], 1991
8. L'alcoolique en famille/ROUSSAUX J-P., FAORO-KREIT B., HERS D. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. de l'Oxalis, 2000, deuxième édition revue et augmentée

## Et les enfants ? ! un méta modèle pour les aider et aider leurs parents sous emprise de l'alcool, du constat des faits aux actions

Séance plénière  
Jeudi 8 avril  
10 h 05

Jean-François Croissant, Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur et superviseur en alcoologie et en thérapie familiale systémique, formateur en thérapie centrée sur les solutions et inspiré par l'analyse transactionnelle, directeur pédagogique de Pégase Processus, Saint-Brieuc (22)

### DES OUTILS POUR LA GUIDANCE SYSTEMIQUE EN ALCOOLOGIE SOCIALE : UN METAMODELE.

#### Un projet

Devant la complexité et la diversité des systèmes familiaux sous l'emprise de l'alcool, j'ai réfléchi à un métamodèle pertinent, destiné à guider l'action :

- en protection de l'enfance, que ce soit en milieu ouvert ou en internat (famille d'accueil et placement),
- auprès des parents en travail social ordinaire, sous mandat éducatif ou en centre de soins spécialisés.

Je m'appuie :

- sur les travaux de Sharon Wegscheider-Cruse, inspirés par le courant humaniste de thérapie familiale de Virginia Satir,
- sur une description des niveaux logiques de l'intervention construite par Robert Dilts,
- sur une définition de l'autonomie élaborée par Véronique Sichem à partir des travaux d'Éric Berne ; sur le tableau des droits et permissions tels que définis par l'Analyse Transactionnelle, à partir des recherches de James et Barbara Allen,
- sur la Communication Non-Violente : l'écoute empathique des émotions et des besoins, élaborée par Marshall Rosenberg,
- sur l'approche centrée sur les solutions : en particulier les stratégies d'empowerment et l'insistance sur les points forts tant auprès des parents que des enfants, en me référant aux recherches et actions de Steve de Shazer, Insoo Kim Berg et Susan Kelly,
- enfin je relie le tout à des réflexions et des recherches actuelles sur les processus qui soutiennent la résilience et à une philosophie du lien social.

#### Des lignes directrices

La finalité de ce métamodèle est de donner des lignes directrices à l'action éducative et au travail social auprès des enfants en y incluant un travail familial et un soutien auprès des parents. Tout cela ne peut être effectué par un unique intervenant : ce métamodèle que nous avons largement testé lors de formations et supervisions est assez opérationnel et explicite pour être une source d'inspiration créatrice pour des intervenants de différentes professions ; il est destiné à être partagé.

## **Une dynamique familiale complexe et évolutive**

Il n'aurait pas de sens s'il n'était relié à un modèle de compréhension des dynamiques familiales sous dysfonctionnement alcoolique. Ce dysfonctionnement a déjà été décrit récemment dans un de mes articles paru dans la revue Thérapie Familiale. Il est brièvement présenté dans le dernier numéro de la revue Addictologie éditée par l'A.N.P.A.A. (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie)

Il comprend une définition des règles dysfonctionnelles au nombre de quatre :

- Règle de Minimisation ou de Dénî (l'alcoolisation et ses effets sont minimisés),
- Règle de Silence (le sujet alcool doit être tenu caché et tu, sous peine de honte ou de représailles),
- Règle d'isolement (chacun doit se débrouiller avec ses besoins et ses émotions, perte de la solidarité),
- Méta-règle de Rigidité (méta-règle qui définit que les règles doivent être rigides).

Des rôles homéostatiques, au nombre de deux pour les adultes et, actuellement, de sept pour les enfants et adolescents.

### **Pour les adultes :**

- Le Dépendant ou la Dépendante, progressivement sous l'emprise du produit dont il perd le contrôle, il influence la mise en place de règles pour contrôler de plus en plus son environnement familial.
- Le Co-dépendant ou la Co-dépendante, progressivement sous l'emprise du dépendant, il est partagé entre soutenir et renforcer les règles dysfonctionnelles et se dépêtrer des conséquences nocives du rôle.

### **Pour les enfants et adolescents**

- Le Héros ou l'Héroïne, chargé d'être l'emblème de la réussite familiale, à l'extérieur,
- Le Sauveteur, garçon ou fille, chargé des tâches domestiques et du soutien de l'un ou l'autre de ses parents ou les deux, de ses frères et sœurs, sans convention collective !
- Le Bouc-Émissaire, il attire sur lui les foudres de l'un ou l'autre parent, ou des deux, et favorise, parce que ses comportements sont trop voyants, l'attention des professionnels de l'aide. Par cette stratégie, il favorise l'ouverture du système familial.
- Le Clown, chargé de diluer l'excès de stress par ses distractions, il anticipe les conflits et cherche à les éviter.
- L'Enfant Invisible, a décidé de disparaître pour ne pas nuire au système familial, pour cela il/elle sacrifie son expressivité et ses besoins.
- Le Petit Roi ou la Petite Princesse, il exerce son règne sur ses sujets, parents ou frères et sœurs qui doivent être à son service, vêtements et technologie du dernier cri si possible et même si ça ne l'est pas.
- L'Enfant Déficient Mental, il a dû renoncer à sa lucidité et à l'exercice intégré de son intelligence sous l'effet répété des stress émotionnels et des règles de confusion mentale.

Aucun enfant n'est qu'un rôle (le rôle porte une majuscule : ce n'est pas une étiquette pour l'enfant qui le joue), mais le costume endossé a un prix en terme de développement pour celui qui le porte, alors qu'il permet par ailleurs l'équilibration homéostatique du système familial. Le costume peut être transporté à l'âge adulte (rigidité des rôles), avec ses inconvénients et ce qui peut devenir des forces.

Il faudrait y rajouter des patterns de communication symbiotiques en particulier où les pensées et sentiments des uns sont portés par les autres.

## Des outils communs pour des acteurs diversifiés

### 1. Le cercle des potentiels. Un outil pour le diagnostic

Entre 1972 et 1974, Sharon Wegscheider-Cruse a travaillé en partant du modèle de Virginia Satir avec plus de 4000 personnes appartenant à plus de 600 familles. Elle a mis en évidence six zones de potentiels dont le développement est affecté chez chacun des membres de la famille.

On peut les décrire de la manière suivante :

- Le potentiel physique qui représente toutes les capacités à vivre dans son corps, ceci inclut aussi bien la santé et les paramètres biologiques que le plaisir de danser et les capacités à utiliser ses cinq sens, la qualité du sommeil est également incluse dans le potentiel physique, la façon de se nourrir, les boissons, la façon de respirer, etc.
- Le potentiel émotionnel qui représente toutes les capacités à éprouver, ressentir, manifester des émotions et les exprimer dans des relations sociales et intimes. Il y a bien entendu les émotions de base : joie, tristesse, colère, peur, compassion, ... Et toutes les émotions subtiles et liées à ces grandes catégories. Elles sont reliées aux besoins.
- Le potentiel mental qui représente toutes les capacités à utiliser son esprit, ceci inclut aussi bien la mémoire, l'attention que la capacité à utiliser ses mains ou encore ses pieds, il inclut aussi les habiletés sociales à résoudre les problèmes relationnels ou les problèmes de la vie courante, la lecture, l'écriture, l'humour, etc.
- Le potentiel social qui représente toutes les capacités à construire des relations à l'intérieur de sa famille et avec le monde environnant. Il inclut aussi bien les relations amicales, les relations de loisirs, les relations professionnelles ou scolaires que le statut dans la société, j'y inclus aussi l'identité socialement définie.
- Le potentiel de motivation qui représente la capacité à mettre son énergie au service d'un projet et à maintenir cette énergie en dépit des obstacles et inclut aussi la capacité à revoir ses objectifs en fonction de ses moyens et des ressources de son environnement, le plaisir de vouloir et d'agir.
- Le potentiel éthique qui représente la capacité à construire des valeurs et à les mettre au service des stratégies et des comportements adaptés. Sharon Wegscheider-Cruse l'appelle le potentiel spirituel, je préfère le terme éthique qui inclut aussi une dimension spirituelle.  
Dans l'Approche centrée sur les choix et les solutions développée par Luc Isebaert et son équipe à Bruges depuis les années 90, la reconnaissance et le développement de ce potentiel éthique prennent toute leur place.

Toutes ces catégories de potentiels peuvent être affectées par l'alcoolisation problématique d'un des membres de la famille. Elles sont généralement toutes affectées lors d'un dysfonctionnement familial alcoolique. Certaines zones de potentiels sont affectées à la baisse tandis que d'autres sont systématiquement développées : cette dynamique est un déséquilibre et, quand ce déséquilibre est durable, il influence alors la construction de l'identité de manière profonde.

Ces modifications sont parfois subtiles, des outils de diagnostic plus spécifiques tels que l'analyse des rôles sont alors nécessaires. Selon les âges, des grilles d'observation peuvent être utilisées : plusieurs des intervenants de ce congrès en ont élaborées. Je pense en particulier à Catherine Basso-Fin et à Marie-Claude Amacker. D'autres grilles d'observation ont été élaborées pour les adultes qui ont vécu dans ces

familles en dysfonctionnement alcoolique. Pour les enfants en bas- âge Mme Chabrolle a aussi construit des outils d'observation.

### **Comment utiliser le cercle des potentiels pour l'observation et le diagnostic évolutif ?**

L'intervenant lui-même peut remplir, de son point de vue, ce cercle. Il suffit de considérer que zéro est le centre du cercle et 10 la circonférence. Pour chaque zone de potentiels, on note entre zéro et 10. Zéro signifie que le potentiel est à son plus bas et 10 signifie qu'il est pleinement développé, c'est une question-échelle notée sur un cercle.

Quand cette note intuitive a été placée, on l'associe, au fil du temps, avec des observations de plus en plus fines et, en comparant plusieurs cercles consécutifs, on peut noter l'évolution favorable ou défavorable de telle ou telle zone de potentiels.

### **Comment utiliser ce cercle comme outil d'intervention ?**

Il est également possible de demander aux parents ou à l'enfant ou à l'adolescent de remplir lui-même ce cercle et de lui demander, par exemple, dans quels domaines il veut progresser d'un demi-point et ce qu'il pense qu'il a à faire pour cela ; on peut aussi demander aux parents de réfléchir à ce qu'eux-mêmes pourraient faire pour que l'adolescent ou l'enfant progresse d'un demi-point dans tel ou tel domaine.

L'intervenant lui-même peut se demander de quelle façon il peut contribuer à favoriser un progrès d'un demi-point dans telle ou telle zone de potentiels, il peut aussi demander à l'enfant ou à l'adolescent de quelle façon il peut lui être utile, il peut également poser cette question aux parents.

Cette façon de faire allie le cercle des potentiels à l'approche centrée sur les solutions qui favorise l'autoévaluation et l'autodétermination des objectifs et des moyens par les membres de la famille eux-mêmes.

Dans un système les éléments interagissent entre eux et la somme est plus que l'addition des parties.

L'être humain est un système, chaque zone de potentiels est reliée aux autres et parfois une action dans le domaine social aura des répercussions sur le potentiel mental ou le potentiel émotionnel. Il est ainsi possible à chaque intervenant, dans son domaine particulier d'intervention de contribuer au développement ou à la reprise de certains potentiels. Certaines actions ont un potentiel de changement génératif (un changement qui génère d'autres changements). Pour cela choisir le niveau de l'intervention peut être éclairant, s'il y a une difficulté à stimuler le changement, alors changer de niveau.

## **2. les niveaux logiques de l'action.**

Il y a différents niveaux d'actions possibles, interdépendants et hiérarchisés.

Robert Dilts, reprenant les travaux de Grégory Bateson, a élaboré une grille des niveaux logiques de l'intervention. Celle-ci comprend plusieurs niveaux.

- le niveau de base est celui de l'environnement : celui-ci comprend tous les éléments du contexte quotidien de l'enfant, aussi bien les éléments matériels que les éléments relationnels. Le travail éco-systémique inclut l'utilisation des ressources de cet environnement, l'idée essentielle est de faire l'inventaire des contraintes et des possibilités qu'offre cet environnement. Nous y incluons l'environnement scolaire, le soutien à la scolarité, les relations avec le voisinage, la disponibilité des professionnels, les personnes fiables sur qui l'enfant peut compter. Un programme anglais diffusé au niveau national en Grande-Bretagne, concernant l'évaluation des risques pour les enfants vivants avec des parents en mésusages ('Substance Abuse') de l'alcool ou d'autres drogues utilise un tableau systémique d'évaluation du cercle familial et de

l'environnement. Ce tableau est à la fois un génogramme simplifié et une carte systémique. Y seront représentés les membres du cercle familial, les relations qu'ils entretiennent avec l'enfant bénéficiaire de la mesure d'action éducative et les personnages importants pour l'enfant en dehors du cercle familial ainsi que les relations que l'enfant entretient avec ces différentes personnes.

- § Ce programme diffusé en Grande-Bretagne ouvre une voie pour les services éducatifs et judiciaires de la protection de l'enfance en France.
  - § Un autre programme de services axés sur les familles élaboré par l'État du Michigan avec la participation du Centre de Thérapie Familiale Brève de Milwaukee (B.F.T.C) nous montre les différentes stratégies d'empowerment utilisables auprès des parents en situation de détresse pour qu'ils mobilisent leurs compétences envers leurs enfants. Ce travail inclut également des modifications de l'environnement des professionnels, en particulier sous la forme de supervisions et d'intervisions mettant l'accent sur les points forts et les compétences des parents et des intervenants, y compris leurs capacités à évaluer les risques de maltraitances ou de négligences.
  - § Le travail sur l'environnement inclut de multiples possibilités au-delà des formes les plus habituelles de protection par mise à l'abri. L'accès à des activités de loisirs encadrées par des adultes fiables est un facteur de soutien à la résilience et au développement des potentiels.
- Le deuxième niveau concerne les comportements : ce niveau inclut le développement des habiletés sociales : ainsi un programme incluant un travail à ce niveau des comportements favorisera une plus grande palette de réponses possibles à des situations stressantes, des programmes de développement peuvent concerner des habiletés telles que s'exprimer ou encore reconnaître ses besoins, identifier ses émotions, apprendre à jouer en équipe, diversifier les stratégies de réponse à des patterns familiaux figés.
- § Par exemple, on peut apprendre à des enfants à refuser de monter dans la voiture de leur père ou de leur mère s'ils pensent que leur parent n'est pas en état d'assurer leur sécurité. On peut aussi, dans le cas d'une intervention familiale, proposer à tous les membres de la famille d'utiliser un objet symbolique, visible de tous, qu'il suffit de déplacer pour donner l'alerte dès que le niveau de sécurité minimale baisse.
  - § On utilise comme outil des échelles de sécurité et comme concept de base la construction de la sécurité familiale. Cette construction de la sécurité familiale se fait avec la participation de tous. Le concept de construire la sécurité me semble plus actif et plus profitable à moyen et long terme que le concept de protection. Il consiste à rendre la protection durable. Si on reprend l'idée d'une conception systémique de la famille, le changement de comportement de l'un peut influencer le comportement des autres.

Je cite cet exemple, qui m'a été rapporté par Catherine Bénichou Basso-Fin d'un enfant qui avait appris en groupe de paroles par un autre enfant qu'il était possible de sortir de la pièce où ses parents avaient un conflit. Quelques mois plus tard, la mère de cet enfant rapporte que son mari a cessé de boire le jour où il s'est aperçu que les conflits nuisaient aux enfants ; ce jour a coïncidé avec le week-end où l'enfant placé, de retour chez lui, a utilisé la stratégie de sortir de la pièce où ses parents se disputaient.

Dans le contexte figé des patterns familiaux du dysfonctionnement alcoolique, l'apprentissage d'alternatives comportementales est une source précieuse pour les enfants. De la même façon, si on combine un travail sur l'environnement et un travail sur les comportements, il est possible en enrichissant le contexte des relations de l'enfant de lui apprendre qu'il existe des comportements alternatifs aux siens. Beaucoup d'enfants sous stress figent leur capacité d'apprentissage.

- Ce niveau d'action sur le comportement nécessite souvent un développement multiple de capacités et de compétences. A ce niveau, le troisième, on retrouvera les stratégies d'identification des états émotionnels et des besoins.
  - § L'école italienne de communication non violente a conçu un programme d'apprentissage précoce, à partir du cours primaire, pour aider les enfants à nommer, à reconnaître leurs émotions et leurs besoins et formuler des demandes.
  - § Nous avons développé, à partir d'un programme américain, une stratégie d'aide aux enfants basée sur l'expression de leurs besoins et de leurs émotions.

Valider les compétences parentales et nourrir le lien.

Le protocole est simple à expliquer et, bien entendu, il faut un contexte d'affiliation très puissant pour pouvoir l'utiliser en toute sécurité. En particulier, on doit veiller que l'enfant ne fera pas l'objet de représailles quand il utilisera ces formulations. L'idéal est que l'enfant le fasse par écrit ou par oral, dans un contexte où les conséquences de son expression sont protégées. On demande à l'enfant ou à l'adolescent de relater un événement où il a été affecté par le comportement de son parent, on l'invite à identifier ses émotions (peur, chagrin, colère, honte, joie), on lui demande de dire ce qu'il a aimé ou n'a pas aimé, ce qu'il a fait, pensé et ce qu'il a ressenti. Nous privilégions dans un premier temps la description d'un événement où l'enfant a bien aimé faire quelque chose avec son parent. Nous passons de la description de l'événement au ressenti.

Exemple : « qu'est-ce que tu as aimé faire avec ton papa ce week-end ? Pas grand-chose, peut-être regarder la télé ensemble. Es-tu d'accord pour me dire en quoi c'était agréable pour toi de regarder la télé avec lui ? Parce qu'on était bien et calme... Est-ce que tu veux dire que passer un moment calme avec ton papa a été une chose agréable pour toi ? Oui, j'aime bien le calme. Qu'est-ce que tu aurais encore aimé faire avec ton papa ce week-end ? Jouer aux boules, j'aime bien quand il s'amuse avec moi. Tu aimes bien quand ton papa s'amuse avec toi quand tu passes des moments calmes avec lui et qu'il s'intéresse à toi pour jouer avec toi.

Cet enfant évoquait des moments où son père était abstinant, le père a eu les larmes aux yeux.

Ce court exemple montre comment on peut nourrir le lien et valider les compétences parentales à répondre aux besoins des enfants à partir des événements de la vie quotidienne. Les compétences et capacités sont ainsi soulignées, généralement les parents sont touchés par cette description que les enfants font de ce qu'ils apprécient. Ceci évite aux enfants de se mettre en position de juger leurs parents, Généralement, ils en profitent pour dire ce qu'ils n'ont pas aimé, à ce moment-là l'intervenant cherche à traduire l'émotion exprimée en besoins à satisfaire ou à nourrir.

Exemple : Oui mais il n'a pas voulu m'emmener au football. Est-ce que tu veux dire que tu étais déçu qu'il ne t'emmenes pas au football et que tu aurais eu besoin qu'il comprenne ton envie d'aller au football avec lui ? Oui mais je savais pas comment lui dire. En s'adressant au père on peut lui demander : Comment votre fils aurait pu vous faire comprendre son envie d'aller au football avec vous ?

Ces formes de communication sont inspirées de la communication non violente et des stratégies de validation des émotions et des compétences issues du travail systémique humaniste et centré sur les solutions.

Tous ces niveaux sont impliqués et si changer d'environnement ne suffit pas pour changer tous les autres niveaux, il est indispensable de continuer l'action au niveau du comportement, si cela ne suffit pas, alors continuer l'action au niveau des capacités et compétences, et si nécessaire, on remonte un niveau au-dessus.

- Le niveau des valeurs et des croyances

A ce niveau, le quatrième, on rejoint les enjeux existentiels : « quel genre de père ou de mère est-ce que je veux être ? » Nous sommes au niveau de la signification et du sens de la vie. « quel sens je veux donner à ma relation avec mes enfants ? ». Ainsi, dans le travail social auprès des parents, nous les traitons plus en tant que parents qu'en tant que personnes 'qui boivent'. A ce niveau l'intervenant lui-même est amené à travailler sur ses propres croyances. A ce niveau nous aidons la personne à spécifier ce qui est important pour elle et ce qui la satisfait. Nous aidons les parents et les enfants à définir leurs buts et leurs objectifs, en restant attentifs à la façon dont ces buts et objectifs de tous les jours sont reliés aux enjeux existentiels. « Qu'est ce que j'ai réalisé qui m'a satisfait et qu'est ce qui est important pour moi ? »

Il est possible, en établissement où les enfants sont placés, d'effectuer des bilans de week-end avec les parents et les enfants autour de cette question : « Pouvez-vous dire ce qui vous a satisfait ce week-end ? comment avez-vous fait pour que cela se passe ainsi ? » Ceci renforce les attitudes adéquates des uns et des autres.

Parfois l'alcool finit par devenir une valeur en soi, ainsi que le style de vie qui va avec ; pour contrebalancer cet effet, il est utile d'aider les personnes à contacter en eux des sources de satisfaction de leurs valeurs qui soient fortes et de les aider à construire des moyens adaptés, ce n'est pas en mettant exclusivement l'accent sur les inadéquations qu'on y arrive.

C'est à ce niveau des valeurs et croyances que se traite l'ambivalence de changer : « qu'est ce que je veux garder ? Qu'est-ce que je veux changer ? Les bonnes raisons que je me donne pour cela. ».

Je vous renvoie aux travaux de Luc Isebaert sur la prévention et la gestion des rechutes pour illustrer le travail à ce niveau.

- Si nécessaire nous travaillerons à un autre niveau (le cinquième) de complexité qui est le niveau de l'identité. Certains parents nous montrent à travers leur comportement qu'ils ne peuvent assumer la présence quotidienne de leurs enfants avec eux, alors même qu'ils affichent dans leur langage toutes leurs intentions de récupérer leurs enfants. Pour ces parents, être parent est en contradiction avec la satisfaction de leurs propres besoins, mais socialement une telle affirmation est susceptible d'être sévèrement jugée.

Il y a dès lors un conflit d'identité et de norme qui est à résoudre.

Nous pouvons soutenir les parents et les aider à démêler leurs différentes missions : quelle est ma mission comme mère, comme fille, comme père, ... La réponse à cette question permet de définir ce que la personne veut être dans telle ou telle relation.

Un père me disait qu'il avait rechuté quand son frère était venu chez lui, lui proposer de la bière et de partir en virée, ce qu'ils ont fait. Le tout s'est terminé en sortie de route et plusieurs jours de coma. « Etant le frère de mon frère, tous deux fils d'un père alcoolique récemment décédé, alors quel genre de fils suis-je, quel genre de frère suis-je, comment le genre de fils et de frère que je suis influence le genre de parent que je suis. »

Je lui ai demandé « En vous invitant à partir en virée avec lui, votre frère a-t-il voulu priver vos enfants de leur père ? puis, un peu plus tard : « Vous avez beaucoup souffert de devenir orphelin il y a trois ans. Est-ce que vous voulez garder un papa vivant à vos enfants ? cet homme a répondu : « là où je me suis senti le mieux , c'est au travail, on m'avait dit que le travail, c'était trop dur, mais c'est pas vrai, c'est là que je me suis senti le mieux. J'ai envie de retourner au travail c'est mieux aussi pour mes enfants. » Nous sommes dans le domaine des clarifications et des dé-triangulations, de la différenciation, de l'actualisation du soi.

L'acceptation de la totalité du soi et des polarités est une autre étape de cette construction d'identité qui implique la résolution des conflits de loyauté. Une partie de ce travail s'effectue en thérapie.

Toutefois, au niveau de l'action éducative psycho-sociale, il est possible en aidant les enfants à affirmer leurs choix, en validant leurs sentiments et leurs perceptions, en leur donnant des informations fiables, en leur permettant de renforcer l'usage de leurs cinq sens en toute sécurité, de leur permettre de construire leur identité.

- Se pose alors la question de l'appartenance (le sixième niveau): « Est-ce que je peux continuer d'appartenir à la société si jamais j'affirme que m'occuper de mon fils est une chose trop difficile, si, comme enfant, je pense que je n'ai pas su sauver mon parent de sa détresse. »  
La honte et l'excès d'impuissance détruisent l'appartenance ; beaucoup sont tentés par l'exclusion ou le suicide. Un certain nombre de parents continuent de s'alcooliser, parfois même rechutent au moment où il est question d'un retour de leurs enfants avec eux. Un certain nombre de jeunes vont mal même s'ils sont placés si on ne les soutient pas à ce niveau, par exemple en leur offrant des occasions d'échanges en groupe, comme le groupe d'adolescents de Rennes, ou encore des groupes comme dans les Côtes d'Armor ou en Normandie. Si l'on traite seulement de leur environnement ou de leurs comportements sans explorer avec eux leurs capacités et compétences, leurs valeurs et croyances, leurs identités de parents ou d'enfants et leur niveau d'appartenance, alors bien souvent ils se retrouvent en situation d'échec.

### 3. L'autonomie en quelques mots

Tant pour le travail avec les parents qu'avec les enfants il me semble utile d'avoir une définition de l'autonomie. J'ai choisi une définition psycho-sociale de l'autonomie qui inclut à la fois des éléments psychologiques et des éléments relationnels. Cette définition s'éloigne quelque peu d'une définition purement sociale de l'autonomie qui, elle, pourrait prendre la valeur d'une norme comme avoir un logement, un métier, etc. Je pense que ces dimensions de l'insertion ne suffisent pas si elles ne reposent pas aussi sur les cinq qualités suivantes.

Je crois qu'une bonne partie du travail social et éducatif est psycho-social, qu'il peut s'appuyer sur une conception du développement personnel : ainsi la guidance systémique en s'adossant aux ressources des différents contextes de vie des membres de la famille et en contribuant à leur enrichissement peut leur permettre de se défaire des contraintes dysfonctionnelles d'un alcoolisme familial. Je m'inspire, pour cette définition psycho-sociale de l'autonomie, des conclusions de Véronique Sichem qu'elle a extraites du travail d'Éric Berne.

#### Les cinq composantes de l'autonomie

Une Conscience claire, « qui est la capacité qui permet de voir, d'entendre, de sentir clairement et donc de vivre ici et maintenant à sa manière singulière et non par procuration, à travers la pensée, le vécu et le senti de l'autre », en étant connecté à soi et conscient de l'autre et du contexte, intégrant rationnel et émotionnel. Elle facilite la rupture de la règle de déni et de minimisation.

- Il est possible de favoriser une conscience claire :
  - § en facilitant l'accès à des informations utiles,
  - § en renforçant l'accès à ses cinq sens,
  - § en accentuant la centration sur le monde ici et maintenant, incluant la connexion avec soi-même,
  - § par le reflet empathique des émotions et des besoins qui facilite la prise de conscience de soi,
  - § par la traduction en couleurs de ses états émotionnels, développée par Michel Hanus, autre moyen pour favoriser à la fois une conscience claire et l'expressivité.

L'Expressivité implique la capacité de respect autant que celle d'authenticité, pour faire part de soi dans les relations, elle implique aussi des formes variées d'expression. Dans l'opportunité de l'ici et maintenant, j'exprime mes besoins, mes émotions, je prends la responsabilité de mes demandes, j'augmente les possibilités de dire. C'est une activité interactionnelle forte. Elle est là pour rompre l'isolement et permet de dépasser la règle de silence.

- Il est possible de favoriser l'expressivité :
  - § en créant des contextes d'expressions variées : groupe de paroles, groupe d'expressions corporelles, activités artistiques, ateliers d'écriture, théâtre, éveil et expression musicale, etc.
  - § l'idée générale est de renforcer les différents langages pour se faire entendre et comprendre, ceci permet d'accéder à une plus grande intimité.

L'intimité est la capacité de sincérité et d'affection en même temps que de proximité c'est aussi, par respect pour soi-même, prendre ses problèmes en main, renoncer aux pseudo bénéfices de la dépendance ou de l'indépendance pour reconnaître l'interdépendance. Être soi-même en présence de l'autre. Développer l'intimité permet de rompre l'isolement.

- En travail social ou éducatif il est possible
  - § de partager des moments proches, sincères et authentiques avec des enfants ou adolescents. Le plus souvent, ceci consiste à les écouter avec attention et prendre le risque de dialoguer, de donner son point de vue, de se donner la peine de connaître leurs points de vue et objectifs,
  - § de reconnaître leurs capacités à affirmer soi-même ses propres besoins, en en prenant la responsabilité. Pour certains enfants ou adolescents qui ont développé une défiance vis-à-vis du lien social alors c'est un lent et patient travail d'affiliation. L'intimité développe à la fois les capacités d'individuation et d'appartenance. A un niveau interpersonnel plus large elle est reliée à la solidarité.

La Solidarité. En même temps que nous développons la conscience claire, l'expressivité et l'intimité, il est essentiel de garder une conscience des conditions oppressantes de certaines structures sociales. Développer des relations autonomes, c'est aussi avoir les yeux ouverts et être actif face aux structures économiques ou politiques qui privent d'autres êtres humains de leur autonomie. Beaucoup d'enfants qui vivent dans une famille en dysfonctionnement alcoolique ont développé un sentiment d'altruisme excessif alors que d'autres ont développé une conscience de soi non solidaire. Les activités de groupe et les séances de thérapie familiale permettent de rétablir cet équilibre. La solidarité, c'est aussi la reconnaissance de nos ressources respectives et la conscience que le bien-être de chacun est lié à celui de tous. Elle est reliée à la notion de responsabilité.

La Responsabilité est la capacité d'assumer les suites de ses actes en termes d'impacts à tous les niveaux de la société. C'est aussi la capacité de différencier ce qui m'appartient de ce qui ne m'appartient pas.

- À la fin d'un groupe d'adolescents, un de ses membres pouvait dire «pour ma mère, je sais que j'ai fait ce que j'ai pu, même si ça n'a pas marché, je commence ma vie d'adulte en ayant la conscience tranquille et je vais m'occuper de moi »
- Il est possible dans les transactions du travail éducatif et du travail social d'aider les enfants ou les adolescents ainsi que leurs parents à n'endosser que leur part de responsabilité et pleinement leur part de responsabilité.

### Comment favoriser l'autonomie

Si on fait référence aux règles de dysfonctionnement familial alcoolique : minimisation ou déni, isolement, silence, rigidité des règles. Favoriser le développement de l'autonomie en utilisant ces cinq critères est une façon de contrarier l'emprise de ces règles et de permettre aux membres de la famille une désaliénation systémique.

Il est possible de le faire :

- en s'appuyant sur ce que les personnes ont déjà fait pour réaliser leurs objectifs ou faire face aux contraintes auxquelles elles sont exposées,
- en créant un lien d'affiliation exempt de tout jugement, en veillant à proscrire des langages qui ferment (cf. Marshall Rosenberg dans *Les Mots sont des Fenêtres ou bien des Murs*),
- en utilisant un langage qui ouvre, voir à ce sujet les travaux d'Insoo Kim Berg et Susan Kelly tels que décrits dans *Des Solutions à Inventer dans les Services à l'Enfance*,
- en élaborant des contrats d'objectifs et de moyens réalisables dans leur contexte de vie,
- en créant des contextes qui facilitent l'émergence de permissions.

## 4. Les permissions, un outil de changement scénarique dans un cadre protecteur

L'attribution et l'endossement de rôles scénarisent la vie. L'acteur n'est plus l'auteur de son propre destin, celui-ci est orienté par les restrictions liées aux contextes de développement (familles, écoles, institutions éducatives). Tous ces contextes peuvent contribuer au renforcement du rôle, au détriment du potentiel. Les aspects restrictifs portent le nom d'"Injonctions", concept élaboré par Bob et Mary Goulding. Elles sont communiquées par le biais de patterns relationnels, verbaux et non-verbaux et de règles implicites.

La construction de l'injonction comporte deux volets :

- un volet externe : le message ou le méta message donné par les figures d'autorité ou les règles culturelles,
- un aspect interne : la façon dont ce message est investi et les conclusions et décisions qui en découlent.

Les aspects qui soutiennent le développement des potentiels sont à contrario des 'Permissions'. elles comprennent :

- un aspect externe : les messages tels qu'il sont émis, les permissions auxquelles on m'invite,
- un aspect interne : la façon dont je les intègre, celles que je me donne.

### La Permission : un droit à conquérir ou à reconquérir

James et Barbara Allen ont défini 8 catégories de Permissions dans la liste initiale de 1972, puis ont porté leur nombre à 15 en 1998. Les permissions sont des messages qui sont donnés de manière expérientielle par l'attitude, les mots et les encouragements à les expérimenter, elles s'accompagnent de messages protecteurs et puissants. Ce ne sont pas des messages exclusivement verbaux. Les permissions sont là pour soutenir la croissance, pallier des manques et si besoin contrarier les effets des messages injonctifs limitants et des conclusions qui s'ensuivent.

Elles sont communiquées par des figures d'autorité, par le biais de leurs attitudes ou des contextes qu'elles créent. Au niveau verbal par des formes de dialogues où le choix des mots est essentiel : choisir des mots qui ouvrent, stimulent. Au niveau des expériences, au niveau des actions : par des étapes assumables.

Les permissions sont également là pour permettre de nouveaux apprentissages, faciliter le renoncement à certaines conclusions, permettre de réviser un certain nombre de croyances restrictives sur la vie sur soi et sur les autres, redéfinir ses manières de vivre.

Ce ne sont pas des obligations mais des possibilités nouvelles qui renforcent les aptitudes à aimer, jouer et travailler, en fonction de son âge.

Ce n'est pas un outil mécaniste. Il ne suffit pas de créer un contexte ou de délivrer des messages, encore faut-il qu'à un niveau intrapsychique, le sujet se les approprie pour nourrir ses forces de développement ou ses aptitudes à la résilience et que la force des messages limitants tels qu'ils ont été introjectés en soit réduite.

Après en avoir repris la liste, je reviendrai sur les facteurs non spécifiques de la résilience et de soutien à la résilience, avant de donner quelques exemples d'actions sociales ou éducatives spécifiques et non spécifiques aux enfants et adolescents de parents affectés de dépendance aux substances. Je présenterai brièvement la place des thérapies familiales et les thérapies de groupes dans ces dispositifs.

## **Douze clés pour une vie pleine et réussie**

Permission 1 : Tu peux exister, occuper ta place et ton espace et vivre avec entrain

Par exemple, pour l'Enfant Invisible, cette permission peut lui être communiquée en lui disant « je te vois », en l'invitant à participer à des activités, en prenant l'initiative de lui parler, en s'intéressant à son monde, en lui disant « j'ai plaisir à ce que tu sois là », en l'invitant à participer à des loisirs avec d'autres enfants et de bien d'autres manières.

Permission 2 : Tu peux faire l'expérience de percevoir ce que tu perçois, de penser ce que tu penses et de ressentir ce que tu ressens, indépendamment de ce que les autres croient que tu devrais ressentir ou penser

Dans un contexte familial problématique ou dysfonctionnel, comment garder son cœur à sa place ? Comment faire confiance à ses cinq sens et à son propre esprit quand les sentiments douloureux succèdent aux sentiments agréables, parfois avec le même parent, différent d'un jour à l'autre ; quand les messages contradictoires se succèdent et que les explications données sont destinées à renforcer le déni et la minimisation. Le déni détruit la confiance dans ses perceptions de la réalité. La règle de silence invite à taire la spontanéité et empêche la validation de ses perceptions. Les messages injonctifs « ne pense pas ce que tu penses » ou « ne déduis pas ce que tu déduis de ce que tu vois », « n'exprime pas tes besoins et ce que tu sens, tu pourrais me blesser ou me détruire », ou les messages prescriptifs « tu dois être raisonnable », « mais non, tu n'es pas triste » limitent la connexion empathique et socialement reconnue avec ses émotions et ses besoins et affectent la confiance en son esprit.

- Parfois, c'est le contact même avec ses perceptions qui est troublé ; une rééducation des cinq sens est utile. La marche à pied, l'écoute des sons, etc.
- La communication non-violente telle que développée par Marshall Rosenberg favorise l'apprentissage de la reconnaissance empathique des émotions et des besoins réciproques, renforce la connection avec soi, avec ce que je vois, entends, avec ce que je pense et ressens à ce propos et ce dont j'ai alors besoin.
- La reprise de confiance en son propre esprit est facilitée par cette rééducation émotionnelle et perceptuelle. Ceci nécessiterait un long développement.
- Ceux qui travaillent avec des Enfants-Déficients savent qu'il faut reconstruire l'édifice pour que les troubles cognitifs disparaissent. Les expériences d'échecs scolaires minent la confiance et parfois renforcent le cercle induit par les stress familiaux quotidiens.

## Menaces et loyautés

Les enfants acceptent de sacrifier leur esprit pour protéger leurs parents contre une menace imaginaire de les détruire « si jamais ... je comprends, si je dis, si je sens, etc. ». Ces menaces sont dans les mythes et fort connues depuis longtemps, alors aussi sans doute dans l'inconscient :

- Le paradis perdu ou le mythe d'Icare, « si jamais, tu croques la pomme ..., si tu sais voler et que tu accèdes au savoir, alors tu seras détruit ou tu perdras la vie, tu seras chassé... »
- Le mythe d'Orphée « si jamais, tu te retournes alors tu détruiras par ton seul regard ta mère, ton père ... »
- Le mythe de Pandore, « si jamais tu ouvres la boîte de la connaissance, alors le monde, ta famille sera détruite .... »
- Le mythe d'Édipe, « si jamais tu vas sur ton chemin, de toute façon ce qui doit s'accomplir s'accomplira, quoique tu fasses tu n'y changeras rien » (l'homéostasie familiale l'emportera et en plus tu détruiras ton père, ta mère, tes yeux, ta descendance, etc.

Si les enfants ont ces croyances et adoptent ces attitudes, c'est aussi pour se libérer d'une situation de souffrance et tenter de libérer un parent. Il y a des forces de croissance cachées dans ces mécanismes de survie.

- Quand on travaille en thérapie familiale, on sait que ce n'est pas en blessant les parents qu'on guérit les blessures des enfants. Les parents eux aussi connaissent ces menaces et leur obéissent. Nous avons souvent besoin de leur coopération pour inciter au changement.

Permission 3 : Tu peux être toi-même en étant approprié à ton âge, ta personnalité et ton sexe, avec tout ton potentiel de croissance et de développement

Beaucoup d'enfants sont invités à exercer une responsabilité qui les éloigne des tâches de leur âge. J'ai ainsi vu des enfants de 3 ou 4 ans aller chercher des bouteilles pour leurs parents, ou encore à sept ans être chargés de conduire leur père dans son lit. D'autres sont chargés de calmer un parent irrité. La permission consiste donc à aider les parents à prendre leurs propres responsabilités par le biais de traitement de thérapie familiale, de soins spécialisés en alcoologie, etc. Elle consiste aussi à offrir des contextes où les enfants peuvent jouer avec d'autres enfants de leur âge à des activités de leur âge. La reconnaissance de leurs mérites nourrit la confiance d'être de son âge.

L'injonction d'être plus grand que son âge a beaucoup d'emprise sur les enfants, parce que ceux-ci sont tenus à des loyautés invisibles envers leurs parents et à une obligation existentielle de faire le maximum pour avoir des parents acceptables, doublée de l'illusion grandiose de pouvoir changer ses parents. Celle-ci est parfois entretenue (consciemment ou inconsciemment par les adultes) qui exploitent alors la bienveillance des enfants à leur égard. Cette injonction existe dans tous les cas de « parentification ».

L'enfant ou l'adolescent, ainsi investi, prend son rôle très au sérieux et il très présomptueux de vouloir l'en extraire sans son consentement. Ceux qui ont travaillé avec des Enfants Sauveteurs savent qu'il est nécessaire de construire avec eux des relations de coopération et de leur demander comment aider au mieux leurs parents plutôt que de les contraindre à abandonner prématurément leur mission. Parfois même, on choisit, les yeux ouverts, de leur demander d'exercer une aide mais de manière limitée, pour que leur temps de travail soit lui aussi limité. J'ai constaté qu'à ce moment-là, si cette demande est faite en présence des parents, avec qui nous sommes alors très affiliés, ces mêmes parents contestent notre proposition et libèrent ainsi l'enfant de telle ou telle tâche ou au contraire, valident cette aide qui est alors ritualisée et contextualisée et non plus implicite et sans limite.

D'autres fois, certains enfants sont sollicités à ne pas grandir, à ne pas être de leur âge parce que « petits, ils sont si mignons » ; alors, les permissions consistent à construire avec eux des champs où leur responsabilité autonome peut s'exercer : ce peut être à propos d'avoir un lit sec, pour ceux qui sont énurétiques. Il est possible d'aider l'enfant, devant ses parents, à définir si lui-même et son lit sont d'accord pour être secs et lui laisser la responsabilité de contrôler son corps, puisque c'est le sien. Quand c'est fait de manière appropriée, beaucoup d'enfants récupèrent un espace de croissance. D'avoir à l'esprit une théorie sur les relations symbiotiques aide.

Pour faire face à l'injonction : « ne sois pas toi-même », qui correspond partiellement à la prescription « joue un rôle et sois ce rôle à travers lequel tu penses être toi-même », les attitudes d'acceptation inconditionnelle sont les plus nourrissantes. Cette attitude consiste à percevoir intuitivement derrière la façade de détachement, de mépris, de colère, de violences parfois, l'être en recherche de lui-même et à lui manifester un soutien indéfectible.

Ceux qui travaillent avec des Enfants Boucs-Emissaires, tellement définis comme non OK par les autres ou définis par leurs seuls comportements dommageables, apprennent qu'ils ne se révèlent à eux-mêmes qu'à travers l'expérience de rencontres authentiques. Une réflexion sur le lien social est utile. Nous devenons nous-mêmes à travers nos rencontres avec d'autres.

Comment aider des adolescents à se dérouter ? rien de magique, le travail de l'équipe des Tamaris à Bruxelles, rapporté par Rolland Coenen et basé sur une anthropologie du lien social en est une illustration convaincante.

A des degrés moindres de détresse et d'escalade de comportements symptomatiques s'intéresser à : « qu'est ce que tu aimes faire avec ton père, ta mère, tes frères, tes amies, etc. ? Qu'est ce qui te satisfait, qu'est ce que tu veux ? etc. »

L'Enfant Héros s'est construit un faux-self où il rationalise ou sur-agit sans s'arrêter à qui il est. Il a investi sa tête, en l'aidant à sortir de son refuge mental survalorisé, on le ramène dans le monde pour être avec les autres. Il peut ainsi se réapproprier son cœur, faire l'expérience de ses vulnérabilités, rien de tel que des expériences de sport collectif, de travaux manuels, mais aussi de moments privilégiés où il peut être proche. Il ne se croit Ok que s'il fait beaucoup alors même que le fait d'être Ok est une question d'être et d'être avec : alors on peut l'inviter à se donner les permissions suivantes.

Permission 4 : Tu peux être émotionnellement proche des autres, tu peux être proche de manière appropriée, tu peux faire confiance et te sentir en sécurité, tu as le droit de faire l'expérience de tes sentiments à travers une large palette d'émotions

L'Enfant Héros ou L'Enfant-Clown ont à apprendre qu'ils peuvent se montrer proches et exprimer leurs besoins sans avoir à faire des performances ou faire le pitre.

La reconnaissance empathique des besoins est un levier de permissions très puissant pour reconnecter émotions et besoins et en faciliter l'expression. Cette permission de sentir ce que tu sens et de le partager est là pour défaire la règle d'isolement.

Permission 5 : Tu as le droit de ressentir tes appartenances (famille, amis, communauté et culture), être connecté empathiquement aux autres

Cette permission invite à se défaire de l'emprise de l'injonction externe « n'aies pas d'attachement » ou de la décision interne « je refuse de m'attacher », ou encore pour les enfants et adolescents ,en cas de divorce ou de séparation de nommer qu'ils aiment et leur père et leur mère, si c'est le cas.

Permission 6 : Tu peux être conscient de ta propre position existentielle, Tu peux avoir conscience de ta vie et être toi-même, Tu peux changer ta position existentielle, tu peux te sentir OK à propos de toi, des autres et du monde

Les Enfants-Rois reçoivent des messages déformés sur leur propre pouvoir et sur leur position hiérarchique, l'ordre existentiel de préséance est bouleversé et cette inversion hiérarchique les expose un jour ou l'autre à des tentatives de coup d'état ou pire à une décapitation : s'il leur arrive d'utiliser un véhicule à moteur sans respecter les règles élémentaires du code la route réservées aux citoyens ordinaires, on les retrouve alors à l'hôpital !!

Permission 7 : Tu peux t'autoriser à être nourri et réconforté, à t'apaiser et prendre soin de toi-même et être en santé, tu peux être proche, tu peux demander pour tes besoins

Ces permissions sont là autant pour contrecarrer les effets des messages injonctifs de « ne pas demander »; que les décisions consécutives à la règle de silence ou encore aux conséquences de la règle « ne sois pas proche »

Permission 8 : Tu peux influencer ton environnement, agir sur le monde et être important

Vous pouvez commencer à vous apercevoir que l'Enfant Invisible est à son tour concerné, de même que tous ceux qui pensent que leurs actions sont inefficaces ou l'ont été. La situation se dénoue par les encouragements à agir, à découvrir et à expérimenter, des invitations à la pro-activité, du soutien à des initiatives prises en sécurité. La reconnaissance du pouvoir d'agir sur le monde commence par la reconnaissance des actions bénéfiques qui ont déjà été accomplies dans notre zone d'influence : il est très puissant pour restaurer ou amplifier le sentiment d'avoir du pouvoir sur le monde de demander aux enfants et adolescents de même qu'à leurs parents « comment ils ont fait pour ? » pour avoir telle note, tel compliment d'un professeur ou avoir pris l'initiative de faire la vaisselle ou consoler son enfant. Chaque fois que l'on invite à décrire une réussite de cette façon, on contribue à nourrir leur sentiment d'efficacité personnelle.

Permission 9 : Tu peux découvrir, expérimenter et échanger, et aussi te tromper en sécurité et utiliser tes erreurs de manière constructive, antidotes à l'inhibition et à l'impulsivité aveugle

Permission 10 : Tu peux penser clairement et résoudre les problèmes à travers une large palette ou variétés de domaines, être sain, tu peux être en bonne santé mentale et physique et prendre soin de toi

Tout ceci contribue à contrebalancer les tentations de n'être pas sain d'esprit, de mettre son esprit sous contrôle d'un produit ou de s'en remettre aux pensées d'autrui sans réfléchir soi-même.

Permission 11 : Tu peux réussir ta vie sexuelle, amoureuse et professionnelle, reconnaître et valider ta propre sexualité et celle des autres, ta propre énergie et faire en sorte que 'ça roule pour toi'

Parfois l'obéissance à une injonction comme « ne réussis pas » peut être un moyen habile de résoudre un problème d'appartenance : « si je ne réussis pas alors je pourrai continuer d'appartenir à ma famille et, en ne dépassant pas mes parents leur être loyal ».

Une inhibition à un niveau peut cacher une menace à un autre niveau. Au cours d'une action éducative ou sociale, s'en tenir à faciliter la réussite se heurtera peut-être à un enjeu plus grand au niveau intrapsychique : « si jamais, voir Icare et Cie, si jamais je réussis alors ma mère qui n'a jamais maîtrisé l'écriture sera blessée ». Résoudre la menace de compétition implicite et d'exclusion de la relation passe en premier. Renforcer la sécurité par rapport à l'appartenance familiale et dénouer le scénario narcissique de parentalité sont à effectuer en parallèle à l'encouragement de la réussite (scolaire ou professionnelle).

Dans une action d'accompagnement scolaire, initiée il y a 9 ans et menée avec succès depuis au CDAS de Saint-Malo, le processus systémique qui consiste à établir de manière ritualisée un contrat incluant

l'enfant, le bénévole, les parents et le travailleur social référent permet d'apaiser cette menace de déloyauté. L'enfant définit un objectif dans une matière : objectif et moyens sont validés par le parent, devant une figure symbolique du corps social.

Permission 12 : Tu peux trouver la vie pleine de sens, lui donner du sens

Sous dépendance, le parent donne le message indirect : « ce qui donne de la valeur à la vie, c'est le produit et son usage, ce qui semble donner du sens à la vie, c'est la prise de produit ». Que ce soit le produit et non la vie elle-même qui soit pleine de sens est troublant sur le plan éthique.

Pour restaurer le sens de la vie elle-même, aider les personnes à construire des objectifs existentiellement valides est une des stratégies possibles. Explorer et valider les sens des actions déjà accomplies en est une autre. Explorer le sens et les conséquences potentielles des choix futurs, une troisième. Toutes trois invitent à « Tu peux penser par toi-même et comprendre, utiliser ton esprit pour construire ce sens. »

#### Un niveau intra-psycho-social et un niveau psycho-social

Le processus intrapsychique de transformation des injonctions et des conclusions restrictives s'appelle la 'redécision' et on peut baptiser le processus psycho-social qui encourage cette transformation de soutien à la résilience et au développement.

Pour être opérationnelle et favoriser ce processus interne de 'redécision' qui consiste à intégrer une permission et ce processus externe qui consiste à favoriser l'actualisation de ses potentiels, l'action psycho-sociale de soutien à la résilience et au développement doit s'effectuer dans un contexte de vie (vie familiale, scolaire, activités de loisirs, activités à visée rééducatives ou thérapeutiques ) où l'interaction avec un 'tuteur de résilience' est pertinente, suffisamment investie par la personne (enfant, adolescent, adulte) en développement d'un pouvoir protecteur par rapport aux forces injonctives externes et intrapsychiques. Les parents, la fratrie, les oncles et tantes font partie de ces tuteurs de résilience possibles, mais aussi les profs, les éducateurs, les voisins, ...

Puisqu'il y a un aspect intrapsychique, la prise en compte des loyautés est indispensable, ceci s'accompagne d'un processus de reconnaissance du lien que je mentionnerai plus tard. James Allen précise que, s'il utilise ce vocabulaire pour les formations, dans les unités de traitement résidentiel pour adolescents qu'il dirige à Oklahoma City, il en utilise le principe, rarement les mots.

## 5. Les facteurs de résilience

### Les enfants de parents affectés d'une dépendance

Les enfants de parents alcooliques présentent un taux élevé de problèmes « extériorisés » : tempérament difficile, hyperactivité, impulsivité, agressivité, opposition ou troubles du comportement.

Ils présentent également un taux élevé de problèmes « intériorisés » : troubles émotionnels, anxiété, dépressions. Ils ont des difficultés au plan cognitif et accusent des retards scolaires.

Enfin, ils montrent une plus forte tendance à consommer des drogues et de l'alcool que leurs pairs.

Le risque de développer divers problèmes est exacerbé chez les enfants de parents alcooliques, lorsque les deux parents sont alcooliques ou lorsque les parents sont accablés, en surplus, de problèmes de santé mentale telle dépression, antisocialité.

Ceci est une des conclusions de recherches récentes menées par Frank Vitaro et collaborateurs sur les enfants de parents alcooliques et toxicomanes ou joueurs pathologiques, plus généralement de parents affectés de dépendance.

## **Les enfants résilients de parents affectés de dépendance.**

Il en ressort que la résilience est liée pour une part à des caractéristiques personnelles, d'autre part à des conditions particulières présentes dans l'environnement.

- Au plan des caractéristiques personnelles : de bonnes habiletés cognitives, un sentiment de compétences, un caractère sociable, une adaptabilité et des capacités à contrôler leur impulsivité, une orientation positive vers l'avenir.
- Au niveau de l'environnement : la qualité de présence d'un parent non affecté de dépendance, des relations significatives avec d'autres adultes compétents et attentifs, des relations amicales normatives, un contexte scolaire adéquat et la participation à des activités sociales et sportives structurées.

Si l'on déduit de l'observation de ces enfants, qui, malgré un contexte de stress se portent bien on peut en concevoir des stratégies d'encouragement à la résilience.

## **Stratégies génériques pour encourager la résilience**

- Par exemple, en temps normal :
  - § favoriser un soutien scolaire,
  - § des attachements à d'autres membres de la famille ou à des personnes bienveillantes, l'établissement de plusieurs relations sociales harmonieuses à l'extérieur de la famille,
  - § cultiver un sentiment d'auto efficacité, développer des habiletés variées à la résolution de problèmes,
  - § encourager la créativité face à des situations nouvelles,
  - § apprendre des stratégies variées pour surmonter le stress,
  - § multiplier les possibilités de succès.
- Pendant la période d'exposition aux facteurs de risques et de stress :
  - § éviter que le parent dépressif ou alcoolique interagisse avec l'enfant aux moments inopportuns,
  - § augmenter les expériences de socialisation extérieure à la famille,
  - § favoriser des stratégies de résolution de problèmes pertinentes,
  - § développer les perceptions claires et objectives de la source de stress,
  - § éviter de développer des stratégies ou comportement nuisibles.
- On définit quatre catégories d'actions :
  - § réduire l'impact de la situation de stress,
  - § éviter l'enchaînement d'événements négatifs qu'entraîne habituellement la situation de stress ou de risque,
  - § favoriser, en revanche, une cascade d'événements positifs, c'est-à-dire des occasions et des expériences de succès et de socialisation,
  - § développer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et une concentration cognitive sur les aspects positifs plutôt que négatives de la vie de l'enfant.

## **Retombées sur la prévention et les politiques sociales**

Franck Vitaro dessine un certain nombre de suggestions qui peuvent stimuler la créativité et la pertinence des acteurs.

- Fournir aux jeunes des modèles de socialisation dans leur communauté et mobiliser des adultes susceptibles de les aider à développer leur talent,
- engager les jeunes dans des activités collectives interculturelles, sportives encadrées,

- stimuler une vision qui mise sur l'avenir et la connaissance des racines culturelles,
- encourager l'humour comme moyen de faire face aux difficultés de la vie,
- assurer un soutien personnalisé (tuteur de résilience) dans les divers champs de croissance.

Parmi plusieurs expériences, la méthode de Bernard et Louise Guerney (relationship enhancement) qui vise à développer des habiletés à l'écoute empathique et à la résolution de conflits a montré les meilleurs résultats, en complément d'autres actions.

Je vous invite à consulter directement le document de recherche de Frank Vitaro, fort complet sur la recension d'actions en cours d'évaluation.

Tous les programmes tournent autour de deux axes améliorer les compétences personnelles des enfants et améliorer les pratiques éducatives des parents pour une harmonie familiale.

## **6. Une philosophie non-violente du lien social**

La Communication Non-Violente apprise et maîtrisée par les intervenants, communiquée aux membres des familles, parents et enfants, en groupe d'éducation parentale ou autres peut-être l'un de ces outils. Il est bien plus diffusé en France que la méthode des Guerney: les deux visant l'amélioration du lien empathique entre les personnes.

J'insiste sur ce point en terme de philosophie de l'intervention éducative, sociale ou psycho-sociale, la promotion d'un lien social non-violent, qui doit être fondé sur la reconnaissance réciproque des émotions et des besoins, sans quoi n'importe quel outil théorique peut être transformé en instrument de pouvoir, de stigmatisation ou d'humiliation.

Ce méta-modèle est à prendre avec cette philosophie du lien social qui privilégie la coopération et le développement concerté des compétences plutôt que l'étiquetage, l'exclusion.

## **Conclusion**

À l'aide de ce métamodèle et inspiré de ces principes philosophiques, nous espérons qu'il soit possible de mettre sur pied des programmes plus complets et plus efficaces envers les membres de ces familles qui font le plus souvent du 'mieux qu'ils peuvent'. Je suis également conscient que nous-mêmes, comme intervenants faisons du 'mieux que nous pouvons'. J'ose espérer que conscients de nos limites par rapport à l'ampleur du problème, nous puissions unir nos compétences, au-delà des clivages habituels et que nous fassions mieux encore.

Les stratégies d'empowerment' telles que celles développées auprès des familles par l'équipe du centre de thérapie familiale brève de Milwaukee seront explicitées dans l'article lié à l'atelier concernant l'intervention auprès des enfants, des adolescents et de leurs parents dépendants de substances.

Merci à mes parents et à ceux qui m'ont guidé.  
Saint-Malo le 21 mars 2005

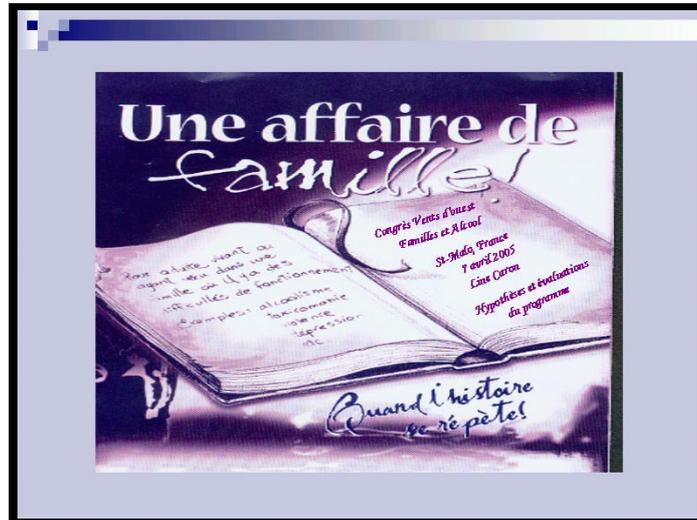
## **Références bibliographiques :**

1. Another Chance/Wegscheider-Cruse S. Editions Science and Behavior Books
2. Alcool ,une approche centrée sur la solution/Berg I-K, Miller S. Editions Satas
3. Analyse Transactionnelle, face à la difficulté d'apprendre/Sichem V. Editions Psycom
4. Scripts, the Role of Permission/Allen J.R., Allen B.A. TAJ net
5. Les enfants de parents affectés d'une dépendance/ Vitaro F., Assaad J-M., Carbonneau R. Québec : Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, septembre 2002
6. Le bonheur est toujours possible, construire la résilience/Vanistendael S., Lecomte J. Editions Bayard
7. Des solutions à inventer dans les services à l'enfance/Berg I.K., Kelly S. Bruxelles : Editions Edisem et Satas
8. Modéliser avec la PNL/Dilts R. Editions InterEditions
9. Parental substance Misuse and Child Welfare/Kroll B., Taylor A. Jessica Kingsley Publishers

Prévenir les répétitions transgénérationnelles : un travail de recherche  
et des actions auprès des parents et des enfants,  
hypothèses et évaluation

Séance plénière  
Jeudi 8 avril  
10 h 40

Line Caron, Chef d'équipe en prévention et promotion de la santé, Agence de santé et de services sociaux de la Côte Nord,  
Baie Comeau, Québec



## PRESENTATION DU PROGRAMME :

### *UNE AFFAIRE DE FAMILLE*

## EVALUATION DES EFFETS APRES SIX MOIS

### **Première évaluation des effets après 6 mois**

- Acquisition de connaissances nécessaires à la prévention de la transmission générationnelle de la toxicomanie,
- Vérification de la capacité des participants, à reconnaître la transmission générationnelle dans leur famille,
- Evaluation de l'habileté à mettre en œuvre des actions spécifiques pour contrer le problème dans les générations suivantes.

## **De la prévention des problèmes transgénérationnels de la toxicomanie à la prévention des difficultés du fonctionnement familial**

### **Objectif général du programme : hypothèses d'évaluation**

Habiliter les familles présentant un problème générationnel de fonctionnement–toxicomanie, violence, santé mentale, etc.) à prévenir sa transmission dans la génération suivante.

### **Objectifs spécifiques**

- Les participants seront capables de reconnaître le problème de la transmission générationnelle dans leur famille,
- Les participants seront en mesure de mettre en œuvre des actions spécifiques afin de contrer le problème dans leur famille.

### **Clientèle cible**

Membres adultes de familles présentant un problème de fonctionnement – toxicomanie, violence, dépression chronique, etc. – dans la génération actuelle ou dans les précédentes (grands parents, parents, conjoint(e), enfants).

### **Assises théoriques**

- Différenciation du soi (Murray Bowen),
- Approche systémique
  - § La compétence des familles à solutionner leurs difficultés.

### **Programme Une affaire de famille**

- 8 rencontres de 3 heures aux 2 semaines,
- groupe de 10 à 15 personnes pouvant être de la même famille,
- tout le matériel promotionnel et pédagogique est inclus dans le guide et le cahier du participant.

Suite logique qui amène les participants à :

- Comprendre le phénomène de la toxicomanie ou autres difficultés,
- Comprendre le fonctionnement d'une famille,
- Comprendre le phénomène de la transmission générationnelle,
- Trouver des actions pour briser le cycle de la transmission.

Démarche de prise de conscience portant sur des éléments de transmission générationnelle

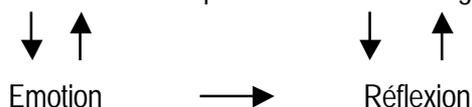
- Rigidité des rôles,
- Rigidité des règles,
- Faible différenciation de soi,
- Codépendance/dépendance affective,
- Comportements de survie,
- Abandon,
- Parentification.

## Approche pédagogique

- Le participant découvre les concepts lui-même et les vérifie dans sa réalité familiale,
- Permet de briser des automatismes réactionnels et d'augmenter le niveau de différenciation,
- Trouve les différents modes d'apprentissage.

## Approche pédagogique : comment ?

Atelier suivi d'un exposé et discussion de groupe :



- Application/vérification des apprentissages dans leur famille,
- Construction par étape du génogramme par le participant,
- Tests d'évaluation de la sévérité (ex : test de Kitchens sur la codépendance),
- Outils pédagogiques de support à compléter : exercices,
- Plan d'action rempli au fur et à mesure de l'évolution du programme,
- Cahier du participant.

## Les thèmes abordés et leur évaluation

### Génogramme

Le participant construit lui-même son propre génogramme à partir d'une structure et de modèles.

A la 5<sup>ème</sup> rencontre, le génogramme est complété. Les relations entre les membres se compléteront au fur et à mesure de l'appropriation des concepts.



## Concepts de base en toxicomanie

- L'expérience avec une substance,
- Cycle de la dépendance.

En général, les participants saisissent bien les concepts, mais démontrent peu d'intérêt. Leurs attentes se situent surtout autour du fonctionnement familial.

À Opérationnel

## Le fonctionnement familial : propriétés

Interdépendance du fonctionnement physique, émotionnel et social de chacun des membres : Totalité

Equilibre dans la famille qui amène une compensation : Homéostasie

## La rigidité des rôles

- Responsable,
- Conciliateur,
- Malléable,
- Rebelle.

## Résultats de l'évaluation

Les participants se sont clairement identifiés à l'un ou l'autre des rôles et ont fait des liens avec leur comportement à l'âge adulte.

Avant Dans ma famille d'origine, je suis l'aînée donc la responsable	Maintenant Au mois d'octobre, j'ai attendu que mes frères fassent les premiers pas pour célébrer le 75 <sup>ème</sup> anniversaire de notre mère mais j'ai quand même fait du 'sang de cochon' en attendant qu'ils se décident. Contrôle, contrôle ... lâcher prise, lâcher prise ...
---	---

## La rigidité des règles

- Ne parle pas,
- Ne fais pas confiance,
- Ne ressens pas.

## Résultats de l'évaluation

Les participants ont reconnu à divers degrés, la présence de règles dans leur famille d'origine. Certains ont expliqué le silence entourant la toxicomanie. Ne pas parler signifie cacher ses émotions. Par conséquent, il est difficile de se fier aux personnes qui nous entourent. Cependant, il leur est plus difficile de faire le lien dans l'application pour l'éducation de leurs enfants.

<p><b>Avant</b> « Dans ma famille d'origine et dans ma famille actuelle, la difficulté a toujours été celle de la communication, du partage des émotions et des sentiments. J'étais souvent dans le 'ne ressens rien'. »</p>	<p><b>Maintenant</b> « J'ai vécu au moins une situation avec chacun de mes 3 enfants où je me suis efforcée à exprimer mes sentiments, mes craintes, mes peurs et même si ça été difficile pour moi, la glace est cassée et je vais continuer en ce sens. Je suis incapable de savoir ce que cela a suscité chez eux. »</p>
--	---

## La co-dépendance - la dépendance affective - les comportements de survie

Concept plus difficile à saisir. Les résultats démontrent une compréhension variable selon les participants.

<p><b>Avant</b> Dépendance affective qui me faisait accepter l'inacceptable pour moi, « J'aimais tellement mon fils que je l'étouffais en n'étant pas tolérant avec mes ressemblances négatives qu'il avait héritées de moi. Bien malgré moi, j'ai failli le tuer. »</p>	<p><b>Maintenant</b> « Dire non à ma dépendance dans mes réactions face aux gens que j'aime. Ne plus accepter de deal à l'encontre de qui je suis. Je peux mieux analyser mes comportements et trier mes émotions, Aujourd'hui je comprends mieux mes réactions à telle situation. »</p>
--	--

## La Parentification

Prise de conscience que les enfants adoptent ce rôle lorsque les parents le permettent. Ils désirent être plus vigilants car les enfants prennent un rôle de parents dans les situations difficiles.

<p><b>Avant</b> « Je me servais de mes filles comme confidentes »</p>	<p><b>Maintenant</b> Réalise que ce n'était pas leur rôle, Plus attentive aux comportements de mes enfants</p>
---	--

## L'abandon

Plusieurs participants restent au premier niveau dans la compréhension de ce concept. Ils considèrent que l'abandon qu'ils ont subi s'est produit de façon épisodique, notamment durant les périodes d'intoxication. Ils ont de la difficulté à saisir que l'abandon fait référence à l'incapacité, à la non-disponibilité des parents à combler les besoins des enfants.

<p><b>Avant</b> « Je ne savais pas que je souffrais de l'abandon, en fait je ne comprenais pas pourquoi je traînais ce sentiment, alors que je n'avais pas été abandonnée (physiquement). »</p>	<p><b>Maintenant</b> « Je connais maintenant ce qu'est l'abandon, ses raisons et ses ravages. Il m'arrive encore de me sentir abandonnée, mais la peine dure moins longtemps et je m'en rends compte plus vite quand cela me touche, donc moins de ravages ... Je pense que c'est le fait d'en prendre conscience qui contribue à mon mieux-être. »</p>
---	---

## La transmission générationnelle

Les participants ont déclaré qu'ils ont finalement compris la dynamique présente dans leur famille d'origine et qu'ils sont maintenant en mesure d'établir des liens entre leurs comportements, les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs relations avec leur entourage et leur vécu familial. Toutefois, ils ajoutent qu'une 2<sup>ème</sup> session consoliderait leurs connaissances.

En effet plusieurs consultent par la suite ou refont le programme.

## Le faible niveau de différenciation

Les réponses des participants amènent à penser qu'ils ont acquis une certaine distance face à leur entourage, notamment, ils donnent des exemples concrets d'une meilleure gestion des émotions.

Je suis capable maintenant d'identifier mes émotions, le dialogue est beaucoup plus facile avec mon conjoint. Je fais beaucoup plus confiance, je contrôle mieux mes peines, mes colères. Je sens que je vais me sortir de mes idées noires.

J'apprends à verbaliser mes peurs, mes craintes et surtout à lâcher prise surtout vas à vis de mes enfants... J'ai diminué le sucre et perdu 17 livres et je n'ai pas l'intention de les reprendre. »

« Détachée et plus seule (dans le sens de moins liée à eux). Moins présente à la famille – plus de distance – moins de visites à ma mère, à ma sœur. Bas dans l'acceptation automatique (voyage à Chicoutimi, souper de chasseurs). Prise de décision et s'y tenir. Je m'exprime plus.

Avant « Pas de compréhension, sur le pilote automatique dans un agir commandé par le non-dit. Une sorte de manipulation subtile. »	Maintenant « Etre moins victime de manipulation. Si pas de plaisir, augmentation de la distance à la souffrance, au malaise. Plus capable de dire non à l'inconfort ... Plus de distance entre eux et moi. »
---	---

## Résultats de l'évaluation

La force du programme repose sur la facilité avec laquelle les participants réussissent à établir des liens entre son contenu et leur propre histoire de vie.

Une perspective intéressante et novatrice pour modifier la dynamique personnelle et familiale des personnes qui ont vécu ou qui vivent des problèmes liés à la consommation de psychotropes.

Des prises de conscience importantes chez les personnes qui ont connu des problématiques telles que la violence familiale et conjugale.

Elargissement du programme à toute clientèle considérée à risque de transmettre ou de reproduire des comportements nuisibles au développement de leurs enfants.

Contribution du programme sur la capacité des participants à prévenir la transmission. Difficilement mesurable, par contre les participants ont rapidement constaté qu'ils doivent d'abord changer leurs attitudes s'ils désirent entrevoir des effets positifs chez leurs enfants.

Prise de conscience bonne entre les concepts appris et leur vécu avec leur famille d'origine, mais plus difficile de transposer dans leur famille actuelle.

### **Bénéfices de l'approche *Intervenant***

- Meilleure connaissance du fonctionnement familial à travers les générations,
- Vision globale et langage commun facilitant le travail avec et entre les équipes,
- Renforcement de la pratique professionnelle par une démarche personnelle de compréhension de l'impact de son propre fonctionnement familial.

### **Bénéfices de l'approche *Organisation***

- Réduction de la récurrence des problèmes Syndrome de la porte tournante,
- Meilleur arrimage entre les équipes de travail,
- Interventions mieux ciblées et moins nombreuses.

### **Bénéfice de l'approche *Clientèle***

- Intervention responsabilisante qui respecte les compétences des personnes,
- Approche globale non culpabilisante, ni réductible des problèmes,
- Intervention qui colle à la réalité de la clientèle,
- Encourage la motivation à s'engager dans un changement durable.

### **Ma motivation à continuer**

« Je sais hors de tout doute que le soleil brille. Il suffit d'être là au présent et sentir cette vibration que je ressens de plus en plus ! »

« Je me suis toujours dit que je n'aurais pas d'enfants parce que je ne voulais surtout pas faire à un enfant la même chose que j'ai vécue avec ma mère qui n'arrêtait pas de boire. Je ne voulais pas prendre de chance. En faisant ce programme, j'ai réalisé que je pouvais faire autrement, que j'avais ce pouvoir là. Maintenant j'ai envie d'en avoir des enfants parce que je sais que ce n'est pas irrémédiable. »

Thérapie familiale avec trois générations :  
enjeux existentiels et traumatismes,  
les étapes de résolution d'un alcoolisme plurigénérationnel

Séance plénière  
Jeudi 8 avril  
11 h 45

Antoinette Mialon-Fouilleul, Psychiatre des Hôpitaux, chef de service, Intersecteur d'Alcoologie, Saint-Lô (France).

## **Introduction**

Depuis 18 ans, nous avons développé dans l'Intersecteur d'Alcoologie, une démarche intégrative des dimensions individuelles, familiales, contextuelles et sociales des problèmes d'alcoolisation. Nous disposons d'une unité d'hospitalisation de cure alcoologique de 18 lits (UHA), de 2 centres de consultations et d'activité thérapeutique ambulatoire ainsi que d'équipes de liaison dans les 2 centres hospitaliers généraux du secteur géographique. Toutes ces unités sont sous la direction d'un chef de service qui assure la cohérence du dispositif. Différents programmes thérapeutiques sont disponibles après évaluation de la demande en ambulatoire et/ou en hospitalisation : travail familial systémique ou individuel, dans un groupe thérapeutique (motivationnel, de soutien à l'abstinence de type cognitivo-comportemental, groupe psycho-corporel, groupe de couples ou de parents, ... ), psychothérapie individuelle (Gestalt, Psychodrame, Génosociogramme). Selon les besoins nous utilisons alternativement, successivement ou simultanément ces différents possibles pour nos patients. Nous sommes convaincus de la nécessité d'une vision globale, élargie à 3 générations pour comprendre le sens des symptômes actuels, surtout s'ils sont répétitifs par leur scénario, et que la répétition trans-générationnelle apparaît. Il nous a été donné d'observer en direct 3 niveaux générationnels au cours de notre travail thérapeutique. Notre interrogation majeure devant les jeunes enfants du patient (3 garçons de 10, 8, 6 ans) habités par la peur des ivresses pathologiques de leur père : comment faire une prise en charge préventive des répétitions trans-générationnelles ?

## **Le cas de la famille Normand**

En 1981, j'exerce comme psychiatre dans un service hospitalier de Psychiatrie générale. L'Alcoologie n'existe pas encore. Je serai à même de créer un tel service 5 ans plus tard.

Depuis plusieurs années, peu après le décès de son père, Roland qui s'alcoolise régulièrement traverse des épisodes d'ivresses pathologiques de plus en plus fréquents au point de laisser la Gendarmerie et le médecin généraliste appelés de manière récurrente au domicile. En 1981, la crise est semblable aux autres : Roland alcoolisé est dans un état de rage incontrôlable, une nouvelle fois il a cassé le mobilier et brisé les fenêtres. Sa femme et les enfants sont allés se cacher dans le grenier avant d'appeler du secours. Il est amené en hospitalisation sous contrainte, transformée rapidement en hospitalisation libre du fait d'un retour rapide à un état de conscience normal. Plusieurs hospitalisations de ce type se succéderont pendant 10 ans avec des espaces intercritiques marqués par la honte et des troubles anxio-dépressifs importants.

En 1982, alors que son fils a 13 ans, un reclassement professionnel dans l'horticulture l'éloigne du domicile pendant près d'1 an. Cela amène un grand soulagement au climat familial, une réduction de l'alcoolisation, des épisodes de crise moins fréquents. Comme son père, le fils Charles reste auprès de ses parents puis s'installe avec sa conjointe à quelques kilomètres. La situation paraît se stabiliser et je le croise parfois sur le marché vendant ses plants de légumes ou de fleurs. Le suivi thérapeutique fait par son médecin généraliste se borne à l'ajustement d'un traitement anti-dépresseur qu'il arrête régulièrement, un soutien à son projet de modération. Sa femme sera rencontrée 1 fois. Il n'y a pas de demande psychothérapique

spécifique, la normalité pour lui semble être une certaine résignation dans une vie de souffrance. L'alcool n'a plus la place centrale d'autrefois. L'histoire clinique devait sembler-t'il s'achever là alors qu'il a pris sa retraite depuis 8 ans.

La relation thérapeutique a du être suffisamment bonne pour qu'il y a 5 ans Roland fasse appel téléphoniquement pour son fils, 28 ans, qui « s'alcoolise surtout le week-end, a cassé 2 voitures et se montre violent sous alcool ». Il est rencontré avec sa conjointe Sandra, fille d'un père alcoolo-dépendant. Elle a une vive conscience de l'usage nocif d'alcool pour son conjoint et l'encourage à venir en soins ; Charles minimise les effets de l'alcoolisation, il ne voit pas les inconvénients avancés et ne veut faire aucun lien avec les comportements de son père. Il s'engage dans un projet de modération, essayant d'éviter les ivresses. Un support médicamenteux l'encourage dans ses efforts de réduction qui alternent avec des périodes de dérives. La compliance au traitement et au suivi thérapeutique n'est guère satisfaisante. Nous n'avons plus de nouvelles pendant 4 ans.

En fin d'année 2001, la situation est devenue très critique : alcoolisations quotidiennes et ivresses le soir où il se montre violent, casse les meubles, la voiture, s'en prend à son fils aîné, lui tire les cheveux sans raison, le frappe, va chez son père 'foutre le bordel'. Il terrorise ses 3 enfants (8, 6,4 ans) et sa femme qu'il veut séquestrer. Elle prend la fuite, se cache dans les chemins avec les enfants, appelle les gendarmes. Ils sont intervenus et Charles a passé la nuit de dégrisement à la gendarmerie.

Depuis 3 ans, des scènes de cet ordre se répètent cycliquement avec au décours un moment d'amélioration passager et une reprise de l'alcoolisation. L'intensité des troubles du comportement, le licenciement professionnel (il est maçon), la menace de rupture conjugale avec la demande d'un hébergement d'urgence pour la mère et les enfants, amènent Charles à demander lui aussi d'urgence des soins et une hospitalisation. Déterminé, il s'engage dans un sevrage et un programme de cure cognitivo-comportemental. Sa conjointe s'engage également en venant au groupe de couples. L'intégration de la dimension familiale dans la vie de l'Unité d'hospitalisation permet que les enfants viennent en visite. Le plus jeune d'entre eux extraverti, s'exprime ainsi : « moi a peur, Papa y bat ». Les 2 autres enfants se taisent et se cachent derrière leur mère. Le père prend véritablement conscience de l'aspect destructeur de son comportement, de la peur de sa famille.

Grâce à ces observations sur le vif par le personnel infirmier présent, les questions qui nous préoccupent sur les répétitions trans-générationnelles sont d'actualité :

- Qu'est-ce qui fait qu'à 1 ou 2 générations d'intervalle les mêmes scénarii se répètent ?
- Comment comprendre qu'un adulte qui a vécu enfant les scénarios de la peur devant la violence alcoolisée de son père les répète de la même façon auprès de ses propres enfants ?
- Le traitement de l'alcoolisme du père ne sert-il à rien pour les descendants ?
- Comment éviter que l'un ou l'autre des enfants de Charles ne deviennent eux-mêmes alcoolique violent ?  
Qu'est ce qui peut arrêter ce processus de répétition ?

Toutes ces questions sont d'une particulière acuité pour nous qui avons connu le grand-père Roland.

## **Quelques supports théoriques**

### **1. L'école de Palo-Alto**

Les travaux de Gregory Bateson et Margaret Mead sur la théorie de la communication sont une première approche sur la communication non verbale. Le langage du corps, l'interaction, l'expression de la mimogestualité, la kinésie, l'harmonie et la synchronie des mouvements laissent deviner ce que pensent et ressentent les personnes. La notion de 'double contrainte' dans les messages paradoxaux est structurée de telle sorte que, tout en affirmant verbalement une chose, on peut affirmer son contraire par le langage du corps. Le message devient contradictoire, mais comme il est interdit d'en parler, la confusion ou la contradiction ne peut être dévoilée. Il y a donc une discordance entre ce que la personne sent ou voit et ce qu'elle devrait voir ou ressentir. Les comportements agis ne peuvent donc prendre sens et restent suspendus dans un non-sens que les répétitions viennent sans cesse questionner. Les troubles du

comportement alcoolisé mettent en scène le plus souvent une double contrainte : « je veux et je ne veux pas à la fois, et ce que je communique n'a pas de valeur car sous effet d'alcool, cela annule ce que je communique. »

## 2. Les travaux des éthologues

Konrad Lorenz, publiant ses travaux sur l'empreinte en 1935 développe l'idée que l'empreinte organise le lien de filiation. Il prétend que l'effort de toute une vie est déterminé par une expérience vécue dans l'enfance, c'est après tout l'essentiel de l'empreinte. Boris Cyrulnik dira dans son livre Sous le signe du lien : « une émotion intense peut créer un moment de grande réceptivité à un objet d'empreinte. Le récepteur et le marqueur peuvent se rencontrer et tisser ensemble un lien affectif. » De tels événements vont tisser la vie de l'enfant et le « marquer », le « taguer » définitivement au point qu'une résonance avec un élément du scénario primitif va pouvoir faire réapparaître les émotions attachées à ce vécu traumatique.

## 3. Les travaux de Nicolas Abraham et Maria Török- Serge Tisseron et coll.(1, 9, 10)

Abraham et Török ont émis l'hypothèse que tout se passait comme s'il y avait un fantôme agissant qui parlait et agissait à la place des gens. Ce serait comme quelqu'un qui sortirait d'outre-tombe après une mort difficile à accepter ou un événement dont on a honte. A partir du concept d'incorporation, les auteurs supposent qu'a lieu l'installation en soi d'un « objet » prohibé en compensation d'une introjection manquée. Dans L'Ecorce et le noyau : « le fantôme est une formation de l'inconscient qui a pour particularité de n'avoir jamais été conscient et de résulter du passage dont le mode reste à déterminer, de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant ... L'apparition d'un fantôme indiquerait donc les effets sur le descendant de ce qui avait eu pour le parent, valeur de blessure, voire de catastrophe narcissique ... La personne hantée se trouve aux prises entre deux mouvements : respecter coûte que coûte le non-savoir du secret du proche et ... lever cet état de secret ... »

Le comportement bizarre ou l'expression psychosomatique incarne souvent le fantôme et traduirait ainsi d'une manière codée une histoire qu'il est interdit de dévoiler.

Les mécanismes de transmissions seraient liés à ces lacunes laissées en soi par les secrets des autres. C'est un non-dit, ce silence et l'évitement qui sont parlants et agissants.

Le psychanalyste Didier Dumas dans l'Ange et le Fantôme décrit sa première rencontre avec le fantôme qui habitait l'une de ses patientes. Conçue en remplacement d'un autre enfant dont le deuil n'avait pas été fait par sa mère, on lui avait donné le même prénom que sa sœur morte. Elle présentait une sidération et la souffrance de n'être venue au monde qu'en remplacement d'une autre. Sa mère s'était délestée sur elle d'un deuil non fait.

Les situations d'alcoolisation sont souvent associées à des deuils d'enfant non faits. 10, 15 ans, 20 ans peuvent avoir passé sans qu'aucun travail de deuil n'ait pu se faire, enfermant tel quel l'événement traumatisant. Le plus souvent, nous voyons un tableau qui en cache un autre à la génération précédente renforçant le phénomène d'encryptement.

## 4. Les travaux d'Yvan Boszormenyi-Nagy(4)

Ils s'articulent autour du concept de loyauté c'est à dire loyauté de chacun des membres à l'égard du groupe, lequel compte sur les motivations de chaque individu. Il y a, dans le groupe familial, de l'affection et des égards réciproques qui font que les comptes familiaux sont tenus à jour. Il existe un grand livre des comptes de la famille où on voit si on est en crédit ou en débit, si on a des dettes ou des mérites, faute de quoi la génération suivante devra payer pour les fautes des autres.

L'étymologie latine du mot Addiction (8) vient rejoindre cette notion de dette à payer. Le dictionnaire Gaffiot (1934) nous donne 6 sens. Nous retiendrons :

- Addico, Addicere : dire à, adjuger au sens juridique d'adjuger quelqu'un à quelqu'un d'autre, la personne du débiteur au créancier,
- Addictus : esclave pour dette c'est à dire condamné à l'assujettissement, à l'asservissement.

L'addiction alcoolique vient donc résonner en miroir avec la notion de loyauté familiale. Dans la non-conscience de ces loyautés invisibles, la seule manière de s'acquitter de ses dettes est trans-générationnelles : ce que nous avons reçu de nos parents nous le rendons à nos enfants. Ce qui n'est pas résolu ni achevé devra l'être à la génération suivante ou future. Il est naturel qu'un comportement addictif vienne s'inscrire dans des situations familiales où des dettes restent en cours. L'analyse du circuit de l'argent dans les familles avec addiction sera particulièrement éclairante pour comprendre la balance des comptes intergénérationnels.

## **5. Les travaux sur le géosociogramme d'Anne Ancelin-Shützenberger(2, 5)**

Elle distingue d'emblée les transmissions intergénérationnelles qui sont de l'ordre du transmis consciemment, des transmissions trans-générationnelles qui sont de l'ordre de l'inconscient. Le géosociogramme met à jour les liens sociométriques, le contexte, les événements importants tout en utilisant le vécu et l'inconscient du thérapeute et du client. Il s'agit d'utiliser de façon intégrative plusieurs modèles conceptuels : ceux du concept psychanalytique de la loyauté invisible de Boszormenyi-Nagy, ceux d'Abraham et Török sur la crypte et le fantôme, la notion de syndrome anniversaire d'enfant de remplacement (enfant conçu pour remplacer un enfant mort dont le deuil n'a pas été fait) décrit par Anne Ancelin-Shützenberger.

## **Mise en place du travail familial**

Entraînés depuis de nombreuses années au travail familial systémique qui permet une vision d'ensemble à la fois en largeur et en remontant dans le temps, mais aussi multi-référentielle avec l'approche contextuelle et psychanalytique, nous avons proposé pendant l'hospitalisation de Charles de le rencontrer avec ses parents, sa conjointe et leurs 3 enfants. Ils sont tous d'accord et contents de venir. D'emblée le plus jeune des enfants, Nicolas 4 ans, parle d'un monstre qui est à la maison, que l'on se cache dans le placard par ce qu'il fait peur. Le plus jeune des enfants est extraverti, jovial, à l'aise, le 2<sup>nd</sup>, Mathieu 6 ans, plus réservé, l'aîné, Boris 8 ans, objet des violences paternelles se montre très réservé et raisonnable. L'aspect ludique de l'échange entre les garçons est bientôt interrompu par le fils aîné : « il n'y a plus de monstre à la maison » La peur introduite par les enfants sera notre guide au fil de l'entretien. Très vite il est question des peurs d'enfance de chacun.

D'abord celles du grand-père qui naît en 1935, comme enfant de remplacement 1 an après le décès d'une 1<sup>ère</sup> fille pour tuberculose à l'âge de 6 ans. « mes parents sont déçus car ils voulaient une fille » ; ils en auront une 5 ans plus tard qu'il nommeront du même prénom que la sœur décédée. Le climat d'angoisse neutralisé par la période de la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale avec l'Occupation puis le débarquement en Normandie est réactivé en 1945 où pendant plusieurs années l'arrière-grand-mère vivra des états de panique anxieuse invalidantes dont le souvenir fait apparaître chez Roland, le grand-père, des pleurs jusqu'alors refoulés. Dès 1943, alors âgé de 7-8ans, il vit l'occupation allemande et les bombardements, la fuite sur les routes et le refuge dans les chemins creux. Cela se passe à 10 km des plages du Débarquement des Alliés. En 1944, la maison est saccagée, les vitres soufflées. Il vit ce moment comme abasourdi.(Il est porteur d'une surdité depuis l'adolescence). Il est le soutien de sa mère et décrit son impuissance désespérée face à ses sensations de mort imminente. Adulte, l'alcool représente un mode de soulagement rapide et efficace pour l'aider à faire face. Il ne se plaint pas de tous ces événements et les décrit avec fatalité. Ces revécus d'enfant souffrant, insécurisé suscitent beaucoup d'émotions : « c'est comme si c'était hier » dit-il. Ce sont ces souvenirs qui lui reviennent lorsqu'il a bu. Pourtant il n'a fait aucun lien entre son passé et ses crises

de violences alcoolisées où la maison est comme explosée : mobilier cassé, vitres brisées et la nécessité pour son entourage d'aller se mettre à l'abri.

Charles répète exactement le même scénario lors de ses ivresses ; il terrorise surtout son fils aîné qui devient son bouc-émissaire. Boris est suivi depuis 9 mois dans un groupe de psychothérapie d'enfant pour agitation à l'école, phobies scolaires, difficultés d'apprentissage. Charles, avec l'aide de sa mère, retrouvera le souvenir de ses peurs pendant les crises de violence de son père, la honte dans son village où son père est désigné comme fou. Dès l'âge de 11 ans, on lui prescrit des tranquillisants, il est déjà le bouc-émissaire dans son collège. Lors de ses ivresses, il va presque toujours chez ses parents 'foutre le bordel'. Viendrait-il redonner de cette manière la dette que celui-ci n'a pas épurée ? Ou bien vient-il aussi mettre en scène devant sa grand-mère qui habite juste à côté la violence subie sans mots dire aux générations précédentes ? Serge Tisseron signale que pour de tels patients porteurs de la honte d'un autre, le maintien dans la continuité fantasmatique avec leur groupe familial est à tout moment essentiel ... Comme ils sont souvent issus de milieux culturellement défavorisés, les représentations sont généralement pauvres, alors que les émotions et le corps (en tant que lieu des actions et de l'enracinement premier de l'affect) sont au tout premier plan des échanges communicatifs. D'où la nécessité de garder des liens étroits avec sa famille d'origine et les difficultés de séparation intergénérationnelle.

L'entretien avec les 3 niveaux générationnels permet de mettre des mots sur ce qui n'était ni formulable ni dicible. Il s'agit quasiment de prêter son appareil psychique en proposant des reformulations et en soutenant la légitimité du ressenti émotionnel, son expression dans la reconnaissance mutuelle. Les parents font subir à l'enfant ce qu'eux-mêmes ont subi. Alors comme le suggère Guy Ausloos dans La compétence des familles (3), pourquoi ne pas utiliser positivement ce qui gêne, ce qui est déplaisant pour ouvrir sur l'aspect positif qui est toujours occulté par le passé ? En l'occurrence, la mobilisation de tout le groupe familial, la contribution des petits enfants et celle des grand-parents est déjà la preuve de leur compétence à sortir de la répétition. Elle ne pourra plus prendre la même intensité émotionnelle du fait de la conscientisation du passé douloureux exprimé. Les capacités cognitives du patient se sont trouvées aiguisées après cet entretien. Alors qu'il paraissait imperméable au programme de Prévention de la rechute ; tout s'est éclairé pour lui. Il voyait ce qu'il ne voyait pas jusqu'alors sur ses déclencheurs et les situations à risque. Nous avons demandé au grand-père, 'expert en problème d'alcoolisation' comment il pensait pouvoir aider son fils. Il lui a proposé d'aller à la pêche ensemble, lui-même ayant été initié par son propre père ; proposition appréciée et mise en œuvre dans les suites de l'hospitalisation associant le petit-fils aîné.

Nous avons pris contact avec l'équipe des thérapeutes de Boris. Depuis septembre 2001, il se montrait très agité et dispersé, donnait des coups sans arrêt de façon gratuite ; 1 mois ½ après l'entretien ça n'a plus rien à voir, il commence à se poser, il est disponible aux autres et arrive à mieux se contenir.

Charles a retrouvé à son grand étonnement un travail mieux payé que ce à quoi il prétendait. Il est totalement abstinent. Dépendant des Benzodiazépines, il a réduit de moitié sa posologie. Le couple poursuit son engagement dans un groupe de couples après arrêt de l'alcool. En effet, la focalisation sur les difficultés de Charles ne peut faire oublier les tensions et les attentes de Sandra à l'égard de son conjoint. Des réajustements dans la relation de couple se dessinent déjà, la place de père aussi ; les enfants ont encore des peurs lorsqu'il parle de sa voix grave ou met des limites.

Pendant une année, l'amélioration est croissante sur le plan professionnel, il a retrouvé une meilleure considération et estime de soi. Il est dans une relation positive avec son employeur qui joue un rôle de 'bon parent' (chef d'entreprise de 64 ans, mesuré et attentif à son ouvrier).

Le changement de direction à l'entreprise avec un jeune cadre du même âge l'insécurise et le met dans une attitude défensive qui s'amplifie avec des projections persécutrices à l'égard de son employeur. Le climat familial est tendu, les modes relationnels de type co-dépendance resurgissent avec l'alcoolisation même modérée. Les comportements hyperactifs des enfants prennent de l'ampleur et sollicitent l'autorité

malhabile des parents. La dysharmonie conjugale est exacerbée par les comportements de rivalités des 3 garçons qui ne sont tranquilles qu'en présence du père. Charles a démissionné de son travail et amène une insécurité financière. Des symptômes somatiques de gonalgies pour le père deviennent invalidants et nécessiteront une intervention chirurgicale. Les ré-alcoolisations du père avec la reprise du cortège de menaces et violences à l'égard de toute personne qui s'oppose à lui aboutit à la séparation du couple et le recours à un centre d'hébergement d'urgence pour Madame et les enfants. Pour autant l'équipe reste en lien avec le patient, sa conjointe, la belle-mère, les parents qui se mobilisent tous devant la crise.

L'UHA l'accueille à nouveau malgré sa présentation agressive et peut rapidement contacter avec lui la souffrance masquée. Nous mobilisons plusieurs fois encore les 3 niveaux générationnels pour assurer un cadre de rencontre sécurisant pour les uns et les autres, permettre une parole où chacun peut être écouté.

À ce stade nous pouvons travailler de manière plus structurale différenciant les niveaux générationnels :

- travail avec les enfants seuls qui nous montreront en présence du couple de thérapeutes leurs jeux relationnels et leur habileté à rendre impossible une synergie parentale pour exercer leur autorité. Nous en rendrons compte aux parents qui prennent conscience des interactions, ils vont trouver des aménagements pour apporter une autorité plus sécurisante à la maison,
- travail avec la fratrie de Charles pour permettre une parole sur les vécus du passé : les peurs, les moments de crise de violence du grand père, les sentiments d'impuissance du petit enfant face à l'incompréhensible, la culpabilité et la honte d'être fils ou fille d'un parent alcoolique violent, les stratégies et les solidarités qui permettent de survivre, ...
- travail avec le couple,
- travail individuel avec Charles.

Actuellement Charles ne s'alcoolise plus depuis plus de 8 mois, par contre il est déprimé, anxieux, avec des somatisations, une focalisation sur sa santé physique. Les émotions de colère laissent la place à la tristesse, à la mésestime de soi. Nous voyons une très grande évolution dans sa capacité à ressentir ses affects, une écoute de son corps, la capacité à prendre plaisir dans des activités corporelles. Il est très attentif à ses enfants. Lorsqu'il habitait sa maison précédente, tout en vivant seul, il s'attachait à passer du temps avec chacun de ses fils, à développer avec eux des activités, les emmener à la pêche, etc., une réelle complicité s'est installée entre eux et lui. Cependant il existe encore un long travail pour que le père retrouve l'estime de soi et des modes relationnels nouveaux ; déjà il peut s'exprimer sur ses ressentis, les verbaliser d'avantage.

## **Discussion et conclusion**

La particularité de l'observation sur 3 générations nous a permis de voir qu'à la 1<sup>ère</sup> génération, les grands parents avaient gardé les mêmes patterns relationnels dans le couple : un homme rigide, avec des mécanismes projectifs paranoïaques, une femme soumise et sous contrôle, qui obéit à la loi du silence, ils minimisent et subissent les difficultés.

Le jeune couple a progressé par rapport à leurs parents : la règle du silence n'a plus cours, ils ne vivent pas dans l'isolement, dans les moments les plus dramatiques Madame a pu demander de l'aide et surtout il n'y a plus de minimisation des souffrances de chacun. Elle commence à prendre soin d'elle, à poser des limites, à savoir ce qu'elle veut pour elle-même. Les enfants ont changé d'école et ne sont plus désignés négativement dans le milieu scolaire. L'aîné des enfants est suivi au CMPP et il améliore sa sociabilité.

Dans les séances familiales, d'abord avec les parents et grands-parents puis avec les 3 générations, avec la fratrie et avec le couple Charles - Sandra, nous avons activé un processus de changement, en faisant circuler l'information, en étant attentif aux pistes suggérées par les membres du groupe familial, en accueillant les émotions chaotiques impensées et tuées pour les faire exister afin de s'en aller ensuite. Le changement de format dans les séances est utile pour investir à la fois la relation verticale parents-enfants et la relation horizontale au niveau des fratries. Le travail avec les fratries nous a permis d'aider à habiter le monde du ressenti émotionnel du passé, d'y mettre des ambiances, des odeurs, des images et de favoriser

la reconnaissance de la souffrance de chacun. Le groupe fraternel a une fonction de contenant où peut s'élaborer une reconstruction de l'histoire vécue avec les capacités de résilience à l'œuvre. Rien ne pourra plus être comme 'avant' mais à construire comme 'après'.

Cependant un suivi prospectif nous permettra de vérifier si le travail de conscientisation de la souffrance et des distorsions émotionnelles pour survivre, élaborée par les psychanalystes, thérapeutes familiaux et psycho-généalogistes est une réponse aux répétitions trans-générationnelles. Nous sommes convaincus qu'on ne peut guérir un individu sans toucher à l'ensemble de la famille ; Anne Ancelin-Shützenberger dit que « si nous n'avons pas compris les répétitions trans-générationnelles, nous n'avons pas fait grand chose en thérapie. Cela n'est souvent qu'un mieux provisoire ...on s'aperçoit que, pour que les gens changent vraiment et de façon durable, il faut que les systèmes familial, social et professionnel les laissent changer, que les croyances changent. »

Le dispositif de soins addictologiques peut donc permettre un travail d'ensemble à la fois des rapports latéraux et verticaux en même temps. Nous faisons un travail poly-référentiel avec différents outils, utilisant à la fois l'approche individuelle, systémique, contextuelle. La vision de l'ensemble du contexte est nécessaire pour réellement voir les liens. Nous pourrions dire qu'il faut selon le moment, pour utiliser une métaphore photographique, prendre le grand angle mais aussi savoir zoomer et revenir à une vision globale qui tienne compte de tous les membres présents et absents. La théorie du chaos et des « fractales » (7) sur l'infinie répétition du même, viendra peut-être, éclairer ce qui « attire » ces répétitions et comment un tout petit événement (en l'occurrence, ce qui se passe en séance et au décours) peut introduire des changements d'un autre ordre avec un nouvel équilibre, libéré des aliénations du passé et vivre au Présent.

## **Bibliographie**

1. L'écorce et le noyau/Abraham N., Török M. Paris : Aubier-Flammarion, 1978, édition révisée et complétée, 1987, trad. en amér. The Shell and the Kernell, U. of Chicago Press, 1994
2. Aïe, mes Aïeux !/Ancelin-Shützenberger A. Desclée de Brouwer, 1995, 15<sup>ème</sup> édition
3. La compétence des familles. Temps, Chaos, Processus/Ausloos G. Paris : Editions Erès, 1995
4. Invisible Loyalties/Boszormenyi-Nagy I., Spark G-M.. Harper & Row, N- Y, 1973
5. Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres ?/Cannault N. Desclée de Brouwer, 1998
6. Sous le signe du lien/Cyrułnik B. Paris : Hachette, col. Pluriel, 1989
7. La théorie du chaos. Vers une nouvelle science/Gleick J. Paris : Flammarion-Champs, 1989
8. Anorexie, Addictions et fragilités narcissiques/Marinov V., Mc Dougall J., Jacquet M., Rigaud A. Paris : Presses Universitaires de France, 2001
9. Les ressources de la fratrie/Tilmans-Ostyn E., Meynckens-Fourens M. Paris : Erès
10. Le psychisme à l'épreuve des générations, Clinique du fantôme/Tisseron Serge et Coll. Paris : Dunod, 1995
11. La honte, psychanalyse d'un lien social/Tisseron S. Paris : Dunod, 1992

Les enfants deviennent des adultes :  
comprendre l'impact de la dynamique familiale alcoolique  
sur l'enfant et son devenir à l'âge adultes

Séance plénière  
Jeudi 8 avril  
12 h 20

Paulette Chayer-Gélineau, Psychothérapeute en clinique privée et en institution,  
conceptrice et coordinatrice d'un programme de traitement pour alcooliques, Québec,  
Fabienne Moreau, Psychothérapeute en clinique privée et en institution pour alcooliques/toxicomanes, Québec

« *Vivre avec un parent  
alcoolique dans la famille,  
c'est comme vivre avec un  
é l é p h a n t  
dans le salon* »

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau

Avril 2005

Imaginez un éléphant dans un salon ! Imaginez comment il prend beaucoup de place, que la famille ne voit que lui ...

Imaginez combien ses besoins sont énormes et combien ils étouffent ceux de son entourage. Imaginez les dégâts qu'il occasionne et le souci, l'inquiétude, la préoccupation constante qu'il provoque.

« L'éléphant dans le salon » envahit et contamine la vie familiale tellement il prend de place et ce, de diverses façons : un alcoolique peut être agressif, menaçant, mais il peut aussi être passif, absent. L'envahissement peut donc varier dans sa nature, dans son ampleur et sa gravité, mais il y a toujours envahissement et contamination.

« L'éléphant » devient le centre d'attention de la famille : le système familial s'articule autour de ce problème.

**Envahissement  
et  
contamination**

La vie familiale tourne  
autour :

- de l'alcoolisme
- de l'alcoolique
- et de leurs impacts

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau

Avril 2005

*« Vivre avec un  
parent alcoolique  
dans la famille,  
c'est comme  
vivre avec un  
éléphant dans le  
salon »*

*Auteur inconnu*

Leurs actions, leur attention, le « focus » de leur vie quotidienne sont canalisés vers le problème d'alcool et ses conséquences. C'est comme le moteur de la vie familiale.

L'alcoolisme et la dynamique familiale qui en découle entraînent toutes sortes de façons d'être et de faire pour éviter l'envahissement voire l'étouffement, entre autre :

- la négation,
- le contrôle,
- le mensonge.

Cela provoque de nombreux impacts sur l'enfant et affecte son devenir.

## L'impact sur l'enfant et son devenir

- L'anxiété de vie
- L'ambivalence entre l'amour et la haine
- Le doute
- L'héritage positif

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau

Avril 2005

## L'anxiété de vie

« J'ai peur de la vie... J'ai peur tout le temps. »

- Origine :  
⇒ l'ampleur de l'insécurité vécue enfant.
- Causes :  
⇒ le climat de menace et d'instabilité;  
⇒ les responsabilités non adaptées à la condition de l'enfant.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau

Avril 2005

L'anxiété de vie, si caractéristique du devenir de l'enfant adulte de parent alcoolique se rattache à l'ampleur de l'insécurité vécue, enfant, dans ce milieu.

Cette insécurité se rattache d'abord au climat de menace et d'instabilité du milieu familial. L'enfant vit trop d'imprévisibilité. Il est trop souvent victime ou témoin de pertes de contrôle, de déceptions, de drames. Il ressent quotidiennement une atmosphère de menace que ce soit sur le plan affectif, moral ou physique.

Le milieu familial alcoolique en est un où l'enfant expérimente que la vie, les événements et le cours des choses ne sont pas sous contrôle : il se retrouve marqué par l'insécurité que crée un état intérieur d'alerte et de tension, d'appréhension, d'inquiétude et de peur.

Cette insécurité se rattache aussi au phénomène d'hyper-responsabilisation de l'enfant. Parce que les adultes sont trop envahis par le problème d'alcoolisme et son impact, l'enfant se retrouve à porter des responsabilités qui, normalement, incomberaient aux parents. Lorsque la responsabilisation est non adaptée à la condition de l'enfant, c'est-à-dire à son niveau de maturité et de confiance, cela devient terriblement insécurisant pour lui.

## L'ambivalence entre l'amour et la haine

« J'ai besoin d'avoir mal pour être aimé. »

- Origine :  
⇒ les liens et les associations entre l'amour et le rejet.
- Causes :  
⇒ les situations de rejet et de confusion.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

Aimer suppose :

- une présence;
- une tendresse;
- une admiration;
- de l'attention;
- de la reconnaissance.

Le besoin d'affection chez l'enfant est grand et normal. L'amour est une nourriture essentielle voire même vitale pour l'enfant.

C'est dans l'amour qu'il bâtit son estime de lui-même, qu'il se dit et croit intérieurement « je suis capable, je suis aimable ».

À travers les gestes d'amour des parents, l'enfant se sent accueilli dans la vie, il se dit « j'ai ma place dans le monde ».

Dans le milieu alcoolique, l'enfant est meurtri dans l'amour parce que l'affection est trop liée à des situations de rejet tels que :

- les conflits,
- les situations d'imprévisibilité,
- les mots accusateurs,
- les gestes destructeurs,
- le dénigrement,
- le ridicule.

Ces situations de rejet créent :

une menace trop importante au lien affectif,  
un manque de respect,  
un manque de soin face aux besoins affectifs,  
une association entre l'affection et le rejet,  
une ambivalence entre l'amour et la haine.

Le message intérieur devient:

« j'ai besoin d'avoir mal pour être aimé ».

L'amour prend le goût de la souffrance. L'enfant devenu adulte s'entoure de personnes en besoin : des personnes dépendantes, malades, violentes, etc.

## Le doute

« Je passe ma vie à prouver que je suis bonne plutôt que de passer ma vie à vivre ma vie. »

- Origine :  
⇒ les remises en question et les dénigrements du jugement.
- Causes :  
⇒ la négation et la distorsion de la réalité.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

Dans la famille alcoolique, l'enfant est trop souvent remis en question et dénigré dans son jugement :

- Lorsqu'il dénonce l'état d'ébriété, on lui dit qu'il faut comprendre que sa mère a beaucoup travaillé et qu'elle est fatiguée....
- Lorsqu'il exprime que papa a trop bu et qu'il est alcoolique, on lui dit qu'il exagère ...
- Lorsqu'il se frustre et tente de s'affirmer devant des comportements inacceptables, on le sermonne et lui dit qu'il manque de respect ...

Cette distorsion de la réalité et de la vérité, par les adultes, crée un doute chez l'enfant au niveau de son jugement, une confusion dans sa pensée : la confiance en son jugement est atteinte. Le doute s'installe peu à peu ...

Le doute face à son jugement inscrit aussi, insidieusement, un doute face à lui-même car il se met à questionner ce qu'il pense, ce qu'il voit, ce qu'il sent et même, comment il se comporte, ce qu'il est. Le doute face à sa valeur s'installe, tout comme le manque de confiance en ses capacités ...

## L'héritage positif

« ... »

- Origine :  
⇒ l'exigence à vivre dans le milieu alcoolique.
- Manifestations :  
⇒ l'initiative et la débrouillardise;  
⇒ la combativité;  
⇒ l'endurance;  
⇒ une capacité à gérer des situations difficiles.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

Le milieu alcoolique oblige l'enfant à développer des forces en lui et de les accentuer de façon singulière. La responsabilisation imposée à l'enfant est étroitement liée à l'impact positif.

Cet enfant qui tente de régler des urgences, qui tente de protéger les membres de la famille, qui planifie son retour à la maison, etc., tout cela renforce chez lui l'initiative et la débrouillardise.

Cet enfant qui tente de survivre au climat de honte, d'imprévisibilité, d'urgence, d'anxiété, etc., tout cela renforce chez lui la combativité.

Cet enfant qui est obligé de s'adapter à des situations instables telles les fêtes manquées, les déménagements multiples, les attentes, les manques de soin, etc., tout cela renforce chez lui l'endurance.

Cet enfant qui est obligé de s'organiser pour être bien, malgré la peur, en faisant rire un petit frère ou une petite sœur, en se réfugiant chez la voisine, etc., tout cela renforce chez lui une capacité à gérer des situations difficiles.

Si l'enfant issu d'un milieu alcoolique est meurtri par les impacts destructeurs, il est aussi solidifié par ses gestes de courage, d'audace et par ses réussites.

## Conclusion

*«Les enfants de parents ayant des problèmes d'alcool ont vécu dans l'ombre de l'alcoolisme mais ils ne sont **ni** l'ombre **ni** l'alcoolique.*

*Ils **ont du pouvoir** sur ce vécu et cet impact.»* (Chayer-Gélineau & Moreau (1998): 137)

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau

Avril 2005

L'impact de l'alcoolisme chez l'enfant et sur son devenir existe : la gravité de cet impact varie selon plusieurs facteurs comme par exemple, l'incidence de la violence, les réactions du conjoint non-alcoolique, la présence d'un grand frère protecteur ou la personnalité de l'enfant.

Cet impact est inévitable et ne doit surtout pas être minimisé ou nié.

Il ne doit pas non plus être empreint de fatalisme. Par exemple, tous les enfants adultes de parents alcooliques, même s'ils sont plus à risque de développer une dépendance à l'alcool, ne souffrent pas d'alcoolisme.

Le premier geste de pouvoir pour contrer cet impact, plus ou moins sévère, est de le reconnaître. En reconnaissant et connaissant mieux l'ennemi, les interventions seront plus nombreuses, mieux orientées, notamment pour aider les enfants et les adolescents, les familles affectées par l'alcoolisme d'un parent, plutôt que de diriger toutes les énergies à aider l'alcoolique.

## Renvoi à

Guérir d'un parent Alcoolique/Chayer-Gélineau P., Moreau F. Novalis, 1999, 144 pages

## Présentation de la structure Parents-Enfants du Centre Louis Sevestre

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
9 h 00

Fabienne AUDOUIN, éducatrice jeunes enfants, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37),  
Jean-Yves BENARD, psychiatre alcoologue, médecin chef du Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37),  
Isabelle BERGER-BILLON, médecin, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37),  
Nathalie BINY, assistante sociale, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37),  
Michel DELAMARE, médecin de liaison, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37),  
Catherine MARTINAY, psychologue clinicienne, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37).

### **Introduction : Présentation générale du Centre Hospitalier Louis Sevestre.**

Le Centre Louis Sevestre est le seul centre hospitalier public départemental qui a été ouvert en 1961 grâce à la promulgation de la loi de 1954 dite sur les alcooliques dangereux et dans le contexte du recul de la tuberculose puisqu'il s'est installé dans les locaux d'un ancien sanatorium pour enfants et adolescents.

Il a d'abord été destiné uniquement au traitement des patients alcoolo-dépendants et cela reste encore son orientation largement dominante. D'abord réservé aux hommes, il a ensuite été ouvert aux femmes et, depuis 1993, sa capacité est passée de 120 lits à 140 lits avec la création de l'unité d'accueil parents-enfants, objet de notre communication.

La durée de séjour conseillée est de trois mois, incluant le sevrage, ce qui a classé notre établissement à part au sein des centres dits de postcure, qui, pour la plupart, ne réalisent pas ce sevrage. Cette activité de sevrage a été de plus en plus reconnue ces dernières années et nous sommes devenus désormais le centre de référence pour le sevrage dans le département et même dans la région. Dans ce cadre, nous proposons des hospitalisations courtes de sept et de quinze jours pour environ une quinzaine de lits que nous essayons de classer en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) alors que tous nos lits relèvent actuellement des soins de suite et de réadaptation (SSR). Nous réalisons également un nombre important de consultations externes à la manière d'un centre de cure ambulatoire en alcoologie, non reconnu comme tel. C'est dans ce cadre que nous accueillons de plus en plus de patients non alcoolo-dépendants, présentant des mésusages à risque ou nocifs ; mais la majorité de nos patients est alcoolo-dépendante, en particulier dans l'unité d'accueil parents-enfants, et l'objectif principal est bien la réadaptation à une vie sans alcool. Le projet de soins comprend trois axes obligatoires : le respect des prescriptions médicamenteuses quand elles sont nécessaires, la participation hebdomadaire à un groupe de parole et la participation quotidienne à un atelier thérapeutique. Toutes les autres activités ont un caractère semi obligatoire ou facultatif qu'elles soient à orientation psychothérapeutique, sportive ou de loisirs.

L'équipe médicale comprend cinq médecins (un psychiatre chef de service, quatre praticiens hospitaliers en médecine polyvalente) et un médecin de liaison. Le reste de l'équipe soignante est multidisciplinaire : psychologues, psychothérapeute, infirmiers, éducateurs, moniteurs, assistante sociale, puéricultrice, diététicienne, animateur socio-culturel, esthéticienne.

## **L'unité d'accueil parents-enfants :**

### **Historique**

L'unité d'accueil parents-enfants a été ouverte en 1993. La capacité actuelle est de 15 lits. Nous accueillons des enfants âgés de trois mois à six ans. Les parents (père seul, mère seule ou couple) peuvent venir accompagnés d'un ou deux enfants.

La motivation principale ayant prévalu pour l'ouverture de cette structure a été de permettre aux parents de se soigner en évitant la séparation ou le placement d'un ou des enfants lors d'une hospitalisation de trois mois, telle que nous la préconisons, en favorisant ainsi leur démarche de soins.

Dans un premier temps, un service de halte-garderie était proposé pour permettre aux parents de suivre leur cure, comme les autres patients de l'établissement dans la journée et de reprendre en charge leur enfant à la fermeture de celle-ci. Devant différents constats, comme des parents demandeurs d'aide pour leur enfant, des enfants présentant des troubles de comportement, des retards de développement, des difficultés relationnelles, il a été proposé de mettre en place un personnel spécifique (une puéricultrice et deux éducatrices de jeunes enfants) et de repenser le projet et de l'adapter.

### **Description de l'unité parents-enfants :**

#### **Au niveau de l'aménagement**

un étage a été spécialement réservé pour accueillir cette population. Une grande salle avec petites tables et espace de jeux est le lieu principal de vie pour les enfants encadrés par les professionnels et reste en permanence à la disposition des parents. Une autre pièce a été aménagée pour pouvoir changer les plus jeunes enfants et installer des lits pour les siestes. Il existe également un coin sanitaire et un coin cuisine à la disposition des parents. Dans l'espace d'hébergement, les parents sont installés dans des chambres individuelles avec un lit d'enfant. Les repas sont pris dans un réfectoire réservé aux parents en présence des professionnels.

#### **Une équipe soignante pluridisciplinaire**

- Un même médecin référent pour le ou les parents et son ou ses enfants qui effectue une première visite d'entrée pour le parent comme pour tous les autres patients, et pour l'enfant en présence de la puéricultrice. Les rencontres ultérieures ne sont pas systématisées mais organisées à la demande.
- Une équipe de jour pluridisciplinaire comprenant une puéricultrice, une éducatrice de jeunes enfants et une infirmière. Elle est présente de 8 heures à 17 heures du lundi au vendredi au niveau de la halte-garderie. Elle prend en charge les parents et les enfants avec des temps où les parents sont seuls (groupe de parole parents, réunion d'information, entretiens, ...), des temps où les enfants sont seuls (quand les parents sont en réunion ou à l'atelier thérapeutique) et des temps parents et enfants, en particulier des activités proposées le matin. Cette équipe accompagne également les parents et les enfants à l'école maternelle, pour des courses ou pour des démarches à l'extérieur. Elle assure une présence au petit déjeuner et au repas du midi.

- Une équipe comprenant des infirmiers et une éducatrice de jeunes enfants qui, outre les autres patients (environ une cinquantaine), est à la disposition des parents et des enfants et assure une présence 24 heures sur 24, assurant les soins nécessaires, des entretiens, des groupes de parole et parfois des ateliers parents-enfants, ainsi que l'encadrement du repas du soir.
- La psychologue de l'établissement anime le groupe parents-enfants, des groupes de parole pour les enfants des parents alcool-dépendants et un groupe de parole pour les femmes. Il y a un rendez-vous systématique à l'arrivée d'un parent et d'un enfant et un suivi éventuel adapté.
- L'assistante sociale de l'établissement consacre également une partie de son temps à cette unité. Elle fait un entretien systématique à l'entrée et se met en relation avec les travailleurs sociaux extérieurs si besoin. Elle est, bien entendu, en permanence à la disposition des parents pour des conseils et une orientation.
- Les éducateurs techniques spécialisés accueillent avec les autres malades ces parents dans le cadre des ateliers thérapeutiques mais seulement l'après-midi. Ils les accueillent également au sein d'activités sportives ou de loisirs comme les autres patients.
- La diététicienne de l'établissement s'occupe aussi de l'éventuel suivi des régimes et fait des informations diététiques.
- La socio-esthéticienne de l'établissement propose des soins esthétiques comme pour tous les autres malades et anime l'atelier toucher-massage spécifiquement pour le groupe parents-enfants.

Enfin, il ne faut pas oublier tous les différents partenaires extérieurs : les médecins généralistes et spécialistes, les pédiatres, les orthophonistes, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux, les éducateurs et les puéricultrices de PMI, les services judiciaires, le Centre d'Aide Médico-Social Précoce (CAMSP) des départements d'origine et de Tours pour des bilans et orientation, si ce n'est déjà fait, vers les CAMSP de Tours lors du séjour et du département d'origine si besoin, les instituteurs de l'école maternelle de La Membrolle où sont scolarisés les enfants de trois à six ans.

## **Fonctionnement de la structure**

La halte-garderie est un lieu sécurisant et stimulant, lieu d'observation et de soins.

La prise en charge éducative des enfants peut se faire de manière individuelle ou collective ; elle est dans un premier temps similaire à celle des autres structures d'accueil sociales habituelles pour un jeune enfant, favorisant son développement psycho-moteur, son éveil, sa socialisation, son autonomie. Dans un deuxième temps, cette prise en charge a pour but de pallier les carences et de sécuriser l'enfant, en le valorisant, en le mettant en confiance, en lui posant des limites, un cadre et des repères, en l'aidant à mieux gérer les frustrations, en lui apportant un réconfort affectif. Quand nous observons que l'enfant est parentifié, la structure permet de lui offrir un espace de jeux et de liberté d'un enfant de son âge. En complément de l'action éducative, des entretiens avec la psychologue peuvent être mis en place. Au niveau des parents, cette prise en charge éducative, en fonction des besoins, peut être individuelle ou collective ; il s'agit d'apprendre ou de réapprendre aux parents à s'occuper de leur enfant sans alcool, à les valoriser et à leur redonner confiance en leur « maternité », à apporter des conseils et/ou une aide sur différents sujets (alimentation, sommeil, hygiène) ; des entretiens avec la psychologue là aussi peuvent être proposés.

L'action de prévention s'articule autour de plusieurs réunions : une réunion spécifique pour les enfants, proposée à tous les patients hospitalisés, est organisée déjà depuis longtemps lors des vacances scolaires, le samedi matin, et elle est ouverte aux enfants de la structure en âge de s'exprimer par la parole. D'autres réunions peuvent être organisées à la demande des parents, à la halte-garderie, afin d'informer l'enfant sur la maladie du parent et ainsi arriver à déculpabiliser l'enfant. D'une manière globale, tout est fait pour inciter les parents à donner à leur enfant les véritables raisons de leur présence au centre, car bien souvent, ils parlent de vacances ou de maison de repos, sans pouvoir assumer leur maladie alcoolique.

### **Les objectifs de la structure sont :**

- de centrer la prise en charge sur le lien parent-enfant en proposant des temps communs parent-enfant-professionnel et de formaliser ces temps afin d'offrir aux parents un cadre sécurisant et d'éviter des moments d'inactivité.

Pour cela, des ateliers parent-enfant sont proposés trois fois par semaine, avec différents supports (motricité, contes, activités manuelles, chants et musique, jeux, cuisine, etc.), ceci afin de favoriser le lien parent-enfant, de créer une relation privilégiée où l'enfant et le parent partagent un moment de détente, de plaisir et de découverte, et de susciter chez le parent l'envie de renouveler ces activités avec son enfant une fois de retour à son domicile.

Chaque début de semaine, une réunion d'organisation a lieu. Elle a pour objectif d'aider le parent à s'organiser de manière individuelle et au sein du groupe des parents (entretien de la halte-garderie, organisation par rapport aux réunions et aux ateliers...).

- d'amener le parent à réfléchir sur la prise en charge de son enfant et à s'organiser. Pour cela, une fois par semaine, une rencontre a lieu avec les parents et un professionnel (puéricultrice, éducatrice ou infirmière) pour informer ou échanger sur des thèmes (alimentation de l'enfant, hygiène, sommeil, accidents domestiques, etc.).

Le groupe de parole des parents est animé par la psychologue, un médecin et un membre de la halte-garderie. Le but de ce groupe est de permettre des échanges autour de la relation parent-enfant, ses difficultés et de réfléchir à des solutions éducatives. Il a lieu une fois par semaine et l'animateur guide le travail de réflexion en proposant des thèmes récurrents tels que : la violence verbale et/ou physique, la verbalisation de la raison de la présence de l'enfant au centre, les limites posées à l'enfant, ...

### **Observations et évaluations**

Une réunion d'équipe a lieu tous les quinze jours. Cette réunion permet de mettre en commun toutes les informations recueillies par les différents professionnels sur le parent et son ou ses enfants, de faire le point par rapport au déroulement de la cure, de parler de l'évolution de l'enfant et de la relation parent-enfant, de susciter des contacts avec les professionnels extérieurs si besoin et de réajuster le projet thérapeutique. Depuis janvier 2001, des évaluations ont été mises en place pour permettre aux professionnels de faire une analyse de la population accueillie et de répondre à la mission d'observation de la structure (évaluer le développement de l'enfant, son comportement et la relation parent-enfant). Y sont débattus également les questionnements quant aux capacités éducatives ou non des parents et à la confiance qui peut leur être accordée ou ré-accordée et dans ce contexte sont partagés les doutes des soignants car il s'agit souvent de la sécurité première de l'enfant qui est mise à mal.

De ces évaluations, nous avons pu observer que les enfants présentent des troubles divers : syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) avec des troubles somatiques variés (retard important de croissance, cardiopathie, dysmorphie faciale), troubles du comportement (agressivité, opposition, colères, instabilité en rapport ou non avec un SAF), troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, troubles de l'alimentation, troubles liés à des carences de stimulation, des angoisses profondes de séparation, des souffrances psychologiques avec un besoin de réassurance.

Nous retrouvons également souvent des troubles de la relation parent-enfant avec des mères « abandonniques », une distance affective avec peu de contacts physiques et de communication, ainsi que des mères qui ont des difficultés à poser des limites à leur enfant, à lui offrir un cadre structurant et rassurant, avec parfois un manque de sensibilité aux besoins et demandes de l'enfant. Certaines mères semblent utiliser aussi leur enfant comme l'objet principal et trop exclusif d'investissement dans leur existence. De même, on observe des alternances de surinvestissement et d'indifférence, voire de mise en danger.

Du côté de l'enfant, nous pouvons observer au cours du séjour une amélioration de la socialisation, du comportement alimentaire, du développement psychomoteur, ainsi qu'une progression des acquisitions. En ce qui concerne la relation parent-enfant, nous favorisons des temps de partage d'activités et de jeux entre l'enfant et sa mère qui exprime le plus souvent un certain plaisir à découvrir son enfant et ses compétences.

## **Conclusion :**

Depuis la création de la structure en 1993, la prise en charge des dyades parents-enfants évolue constamment selon les observations des professionnels.

A ce jour d'ailleurs, l'équipe pluridisciplinaire travaille sur un projet de réajustement pour permettre une prise en charge plus individualisée du parent et de l'enfant.

D'autre part, la population accueillie présente de plus en plus fréquemment des polytoxicomanies, avec toutes les conséquences physiques, psychologiques et sociales (Actions Educatives en Milieu Ouvert – AEMO, placements...) qui en découlent.

t

Nous devons, par conséquent, adapter notre approche thérapeutique au plus près des besoins particuliers et spécifiques du parent et de son enfant.

Et si on parlait du Capitaine Haddock ou la complexité des liens  
parents-enfants dans les familles aux prises avec l'alcool :  
un outil d'observation

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
9 h 35

Catherine Basso-Fin, Psychologue clinicienne, alcoologue, directrice d'un établissement pour adolescents, Pons (17

On estime à 1/10, les enfants ou adolescents qui rencontrent des difficultés liées aux alcoolisations parentales.

Ils sont susceptibles de développer, avant d'entrer dans l'âge adulte, des complications concernant la dynamique de leur développement, des problèmes de personnalité ainsi que des difficultés d'inscription dans le lien social.

Ces chiffres nous amènent à nous interroger sur la question de la prévention donc sur la question d'un repérage et d'un éventuel accompagnement de cette population d'enfants.

En observant les risques encourus par cette population d'enfants sous l'angle de la clinique alcoologique, nous savons que nous trouverons :

- une probabilité de répétition d'inscription dans les conduites addictives x 5,
- une inscription dans la co-dépendance,
- une immersion dans un vécu douloureux et traumatique.

En regardant sous l'angle de la clinique éducative, on constate :

- un déficit éducatif,
- un déficit des fonctions parentales,
- un déficit d'inscription dans le lien social.

La grande majorité de ces enfants vit ou a vécu auprès de parents qui n'ont jamais accédé à une démarche de soins.

Par contre tous ces enfants sont en relation avec des professionnels du monde éducatif, médico-social ou médical par le biais :

- de l'Education Nationale
- des divers dispositifs médicaux de l'enfance et de la petite enfance. (Maternité Pédiatrie, PMI, Pédopsychiatrie, Institut de rééducation...),
- de l'éducation spécialisée. A.S.E ; P.J.J.

Ces enfants ne font pas de demande, par contre, ils peuvent développer des symptômes qui sont à relier à la complexité des liens et des échanges proposés par ces familles.

J'ai tenté de schématiser dans quelques tableaux les difficultés que présentent certains de ces enfants en les observant dans leur évolution psycho-dynamique et sociale.

Je suis partie d'un préalable qui est celui de la toxicité d'une relation alcoolisée lorsque cette alcoolisation est d'un registre pathologique (excès, dépendance, ivresse).

Je fais référence à la fois à l'aspect psychotrope du produit et à ses effets modificateurs de conscience, c'est à dire une altération de la perception du réel et donc de l'autre, mais également aux incidences néfastes que peut induire une utilisation prolongée ou inappropriée de l'alcool dans la gestion d'un espace intime ou social.

Ces enfants qui sont omniprésents dans les structures et les dispositifs socio-éducatifs ont, pour certains, été confrontés aux alcoolisations parentales depuis leur naissance, voire la vie intra utérine.

## Alcoolisation Fœtale

TOXICITE	CONSEQUENCES CLINIQUES	CONSEQUENCES SUR LA DYNAMIQUE DU DEVELOPPEMENT
Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (S.A.F.) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 gr et plus d'alcool par jour.</li> <li>- Visible à la naissance</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>C Passage de l'alcool dans le placenta</li> <li>C Imperfection des cellules nerveuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C Troubles neurologiques</li> <li>C Débilité parfois lourde</li> <li>C Arriération mentale</li> <li>C Petite taille               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malformation (mains, visage, organes génitaux)</li> </ul> </li> </ul>	<p><u>Nourrissons :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enfants agités et irritables</li> <li>• réagissent violemment aux bruits</li> <li>• têtent mal, ne prennent pas de poids.</li> </ul> <p><u>1ans à 4 ans :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hyper-activité motrice</li> <li>• inattentif</li> <li>• impulsif, peur de rien, même attitude avec les gens connus et inconnus</li> <li>• troubles affectifs</li> </ul> <p><u>4 ans à 12 ans :</u></p> <p><u>DIFFICULTES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'apprentissage logique</li> <li>• à transformer les apprentissages en expérience</li> <li>• à résoudre les problèmes pratiques</li> <li>• à nouer des rapports sociaux stables</li> </ul> <p><u>Adolescents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inadaptation sociale</li> <li>• déficit relationnel</li> <li>• trouble de la personnalité</li> </ul>
Effets de l'Alcoolisation Fœtale (E.A.F.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>C Lésions irréversibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C Réduction des facultés d'apprentissage</li> <li>C Problème de socialisation</li> <li>C Débilité légère</li> </ul>	<p>A corréler avec le déficit éducatif et le déficit des fonctions parentales.</p> <p>Difficultés d'apprentissage et à transformer les événements en expérience</p>

## Alcoolisation des mères - Conduites d'excès et de dépendances

### Enfants de 0 à 4 ans

Toxicité	Conséquences sur la dynamique et le développement	Signes de souffrance
DISCONTINUITÉ DES PREMIERS ECHANGES	? Troubles de l'attachement et de la différenciation des personnes	? Vulnérabilité aux changements d'environnement ? Ne croise pas le regard ? Manifestation émotionnelle inappropriée ? Difficultés d'accéder au symbolique
PATHOLOGIE DU PREMIER CONTACT  Pas de sécurité dans la mise en place du lien : - physique - psychique	? Interactions affectives pauvres et dysharmonieuses	? Troubles de l'individuation ? Problèmes somatiques - sommeil - alimentation
VIOLENCE	? Supports narcissiques défailants	? Raideur de l'enfant avec décollement du lien : se protège de l'adulte
CARENCES DES SOINS.  PAS DE STIMULATION SENSORIELLE	? Troubles du développement sensoriel ? Fragilités sur le plan somatique	? retard dans les premiers apprentissages ? retard de croissance
MISE EN PLACE CO-DEPENDANCE	? Hyper-vigilance inappropriée qui témoigne de M.D.D. précoces	? Hyper-adaptation associée à une apparente passivité

## Alcoolisation des mères – Conduites d'excès et dépendance

### Enfants de 4 à 12 ans

TOXICITE	CONSEQUENCES SUR LA DYNAMIQUE DU DEVELOPPEMENT	SIGNES DE SOUFFRANCE
<p><b>SOUFFRANCE ET DIFFICULTES EXPRIMEES SUR DIFFERENTS AXE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• couple,</li> <li>• vie sociale,</li> <li>• santé.</li> </ul>	<p>? Inscrition dans la co-dépendance            ? En fonction de la place dans la fratrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parentalisation</li> <li>- Mésestime de soi (honte)</li> </ul>	<p>? Abandon du projet individuel            ? Indisponibilité ou absentéisme scolaire            ? Désordres alimentaires</p> <p>Enfant hyper-raisonnable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- culpabilité</li> <li>- tristesse</li> <li>- dépression</li> </ul>
<p><b>TROUBLES DE LA COMMUNICATION</b></p>	<p>? Altération de la perception du réel</p>	<p>? Déficit spatio-temporel            ? Déficit cognitif            ? Hyperactivité mentale : élaboration d'une grande complexité</p>
<p><b>VIOLENCE</b></p>	<p>? Troubles de l'individualisation</p> <p>? Inscrition dans un vécu traumatique</p>	<p>? Fixation de l'enfant sur le trauma : répétition de violence</p> <p>? Difficultés de concentration, troubles des apprentissages</p>
<p><b>VIE SOCIALE ALTEREE</b></p>	<p>CONSEQUENCES SUR L'INSCRIPTION DANS LE LIEN SOCIAL</p>	<p>? Sentiment d'impuissance de ne pas pouvoir changer le cours des évènements.</p>
	<p>? L'identification se fait sur des modèles souffrants            ? Discontinuité dans le lien généalogique</p>	<p>? Dépression face à l'isolement et à l'impossibilité de partager l'inquiétude</p>

## Pré-adolescents et adolescents face aux alcoolisations parentales

TOXICITE	FACTEURS AGGRAVANT A L'ADOLESCENCE	CONSEQUENCES SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SOCIALISATION
MAUVAISE EVALUATION DES BESOINS	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Passe peu de temps avec l'adolescent</li> <li>? Faible soutien et contrôle parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Difficulté à franchir les étapes du changement</li> <li>? Difficultés à se projeter</li> </ul>
NON PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Peu attentif à la souffrance de l'adolescent (psychologique et inscription dans le social)</li> <li>? Mauvaise protection d'un environnement défavorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? dépression</li> <li>? trouble du comportement</li> <li>? conduites à risques</li> <li>? conduites addictives (psycho-trope, anorexie, boulimie...)</li> </ul>
TROUBLE DE LA COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Altération de la confiance</li> <li>? mésestime des parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Intolérance à la frustration</li> <li>? Dépression</li> <li>? Trouble du comportement</li> </ul>
MODELISATION A RISQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Isolement face à l'environnement social et familial</li> <li>? Les parents ne relayent pas les messages préventifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Problèmes d'appartenance</li> <li>? Perturbation des rituels</li> </ul>
VIOLENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Inceste</li> <li>? Pas d'inscription dans la Loi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Frontière floue entre légal et illégal</li> <li>? Conduites anti-sociales</li> </ul>
CO-DEPENDANCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Parentification</li> <li>? L'inscription dans sa fonction de sujet se fait dans la recherche du contrôle d'autrui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Ne peut vivre que dans un univers complexe et souffrant</li> </ul>

## Alcoolisation des pères

	TOXICITE EN FONCTION DE LA POSITION DE LA MERE	INCIDENCES SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SOCIALISATION
GROSSESSE	Souffrance et difficultés exprimées sur différents axes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- couple</li> <li>- vie sociale</li> <li>- santé.</li> </ul> ? Insécurisation de la mère : violence	? Incidence sur la mère : grossesse mal vécue <ul style="list-style-type: none"> <li>- altération des premiers échanges mère-enfant</li> <li>- difficultés à investir son rôle</li> </ul> ? Risques de blessures graves et de traumatismes sur le fœtus : => bébé souffrant dont les pleurs permanents accentuent l'irritabilité des parents ainsi que les passages à l'acte : risque de handicap ou de décès
0-4 ans	? Pas de protection de la mère ? Pas d'intervention dans l'éducation ? Violence	? Mère dépressive et indisponible : <ul style="list-style-type: none"> <li>- altération des premiers liens</li> <li>- trouble de l'individuation</li> <li>- difficulté d'accès au symbolique</li> </ul> Inscription dans un vécu traumatique
4-12 ans	? Altération de la vie sociale ? Modélisation à risque ? Mauvaise évaluation des besoins ? Non protection ? Violence (inceste)	? Perturbation des rituels ? Frontière floue entre légal et illégal ? Dépression <ul style="list-style-type: none"> <li>- trouble du comportement, conduites à risque</li> <li>- conduites addictives.</li> </ul> ? Intolérance à la frustration ? Problèmes d'appartenance ? Conduites antisociales ? Ne peut vivre que dans un univers complexe et souffrant

Cette tentative de mettre en forme les symptômes cliniques et sociaux n'est pas exhaustive, mais je constate que la plupart des constantes décrites ci-dessus inscrivent les enfants dans une fragilité structurelle.

Cette fragilité constitue le socle de personnalités qui ont toutes les probabilités d'évoluer vers des difficultés à l'âge adulte.

La dépression, la difficulté à gérer les affects, la persistance de traits psychologiques infantiles, l'intolérance à la frustration, le manque de confiance en soi, le sentiment d'impuissance à affronter le changement, la pauvreté des projets d'avenir, la fixation primaire à la famille et notamment à la mère sont autant de traits que nous retrouverons chez les adultes qui s'inscrivent dans les alcoolisations excessives ou dépendantes.

Plus ces alcoolisations parentales concernent les enfants jeunes et plus grandes sont les probabilités qu'elles entraînent des troubles de l'organisation psychique.

Il semblerait que lorsqu'elles concernent les adolescents, elles favorisent des difficultés d'ordre éducatives et sociales.

Pour pouvoir utiliser cette grille de lecture, il faut hiérarchiser les informations, car la toxicité des liens est à envisager en fonction de différents facteurs qui sont :

- Identification du consommateur dans l'entourage de l'enfant :
  - § mesurer les inter-actions entre le consommateur et la (les) personne(s) en charge d'éducation
- Le type d'alcoolisation :
  - § conduites excessives
  - § dépendance
  - § ivresses
- L'âge de l'enfant et le temps passé auprès du parent (ou du substitut parental) en difficulté avec l'alcool :
  - § Il faut de 5 à 20 ans pour s'installer dans la dépendance, c'est le temps qu'il faut à un adulte pour devenir parent. Certains enfants nés de parents jeunes accompagneront cette trajectoire vers la dépendance, d'autres naîtront dans des milieux déjà très alcoolisés.
- Position du conjoint et de l'entourage
- La place dans la fratrie.

A chaque étape de son évolution et de la construction de sa vie psychique, l'enfant et cela, jusqu'à la fin de son adolescence, aura la possibilité de remanier cet édifice.

Les enfants d'alcooliques sont inscrits dans des histoires et dans des représentations qui vont conditionner leur évolution et leur structuration.

Cette évolution ne s'arrêtera pas avec l'arrêt de l'alcool de leurs parents.

Cette histoire peut les entraîner, malgré eux, dans des souffrances dont ils pâtiront, parfois, de façon irrémédiable. Elle pourrait, leur vie durant, mettre en péril les processus d'autonomisation et d'individualisation, ainsi que leur accès à la parentalité.

Nous devons soutenir cet enfant qui deviendra adulte avant qu'il ne s'inscrive lui aussi dans les conduites addictives.

Nous devons lui proposer d'autres supports identificatoires et l'aider à être en lien avec d'autres histoires que celles de ses parents en difficulté.

Nous devons l'aider à construire une trajectoire où il pourra faire le choix de s'inscrire dans des relations autres que des relations souffrantes.

## **Conclusion :**

La complexité des liens se noue dans la qualité des échanges que l'on peut évaluer à partir de certains critères qui sont la constance, la cohérence, la contenance et la possibilité de penser la relation dans laquelle on est pris. Les enfants qui grandissent auprès de parents malades de l'alcool sont privés de la plupart de leurs appuis.

Face à une population fragile et omniprésente nous devons aider les différents intervenants médico-sociaux et socio-éducatifs à accéder à une lecture de l'ensemble de cette problématique, ce qui favorisera une prise en charge mieux adaptée afin :

- D'identifier et d'accompagner ces enfants et ces jeunes adolescents qui ont une probabilité de s'inscrire dans un vécu douloureux,
- De proposer une prise en charge thérapeutique adaptée lorsque l'identification de la problématique liée à la défaillance du lien peut favoriser l'inscription dans une pathologie,
- De permettre à ces jeunes une réorganisation des rapports sociaux et une inscription dans le lien social, sachant que ceux ci trouvent leurs fondements dans la communication intra- familiale,
- D'aider les parents à se positionner comme des parents éduquant en les soutenant dans leur part solide, et leur permettre de devenir ou de redevenir des modèles support à une identification.

Projet de réseau centré sur les enfants d'alcooliques et le soutien par la fratrie (1)

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
10 h 10

Blandine Faoro-Kreit, Psychologue, psychanalyste, responsable d'unité assuétude,  
Centre La Chapelle aux Champs, Belgique

Résumé :

Si il est fréquent de dire que l'on ne peut se sortir seul de l'alcool, il est tout aussi juste de dire que les thérapeutes eux-mêmes ne peuvent en sortir seuls. La nécessité de travailler en co-thérapie, en équipe et en réseau s'avère indispensable.

En miroir, les enfants également peuvent trouver auprès de leurs frères et sœurs des ressources précieuses pour parler de ce traumatisme et rompre ainsi avec ces lois du silence, de l'isolement, du secret et du déni, à l'œuvre dans ces familles où sévit l'alcool.

Faire revivre toute la richesse apportée par la fratrie dans son support narcissique d'identification et de différenciation est un outil précieux tant au niveau thérapeutique que préventif.

A paraître dans la revue Enfances-Adolescences, Belgique.

## Projet de réseau centré sur les enfants d'alcooliques et le soutien par la fratrie (2)

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
10 h 10

Cédric Levaque, Psychologue, co-responsable de l'unité d'assuétude, Centre La Chapelle aux Champs, Belgique

Depuis un peu plus de trois ans, notre équipe<sup>1</sup> s'intéresse aux enfants de patients dépendants à l'alcool. C'est avant tout au travers de leurs discours qu'il nous est apparu que nous occupions une place particulière pour leurs enfants ; place que jusque-là nous n'avions pas suffisamment interrogée, exploitée. Nous savons ces enfants pris dans des conflits de loyauté, dans des problèmes de déni, embarrassés par des sentiments de honte. Parler de leur souffrance, mettre de côté cette maîtrise chèrement développée pour vivre dans ce milieu où, bien souvent, les positions générationnelles sont inversées sinon perturbées, reste difficile. Le temps peut se recréer inlassablement selon les nécessités, un peu comme si sa linéarité était, elle aussi, déniée. Notre équipe, habituée à être placée du côté du parent qui boit, a décidé d'aller à la rencontre et surtout d'être à l'écoute de ces enfants. La fratrie, et surtout les ressources<sup>2</sup> qu'elle contient, nous est apparue opérante dans ce type de prise en charge.

Parler du travail avec les fratries d'enfants d'alcoolique, c'est parler avant tout des fratries qui ont été ou qui sont confrontées au trauma. Si le traumatisme est un donné inéluctable du fait même que le sujet est pris dans le langage, il n'en reste pas moins que, dans notre clinique psychanalytique de l'assuétude, nous sommes confrontés à des situations dites traumatiques. Ces vécus ne sont pas sans répercussions sur la 'pulsionnalité' du sujet et provoquent une effraction dans la chaîne signifiante. En guise de réponse, le sujet réagit dans un registre imaginaire et c'est cela qui désorganise son psychisme. En effet, ce qui importe, c'est l'élaboration autour et à partir de ce qui est identifié comme trauma et non la réalité traumatique. Ce n'est pas tant l'alcoolisme parental qui est traumatisant pour l'enfant mais l'élaboration consciente et inconsciente qui vient le perturber.

Bernard Penot, dans son ouvrage, La passion du sujet freudien, qui nous a permis de soutenir ce travail, affirme l'idée suivante : « n'est traumatique pour les enfants que ce qui n'a pas pu être mentalisé, symbolisé pour et par les parents <sup>3</sup> ». Avancer cette idée permet de faire un pas de côté. En effet, si la potentialité traumatique ne dépend pas des qualités inhérentes à telle représentation (son contenu manifeste, sa prétendue toxicité intrinsèque tel que l'alcoolisme parental par exemple) alors, elle serait plutôt due au fait de n'avoir pu être suffisamment liée psychiquement dans l'univers mental (et donc dans les messages) de la famille et non plus uniquement du sujet.

Transmettre une histoire au sein de toute famille, relève avant tout d'un impératif. Tout comme il y a cet impératif de transmettre l'interdit du meurtre et de l'inceste (qui au passage comme vous pouvez trop souvent le constater et l'entendre dans votre clinique sont fortement mis à mal voire non respectés), il y a cet impératif de transmission d'une histoire familiale, avec notamment ses avatars comme le décès d'un parent, d'un enfant ou encore, dans le cas qui nous concerne, l'alcoolisme d'un parent.

<sup>1</sup> Equipe composée de psychiatres, de psychologues et d'assistants sociaux spécialisés dans le traitement des assuétudes, en consultations ambulatoires ou en hospitalisation.

<sup>2</sup> Ce point a déjà fait l'objet d'une publication précédente. Faoro-Kreit B., Hers D., Levaque, C., Anselot C. (2004). « Comment aider les enfants d'alcoolique ? L'apport de la fratrie. » Revista Analisis Vol : 3 N° 5. Medellin-Colombia.

<sup>3</sup> Penot B. (2001). La Passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès. p. 78.

Pour qu'une famille puisse transmettre son histoire, il est nécessaire que la génération parentale concernée ait une certaine aptitude à reconnaître quelque chose du manque à être qui a pu l'affliger. Or, dans beaucoup de familles où l'un des parents est alcoolique, tout fini par se centrer autour de l'alcool ainsi que sur la personne qui boit.

Seuls restent chez chacun des membres de la famille, de la fratrie les vécus mais ceux-ci ne sont guère partageables car la marque du sceau du déni vient à jamais sceller les mots (les maux). Tout le monde est sur ses gardes. La famille et son fonctionnement finissent, dans nombre de situations, à se résumer à la contingence de l'alcool. Chacun des membres agit, réagit, essaye de devancer les comportements, de s'adapter à la personne dépendante. Le mode privilégié de la famille devient le mode de l'agir. L'acte vient suppléer au langage ou, comme le formule Blandine Faoro-Kreit, le langage est utilisé comme acte <sup>1</sup>.

Ce qui en soi est pathogène sur les générations ultérieures, c'est l'échec au sein de la famille à faire un mythe véritable, c'est-à-dire un corps de discours capable d'articuler l'ensemble des données familiales. Pour rappel, Mythos en grec ne signifie ni plus ni moins que la parole.

Comme nous l'avons déjà développé dans un article précédent<sup>2</sup>, face à ces situations dites traumatiques, une distribution implicite et inconsciente des rôles se met en place à l'insu même de chacun des protagonistes. Chacun réagit en fonction de son âge, de son sexe, de sa place dans la fratrie et de ses ressources propres mais aussi, on l'a vu, en fonction de transmissions intergénérationnelles. Lorsque ces positions sont prises, il est difficile de les modifier puisqu'elles doivent assurer une pseudo-stabilité de cette famille en équilibre précaire.

Ces positions (pulsionnelles) assurent également une pseudo-stabilité pour chacun des membres de la famille et ce, même si ce n'est pas sans conséquence pour les enfants. Le risque est effectivement qu'elles viennent hypothéquer la fonction de sujet par une aliénation invalidante. Lorsque le circuit pulsionnel se fige chez un individu, c'est tout le processus de subjectivation qui s'en trouve affecté. La pulsion et son circuit sont des concepts qui nous permettent de cerner ce qui opère ou plutôt ne s'opère pas chez certains enfants d'alcoolique.

Bernard Penot nous rappelle également dans son livre l'intérêt du repérage freudien des trois temps concernant l'activité pulsionnelle. « Freud conjugue somme toute de manière classique les positionnements possibles du sujet-agent selon les trois voies grammaticales usuelles : active, réfléchie et passive.<sup>3</sup> » (par exemple : regarder - se regarder - être regardé). Là où Freud a cerné cette dynamique pulsionnelle dans une logique linéaire, Lacan a dégagé du texte freudien « Pulsions et destin des Pulsions » un mouvement d'aller-retour de la pulsion qui permet de représenter l'accomplissement pulsionnel sous la forme d'un circuit décrivant une boucle où se succèdent les trois modes pulsionnels posés par Freud.

Comment cela se déroule-t-il dans ces familles à caractère traumatique où un parent est alcoolique ? Nous repérons que le temps passif de la pulsion - être entendu, être pris sur les genoux, être porté, bordé, être pris en main, etc. est court-circuité. Or, ce temps de passivation est essentiel dans l'accomplissement du circuit pulsionnel dont dépend l'avènement d'une position subjective c'est-à-dire d'une capacité accrue de s'éprouver soi-même comme sujet. Dans la clinique, cet éprouvé est fortement mis à mal, voire reste très problématique pour certains enfants d'alcoolique. En effet, si la position parentale ne s'est pas prêtée avec suffisamment de plaisir à ce jeu pulsionnel des différentes positions ou, si cette position parentale est

<sup>1</sup> Roussaux J.-P., Faoro-Kreit B., Hers D. (2000). « La rencontre avec la femme alcoolique », L'alcoolique en Famille, Dimensions Familiales des Alcoolismes et implications thérapeutiques. Bruxelles : Editions De Boeck Université. pp.116.

<sup>2</sup> Faoro-Kreit B., Hers D., Levaque, C., Anselot C.(2004). « Comment aider les enfants d'alcoolique ? L'apport de la fratrie. » Revista Analisis Vol : 3 N° 5. Medellin-Colombia. pp. 53.

<sup>3</sup> Penot B. (2001). La Passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante. Ramonville Saint-Agne : éditions Erès. pp. 25.

restée trop défensivement univoque, univoque étant à entendre dans le sens d'une maîtrise ou d'une emprise<sup>1</sup>, cela engendre chez l'enfant une mise en souffrance de sa subjectivation.

Les conséquences, nous les entendons assez clairement dans le discours d'adultes, d'adolescents voire d'enfants d'alcoolique que nous recevons en fratrie. Dans bien des situations, ces enfants se positionnent dans le rapport à l'autre tels des thérapeutes de « parents internes » nécessitant constamment réparation. Marc et Sarah sont frère et sœur. Ils viennent en consultation depuis plus de 5 mois à raison d'une séance tous les 15 jours. C'est Sarah qui est à l'initiative de ce suivi. Elle est par ailleurs en analyse chez une de nos collègues depuis 3 ans. Si d'emblée Sarah a pu parler de son lien problématique avec ses parents et surtout avec son père alcoolique, Marc de son côté reste étonné des interventions de sa sœur clamant haut et fort que lui n'a jamais été affecté ni par les alcoolisations de leur père ni par les inquiétudes de leur mère. Malgré son discours défensif, lors d'un début de séance, Marc va nous indiquer, à son insu, qu'il est nettement plus impliqué qu'il ne le laissait entendre jusque-là. Il nous apprend qu'il partage son appartement avec un ami et que, depuis plusieurs années, celui-ci s'est mis à boire. Il nous dit qu'il n'en peut plus, bien qu'il continue à tout faire pour ce dernier : il l'aide à trouver du travail, à résoudre ses dettes, ses problèmes familiaux ... Marc ne fait pas de lien entre sa vie actuelle et son histoire familiale. Par contre, sa sœur qui, de son côté a été très attentive aux propos de son frère, prend alors la parole avec un certain plaisir pour dire que ce que son frère vit aujourd'hui, elle, elle l'a vécu pendant des années à la maison avec leurs parents et qu'à présent, il est lui-même pris à son tour dans une répétition des choses qui lui échappent visiblement. Cette intervention de Sarah sera lourde de conséquences pour Marc qui dorénavant va se mettre à parler de lui autrement en séance.

Il n'est pas rare non plus de constater que ces enfants une fois devenus adolescents ou adultes sont pris dans une hyperactivité quasiment compulsive : il y a toujours quelque chose à faire. Au bout du compte, ce que notre clinique ne cesse de nous indiquer, c'est que nombre de ces enfants de personnes dépendantes ont une grande difficulté voire une incapacité à se faire objet de l'autre.

L'intérêt du travail avec le support de la fratrie est de permettre la création d'un espace où les vécus et les expériences sources de souffrances peuvent émerger, être verbalisés, pensés et mis en lien. Dès lors, cette approche favorise la remise ou parfois, la mise en place de cet aller-retour de la pulsionnalité. Lors de ce travail avec la fratrie, chacun des membres est amené à se faire objet pour l'autre (temps pulsionnel passif) et pour soi-même (temps pulsionnel réflexif). Ainsi, est offert à chacun la possibilité de gagner davantage de liberté de jeu pulsionnel grâce à la réactualisation ou l'actualisation dans le transfert de la compulsion à rejeter défensivement une forme de dépendance. Dépendance étant à entendre dans le sens d'une recherche de satisfaction sur un mode passif et qui est habituellement éprouvée par ces enfants comme avilissante ou chosifiante. Pour l'écrire encore autrement, cette fixation, ce blocage de la mise en circuit de la pulsion est en soi dépassable au travers de l'expérience, entre les différents membres de la fratrie, d'un jeu de réversibilité pulsionnel.

Ce qui se produit entre les frères et sœurs se joue également dans le transfert avec les thérapeutes. Nous sommes, nous aussi, amenés à nous prêter à une suffisante passivation envers la fratrie.

Ce travail de subjectivation vers lequel tendent les entretiens de fratrie, a également comme incidence nouvelle dans la relation à l'autre de ramener la notion d'altérité. Bien souvent, cette dernière est éludée chez ces enfants d'alcoolique. Les processus de différenciation dans et entre les générations sont souvent télescopés. L'histoire de la fratrie, de la famille peut être présentée dans un discours confus, peu représenté où les repères temporels sont très mal structurés. Les élaborations entre frères et sœurs ont pour corollaire de s'appuyer sur la notion d'être des semblables tout en étant tous différents à la fois.

---

<sup>1</sup> Blandine Faoro-Kreit dans son article sur la femme alcoolique décrit remarquablement la question de l'emprise pulsionnelle dans laquelle sont prises les femmes alcooliques. « La rencontre avec la femme alcoolique » in Roussaux, J.-P., Faoro-Kreit B., & Hers D. (2000). L'alcoolique en Famille, Dimensions Familiales des Alcoolismes et implications thérapeutiques. Bruxelles : De Boeck Université.

L'intérêt de ce type d'échange est d'autoriser, au sein de l'espace thérapeutique, qu'une parole, non plus agissante mais de l'ordre du discours structuré dans le temps, circule notamment autour de mêmes événements qui ont été toutefois vécus différemment. Il est toujours riche de constater la surprise dans le chef de chacun lorsqu'ils évoquent un même souvenir. Jusque-là, ils étaient très souvent persuadés les uns comme les autres que chacun avait ressenti les mêmes sentiments, les mêmes frustrations voire les mêmes plaisirs alors que c'est rarement le cas.

Cette question de l'altérité, nous pouvons l'analyser également entre le parent fragile et ses enfants. L'alcoolisme a pris parfois tellement le devant de la scène familiale qu'il finit par réduire ce parent à cette pseudo-identité d'alcoolique. Il n'est plus qu'un alcoolique<sup>1</sup>. Les enfants que nous recevons en consultation ont cette tendance récurrente à nous parler du parent fragile uniquement en ces termes. Or, ce parent peut aussi se décliner autrement, d'autres signifiants existent à le faire représenter pour l'autre. Notre travail vient donc se placer également à ce niveau-ci afin de permettre à ces enfants de trouver chez le parent carencé d'autres traits d'identification que l'alcoolisme de ce dernier. Ajoutons encore que nos interventions les plus opérantes sont celles qui donnent une place importante au transgénérationnel. Notre idée est de redonner une place à la fonction de parentalité, de ramener de la génération dans le discours de chacun.

Toutefois, ne faut-il pas entendre par moment dans le discours de ces enfants une défense contre l'émergence de ce qui pourrait, pour chaque sujet de la fratrie, faire symptôme ?

Répondre à cette question nécessite un détour afin de considérer ce qu'il en est du statut de l'alcoolisme d'un point de vue symptomatique : l'alcoolisme est-ce bien un symptôme ? D'un point de vue médical oui, sans aucun doute. Nous pouvons également avancer l'idée que l'alcoolisme est un symptôme social que la justice peut par ailleurs prendre en main. Mais d'un point de vue psychanalytique, est-ce un symptôme<sup>2</sup> ? Non. Nous pensons plutôt que l'alcoolisme fonctionne comme un écran qui vient justement barrer l'émergence du symptôme. Il s'agit d'un écran qui vient voiler l'insupportable de la réalité humaine. Dans ce cas, l'alcoolisme est à percevoir comme une forme de suppléance quand le nouage par le symptôme est insuffisant à faire tenir le sujet<sup>3</sup>, quand le symptôme ne suffit plus au sujet pour être, pour advenir.

Assez classiquement, une demande thérapeutique se tisse autour d'un point insupportable du symptôme. Parce que ça ne va plus, le sujet adresse une demande afin que cela aille mieux. Or, pour ces sujets, l'alcoolisation fait rarement symptôme et ce, d'autant moins que c'est précisément pour eux la solution qu'ils ont trouvée pour dépasser certaines difficultés. L'alcool est donc une solution qui supplée à l'échec du nouage symptomatique (synthomatique) et permet l'occultation du manque à être. Il y a donc généralement une étape supplémentaire dans le travail avec ces sujets qui consiste à ôter cet écran qu'est l'alcool, c'est-à-dire de permettre à ces sujets de développer parallèlement à leur discours usuel sur l'alcool et leur identité d'alcoolique, un autre discours qui donnerait accès à une souffrance qui puisse être liée à des représentations.

Dans certaines fratries d'enfants d'alcoolique, le symptôme vient à manquer tant il est voilé par la question de l'alcoolisation du parent. Dans les premiers temps du travail, leurs discours portent davantage sur le parent fragile que sur eux-mêmes. Au fur et à mesure des séances, de notre place de thérapeute, nous allons favoriser l'émergence d'une parole plus subjective dans le chef de chacun. L'intérêt est de créer un discours qui permet l'émergence d'un symptôme au sens analytique du terme afin que ces enfants

<sup>1</sup> Attention, pour certain, dire « je suis un alcoolique » est à entendre comme suppléance tant imaginaire que symbolique qui est une tentative de nomination qui s'oppose à l'aphanisis sous la forme d'un trait unifiant et d'identification. In Nougé Y. (2004). « Clinique Psychanalytique de l'alcoolisme ». Paris : Edition Economica.

<sup>2</sup> Le symptôme est un phénomène subjectif qui, pour la psychanalyse, constitue non le signe d'une maladie mais l'expression d'un conflit inconscient. C'est l'effet du symbolique dans le réel. Il est la nature propre de la réalité humaine, la cure ne peut en aucun cas consister à éradiquer le symptôme en tant qu'effet de structure du sujet. (In Chemama R., Vandermerch B. (1995) « Dictionnaire de la psychanalyse ». Paris : Larousse-Bordas.)

<sup>3</sup> Question d'un nœud boroméen non pas à 4 bouts de ficelles mais bien à 5 : Réel-Imaginaire-Symbolique-Syndrome-Alcool.

puissent être à l'écoute d'eux-mêmes, qu'ils puissent « s'approprier » leur souffrance, et ainsi travailler à alléger l'inconfort de celle-ci.

Lorsque nous écrivons que ces enfants n'ont pas de symptômes (au sens analytique du terme), c'est pour mieux souligner combien les représentations sont en souffrance chez eux. Si le symptôme est une nécessité pour permettre la subjectivation et le fonctionnement de l'appareil psychique, nous constatons que chez une très grande partie de ces enfants d'alcoolique, lorsqu'un récit est présent, il échoue à faire représentation. Ils sont tristes, angoissés, constamment dans l'agir mais sont incapables d'énoncer pourquoi il y a cette tristesse. Une fois ce ressenti énoncé, les mots semblent inadéquats pour le faire partager avec l'autre ; parfois, ils sont incapables de nommer ce qu'ils ressentent. C'est dans ce sens-là que nous nous autorisons à avancer l'idée qu'il n'y a pas de symptôme au sens analytique du terme.

Pour le dire encore autrement, le symptôme peut être considéré comme une souffrance mentalisée liée à une représentation ; or, c'est justement ça qui fait défaut. Il s'agit donc d'aider à dégager ces enfants de cet impossible à penser dans lequel ils sont pris et qui nous englué nous-mêmes par moment. En effet, les thérapeutes peuvent parfois ressentir un sentiment de lourdeur lors de certains entretiens. Ces fratries peuvent également mettre à mal notre appareil à penser. Inutile de dire que dans une pareille situation, le silence de l'analyste a pour conséquence de renforcer encore plus la difficulté à penser. Il n'y a pas d'association libre ici possible dans le chef de certains de ces enfants. Suzanne Ginestet-Delbreil, dans son livre La terreur de penser<sup>1</sup> avance l'idée que « c'est à l'analyste de chercher ces associations qui manquent, c'est-à-dire de se situer comme quelqu'un qui sait que cela à un sens alors même qu'il ne sait pas lequel. » Une de nos hypothèses de travail est que cet impossible à penser est à mettre en lien avec cette carence du symptôme parental. Un peu comme si cette suppléance alcoolique venait voiler le trauma de structure.

Pour terminer, nous voudrions rappeler que toutes démarches thérapeutiques risquent de se figer dans des conventions du cadre si celles-ci cessent d'être remises en cause à partir de la pratique clinique. Le questionnement doit demeurer vivant, au plus proche de la clinique dont le but reste, avant tout de permettre aux personnes qui nous consultent, un accès à la subjectivation. La souffrance des enfants de nos patients qui sont confrontés à cet agir répétitif qu'est l'alcoolisme nous a convaincus de l'intérêt de développer un modèle de prise en charge particulier autour de la fratrie. Au travers de ce travail, nous repérons que ces enfants, même devenus adultes, sont « des otages » d'une autre scène familiale qui leur échappent et ce, même s'ils ne cessent de l'agir. Notre démarche thérapeutique vise donc à favoriser la fabrication de davantage de mythes concernant l'origine, l'histoire des membres de la fratrie ; de permettre de sortir de l'isolement social, du secret et du déni dans lequel ils sont trop souvent enfermés ; d'autoriser l'émergence de davantage de pensées sur leur propre parcours afin de leur permettre une subjectivation fantasmatique propre.

---

<sup>1</sup> Ginestet-Delbreil S. (1997). « La terreur de penser - Sur les effets transgénérationnels du trauma ». Plancoët : Entendre l'archaïque, Editions Diabase. pp. 67

## **Bibliographie :**

1. Dictionnaire de la psychanalyse/Chemama R., Vandermersch B. Paris : Editions Larousse-Bordas, 1995
2. Comment aider les enfants d'alcoolique ? L'apport de la fratrie/Faoro-Kreit B., Hers D., Levaque C., Anselot C. Revista Analisis Vol : 3 N° 5, Medellin-Colombia, 2004
3. La terreur de penser - Sur les effets transgénérationnels du trauma/Ginestet-Delbreil S. Plancoët : Entendre l'archaïque, Editions Diabase. 1997
4. Clinique Psychanalytique de l'alcoolisme/Nougué Y. Paris : Editions Economica, 2004
5. La Passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signifiante/Penot B. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès. (2001)
6. L'alcoolique en Famille, Dimensions Familiales des Alcoolismes et implications thérapeutiques/Roussaux J-P., Faoro-Kreit B., Hers D. La rencontre avec la femme alcoolique/id. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2000

## Le rôle de la famille comme soutien social aux personnes en difficulté avec l'alcool

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
11 h 15

Alain Cerclé, Professeur de Psychologie de la santé, Université de Rennes 2

### FAMILLE, ALCOOL ET SOUTIEN SOCIAL : LE POINT DE VUE DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTE

#### **1. La famille comme support social : A propos du *Support social et du bien être individuel et collectif.***

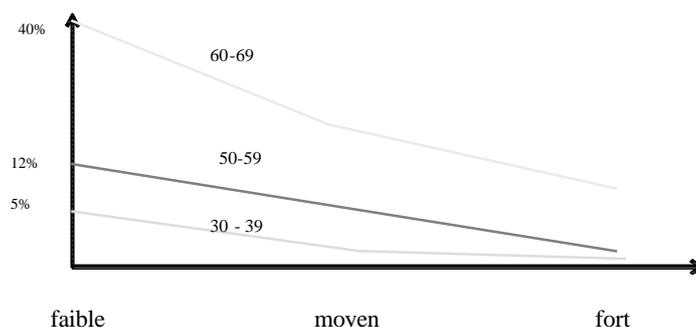
##### **Une brève introduction :**

Dans un dossier récent de la revue *Sciences Humaines* consacré aux *Nouveaux Visages de l'Inégalité*, on peut lire ce constat : « Tous les spécialistes s'accordent aujourd'hui à souligner que la pauvreté et l'exclusion sont liées à la faiblesse des liens sociaux ». On sait depuis longtemps que la santé est, elle aussi, concernée par la qualité du lien social.

#### Lien social et santé

Berkman et Syme, 1979

- % de décès dans un délai de 9 ans (N= 7000 h et f)

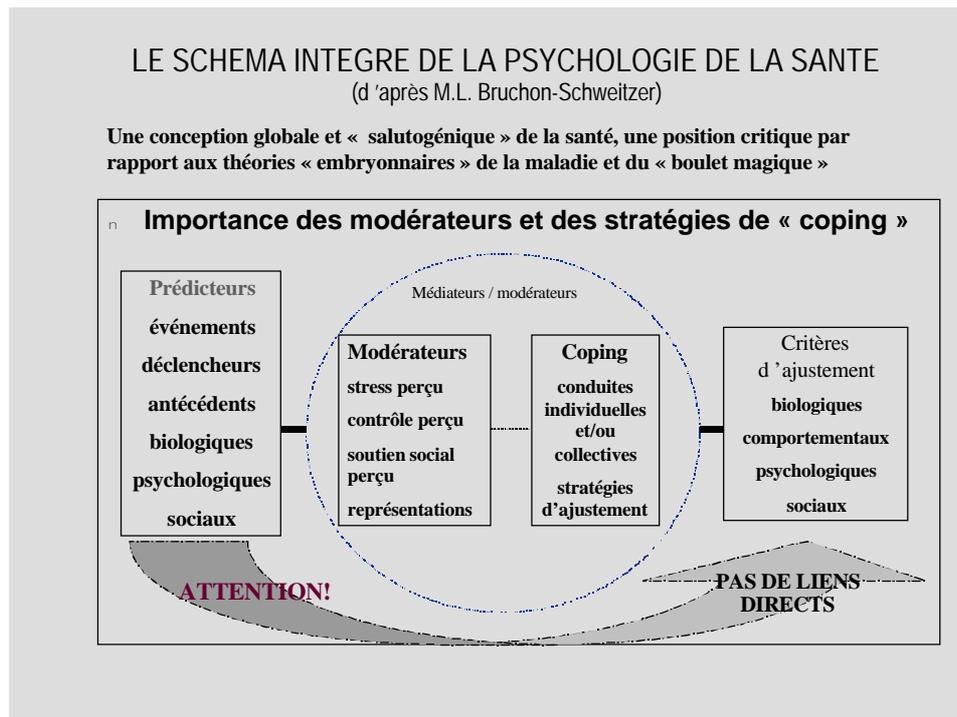


Score de contacts avec les amis et relations

Schéma n° 1 : Lien social et santé

L'intérêt pour l'étude du support social est né de l'épidémiologie et d'un constat de vulnérabilité lié à la perte des liens sociaux « significatifs » (John Cassel, 1974 ; Gerald Caplan, 1974). L'hypothèse d'un 'buffer effect' ou 'cushioning' (matelas protecteur) face aux conséquences somatiques et psychologiques des expériences stressantes est omniprésente dans la littérature des années 70. Dès 1964, Caplan travaille sur la prévention psychiatrique et la santé mentale communautaire. Il développe la notion de système support

comme un ensemble agrégé et continu de sources (famille, voisinage, groupe d'entraide, clergé...) de feedback au bénéfice du sens de l'identité et des performances individuelles. Avec les concepts de support et de soutien social, on dépasse les notions plus descriptives de lien social. Cela correspond à l'émergence d'une approche multi-critères des phénomènes de pauvreté, de santé, de bien être et de qualité de vie. Les 'prédicteurs' et les 'antécédents' se précisent, se multiplient et se combinent qu'il s'agisse de l'âge, du sexe, du territoire, du statut familial ou socio-économique. A ces éléments, s'ajoutent les variables dites modératrices ou médiatrices qui modulent et médiatisent le rapport de la personne à son environnement.



Schéma° 2 : Le modèle intégré de la Psychologie de la Santé (d'après Bruchon-Schweitzer, 1994)

Dans cette perspective, le concept de lien social suffit-il à rendre compte des processus dynamiques en jeu ? Ne serait-il pas trop statique et allusif ? Aujourd'hui, il semble devoir être enrichi et soumis à une appréciation critique. Son histoire scientifique voisine trop souvent avec l'idéologie et renvoie à la peur de la rupture des liens sociaux et à l'urbanisation du début du 20<sup>ème</sup> siècle. La fin des sociétés rurales et des groupes 'primaires' (dérivés du modèle normatif de la famille conçue comme la référence en matière d'intégration et de protection) a longtemps été présentée comme le risque social majeur de l'ère moderne. Par certains côtés, les théories psychologiques et éthologiques de l'attachement ont elles aussi contribué à nourrir ce type de crainte et à fixer l'attention sur le lien dyadique mère-enfant. Nous ne nous attarderons pas ici sur les dérives de la sociobiologie et d'un certain darwinisme social (Cerclé & Somat, 2002). En opposition à ces conceptions 'familialistes', sont apparues les théories de l'échange social . Fortement influencées par le modèle de l'économie libérale, ces théories postulent l'existence d'un homme rationnel qui développe et persiste dans l'échange social dans la mesure où le ratio coûts/bénéfices lui paraît favorable. La cohésion sociale dépend quant à elle du respect des normes de réciprocité et d'équité. En dépit de ses accointances idéologiques libérales, il faut reconnaître que ce courant théorique a permis de préciser la nature des 'bénéfices' susceptibles de découler des relations sociales.

Selon Weiss (1974), on peut retenir :

- l'attachement qui procure un sentiment de sécurité et de bien être ; il résulte surtout des relations intimes (mais pas exclusivement),
- l'intégration sociale fournie par un réseau de personnes qui partagent les mêmes préoccupations. Ce vécu d'intégration implique des interprétations communes concernant les expériences, la possibilité d'échanger des services, le sens de l'appartenance,
- la réassurance de sa valeur qui renvoie au sentiment d'être reconnu dans ses compétences vis-à-vis de certains rôles sociaux (rôles professionnels, familiaux...),
- la confiance dans l'alliance inter-humaine qui fait qu'on sait qu'on peut compter sur certaines personnes même si l'affection mutuelle n'est pas toujours au rendez-vous,
- le conseil qui devient important face aux menaces qu'il s'agisse du support émotionnel ou d'information.

En fait, les 'provisions sociales' semblent bien se répartir selon quatre types principaux de bénéfiques : émotionnels, d'estime, matériels et informatifs. Cette grille d'analyse qui a porté ses fruits empiriques ne nous renseigne pas toutefois sur les mécanismes qui favorisent ou contrarient l'impact provisionnel du social. Il faut donc dépasser les notions statiques pour considérer les interactions entre la personne et son environnement, ces deux pôles étant réciproquement impliqués dans le processus de support. C'est là que le concept de 'support social' peut être utile. Il s'agit en effet d'un « métaconstruct » (Vaux, 1988), qui comprend au moins trois éléments : le stock des ressources sociales disponibles ou potentielles pour une personne ou un groupe, les types de comportements et de conduites qui apportent du support (comportements d'aide, altruisme...) et le 'soutien social perçu', c'est-à-dire l'appréciation subjective du sujet quant à la qualité et la pertinence de l'aide reçue. En bref, il ne suffit pas d'avoir un carnet d'adresses bien rempli pour éprouver le sentiment rassurant de pouvoir compter sur les autres. Sans doute en va-t-il de même pour la 'famille' ...

## **2. L'approche transactionnelle du soutien familial perçu :**

Qu'en est-il des relations entre : la confrontation avec une famille vécue comme stressante, l'insatisfaction éprouvée quant aux soutiens reçus, le recours à l'alcool et à d'autres produits ? Pour tenter d'explorer ces relations, nous nous appuyons sur plusieurs études que nous avons menées au sein de l'Université Rennes 2 depuis 1995 et des audits de stress professionnel réalisés auprès de salariés des hôpitaux.

### **2.1. Le rôle de la famille comme « stresser » :**

Chez les étudiants, le sentiment d'éprouver du stress « en famille » est-il corrélé avec un score de stress perçu élevé ? Cette corrélation est discrète et beaucoup moins significative que celles observées pour les stresser « matin » et « cours ». L'identification du stresser « examen » est nettement corrélée avec un niveau de stress faible. C'est un stresser normal pour des étudiants essentiellement soucieux de leurs études.

N= 485 étudiantes

	Cours ou matin	Examen	Famille	Total
Stress Faible	9.20 %	73.01 %	17.79 %	100 %
Stress Fort	23.42 %	53.16 %	23.42 %	100 %
Stress Moyen	20.80 %	59.49 %	19.71 %	100 %
Total	18.32 %	61.55 %	20.17 %	100 %

	Cours ou matin	Examen	Famille
Stress faible	--	++	-
Stress fort	++	--	+
Stress moyen	+	-	-

Tableau n°1 : Croisement entre les stressseurs et l'intensité du stress perçu (mesure PSS 14)  
Test Khi 2 (écarts significatifs encadrés) et comparaison des pourcentages lignes

## 2.2. Le rôle du soutien familial perçu : l'importance des évaluations subjectives

Chez les salariés adultes, l'insatisfaction familiale déclarée est nettement corrélée avec un score de stress perçu élevé (échelle PSS 10)

Satisfaction familiale	Score PSS 10
Satisfaisante	25
Assez satisfaisante	24
Moyennement satisfaisante	30 (+)
Peu ou pas satisfaisante	28 (+)
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

Tableau n° 2 : L'insatisfaction familiale est corrélée avec un stress perçu élevé (N = 203)

Chez les jeunes adultes (étudiant(e)s), le sentiment de stress en famille n'est pas corrélé de manière aussi nette avec un niveau de stress perçu élevé (cf. tableau n°1).

En fait, dans cette population engagée dans une voie normale d'émancipation, l'évaluation du sentiment de satisfaction éprouvé quant au soutien reçu, ce qu'on appelle le « soutien social perçu », se révèle plus important que le fait de déclarer « éprouver du stress en famille ».

Ainsi, dans une autre étude (N= 117 étudiant(e)s), on constate que le jugement d'insatisfaction quant au soutien « moral » reçu de la famille est bien corrélé avec le sentiment d'avoir du mal à contrôler les choses de la vie et de déception par rapport au cours des choses.

<b>TYPO2 PSS 4</b>	Confiance et satisfaction	Difficultés et peu de contrôle	<b>TOTAL</b>
<b>Soutien moral perçu</b>			
Soutien moral faible ou moyen	48,1% ( 26)	50,0% ( 27)	100% ( 53)
Soutien moral fort	65,6% ( 42)	34,4% ( 22)	100% ( 64)
<b>TOTAL</b>	<b>57,6% ( 68)</b>	<b>41,5% ( 49)</b>	<b>100% (117)</b>

Tableau n° 3: Soutien moral perçu (famille) et items du PSS 4 ; N= 117 étudiant(e)s

Quand il s'agit du soutien familial « pratique », les jugements de satisfaction ne sont pas significativement corrélés avec un sentiment de faible contrôle et de déception par rapport aux cours des choses.

<b>TYPO2 PSS 4</b>	<b>Confiance et satisfaction</b>	<b>Difficultés et peu de contrôle</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Soutien famille prat</b>			
Sout. Pratique faible ou moyen	50,0% ( 11)	45,5% ( 10)	<b>100% ( 21)</b>
Sout. Pratique fort	59,4% ( 57)	40,6% ( 39)	<b>100% ( 96)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>57,6% ( 68)</b>	<b>41,5% ( 49)</b>	<b>100% (117)</b>

Tableau n° 4 : Soutien pratique perçu (famille) et items du PSS 4 ; (N=117)

### **3. L'usage déclaré de produits « anti-stress » est-il lié à l'intensité du stress perçu en général (échelle PSS14) ?**

	Stress faible	Stress fort	Stress moyen	TOTAL
nourriture	34,31%	22,06%	43,63%	100%
tabac	25,66%	26,32%	48,03%	100%
café	26,32%	22,56%	51,13%	100%
alcool	12,50%	37,50%	50,00%	100%
somnifères	20,83%	33,33%	45,83%	100%
stimulants	13,79%	51,72%	34,48%	100%
anxiolytiques	16,67%	36,11%	47,22%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>26,69%</b>	<b>26,85%</b>	<b>46,46%</b>	<b>100%</b>

Tableau n° 5 : Croisement entre l'usage déclaré de produits « anti-stress » et l'intensité du stress perçu ; N= 601 étudiant(e)s

Les niveaux de stress perçu élevés sont bien corrélés avec des usages de substances psychoactives spécifiques (médicaments et dans une moindre mesure « alcool » mais les effectifs de buveurs sont ici faibles ). On observe les mêmes tendances dans nos audits auprès des salariés avec une relation encore plus significative pour ce qui concerne l'alcool.

### **3.1. Les stresseurs et les stratégies d'ajustement face au stress chez les étudiants :**

N= 601 étudiant (e)s

	matin	cours	examen	famille	autre
alcool	9 (+)	9 (+)	18 (-)	11 (0)	6 (0)

Tableau n° 6

L'usage anti-stress de l'alcool est essentiellement associé à des stresseurs spécifiques (matin, cours).

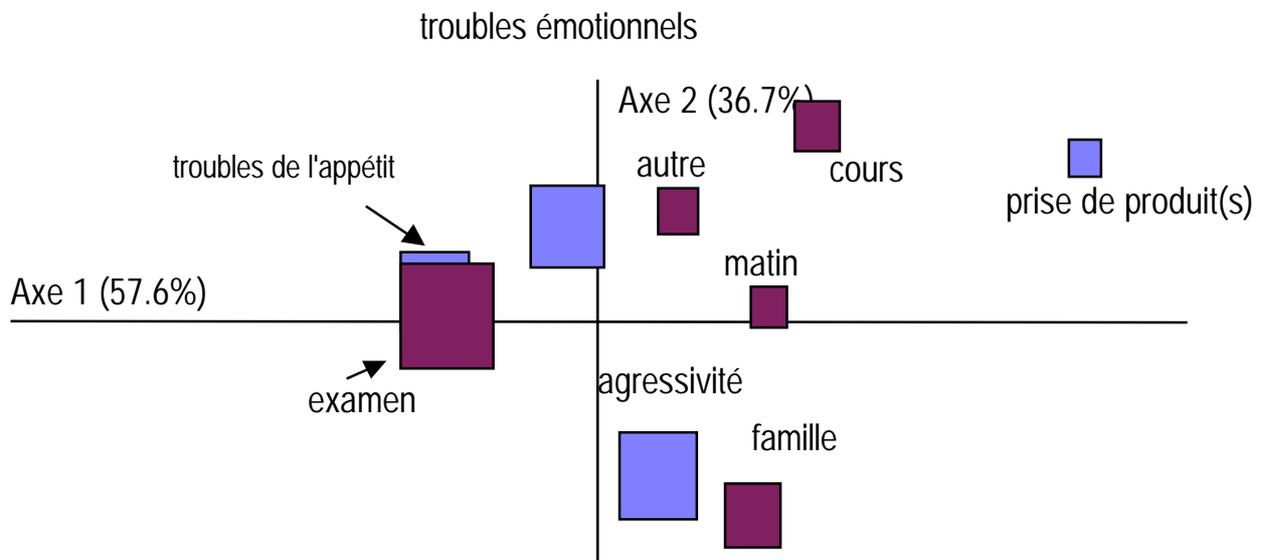


Schéma n° 3 : Stresseurs et manifestations comportementales face au stress , AFC, N= 601 (étudiant(e)s

Chez les étudiants, on constate que le stressor « famille » n'est pas associé de manière significative avec la prise de produits (en général) mais plutôt à des manifestations d'agressivité. Ce sont les stressors « matin » et « cours » qui sont corrélés avec l'usage de produits.

### 3.2. Les relations entre l'insatisfaction familiale, le stress perçu et les usages de produits chez les adultes (N= 203)

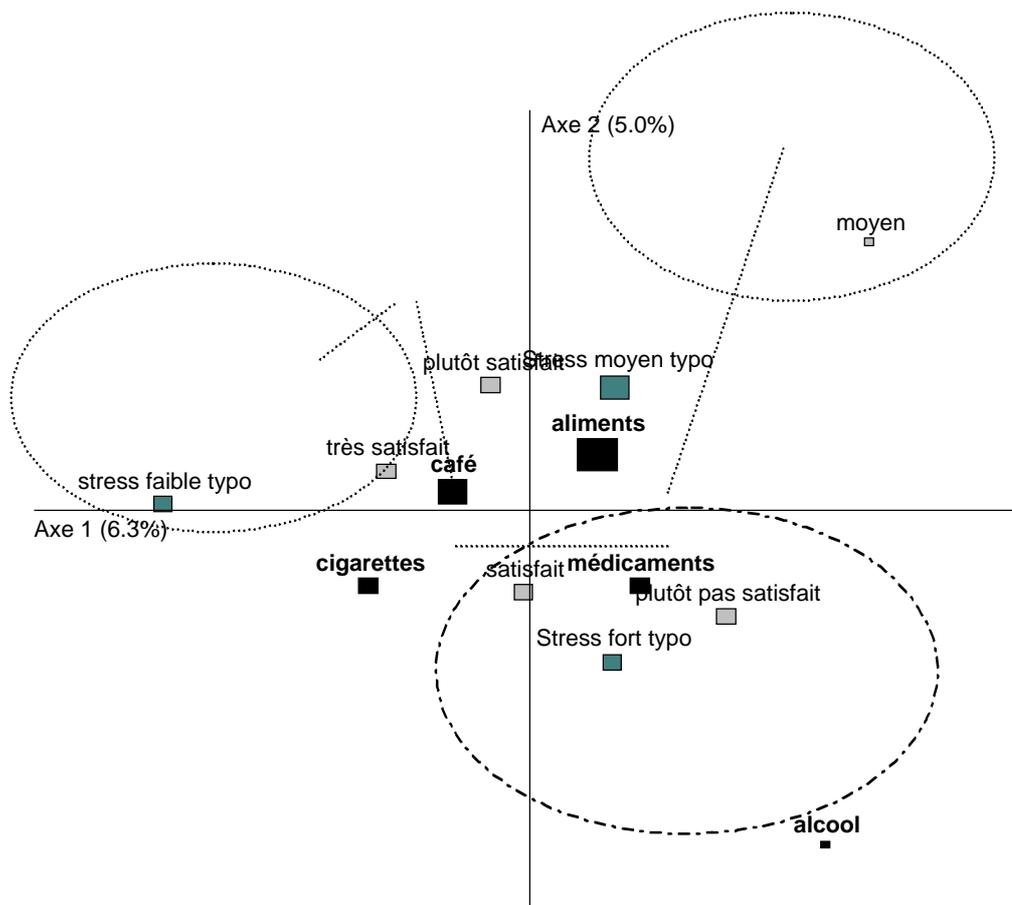


Schéma n° 4: L'espace factoriel des insatisfactions familiales, du stress et des produits (N=203)

Dans la population adulte, la relation entre l'insatisfaction familiale, le stress, l'usage de l'alcool et des médicaments est plus probante que chez les étudiants.

Résumé de nos recherches empiriques :

1- La famille, le stress et l'usage des produits psychoactifs entretiennent des relations non linéaires. Pour ce qui est du rapport à la famille, il ne suffit pas que le sujet identifie cette dernière comme un « stresser » pour constater une corrélation positive avec un niveau de stress perçu élevé. Par contre, le sentiment de déception concernant le soutien familial reçu (surtout d'ordre moral) est associé avec certains items de l'échelle PSS de stress essentiellement ceux qui soulignent un déficit de satisfaction et de contrôle sur les événements de vie.

Ces résultats soulignent encore une fois la nécessité d'identifier non seulement la nature des stresser mais aussi (et surtout !) le sentiment de satisfaction éprouvé quant au soutien reçu.

2- L'âge des sujets doit être aussi considéré avec attention car les jeunes adultes peuvent être encore dans une phase d'autonomisation avec la famille qui n'est pas nécessairement fragilisante et génératrice de stress. L'étude des relations entre stresser familiaux, soutien perçu et usages de produits doit donc tenir compte des types de socialisation qui caractérisent les populations étudiées (schéma n°5).

#### **4. La famille et l'alcool, des interactions complexes entre les facteurs d'influence :**

Un deuxième élément plaide en faveur d'une relation causale non directe entre la famille et les problèmes d'alcool : c'est la complexité des facteurs en cause tant dans le processus normal de socialisation que dans celui des déterminations étiologiques multiples.

Le développement impressionnant des modèles complexes, interactionnistes et transactionnels (Cerclé, 1998, 2001<sup>1</sup>), nous amène inévitablement à ne plus raisonner de manière réductrice et à refuser les déterminismes directs ou 'embryonnaires' des maladies et dysfonctionnements (cf. Schéma n°2). La réalité appelle au contraire à la relativité et à la mise en équations complexes des facteurs pathogènes ou immunogènes.

##### **4.1. L'approche interactionniste des facteurs familiaux en lien avec les conduites d'alcoolisation :**

D'une manière générale, pour étudier l'impact familial sur les conduites d'alcoolisation, les chercheurs ont d'abord distingué plusieurs niveaux d'influence (Jacob et Leonard, 1994). Pour ce qui concerne l'influence individuelle, c'est-à-dire l'impact d'un individu de la famille sur un autre, ce sont essentiellement les conduites parentales d'alcoolisation qui ont été mises en rapport avec les comportements de l'enfant vis-à-vis de l'alcool. Or, comme le rapportent Jacob et Leonard (1994, p.126), "Bien que constituant un important facteur, les modèles parentaux d'alcoolisation ne fournissent pas une explication exhaustive des conduites adolescentes à l'égard de l'alcool". D'autres études incluant des échantillons de familles avec des parents alcooliques, montrent que les apprentissages sur l'alcool commencent plus tôt qu'on le croyait et que "le développement de schémas intériorisés sur l'alcool, comme drogue avec ses effets propres et dans des contextes appropriés pourrait varier en fonction des usages parentaux de l'alcool" (Noll et al., 1986 cité par Jacob et Leonard, 1994, p.126). Les effets généralement qualifiés de "dyadiques" renvoient quand à eux à des sources d'influence précises telles que les modes d'interaction parent/enfant, l'influence du style de vie marital, les relations dans la fratrie et le fonctionnement interne du système familial. Une nombreuse littérature existe concernant l'influence des interactions parents/enfants sur le développement et le

<sup>1</sup> Cerclé, A (1998), L'Alcoolisme, Paris : Flammarion.

Cerclé, A (2001), L'étude développementale et biopsychosociale des facteurs de risque étiologiques : l'exemple de l'alcoolisme in G.N. Fischer (dir), Traité de psychologie de la santé, Paris : Dunod.

comportement de ces derniers. Selon Jacob et Leonard (1994), deux dimensions majeures de l'action parentale structurent les modes d'interaction en cause : il s'agit de l'éducation (nurturance) et du contrôle (control). Des dysfonctionnements dans l'un ou l'autre de ces registres causent des dommages sévères et durables au niveau du développement émotionnel et cognitif de l'enfant. Plus particulièrement, l'apparition systématique de comportements antisociaux et agressifs chez l'enfant découle du manque d'affection parentale et/ou d'un haut niveau de critique et d'hostilité, du laxisme éducatif et, plus généralement, d'un manque d'implication dans les rôles parentaux. Ces caractéristiques antisociales s'installent dès l'âge préscolaire. Elles se manifestent d'abord avec l'indocilité du sujet et évoluent au fil du temps vers un mode de sociabilité caractérisé par le rejet précoce des pairs, des performances scolaires faibles, des conduites délinquantes répétées, des abus d'alcool et de drogues et des relations avec des pairs eux-mêmes déviants. Les problèmes de couple propres aux parents sont moins directement liés aux troubles du développement observables chez l'enfant ou l'adolescent, leur influence est modulée par la qualité de la relation parent/enfant et dépend des effets secondaires du désaccord marital (baisse de revenus économiques, stress familial, isolement...). Quant à l'effet dyadique de la fratrie, peu d'études se sont intéressées à l'impact des relations fraternelles sur l'usage de l'alcool ou des drogues. D'une manière générale, Brook et al. (1990) stipulent trois modes d'influence : à travers l'exemple et l'identification, l'aîné influence le plus jeune qui adopte ses attitudes, ses valeurs et ses comportements ; la similitude entre les frères est expliquée par des facteurs génétiques communs ; l'influence positive (et parfois salutaire) d'un membre aîné de la fratrie sur un enfant plus jeune peut s'exercer à travers une relation authentiquement éducative et libre de toute rivalité. Certains auteurs affirment que l'influence néfaste de l'aîné sur le puîné est souvent médiatisée par le groupe des pairs auquel le plus âgé appartient. Pour ce qui est de la similitude de consommation d'alcool et de tabac observée chez les jumeaux monozygotes versus dizygotes, Kaprio (in Zolotareff et Cerclé, 1994<sup>1</sup>) montre que ces ressemblances sont non seulement (modestement) corrélées à l'existence d'un patrimoine génétique commun mais aussi à l'expérience d'une socialisation plus ou moins partagée. Pour ce qui est de l'impact du système familial comme environnement ou paradigme (Moos, 1976; Reiss et Klein, 1987), certaines recherches étiologiques suggèrent qu'il y aurait un risque accru de transmission de l'alcoolisme à travers les générations lorsque la pathologie alcoolique a envahi le système familial et complètement perturbé le fonctionnement des rituels familiaux et cela, indépendamment de la sévérité de l'éthylisme. Nos propres investigations (Cerclé et Garnarczyk, 1991<sup>2</sup>) ont montré que, sur un échantillon de plus de 400 enfants directement concernés par l'alcoolisme parental, l'intensité des sentiments de 'victimisation' et de vulnérabilité variait en fonction du nombre de parents alcooliques. Lorsque l'un des parents n'était pas considéré comme alcoolique, les enfants avaient tendance à lui faire tenir le rôle de 'bouclier' et déclaraient être moins 'touchés' par l'alcoolisme parental. Ces mêmes enfants étaient aussi significativement plus enclins à 'pardonner' au parent alcoolique. Il reste cependant beaucoup à faire pour vérifier l'hypothèse, souvent évoquée parmi les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés, d'une transmission "trans-générationnelle" des problèmes d'alcool. Parmi les constats étiologiques les plus assurés, nombre d'auteurs américains soulignent les associations observées entre les désordres de la conduite chez l'enfant, la délinquance à l'adolescence et le comportement antisocial adulte ; entre le comportement antisocial de l'adolescent et l'initiation à l'abus d'alcool ; et entre le comportement antisocial de l'adulte et l'alcoolisme adulte. Le syndrome d'alcoolisme adulte antisocial a fait l'objet de nombreuses investigations mais on ne saurait ramener toutes les formes d'alcoolisme à ce type. Zucker (1994), lui-même, recense :

1. une forme développementale et limitée d'alcoolisme qui se différencie de l'alcoolisme antisocial essentiellement par son caractère non durable et circonscrit à l'adolescence,
2. un alcoolisme associé à des affects négatifs internes (dépression, anxiété...) mais dont les études longitudinales n'ont pu mettre clairement à jour les causes premières et secondes,

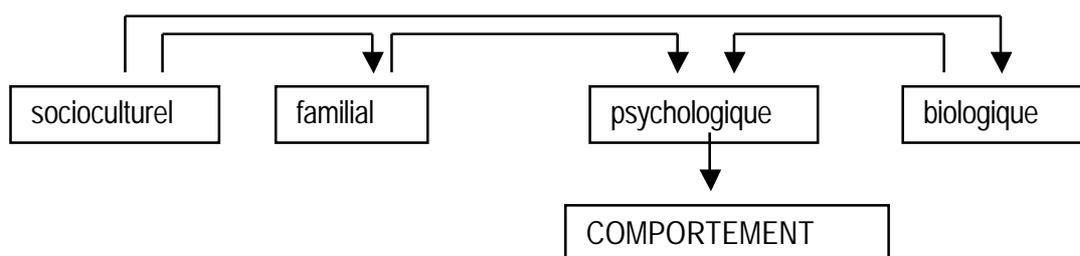
<sup>1</sup> Zolotareff, J.P., Cerclé, A., Pour une Alcoologie Plurielle, Paris, L'Harmattan (Collection Logiques sociales), 1994.

<sup>2</sup> Cerclé, A., Garnarczyk, C., L'Alcoolisme et la famille, FNDVA/Vie Libre, Clichy, 1991.

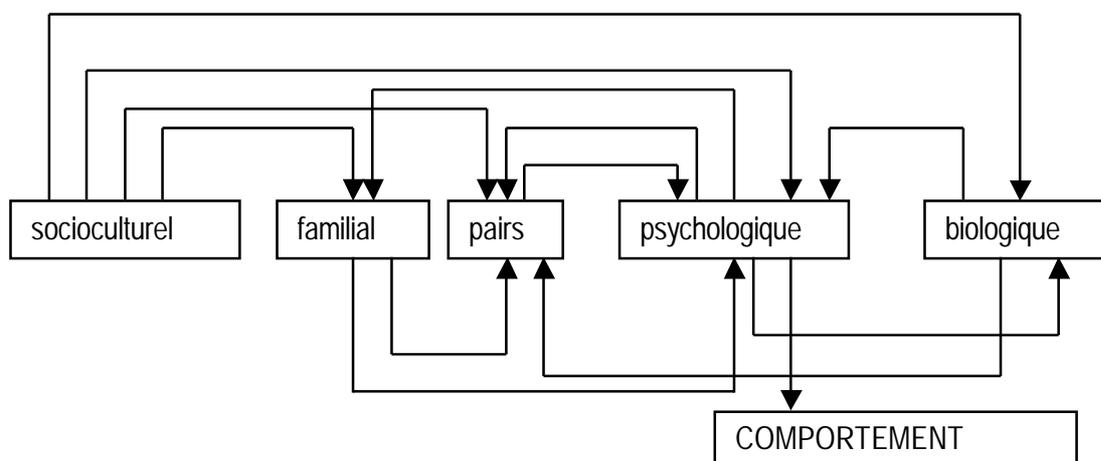
- des formes 'primaires' d'alcoolisme réactionnelles et épisodiques, liées à des déclencheurs non spécifiques et sans co-morbidité. Il convient cependant de rester prudent car sans recherches étiologiques approfondies, les typologies descriptives (pléthoriques en alcoologie dans les années 70 et 80) ne sont que des grilles d'étiquetage souvent éphémères, réifiantes et sans réel fondement scientifique.

### La structure fondamentale du système biopsychosocial d'influence

Stade infantile



### Milieu de l'enfance



### Jeunes adultes

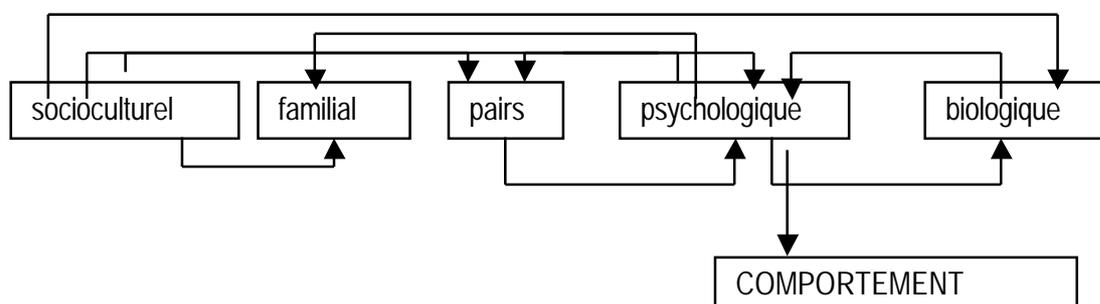


Schéma n° 5, d'après Zucker (1994)

## Le développement émotionnel et social de l'enfant

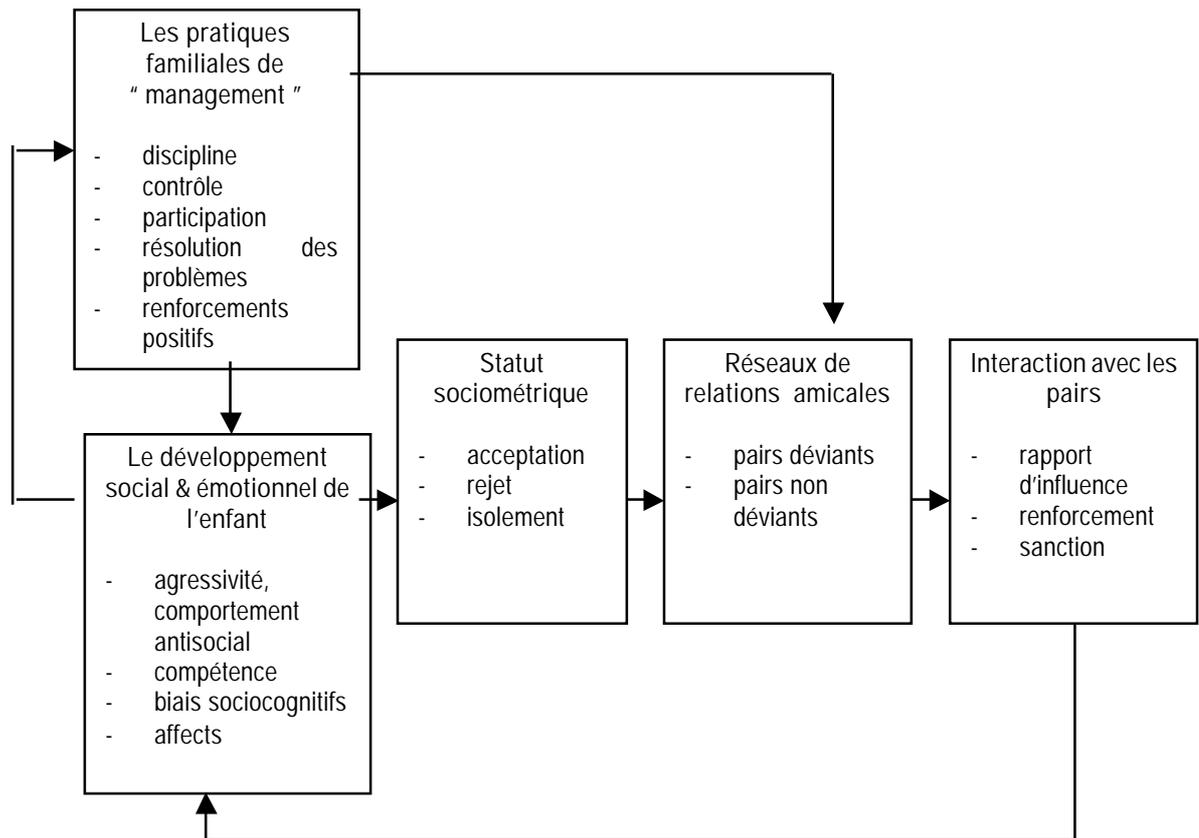


Schéma n°6 : Un modèle des influences parentales et des pairs sur le développement émotionnel et social de l'enfant (d'après Dishion, 1990, in Jacob et Leonard, 1994)

### Des perspectives de travail :

La famille (pathogène ou immunogène) est un facteur parmi d'autres et il n'y a pas de déterminisme mécanique dans le domaine qui nous préoccupe. C'est pourquoi, dans une perspective « salutogène » et « complexe », il nous semble indispensable de développer les recherches longitudinales en alcoologie et de privilégier les modèles d'analyse multifactorielle. Si l'on considère le recours à l'alcool comme une tentative de « faire face » à l'adversité, on doit tenir compte des menaces perçues par le sujet et de son sentiment de contrôle ou d'impuissance face aux épreuves vécues. La famille n'est pas un élément protecteur par nature, c'est le soutien social qu'elle apporte au sujet qui en fait un lieu de ressource et c'est en dernier ressort l'évaluation de ce sujet qui compte. Envisager la famille comme un élément « médiateur » du rapport du sujet à ses événements de vie et non plus comme la matrice originelle du bien être ou du mal être nous semble ouvrir des perspectives dynamiques dans le domaine de la santé. Ce point de vue s'inscrit dans le courant des recherches actuelles en « entourologie » et « proximologie » mais, au-delà des terminologies à la mode, il ne faut pas oublier que ce sont les processus du soutien qui sont en cause, dans la famille comme dans d'autres « groupes » ou « communautés ». Et dans ce domaine, nous avons encore du chemin à parcourir... Mais certaines recherches sont d'ores et déjà prometteuses, par exemple il est aujourd'hui avéré chez les pré-adolescents que l'investissement dans les relations familiales pour faire face au stress (plutôt que le recours à d'autres stratégies) est associé à une diminution des troubles psychiques pour l'anxiété, les troubles dépressifs, les troubles du sommeil et les troubles fonctionnels (Plancherel, 1998)

## Les groupes de conjoints des mouvements d'entraide : témoignages de leur vécu et de leurs besoins

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
11 h 50

Monique Moureau, Alcool Assistance La Croix d'or

C'est en tant que conjointe d'ancien dépendant de l'alcool que je témoigne ce jour. Avec mon mari je fais partie de l'association Alcool Assistance La croix d'Or depuis le 6 septembre 1986, le jour où il est devenu abstinent.

### **1- Comment j'ai vécu l'alcoolisation de mon époux.**

Tout a commencé par des fêtes bien arrosées et des fins de soirée bien gaies. Cela ne me gênait pas, bien au contraire, je partageais ma vie avec quelqu'un qui savait s'amuser et animer les fêtes. J'en étais même flattée. Cela n'a pas duré.

J'ai commencé à être mal à l'aise et à craindre les fins de repas. C'était là que se faisaient les grands discours et que certaines vérités étaient dites, ce qui n'était pas pour plaire à tout le monde. A la maison c'était la même chose, il n'y avait pas de contestations possibles. C'était lui le meilleur.

Je me suis rendue compte que rien n'allait plus et que notre vie était rythmée par les consommations ou non d'alcool (il s'imposait parfois des périodes sans alcool, je dis qu'il s'imposait car il les vivait très mal). J'évitais les invitations et les sorties et nous isolais, j'avais peur de ses réactions.

Avec l'alcoolisation de mon époux, s'est installée une dégradation progressive de notre communication.

Pendant cette période, je me sentais coupable :

- Coupable pour mes enfants car je ne pouvais pas leur offrir la famille sereine et heureuse que je m'étais engagée à leur donner.
- Coupable pour mon époux car je constatais mon impuissance à l'aider. Je le sentais malheureux.

Peu importe l'attitude que j'adoptais : gentille, attentive, menaçante, chantage, rien ne marchait. J'étais devenue quelqu'un d'autre, cette co-dépendance me transformait. J'étais inquiète, triste, soupçonneuse, navigant entre le rôle de victime et de persécutrice.

C'était l'échec pour moi sur toute la ligne. Je me sentais diminuée physiquement et moralement.

J'avais honte d'en parler par peur d'être jugée et incomprise.

Je m'étais fabriqué un refuge : celui de l'écriture où je pouvais exprimer ma souffrance, mes frustrations, mes hontes, mes humiliations et ma colère.

Mon époux avait conscience de sa dépendance et, en 1986, le jour où il est entré à l'association Alcool Assistance la Croix d'Or (grâce à une rencontre), il a décidé de changer son mode de consommation. Comme le dit Fouquet, il a compris alors « qu'il avait perdu la liberté de s'abstenir de boire ».

Du jour où il est devenu abstinent, il a fallu à nouveau s'adapter et composer avec ce nouvel homme. Au fur à mesure qu'il s'engageait dans l'association, j'avais l'impression que nous n'allions plus à la même vitesse, me laissant loin derrière, ce qui ne me plaisait pas du tout.

Avec lui j'ai fréquenté l'association et j'ai compris une partie des raisons de son changement et aussi qu'il fallait que j'évolue pour rééquilibrer les forces dans notre couple.

J'ai choisi alors de reprendre des études qui m'ont permis de me redonner une meilleure estime de moi. Celles-ci avaient une orientation bien précise puisque la thématique de mon mémoire de maîtrise a été une question que je me suis posée par rapport à l'association. J'y ai observé les personnes à différents niveaux : en entrant, en militant et en prenant des responsabilités. J'ai recherché les moments de formation et le type de formation. J'ai vu que les échanges qui s'y passaient les amenaient à se découvrir, à découvrir d'autres fonctionnements, à choisir une autre organisation de leur vie pour que celle-ci ait du sens. J'ai constaté qu'à chaque fois c'était une innovation.

Ce travail a été un excellent espace de réflexion personnelle et un excellent moyen pour retrouver une communication au sein de notre couple.

Cela a été ma solution pour commencer à aller mieux.

## **2- Le groupe Entourage**

J'ai le regret de n'avoir pas pu bénéficier d'un groupe Entourage à ce moment là car j'aurais su :

- Que je n'étais pas coupable et je ne me serais pas torturée en me demandant ce que j'ai mal fait ou ce que je n'ai pas fait,
- J'aurais eu une connaissance de la dépendance, de la maladie, du processus de changement, j'aurais mieux compris ce qui se passait et que tout ce que je tentais était vain... que la décision devait venir de lui, pour lui et quand il serait prêt,
- J'aurais pu verbaliser ma souffrance sans honte, me libérer, sortir de ma forteresse qui était en même temps une prison,
- J'aurais pu penser à moi au lieu de vivre dans l'obsession de l'autre, ne pas focaliser sur sa consommation, rester dans une relation d'égalité et ne pas me sentir diminuée par rapport à lui,
- J'aurais modifié mon mode de communication en m'appuyant sur mon ressenti et non pas être en accusation de l'autre,
- Je n'aurais pas perdu l'estime de moi,
- J'aurais pris de la distance et aurait été encouragée dans cette prise de distance,
- J'aurais eu du soutien car je me sentais très seule,
- J'aurais osé et appris à mettre des limites possibles,
- Je n'aurais pas laissé les enfants prendre un rôle qui n'était pas le leur,
- J'aurais appris à dire les faits au lieu de camoufler les manques ou les bévues de mon mari,
- J'aurais osé et appris à aller chercher de l'aide à l'extérieur vers les professionnels ou l'associatif.

Aujourd'hui on prend davantage en compte les problèmes familiaux causés par la maladie alcoolique.

La consommation excessive d'alcool n'a pas seulement des répercussions sur le consommateur, mais elle entraîne des difficultés au sein de la famille. Le conjoint non dépendant doit assurer et maintenir un équilibre.

Elle modifie les rôles joués par les membres de la famille. Devant l'abandon du rôle de parent du dépendant, c'est l'autre qui doit assurer le manque et les enfants endossent des rôles qui ne leur étaient pas destinés.

Un climat d'incertitude et d'angoisse s'installe.

La vie sociale est souvent réduite à cause des manques du dépendant ou du renoncement des autres membres de sa famille.

Celle-ci s'enferme dans un silence essayant de dissimuler tant bien que mal le problème.

L'alcool empiète sur le budget familial (vacances, loisirs...).

La communication est perturbée.

L'alcool est souvent à l'origine des problèmes conjugaux et de la violence sur le conjoint et les enfants.

On comprend l'importance de la prise en charge de la famille.

C'est L'association Alcooliques Anonymes (A.A.) qui la première en 1962 a pris en compte l'entourage du malade en créant les groupes Al-Anon.

Au sein de notre association, en 1974, Claude Sabatier commence à réunir des groupes entourages.

En 1988 Jacques Randu encourage et favorise le développement de ces groupes.

En 2001, c'est en Vendée, à Saint Jean de Monts que le premier congrès national Entourage a été organisé.

En Ille et Vilaine, quand j'ai commencé à fréquenter l'association, les réunions ne différencient pas le malade et son entourage.

Mais déjà au sein de l'association, on constatait un besoin de donner un espace d'expression à l'entourage (conjoint, enfants). Celui-ci avait la possibilité de s'exprimer par des témoignages lors des réunions publiques.

Je n'oublierai pas ma première réunion où ce jour-là j'ai entendu une conjointe oser exprimer devant toute l'assemblée tout ce qu'elle avait vécu et ressenti ; J'avais l'impression qu'elle racontait ma vie. Quand elle a abordé la période de l'abstinence de son époux et son mode de vie actuelle j'ai compris que c'était possible pour nous et que l'abstinence était un choix de vie.

En Ille et vilaine, à Rennes, le premier groupe Entourage a fonctionné en 1993 et depuis 2 ans, il en existe un deuxième à Fougères.

### **3- Groupe Entourage national**

Depuis quatre années je fais partie du groupe national Entourage.

Dans ce groupe de réflexion, nous faisons le lien entre les groupes départementaux Entourage et notre rôle est de :

- collecter les différentes expériences de ces groupes dans tous les départements, de noter toutes les initiatives heureuses ou malheureuses, de travailler sur ces expériences et de retourner notre réflexion dans ces groupes.
- partager nos richesses, lectures, conférences, congrès (comme celui-ci)...

Nous réfléchissons par exemple sur l'apport d'un intervenant extérieur.

C'est le groupe Entourage qui décide de la personne, du sujet qu'il va aborder qui correspond à une demande précise et de la durée de l'intervention.

Un groupe Entourage qui expérimente depuis un certain temps l'intervention d'un psychologue nous fait part de la manière dont il conduit son action et les intérêts qu'il y trouve et qui sont :

- Il change l'atmosphère,
- Il limite les dérives de la parole,
- Il limite les bons conseils,
- Il permet d'aller plus loin dans la connaissance de soi
- Il connaît des techniques plus précises,
- Il sait communiquer en utilisant la bonne distance,
- Il est objectif car chez lui il n'y a pas de phénomène de résonance,
- Il est un bon régulateur,
- Il est une aide rassurante et enrichissante.

Ce qui permet à un autre groupe qui a quelques difficultés avec son intervenant d'exposer son problème et de repartir avec des pistes possibles pour modifier son action.

L'un de nos autres rôles est de préparer des manifestations organisées au sein de l'association ou en dehors, par exemple, pour le congrès de Douai en mai 2004, nous devons préparer les interventions Entourage et les tables rondes concernant ce sujet puis en rapporter les conclusions.

Nous devons aussi énoncer les objectifs du groupe Entourage.

La réflexion nationale nous a amenés à sélectionner ceux-ci :

1. Rompre le silence et la solitude,
2. Reconstruire son mode de vie pour être heureux (ne pas hésiter à aller chercher de l'aide à l'extérieur),
3. Être écouté, écouter, communiquer,
4. Sortir les enfants du silence, là aussi aller chercher de l'aide à l'extérieur,
5. Informer :
  - sur la dépendance,
  - sur le vécu « hors alcool » (formation...),
6. Garantir la confidentialité,
7. S'inscrire dans un projet commun au groupe (ex préparation de fête ou de sortie, invitations...).

Pour aider les animateurs de groupes Entourage, il y a quatre ans, nous avons, au national, réalisé un livret qui sert de base à la réflexion.

Chacun des membres du groupe national d'alors a réfléchi sur un sujet et chaque exposé y a figuré.

Celui-ci peut être une base d'échange entre les membres de l'équipe nationale et les futurs animateurs.

Nous constatons avec l'expérience qu'il y a des manques au niveau de la prévention, de la relation d'aide et des maladresses. Il sera sans doute modifié et complété.

Le groupe national participe à des manifestations au niveau départemental et régional. Il joue son rôle de lien actif.

Nous nous retrouvons deux week-end par an qui peuvent être de formation ou de réflexion.

## **4- Ce que nous faisons au département**

Au sein de l'association, il y a deux groupes de parole qui fonctionnent : un à Rennes (depuis douze ans) et l'autre à Fougères (depuis deux ans).

Ce que nous avons fait de particulier :

- Cela fait la deuxième fois que nous organisons une journée Entourage où nous invitons tous les départements du grand Ouest, le national et d'autres personnes extérieures ayant un lien avec l'accompagnement et la relation d'aide.
  - § Les groupes entourage se retrouvent. Ils réfléchissent sur leurs différents modes d'action et s'enrichissent des expériences des autres.
  - § Les échanges avec les personnes extérieures à l'association sont très intéressants. Ils permettent de prendre du recul par rapport à son propre fonctionnement, de l'enrichir et de relancer la dynamique du groupe.

- Un autre axe que nous voulons travailler est de favoriser les échanges entre les groupes Entourage et Malades.

Le groupe Entourage ne doit pas s'isoler.

Pour favoriser ces échanges l'an passé nous avons organisé des journées spéciales jeux de rôle.

Ce jeu de rôle était un moyen de réfléchir sur son parcours de vie et sur la découverte de soi. De plus il permettait de :

- § prendre conscience des attitudes liées au rôle, (malade ou entourage),
- § développer la créativité,
- § dépasser une certaine réserve,
- § rentrer dans un travail de groupe,
- § provoquer un questionnement sur soi ou sur l'autre,
- § se libérer.

Ce travail a été fait en partenariat avec l'Université Rennes 2.

Nous aimons travailler avec des partenaires extérieurs à l'association.

Nous en avons bien compris la nécessité, c'est pourquoi nous sommes heureux d'être là aujourd'hui.

## **5 - L'importance du réseau**

Nous avons constaté que le fait de fréquenter un groupe de parole Entourage permettait au conjoint d'avoir de meilleurs atouts pour être mieux, pour vivre l'alcoolisation ou pour accompagner le conjoint alcoolodépendant dans les différentes étapes de son abstinence.

Mais le groupe de parole a ses limites et ne peut répondre à tout. Les structures extérieures spécialisées sont là. Nous avons peut-être besoin de solliciter les personnes pour qu'elles n'hésitent pas à les fréquenter si cela est nécessaire (certains ont besoin de soins spécifiques).

Dans nos groupes Entourage, peu de groupes portent une attention particulière aux enfants. Aussi nous nous tournons vers des structures comme les vôtres.

Pour travailler en réseau il est bon de connaître la spécificité de chacun des partenaires du réseau et de respecter son espace.

Pour être des relais plus crédibles par rapport aux structures extérieures, nous avons besoin de formation.

## 6- La formation

Cette année, au sein de l'association, nous allons bénéficier d'une formation de quatre jours faite par un organisme extérieur réservée à l'entourage.

Cette formation va nous faire évoluer dans nos savoirs, savoir être et savoir faire.

- Dans nos savoirs sur la maladie,
- sur les techniques de communication,
- sur les animations de groupe.

Elle va nous permettre :

- D'améliorer et d'approfondir nos techniques d'intervention ;
- De poser notre expérience, d'y réfléchir et de l'enrichir. Du fait de cet enrichissement d'être plus performant dans notre relation d'accompagnement et des référents plus compétents pour les familles.
  
- Elle va nous apprendre à mieux faire face à des situations plus délicates.
- Elle va nous faire évoluer personnellement en aidant à une meilleure connaissance de nous-mêmes.
- Elle va nous apporter de l'énergie nouvelle pour entraîner des changements.

Le congrès d'aujourd'hui est un espace de formation pour toutes les richesses des échanges et toutes les rencontres et ouvertures qu'il va nous apporter.

**Une ambition nationale, un des axes stratégiques de l'A.N.P.A.A. :  
Le continuum Prévention/Soins**

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
14 h 00

Michel Craplet, Psychiatre, alcoologue, Hôpital de Saint-Cloud, unité d'alcoologie, médecin conseil de l'A.N.P.A.A.

Alain Rigaud, Psychiatre des hôpitaux, médecin chef de service, responsable de l'intersecteur d'alcoologie de Reims (51),  
Président de l'A.N.P.A.A.

Résumé :

Le continuum prévention/soins, inscrit dans le concept de prévention globale, est issu de la longue histoire de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (A.N.P.A.A.).

Fondée en 1872 comme une ligue anti-alcoolique à l'anglo-saxonne pour effectuer un travail de lobby, notre association, devenue Comité National de Défense Contre l'Alcoolisme (CNDCA), s'est intéressée aux soins à partir des années 1950. Elle a créé ou soutenu les premières consultations spécialisées pour 'buveurs excessifs', le premier centre de post-cure et aussi les soins hospitaliers pour malades dépendants avec le legs Soisy. Dans les années 1970, le CNDCA se lança dans 'l'aventure' des Centres d'Hygiène Alimentaire. Parallèlement l'association travailla à une approche plus scientifique de la prévention, comme en témoigna son changement d'appellation en Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA). Notons que dès les années 70, elle avait souhaité s'inscrire dans le champ des toxicomanies. L'A.N.P.A.A. put ainsi devenir sans difficulté l'A.N.P.A.A. lorsque les pouvoirs publics acceptèrent cette évolution.

Le congrès de 1983 Alcoolisation, phénomène sans frontière a développé plusieurs aspects de ce continuum autour du mot clé alcoolisation. Depuis longtemps, les actions de sécurité routière et les interventions en entreprise avaient montré l'importance de ce continuum.

Aujourd'hui, la rationalisation, la planification et les demandes d'évaluation générées par les contraintes budgétaires tendent à cloisonner le travail effectué sur le terrain. Notre association doit continuer à lutter pour qu'une aide globale et humaine soit offerte aux personnes en difficulté ; cette aide repose sur notre trépied soin - prévention - accompagnement social.

Du soin à la prévention, le continuum favorise bien sûr la prévention des rechutes ; il doit se jouer dans une perspective transgénérationnelle, il s'élargit à la prévention des troubles psychologiques secondaires aux problèmes d'alcool d'un parent.

De la prévention au soin, le continuum permet d'offrir une aide personnalisée aux personnes des publics touchés par les actions de prévention.

Au cours de l'année 2005, l'A.N.P.A.A. devra s'attacher à faire vivre la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour promouvoir les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont le "P" de prévention est encore en suspens, comme si les responsables de la santé publique avaient toujours du mal à comprendre la nécessité de ce continuum, pourtant bien inscrit dans la dénomination de ces centres.

## Au delà des dépendances chimiques, les quêtes existentielles de l'autonomie

Séance plénière  
Vendredi 8 avril  
14 h 30

Frédéric La Belle, Thérapeute familial, conjugal et de groupe, Formateur senior en thérapie familiale, Montréal

### Résumé :

Alcool et famille ... Famille et alcool...

Voici deux mots que nous ne voyons pas souvent ensemble. En même temps, l'expérience nous apprend que la plupart de celles et ceux qui développent des problèmes avec l'alcool (l'abus) commencent très jeunes à l'adolescence et même avant dans leur famille. Et cette pratique si attirante devient rapidement un acquis et une habitude quasi inconscients qui accompagnent l'évolution sociale vers l'autonomie du jeune adulte. Si on prétend qu'il n'y a pas de jeunes alcooliques, c'est parce que cette pratique est perçue comme tellement 'ordinaire' ou 'normale' qu'on s'en aperçoit seulement quand un événement dramatique se produit (accident de voiture, retrait de permis, intoxication nécessitant une intervention médicale d'urgence ou pire encore perte de vie).

Alors comment pouvons-nous mettre en place des moyens de prévention, de détection des symptômes précurseurs, d'intervention et de transformation de ces dangers réels et en même temps si difficiles à aborder sans blâmer, accuser ou 'pathologiser' les personnes jeunes ou moins jeunes prisonnières de ce comportement destructeur et potentiellement mortel ?

Le symptôme devient problème quand l'activité de boire (acte socio-culturel à la fois familial et familial) devient une raison d'être en soi, quand toute autre expérience devient ruse, excuse ou prétexte pour consommer de l'alcool en excès. Ce qui commence par une activité agréable et sociale finit par détruire l'ambiance et même les bons liens et le plaisir de se retrouver ensemble, que ce soit un réveillon, une 'party' de bureau, une soirée entre amis ou une fête quelconque.

L'alcool est une substance sensée rendre de tels événements agréables par son rôle de lubrifiant social, relaxant, etc. Quand elle est consommée en excès, elle sert à déséquilibrer et mettre en danger la qualité même de l'occasion. Poussée à l'extrême, cette pratique détruira l'atmosphère qu'elle devait favoriser.

Où est la notion de l'existentiel dans ces propos ? Dans le fait que consommer comme abuser est un choix. Et ce choix est au fond inhérent et intégralement relié à l'autonomie.

## Un modèle québécois pour les enfants devenus adultes : Guérir d'un parent alcoolique, voyage vers soi

Atelier 1  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Paulette Chayer-Gélineau, psychothérapeute en clinique privée et en institution,  
conceptrice et coordinatrice d'un programme de traitement pour alcooliques, Québec,  
Fabienne Moreau, psychothérapeute en clinique privée et en institution pour alcooliques/toxicomanes, Québec

### Diapositive 2

### Vision thérapeutique

- Croyances :
  - ⇒ la personne peut changer;
  - ⇒ elle a des aspects sains en elle malgré la souffrance;
  - ⇒ l'enfant adulte de parents alcooliques a un héritage positif.

« La personne n'est pas que souffrance. »

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau Avril 2005

## Croyances

La personne peut changer. Elle a des valeurs, des forces personnelles, des parties saines en elle, sur lesquelles elle peut s'appuyer, et cela, malgré la souffrance.

Un des pièges majeurs en psychothérapie est de réduire la personne à l'expérience troublante de croire qu'elle n'est que souffrance.

### Diapositive 3

- **Orientations thérapeutiques :**
  - ⇒ humaniste : reconnaître la personne dans sa globalité;
  - ⇒ psychoéducative : donner de l'information, faire réfléchir, favoriser la compréhension et la prise de décision;
  - ⇒ systémique: faire des liens avec l'ensemble du système et son impact.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau  
Avril 2005

#### Approche humaniste

Tout en reconnaissant l'expérience troublante, on tient compte des différents aspects de la personne, tant l'aspect émotif que cognitif, physique que spirituel. Par exemple, on se préoccupe de :

- mettre en lumière les valeurs qui mènent cette personne,
- reconnaître ses ressources, ses forces personnelles, son potentiel, son héritage positif,
- libérer le trop plein d'émotion.

#### Approche psychoéducative

L'orientation psychoéducative occupe également une place importante. L'information donne du pouvoir sur la voie de la guérison. Il y a donc place dans l'intervention thérapeutique pour :

- l'information,
- la réflexion,
- la compréhension,
- l'expression,
- la décision,
- la confirmation du jugement.

#### Approche systémique

L'orientation systémique est aussi essentielle. La personne vit dans un milieu spécifique, entre autre, le milieu familial alcoolique. Il est donc nécessaire d'y faire référence, de tenir compte des impacts positifs et destructeurs de celui-ci, de faire des liens avec la souffrance passée et présente.

### Diapositive 4

**Thérapie et traitement**

La fatalité  
fait place à  
**l'espérance**



Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau  
Avril 2005

La psychothérapie auprès des enfants adultes de parents alcooliques a pour conséquence de 'casser le moule', c'est-à-dire, de permettre à ceux-ci d'arrêter de porter l'alcoolique et l'alcoolisme. Par le fait même, la personne arrête de porter la culpabilité, la honte, la responsabilisation reliée à l'alcoolisme du parent et à la dynamique familiale et, conséquemment, cesse de perpétuer la souffrance pour elle-même et ses proches. Ces effets bénéfiques sont importants à tout âge, enfant ou adulte. La fatalité fait place à l'espérance.

## Diapositive 5

**Travailler avec le système  
alcoolique, c'est **cesser** de travailler  
dans l'**impuissance****

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau      Avril 2005

Le travail orienté vers les membres de la famille entourant le parent alcoolique ou le travail avec le système alcoolique signifie agir sur les éléments plus fonctionnels de ce milieu, intervenir là où il y a davantage de prise et de pouvoir.

Dans l'optique du traitement de l'alcoolisme et de son impact, nous sommes convaincues de l'importance, voire la nécessité, d'agir sur le système familial plutôt que d'orienter le traitement uniquement vers l'alcoolique parce que :

- les proches de l'alcoolique sont dans le besoin,
- le traitement dans une vision et une action systémique est plus efficace pour contrer l'alcoolisme lui-même.

En ce sens, traiter et guérir un enfant adulte de parent alcoolique ou un enfant de parent alcoolique ou une conjointe d'alcoolique a un impact social inestimable et très valable.

## Diapositive 6

**L'enfant adulte de parents alcooliques  
est **victime** de l'alcoolisme du parent  
**et** de la dynamique de la famille  
alcoolique.**

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau      Avril 2005

L'enfant adulte de parent alcoolique n'est pas uniquement victime de l'alcoolisme du parent mais également victime de la dynamique familiale alcoolique. C'est pourquoi lorsque l'on parle de l'alcoolisme, on parle en même temps de la famille alcoolique. Il nous faut donc avoir une vision macroscopique, c'est à dire, de l'ensemble du système dont elle fait partie.

Cet enfant devenu adulte a subi et continue de subir différents impacts liés à ses différentes relations, soit avec :

- le parent alcoolique,
- le parent non-alcoolique,
- les membres de la famille,
- la dynamique familiale,
- la société,
- lui-même à travers sa souffrance et son potentiel, ...

## Diapositive 7

### Souffrances spécifiques

- L'impuissance et la terreur face à la vie
- La culpabilité
- L'insatisfaction relationnelle

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau Avril 2005

## Diapositive 8

### L'impuissance et la terreur face à la vie

- Leurs sources :
  - ⇒ l'envahissement par l'alcoolisme du milieu familial;
  - ⇒ l'atmosphère d'instabilité et d'imprévisibilité;

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélineau Avril 2005

### L'envahissement par l'alcoolisme du milieu familial

Le problème d'alcoolisme prend beaucoup de place extérieurement : la vie quotidienne est chambardée de toutes sortes de façons.

Le problème d'alcoolisme prend beaucoup de place intérieurement : l'inquiétude face au boire et ses conséquences est omniprésente.

Fonctionner dans cet envahissement extérieur et intérieur a mené l'enfant adulte de parents alcooliques à développer beaucoup d'habilités de survie, d'habilités à lutter contre l'adversité, contre cette vie familiale instable et quelquefois très chaotique. Il acquiert une grande puissance de survie, mais, en contrepartie, une impuissance à vivre. La survie lui est très connue, la vie devient l'inconnu.

### L'atmosphère d'instabilité et d'imprévisibilité

La vie familiale de ce milieu baignant trop souvent dans la menace, la vie y prend un goût de danger car y est vécue comme incontrôlable, dramatique et imprévisible.

Si la vie apparaît ainsi, elle terrorisera et créera un état intérieur d'alerte, de tension et d'anxiété profonde.

## Diapositive 9

### L'impuissance et la terreur face à la vie

- L'orientation thérapeutique  
⇒ La sécurité

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

La direction thérapeutique vise l'atteinte d'une meilleure sécurité intérieure, c'est-à-dire :

- répondre à leur besoin de sécurité insuffisamment nourri,
- calmer leur grande insécurité face à la vie et leur impression d'être constamment en danger.

### Interventions

- Informations et explications sur l'impact d'avoir grandi dans un milieu alcoolique et liens avec leur sentiment de terreur,
- Différenciation entre le présent et le passé,
- Confirmation dans leur jugement, appui et conseils, légitimation de leur vécu, valorisation et orientation dans leurs décisions,
- Normalisation de leur sentiment d'insécurité, d'impuissance et de peur, apprivoisement de l'émotion peur,
- Acquisition d'outils pour gérer leurs peurs,
- Libération et consolation de la souffrance liée à l'ampleur de l'insécurité vécue et aux manques qui y sont rattachés,
- Identification de l'héritage positif.

## Diapositive 10

### La culpabilité

- Ses sources :
  - ⇒ la responsabilisation imposée à l'enfant;
  - ⇒ l'accusation répétée à l'enfant, par ses parents, d'être responsable du boire excessif;
  - ⇒ l'appropriation par l'enfant des limites du parent alcoolique et de la dynamique familiale alcoolique;
  - ⇒ la confusion entre la culpabilité et la honte.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

### Responsabilisation imposée à l'enfant

Dans le milieu alcoolique l'enfant, dès son jeune âge, devient le parent du parent, souvent même son confident. Il devient responsable comme un adulte sauf qu'il n'a pas le raisonnement d'un grand. Il n'arrive pas à faire en sorte que son parent cesse de boire. Il est incapable de trouver des solutions efficaces pour que cessent entre autres les déceptions, les gestes violents, les peines, les peurs.

Devant cette incapacité l'enfant se sent coupable, comme s'il était la cause de la situation qui perdure.

### Accusation répétée

Les parents accusent l'enfant d'être responsable du boire excessif du parent : souvent on lui crie d'arrêter de bouger, d'arrêter de parler, d'arrêter de rire, d'arrêter de poser des questions, d'arrêter de déranger, en d'autres mots, d'arrêter d'être un enfant parce que cela énerve et incite le parent à boire.

À cause de ces blâmes, chacun des membres de la famille se sent coupable.

### Appropriation des limites

L'enfant, dès son jeune âge, s'attribue, fait sien le comportement dysfonctionnel du parent et de sa famille. L'enfant se voit et se ressent comme inadéquat, pas comme les autres enfants. Il s'isole, se tait, évite d'inviter les amis à la maison ; il se sent coupable.

Ce sentiment de culpabilité se perpétue à l'âge adulte. C'est pourquoi, souvent, on l'entend dire qu'il a l'impression d'avoir une grosse tache noire imprimée sur le front et qu'il le mérite.

### Confusion entre la honte et la culpabilité

L'enfant, dès son jeune âge, perçoit le malaise dans le regard que pose l'autre sur son parent alcoolique lorsque celui-ci titube, ou gueule, ou tombe, ou bafouille ... Il est important de se rappeler que lorsqu'un enfant a honte du parent, qu'en même temps il a honte de lui-même ; il se sent coupable.

## Diapositive 11

### La culpabilité

- L'orientation thérapeutique

⇒ Le détachement

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

L'orientation thérapeutique vise l'atteinte du détachement, c'est-à-dire :

- se distancier et se différencier du parent alcoolique et de la famille alcoolique,
- se déculpabiliser,
- s'approprier sa propre identité.

### Interventions

- Donner de l'information sur l'alcoolisme et la dynamique familiale et ses impacts en lien avec la culpabilité,
- Faire la différence entre moi et le parent alcoolique, entre moi et la famille,
- Analyser les accusations concernant le boire excessif et les ajuster,
- Faire la différence entre responsabilisation et responsabilité,
- Faire la différence entre honte et culpabilité,
- Identifier ses forces et ses parties saines,
- Identifier et reconnaître ses valeurs blessées,
- Identifier, reconnaître et légitimer ses propres besoins,
- Identifier, reconnaître et vider le trop plein des émotions liées à la culpabilité telles que la colère, la peur, la tristesse.

## Diapositive 12

### L'insatisfaction relationnelle

- Ses sources :

⇒ Choix et suractivité

⇒ Contrôle de l'environnement et de soi

.

}

La lutte avec la vie

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau Avril 2005

### Choix et suractivité

L'enfant adulte de parents alcooliques, dans sa relation avec la vie, dans son rapport avec l'autre et dans le lien avec lui-même, aboutit le plus souvent dans l'insatisfaction à travers :

- de mauvais choix où il perpétue l'expérience d'impuissance,
- de bons choix où il perpétue une lutte avec la vie, même si cette lutte n'est pas nécessaire,
- de la sur-activité où il perpétue l'envahissement, l'étouffement.

Dans toutes les façons de vivre, de s'impliquer ou de diriger leur vie, celle-ci demeure ardue, difficile et trop intense : les adultes de parents alcooliques y vivent d'avantage de l'exigence et de la lourdeur que de la satisfaction.

### Contrôle de l'environnement et de soi.

- La tendance au contrôle de leur environnement,

Les enfants adultes de parents alcooliques tentent habituellement de tout prévoir et tout anticiper dans une recherche de sécurité à toute épreuve, comme si ils devaient encore 'éviter le pire'. Ils sont dans un genre 'd'état de veille où ils essaient de tout planifier. Leur vie est souvent prise dans un carcan d'habitudes ou de responsabilités qui les étouffent.

- La tendance au contrôle d'eux-mêmes

Les enfants adultes de parents alcooliques contrôlent leurs émotions, leurs limites, leurs impressions, leurs besoins. Ceux-ci sont refoulés, peu écoutés, difficilement accueillis et ressentis.

Dans la relation avec eux-mêmes, les enfants adultes de parents alcooliques vont très souvent éprouver de la difficulté à s'habiter et à se contacter intérieurement. Ils auront également tendance à peu accepter le mérite : leur regard est sévère, voire dévalorisant.

À travers le contrôle de lui-même et de son environnement, l'enfant adulte de parents alcooliques étouffe la vie 'en dedans' et se nourrit peu de la vie 'du dehors'. L'insatisfaction se perpétue !

## Diapositive 13

### L'insatisfaction relationnelle

- L'orientation thérapeutique  
⇒ Le lâcher prise

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

La direction thérapeutique vise l'atteinte d'un lâcher prise, c'est-à-dire :

- apprendre à délaissier leur tendance à se contrôler et à contrôler leur environnement,
- apprendre, à répondre à leur besoin de vie plutôt que de perpétuer la survie.

## Interventions

- Informations et explications sur l'impact d'avoir grandi dans un milieu alcoolique et liens avec leur insatisfaction relationnelle,
- Prise de conscience de leur tendance au contrôle et de leurs façons de contrôler, passées et actuelles,
- Identification et apprentissage des moyens de se sécuriser autrement que dans le contrôle,
- Apprivoisement du contact avec leur corps, leur sensibilité, leurs besoins,
- Apprivoisement à la douceur, à la tendresse,
- Apprentissage à parler d'eux, à « focaliser » sur eux plutôt que sur l'extérieur,
- Travail sur l'ouverture à la vie versus la survie :
  - § sensibilisation aux différences entre vie et intensité, vie et excessivité,
  - § travail sur leurs fausses croyances face à la vie,
  - § identification d'alternatives, de choix les menant ailleurs que dans l'impuissance ou la toute puissance,
- Identification de l'héritage positif.

## Diapositive 14

### Conclusion

#### Guérir d'un parent alcoolique suppose :

- une connaissance et une compréhension
  - ⇒ de la problématique de l'alcoolisme
  - ⇒ de la dynamique de l'alcoolique
  - ⇒ de la dynamique de la co-dépendance
  - ⇒ de la dynamique familiale alcoolique.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

Comme conclusion concernant le traitement et l'orientation psychothérapeutique auprès des enfants adultes de parents alcooliques, il nous apparaît essentiel que l'intervenant/l'intervenante, peu importe le milieu et le type d'intervention choisi, acquiert et possède une connaissance et une compréhension de la problématique de l'alcoolisme et qu'il les transmette à l'enfant adulte de parents alcooliques.

## Diapositive 15

### Conclusion

#### L'enfant adulte de parents alcooliques a droit:

- à la vérité
- à l'information
- à l'héritage positif.

Fabienne Moreau et Paulette Chayer Gélinau

Avril 2005

Il est important de se rappeler que l'enfant adulte de parents alcooliques :

- a droit à la vérité,
- a droit de savoir et comprendre,
- a droit à l'héritage positif,

parce que comprendre, connaître, avoir accès à ses forces mènent à l'apaisement, à l'accueil, au respect et à la reconnaissance.

Parce que connaître, comprendre et avoir accès à ses forces donnent du pouvoir sur la réalité passée, sur la réalité présente.

### Renvoi à

Guérir d'un parent Alcoolique/Chayer-Gélinau P., Moreau F. Novalis, 1999, 144 pages

## Les cycles de la vie : évènements et traumatismes, comment soutenir la reprise existentielle (1)

Atelier 4  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Erwin De Bisscop, Psychothérapeute, responsable du traitement des alcooliques,  
Hôpital Saint-Jean, Bruges, Belgique

Pour les théoriciens constructivistes comme Bradford Keeney ou Steve de Shazer, le système thérapeutique qui se constitue dès que quelqu'un se fait soigner par nous est d'une nature différente des systèmes naturels (comme les familles).

Alors que les systèmes naturels ont parmi leurs caractéristiques principales celle de fournir la stabilité nécessaire au bon fonctionnement des individus qui les composent (tendances homéostatiques), le système thérapeutique est essentiellement porté sur le changement, sans lequel il n'y aurait pas d'effet thérapeutique.

Les patients qui entrent dans le système thérapeutique continuent en même temps de faire partie de leurs systèmes naturels ; rien d'étonnant donc à ce que, en même temps qu'ils attendent de nous que nous les aidions à changer, ils résistent aussi à ce changement, ils tendent à perpétuer leurs habitudes (les mauvaises autant que les bonnes), contribuant ainsi à la stabilité de leur intégration dans leur environnement.

Les résistances sont donc pour nous des informations très importantes que les patients apportent dans le système thérapeutique, dont il convient de tenir compte, qu'il nous semble être souvent dangereux de vouloir vaincre, mais qu'il faut plutôt intégrer dans la stratégie thérapeutique.

Si les patients résistent à nos efforts thérapeutiques, nous partons du principe qu'ils ont de bonnes raisons pour le faire : si ces raisons ne sont peut-être pas bonnes du point de vue du progrès thérapeutique, elles prennent leur sens dans les particularités de fonctionnement de leur système naturel.

Nous pensons d'autre part que généralement, les changements importants dans la vie des gens s'opèrent d'une façon discontinue et limitée dans le temps.

A chacun de ces épisodes de changement succède une phase de stabilisation pendant laquelle le nouvel état de choses est intégré dans les mécanismes de l'individu et de ses systèmes.

La souplesse, définie comme la capacité d'absorber des changements suffisamment importants à une allure suffisamment grande, est variable suivant les individus et les systèmes ; elle est généralement diminuée chez nos patients.

Il s'ensuit que les changements d'ordre thérapeutique auront plus de chances d'être intégrés et donc d'être durables si le thérapeute veille d'une part à ce que les phases thérapeutiques soient suffisamment courtes, et qu'il essaye d'autre part de préserver un maximum de stabilité dans le fonctionnement du patient et de son entourage.

### **Sémantique de l'alcoolisme**

Comme l'a montré Alfred Korzybski, dans l'acte même de percevoir la réalité, nous lui imprégnons un sens (Korzybski appelle réaction sémantique le premier acte élémentaire de perception, où la compréhension logique, l'appréhension opérationnelle, les réactions affectives et même somatiques ainsi qu'une première symbolisation dans la parole sont encore indissolublement liés) ; c'est par cette structuration sémantique que nous établissons la carte qui nous permettra de nous orienter dans la réalité. Le monde en lui-même est vide de signification, mais nous le percevons rempli de significations parce qu'en tant qu'êtres humains, nous ne saurions pas nous orienter dans une réalité vide de sens.

En plus, à un niveau d'abstraction légèrement plus élevé, nous relierons les faits observables par des liens hypothétiques comme par exemple les liens de cause à effet, qui nous permettent de situer les faits dans un contexte et de préciser encore le sens que nous leur donnons.

Ainsi, l'action de boire du vin acquiert des sens différents (dégustation, repas entre amis, célébration de la messe, beuverie) suivant le contexte dans lequel elle se situe. En partie, ce contexte est donné ; en partie aussi, nous le construisons par des interprétations, des connotations.

Dans le cadre de l'alcoolisme, les connotations les plus communes sont moralisatrices et comportent un jugement négatif.

Pour nos alcooliques, et en particulier pour ceux du type gamma et delta selon Jellinek l'alcool est souvent vu comme la source la plus importante, voire même unique de leurs malheurs, et eux-mêmes comme l'unique source des malheurs qui surviennent dans leur famille.

On les considère comme coupables du fait de leur alcoolisme, on les accuse de faiblesse de caractère, de manque de volonté ; ils boivent pour noyer leur culpabilité et se rendent coupables en buvant ; ils font d'ailleurs tout ce qu'il faut pour entretenir ces accusations ; ils sont agressifs envers leur entourage, ils négligent leur devoir, ils gaspillent leur fortune, se font virer de leur travail, provoquent des accidents, etc.

Alternativement, ils se présentent comme victimes : la femme qui boit se considère volontiers comme victime de son mari qui s'intéresse plus à son travail qu'à elle, ou ils sont victimes d'injustices qui leur ont été faites ou de malheurs qui leur sont arrivés dans le passé ou encore victimes de la société ou tout simplement victimes de la maladie qu'est l'alcoolisme et de l'impossibilité dans laquelle elle les met de résister à l'appel de la bouteille. On est loin d'avoir épuisé les hypothèses négatives sur le sens de leur alcoolisme et qui sont parfaitement justifiées ; et on se découragerait à moins.

On peut aussi construire d'autres hypothèses, et estimer dans tel cas que la toxicomanie pointe vers une problématique sous-jacente propre à l'individu ou à son entourage, que l'alcoolisme sert à quelque chose dans ces relations : une fonction de protection des difficultés ou des incapacités de quelqu'un d'autre dans le système (on constatera par exemple qu'une fois que l'alcoolique a cessé de boire, les difficultés financières du ménage ne sont pas résolues pour autant, parce que sa femme ne sait pas mieux gérer le budget familial quand elle dispose de tout l'argent qui rentre que quand il le gaspillait) ; ou il permet d'occulter des difficultés sur le plan des échanges affectifs (par exemple difficulté à parler sérieusement, à échanger la tendresse, à mener une vie sexuelle satisfaisante pour les deux partenaires) ; l'alcoolisme du fils célibataire a comme conséquence qu'il ne quitte pas sa famille d'origine et qu'il garde des relations étroites avec sa mère (homéostasie) ;

Les émotions éclatent avec intensité dans le triangle dramatique victime – bourreau – sauveur qu'ont décrit les analystes transactionnels, et les acteurs de ce mélodrame ou de cette tragédie n'arrivent pas toujours à recréer cette même intensité quand le buveur ne boit plus ; l'alcoolisme renvoie à une histoire familiale où le fils est loyal envers son père qui buvait comme lui, où la fille d'un alcoolique se marie à une autre alcoolique ou à quelqu'un qui, au bout de deux ou trois ans de vie commune, le devient.

L'alcoolique peut ainsi devenir le bouc émissaire, celui qui est chargé de tous les péchés du système et qui au bout du compte est envoyé dans le désert qui de nos jours est remplacé par l'hôpital psychiatrique, où il sera purifié de ses fautes et gardé quelque temps au frais, pour en revenir ensuite et, le cas échéant, rechuter, se méconduire à nouveau et être à nouveau exclu.

Il peut même devenir la victime expiatoire qui paie de sa santé et même de sa vie les fautes qu'il a commises et celles dont il a été chargé.

On peut observer enfin dans certains cas que l'alcoolique est devenu la bête noire en développant une obéissance littérale aux remarques, aux injonctions, aux prédictions dont il est l'objet de la part de personnes importantes pour lui, généralement ses parents (du style : tu ressembles à ton père, tu es un bon à rien, tu finiras à la prison ou à l'asile, etc.) ; remarques qui partent bien sûr d'une bonne intention éducative, celle de faire réagir le fils pour qu'il se conduise mieux, mais qui, si elles sont répétées à longueur d'années et sans que les exemples de bonnes conduites soient suffisamment valorisés, ont comme résultat que le fils se met à faire ce qu'on dit qu'il fera plutôt que ce que l'on voudrait qu'il fasse.

On peut remarquer que si cette dernière série d'hypothèses est plus favorable à l'alcoolique et si elles lui trouvent de bonnes intentions sous sa conduite réprochée, le rôle de son entourage est souvent supposé ne pas être aussi brillant. Il n'est pas évident qu'il soit utile de déplacer simplement le blâme, nous reviendrons plus loin sur cette difficulté.

## **Le manque de choix**

L'alcoolisme peut être vu comme une habitude qui a été apprise, une façon de faire qui a beaucoup d'inconvénients mais qui, comme on vient de le voir, peut présenter aussi certains avantages. Si le patient savait choisir pour ces avantages sans les inconvénients, il aurait développé d'autres habitudes et nous ne le verrions pas, du moins pas pour un alcoolisme.

Mais il s'est manœuvré dans une situation où il se montre dans l'incapacité de choisir : c'est comme si la bouteille, par sa présence même, décidait d'être bue par lui.

Comme le disent les Alcooliques Anonymes, l'alcoolique entreprend tous les jours de lutter avec la bouteille pour montrer qui est le plus fort ; et à chaque fois, il se fait battre ;

Même si verbalement, il prétend qu'il a encore le choix, qu'il peut s'arrêter de boire où et quand il veut, par les actes il se place dans une position d'impossibilité : je ne peux pas me soigner moi-même, et nous (ma famille et moi) ne pouvons nous soigner nous-mêmes.

A cela s'ajoute que dans le stade pré-thérapeutique, après le premier contact avec nous mais avant que son engagement dans le système thérapeutique ne soit obtenu, il nous montre en plus, que l'alcool étant plus fort que lui, il ne peut même pas collaborer avec nous pour se faire soigner.

## **Abstinence, contrôle ou excès**

Un point pour lequel notre modèle présente peut-être une certaine originalité, c'est celui des objectifs.

Nous pensons qu'on peut entre autres définir l'alcoolisme comme une maladie de la faculté de choisir, et que le non-choix qui est une caractéristique essentielle de la dépendance, est aussi présent chez ceux de nos patients qui n'ont pas développé de dépendance physiologique évidente.

L'abstinence est l'objectif préconisé par des organisations comme la Croix marine et les A.A. et par la plupart des alcoologues. Elle constitue certainement aussi longtemps qu'elle est maintenue, une position de sécurité ; et d'autre part, elle est en tout cas conseillée, et souvent nécessaire pendant les deux-trois premières semaines du sevrage et même pendant les six premiers mois, puisqu'on sait que les mécanismes d'oxydation mésosomiques ne reviennent à l'état prémorbide qu'après six mois environ.

D'autre part on peut dire, et c'est d'ailleurs une des thèses des A.A., que l'alcoolique abstinent est pour le reste de sa vie un malade en rémission, non un malade guéri. Et il nous semble qu'il reste à prouver qu'un alcoolique ne peut pas être guéri. Les études sont contradictoires quant au nombre exact d'alcooliques qui guérissent spontanément, mais ils ne sont pas si rares que cela, et nous ne voyons pas pourquoi il serait interdit d'essayer d'obtenir en thérapie ce que les gens peuvent faire de leur propre initiative. Il nous semble qu'il reste à prouver que les prédispositions génétiques à développer une dépendance alcoolique, qui ont certainement l'air d'être présentes dans un grand nombre de cas, soient d'une telle force que l'alcoolique dont les mécanismes physiologiques de dépendance se sont arrêtés au bout de six mois, ne puisse plus être en mesure de réapprendre à boire modérément.

Somme toute, la presque totalité de nos malades, avant de devenir alcooliques, ont connu une période de leur vie où ils buvaient de façon assez ordinaire. Nous pensons qu'il n'est pas impossible pour un certain nombre d'entre eux que, en prenant les précautions nécessaires, ils reviennent à cet état antérieur. Et l'abstinence en tant qu'objectif imposé par l'équipe thérapeutique nous semble avoir un inconvénient majeur : c'est qu'elle continue à garder l'alcoolique dans une position où il n'a pas de véritable choix : alors qu'en admettant de se faire soigner, il a admis qu'en tant qu'alcoolique, il était impuissant face à la bouteille, maintenant, il peut choisir entre l'abstinence totale et la rechute : entre un choix qualifié de bon et un qualifié de mauvais, il n'a guère plus de choix qu'auparavant.

La prise de boisson contrôlée a été mise en avant comme objectif par des thérapeutes comportementalistes, qui estimaient entre autres que l'abstinence ressemble sur certains points au comportement de fuite des phobiques. Dans cette méthode, on donne au patient un certain nombre de critères de ce qui constitue une prise de boisson contrôlée, qui sont d'ailleurs en partie de simples conseils de bon sens, et qui visent à ne pas atteindre le seuil d'intoxication. Avec cette méthode, et à condition qu'il se plie à une discipline assez rigoureuse, le patient a déjà le choix entre boire quelque chose et ne rien boire, ce qui lui permet déjà de mener une vie sociale ordinaire.

Mais on peut formuler au moins deux critiques vis-à-vis de la méthode de la prise de boisson contrôlée : d'une part, un excès de boisson de temps à autre, qui n'est pas permis dans la méthode, fait partie de la vie ordinaire d'un grand nombre de gens. D'autre part, la méthode oblige les patients à rester vigilants et donc à être préoccupés par l'alcool pour le reste de leur existence, ce qui n'est pas non plus une attitude de patient guéri.

Finalement, il y a certains systèmes et certaines sous-cultures où les excès de boisson font tellement partie des normes, que quelqu'un qui s'interdirait tout excès se ferait exclure de ce système ou de cette sous-culture.

On dira que si un alcoolique fait partie d'un tel environnement, il vaut mieux qu'il s'en sépare, faute de quoi il a tous les risques de rechuter, et cette objection est certainement justifiée. Cependant, nous pensons que c'est au patient de faire ce choix, et non pas à nous de le faire à sa place.

## **Notre pratique**

Comment est-ce que nous traduisons toutes ces considérations théoriques dans la pratique ?

Au cours de la première semaine d'hospitalisation, nous donnons une information très large portant sur l'alcool en général, l'alcoolisme en tant que maladie, l'alcoolisme en tant qu'habitude, les fonctions interactionnelles de l'alcoolisme que l'on peut rencontrer habituellement, etc.

Pendant la même semaine, un génogramme est établi avec le patient où nous faisons attention d'une part bien sûr à tout ce qui concerne les problèmes d'alcool dans la famille, mais aussi à toutes les solutions ou les ébauches de solution qui ont pu être trouvées par différents membres de sa famille.

Il y a donc là une recherche des loyautés négatives d'une part, mais aussi des possibilités qu'une attitude de loyauté positive vis-à-vis des solutions existant déjà dans la famille peut faire surgir.

Au bout de cette semaine, le patient entre dans un groupe de thérapie.

Nous en avons deux, dont l'un a comme objectif mis en avant l'abstinence et l'autre la prise de boisson contrôlée.

Nous laissons au patient et à sa famille la liberté de choisir dans quel groupe il veut aller. Nous les conseillons bien sûr ; nous leur montrons les avantages et les inconvénients des deux possibilités ; mais nous nous imposons de ne pas leur imposer de choix.

Ainsi le thème de la liberté de choisir est présent dès les premiers jours de la prise en charge ; et ce thème reste implicitement et explicitement présent tout au long de la prise en charge thérapeutique.

Dans ces groupes, comme dans beaucoup de services psychiatriques, les patients passent une partie de la journée à faire de l'ergothérapie et à faire de la psychomotricité, dans laquelle nous incluons des exercices de relaxation collective et individuelle ; pour une partie de ces activités, les deux groupes sont réunis, ce qui nous semble intéressant puisque les membres des deux groupes continuent à faire des activités ensemble régulièrement, ce qui aide à éviter l'écueil d'une polarisation où chaque groupe considérerait leur objectif tantôt comme le plus héroïque, donc le seul bon, tantôt comme une solution du pis-aller.

Dans les séances de thérapie de groupe proprement dites, on parle évidemment d'alcool, et nous nous intéressons en particulier aux solutions qu'ont trouvés les différents patients pour s'arrêter de boire ou pour

ne pas boire dans certaines circonstances. Tous les problèmes, les malheurs, les souffrances qui ont été causés par l'alcoolisme ne sont bien sûr pas occultés, mais les thérapeutes essaient d'amener le groupe à ne pas trop s'attarder sur ces questions-là, qui nous semblent trop faire partie des problèmes et trop peu des solutions, trop orientées sur le passé et trop peu sur l'avenir.

La différence entre les deux groupes est surtout que dans celui des abstinentes, on se penche surtout sur les moyens de ne pas boire tandis que dans celui des 'contrôleurs de boisson', on s'intéresse aux moyens de ne pas trop boire.

Nous attachons une importance particulière aux problèmes pour lesquels on peut émettre l'hypothèse que l'alcoolisme serait une solution maladroite.

Comme il a été indiqué plus haut, nous essayons d'éviter l'écueil d'un simple déplacement de la culpabilité des épaules de l'alcoolique sur celles de quelqu'un d'autre dans la famille. Au contraire, il nous semble qu'il faut aider les patients à se désintéresser dans la mesure du possible de ces questions de culpabilité, qui nous semblent leur être plus nuisibles qu'utiles.

Nous essayons de maintenir une attitude de positivité à trois dimensions :

- attitude de bienveillance à l'égard du passé : nous essayons de trouver les bonnes intentions cachées derrière les actions dysfonctionnelles chez tous les membres du système,
- attitude d'empathie respectueuse envers les patients dans le présent,
- attitude d'anticipation positive envers l'avenir : confiance dans les possibilités de l'alcoolique et de sa famille à trouver des solutions pour s'en sortir.

Cette anticipation positive peut paraître artificielle ; en fait elle découle naturellement de ce que notre attention est constamment tournée sur les solutions qui existent déjà dans le système du patient, ou qu'il pourrait facilement reprendre des autres membres du groupe.

Les groupes de thérapie à familles multiples : une fois par semaine, une réunion de chaque groupe se passe avec des membres de la famille de chaque patient : il s'agit généralement des époux ou des parents, mais il peut aussi y avoir des frères, des sœurs ou des enfants qui viennent. Nous préférons que les personnes qui nous semblent les plus importantes pour les patients viennent ; si pour une raison ou une autre ils ne viennent pas, nous nous contentons de quelqu'un d'autre. Si le patient n'a pas de système, il arrive qu'un membre d'un système de rechange participe, par exemple un éducateur d'un home où le patient réside, ou il nous arrive de demander qu'on apporte des photos de famille.

Les thèmes repris dans ces sessions sont les mêmes que ceux traités avec les groupes de patients seuls ; peut-être le thérapeute s'applique-t-il encore plus à ramener les participants au processus plutôt qu'au contenu, en posant des questions qui portent par exemple sur la protection mutuelle, la façon d'échanger les informations, de montrer la tendresse, etc.

Ces séances nous paraissent avoir une importance particulière : elles aident les familles à absorber les changements que le patient opère au cours de sa thérapie ; elles permettent aux familles de ne pas être exclues du système thérapeutique ; elles permettent aux thérapeutes de soutenir par leurs connotations positives les membres de la famille, qui en ont souvent un grand besoin ; et elles aident à détecter quels sont les changements que le patient pourrait être amené à faire et qui risqueraient de trop mettre en danger la stabilité du fonctionnement de son système familial. A titre d'exemple : en général, l'alcoolique avait dans sa famille le mauvais rôle, et quelqu'un d'autre, son épouse, son mari, ses parents avaient le beau rôle. Plus l'alcoolique se comporte bien, plus il a de mérite, plus l'auréole de l'autre risque de se ternir. Nous essaierons donc de détecter les choses qui se passent, qui permettront de donner au moins du mérite de guérison à ces personnes-là.

## Les cycles de la vie : évènements et traumatismes, comment soutenir la reprise existentielle (2)

Atelier 4  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Monique Halley, Infirmière, thérapeute familiale, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50)  
Chantal Letouzé, Infirmière, psychothérapeute, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50)

Chaque individu naît dans une famille. Il est issu d'un couple conjugal qui lui a donné naissance. Pendant toute son existence il va traverser des crises qui vont lui permettre d'évoluer, de grandir.

Généralement, les règles familiales sont suffisamment souples pour permettre une nouvelle adaptation de la famille au développement de ses membres. Si ce changement n'arrive pas à se mettre en place, des tensions risquent d'apparaître. L'apparition d'un symptôme peut être la solution que la famille a trouvé pour soulager ses tensions et maintenir son équilibre malgré la crise.

La première crise à dépasser est, pour le couple conjugal, la naissance du premier enfant. Les relations qui existent entre les deux partenaires vont devenir plus complexes. Une nouvelle composante va s'ajouter à leur relation conjugale : la relation parentale.

Chacun des membres du couple va continuer avec l'autre sa relation de couple et, en même temps, apprendre un nouveau rôle : celui de parent.

Vient ensuite le moment pour la famille de s'ouvrir par la mise à l'école de l'enfant. Elle entraîne une séparation momentanée des parents et de leur enfant. C'est pour celui-ci l'expérimentation de la relation avec d'autres enfants du même âge, la socialisation avec des pairs. L'enfant est au contact d'autres enfants ayant grandi avec d'autres règles familiales. Il découvre d'autres comportements et doit s'adapter à celui des autres. Ces nouveaux apprentissages vont influencer les règles intra-familiales et enrichir la famille.

Pendant l'adolescence les règles familiales vont être questionnées, mises en cause par l'adolescent (e). Dans cette période les turbulences sont nombreuses. Les parents doivent à la fois maintenir les choix qu'ils se sont fixés pour leur famille et laisser le jeune expérimenter ses propres choix de vie, quelquefois en contradiction avec les leurs. Toutes ces expériences vont permettre au jeune adulte de trouver sa propre voie et à son tour de mener sa vie en dehors de sa famille d'origine.

Le départ du premier enfant est pour chaque famille une période de réajustement et de crise. Les parents vont vivre une nouvelle étape dans leur rôle de parents et ils devront laisser partir leur enfant tout en continuant leur route sans lui.

Le jeune adulte va trouver une compagne ou un compagnon pour vivre avec et fonder une nouvelle famille. De nouvelles règles vont émerger et permettre à chacun de continuer sa voie à la fois ensemble et séparément.

La prise de la retraite est aussi une période de crise. Après avoir organisé sa vie avec le travail, le retraité regarde quelle orientation, quel sens il va donner à sa vie, quels buts sont encore intéressants à maintenir et lesquels sont à abandonner. Il pourra cultiver l'art d'être grand-père ou grand-mère.

Des événements peuvent être, pour un temps, impossibles à supporter pour une famille. Le décès d'un membre peut provoquer une crise telle que le réajustement est très difficile. Pour diminuer les tensions un symptôme peut apparaître.

En même temps que ces changements internes à la famille et que ces événements traumatiques, il peut y avoir aussi les changements dus à la société (chômage, déplacements, guerres, catastrophes). A tous ces changements, chacun va devoir s'adapter en même temps que la famille dans son ensemble.

Voilà les différentes crises que nous rencontrons dans notre vie. Elles sont plus ou moins faciles à franchir. Certaines sont plus difficiles car elles provoquent de façon importante l'homéostasie. Le risque est la rigidification des règles de la famille. Par crainte du changement, on essaie de maintenir le système en l'état et la souffrance apparaît. Si les relations continuent selon l'ancien schéma, si elles n'évoluent pas, un symptôme peut voir le jour.

Le traumatisme : définition du Petit Robert : du grec trauma = blessure.

- En médecine : lésion, blessure locale produite par un agent extérieur agissant mécaniquement.
- En psychologie : émotion violente qui modifie la personnalité d'un sujet en la sensibilisant aux émotions de même nature, provoquant un traumatisme psychique.
- En psychanalyse : événement déclenchant chez un sujet un afflux d'excitations dépassant le seuil de la tolérance de son appareil psychique.

Chacune de ces crises nécessaires et utiles à l'évolution de toute personne de la famille et à la famille elle-même peut atteindre un seuil tel qu'un ou plusieurs membres de la famille ne puisse, psychologiquement et émotionnellement la supporter. Cette personne sera si profondément touchée qu'elle ne pourra, j'allais dire, traiter l'information extérieure tel un ordinateur qui "bogue". Elle risque d'être envahie, submergée, puis immobilisée par l'afflux de sentiments, d'émotions, comme paralysée psychologiquement.

Si le scénario traumatisant se trouve réactivé par un épisode de la vie, la personne peut replonger dans les sentiments vécus dans le scénario passé. Les deux émotions vont s'entremêler, entrer en résonance. L'événement présent se trouvera relié au scénario antérieur sans qu'il y ait conscience du phénomène sur le moment.

## **SITUATION CLINIQUE**

C'est à la demande du service dans lequel je travaille que j'ai fait l'évaluation familiale de la situation de Monsieur X, célibataire de 40 ans, vivant près de sa mère.

Pendant son hospitalisation, M. X a de nombreuses fois essayé de parler du décès de son père il y a 5 ans. Au début lorsqu'il évoque cette période, il se met à pleurer de façon si intense, qu'aucun mot ne peut sortir de sa bouche. Tout son corps pleure. Ce n'est que petit à petit, qu'il réussit à mieux contrôler son émotion ce qui le rassure.

A la première rencontre familiale sont présents : la mère de M. X, son frère et lui-même. Le décès de son père va être évoqué par la famille en même temps que son alcoolisation massive, car il se met en danger de façon importante. L'émotion est intense pour chacun. La mère parle des ressentiments qu'elle a vis à vis de ceux qui n'ont pas bien soigné son mari. Tout ce qui s'est passé au moment de la mort du père de M. X va réveiller l'injustice familiale vécue déjà dans le passé. Cela sera travaillé dans les séances suivantes autour de l'histoire professionnelle du père de M. X et de l'injustice ressentie dans ses relations avec l'un de ses frères.

La présence/absence du père va être le fil conducteur de plusieurs séances au début du suivi en même temps que l'alcool comme si c'étaient les deux faces d'une même pièce. Le père et le fils s'alcoolisaient ensemble. Pendant les rencontres familiales, M. X racontait les choses vécues avec son père comme si celui-ci était encore vivant au moment de son récit. M. X était comme en transe hypnotique.

Ces moments partagés vont rester longtemps en mémoire pour le fils et il va continuer le rituel seul après le décès du père.

Pendant les entretiens, M. X dit qu'il ne veut pas évoquer son père, que c'est trop douloureux, mais la famille va toujours à un moment ou à un autre en reparler.

Petit à petit, d'autres souvenirs que les souvenirs liés à la mort du père vont revenir et permettre une émotion moins envahissante. M. X va reprendre pied dans la réalité quotidienne. Il va pouvoir reprendre son travail un certain temps et diminuer voire arrêter l'alcool un moment. Pour nous montrer son désir d'arrêter et, comme il était contrôlé à son travail, il venait avec son éthylomètre.

En même temps, la mère de M. X a pu exprimer la colère qu'elle avait contre les soignants qui ont soigné, et mal soigné selon elle, son mari.

En complément des rencontres familiales, nous avons envisagé que la mère puisse participer à un "groupe de parents". L'objectif de ce groupe est de permettre l'expression et le partage des difficultés, des souffrances que connaissent les parents d'un enfant (adulte souvent) ayant ou ayant eu un problème d'alcool. Les parents peuvent y échanger le vécu de leurs épreuves souvent comparables et élargir leur champ de solutions. La mère de M. X a pu, en plus de parler de son vécu, évoquer sa colère autour du décès de son mari et se rendre compte de sa souffrance d'être seule à affronter les difficultés qu'elle vit avec son fils.

L'une des fonctions de l'alcool dans leurs relations familiales était de protéger la mère, qui en s'occupant de son fils, oubliait alors sa colère et sa souffrance d'être veuve.

Le soutien de sa famille protégeait M. X de l'effondrement qu'il connaissait à certains moments et que l'on retrouvait au début, lors des consultations.

L'alcool permettait aussi que l'autre fils soit moins présent auprès de sa mère. Ainsi a-t-il pu s'investir dans ses projets personnels et construire une vie de famille. Actuellement il continue ses études pour améliorer sa situation professionnelle.

L'arrêt de l'alcool a entraîné des modifications dans les relations entre les trois membres de cette famille.

La proximité, de la mère à son fils alcoolique et de lui à elle, s'est révélée de façon très claire et a pu être exprimée pendant les consultations, ce qui a permis de mettre en évidence les difficultés d'une autonomie demandée par tous les deux mais impossible pour eux à réaliser pour le moment. Cette relation, qui peut faire penser à une relation de couple, leur évitait de prendre conscience du décès du père et dans un deuxième temps de travailler la crise, c'est-à-dire de réaménager les relations entre eux trois.

En même temps que le suivi familial, j'ai demandé à ma collègue psychologue gestaltiste de travailler en individuel avec M. X. Cela s'est avéré impossible dans un premier temps. M. X était 'collé' à l'alcool et aux dires de la thérapeute, il était quasiment impossible d'introduire de la différence. Tout devenait fusionnel, si bien qu'ensuite nous avons travaillé toutes les deux ensemble avec M. X. Nous l'avons mis en situations pour qu'il puisse décoller de ses scénarios. Il y avait nécessité d'être trois pour pouvoir travailler. Petit à petit, au fil des séances il a vu, ressenti, pris conscience de lui-même.

## Situation de M. X

- La relation confluyente,
- Le travail sur l'awareness du thérapeute,
- La triangulation.

## Introduction

Le postulat philosophique humaniste du mouvement existentiel est que l'humain est suspendu entre les 2 pôles de la Liberté et de la Limitation :

La Liberté se caractérise par :

- la volonté,
- la créativité,
- l'expression.

La Limitation traduit :

- les contraintes naturelles et sociales,
- la vulnérabilité,
- la mort.

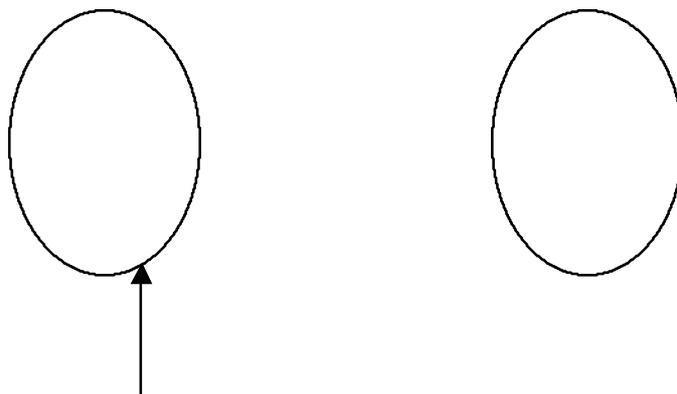
L'expérience douloureuse de difficultés psychiatriques émotives ou comportementales résulte de l'incapacité par la personne d'intégrer et de transcender les polarités.

La Liberté entraîne la Responsabilité et la Solitude existentielle.

Le moteur de la mise en œuvre de la Responsabilité, c'est le désir.

La Gestalt = mettre en forme.

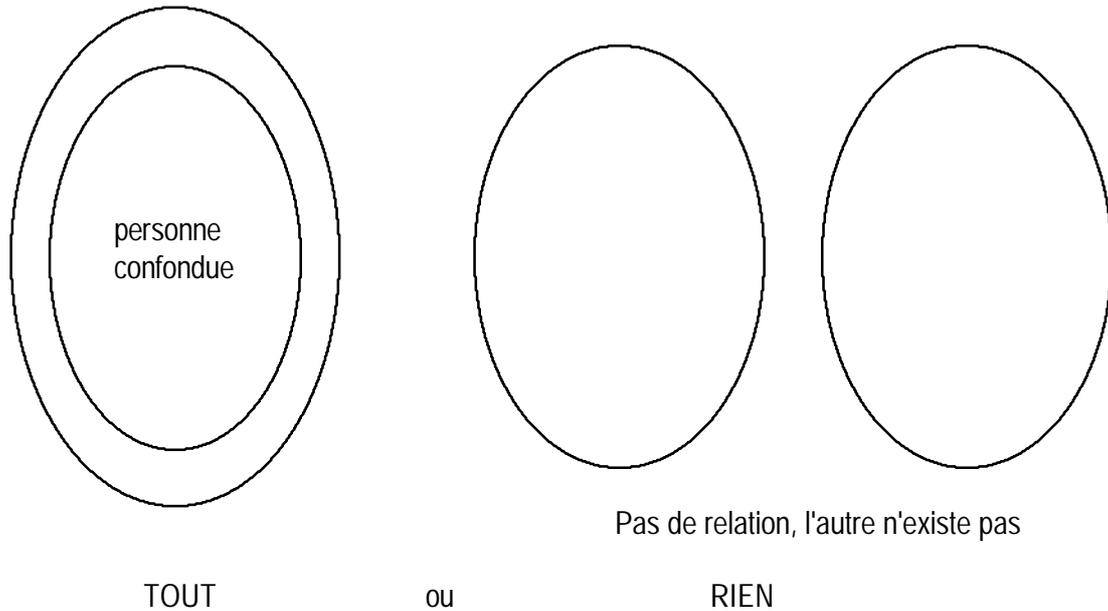
Gestalt thérapie : thérapie du contact. On regarde en gestalt ce qui se passe à la frontière du contact.



Frontière contact

## Le travail avec M. X

Manière d'être en relation = confluence = manière d'être collé à l'autre.



Chez Winnicott, la dyade mère-enfant est décrite comme une unité fonctionnelle où l'objet transitionnel vient créer un compromis significatif entre l'absence et la présence de la mère.

De même, la situation psychanalytique est décrite comme une aire transitionnelle, espace de jeu, de symbolisation, de passage.

Chez Lacan, la conception du signifiant est ce qui surgit, voyage entre le patient et l'analyste sans qu'on soit sûr de son appartenance, pas plus que de son origine : le signifiant vient d'ailleurs.

### Frontière contact pour Perls

#### L'entre deux chez Winnicott : jeu objet et aire transitionnels

##### Trois résistances du moi :

- Refoulement,
- Résistance de transfert,
- Bénéfice secondaire de la maladie,
- Une du Ça : la compulsion de répétition,
- Une du Surmoi qui entraîne la culpabilité inconsciente donc le besoin de punition.

Problème de sevrage

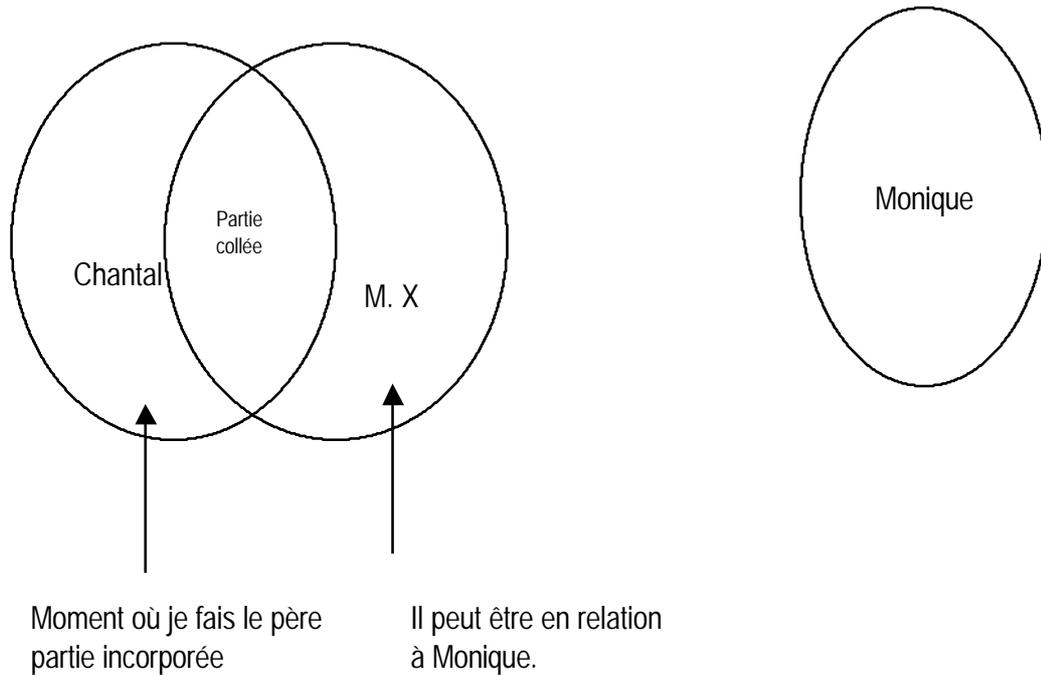
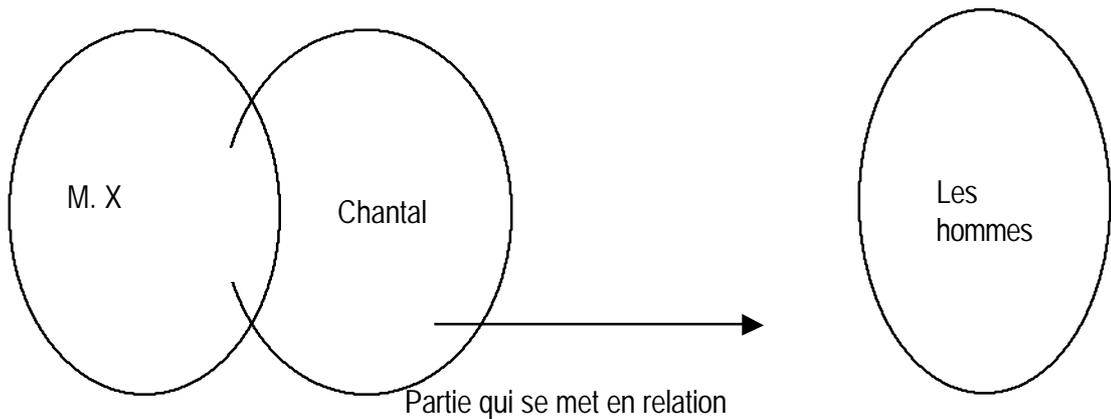


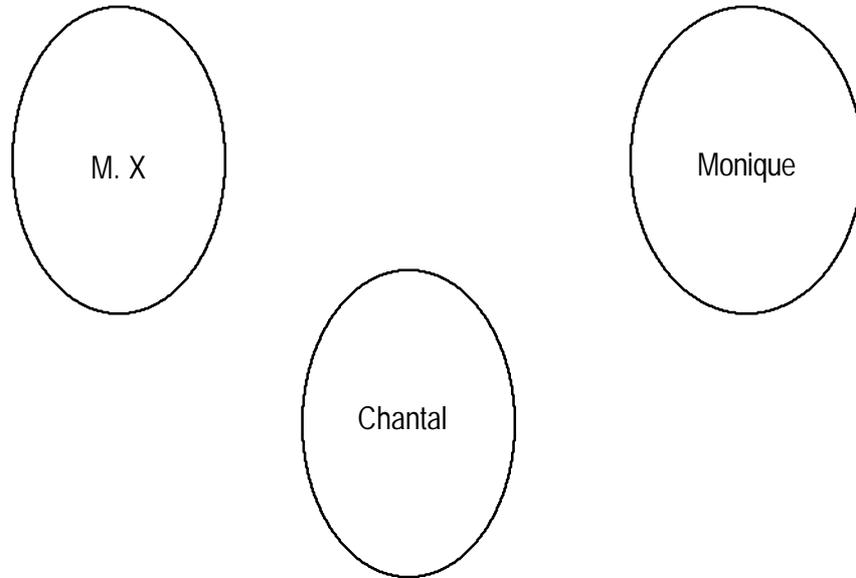
Sevrage de la mère

Alcool ⇒ objet transitionnel qu'il incorpore et qui remplace la mère, la distance.

La position dépressive marque ensuite la possibilité chez le nourrisson d'une identification à la mère totale avec le sentiment d'ambivalence, de perte, de deuil et des tendances à réparer l'objet détruit.

Au moment de l'entretien familial, je propose à M. X de rejoindre le clan des hommes :





L'ajustement créateur de la proximité – distance, "ressentie" par les deux partenaires, accompagne toute la transformation et les ajustements de la relation.

La relation confluente,  
Le travail sur l'awareness,  
La triangulation,  
La mise en situation

### **Sympathie - antipathie**

(Thérapeute)

Cette capacité à se placer et à reconnaître son fonctionnement dans la construction du champ, constitue la compétence spécifique du thérapeute et c'est sa contribution authentique d'aide à la relation.

En effet, c'est en rendant explicite sa position de proximité ou de distance, par les formes et les modalités que chaque type de rapport permet, que le thérapeute peut aider l'autre à se situer à son tour en mode réel dans la relation, c'est-à-dire qu'il peut aider le patient à prendre progressivement ses responsabilités dans la construction du champ relationnel, en abandonnant petit à petit les modes précédents qui sont la base du malaise qui amène le patient en thérapie.

La relation réelle, c'est-à-dire construite consciemment en prenant sa juste place et en se sentant à sa juste place, se substitue ainsi dans la progression de la thérapie aux formes pathologiques de la relation elle-même, c'est-à-dire celle dans lesquelles l'altérité est niée, refusée, annulée, celles dans lesquelles elle est fantasmée ou vécue comme insoutenable. La capacité du thérapeute à être présent et à se situer petit à petit à distance que son essence autorise, favorise ainsi la possibilité pour le patient de prendre consciemment une place, de sentir à son tour, c'est-à-dire d'assumer de façon explicite son mode de 'pathie' à la relation.

Le patient apprend à reconnaître ce qu'il éprouve, non seulement à travers l'expérience immédiate de sa propre "pathie" (sym-, anti- et tous les échelons intermédiaires entre ces pôles). C'est ainsi qu'il peut faire place petit à petit à la difficile expérience d'être et d'être avec).

La compétence du thérapeute consiste justement dans sa capacité à graduer cette intervention au cours du chemin parcouru avec lui.

Pour le thérapeute, c'est cela la vraie expérience de l'amour : la possibilité offerte au patient, et construite avec lui, d'expérimenter un parcours, de la dépendance à l'autonomie.

L'amour de la relation thérapeutique est toujours et seulement de l'amour pour la liberté de l'autre.

C'est pour cela qu'il ne craint pas la distance, qu'il cherche la "sym-pathie" mais qu'il a à cœur de traverser avec lui les territoires difficiles de l'"anti-pathie".

Le groupe être à trois aide à dissoudre la construction imaginaire que le sujet a élaboré en lui-même et donne par contre consistance à la figure du thérapeute, aux techniques utilisées, à la forme de la relation.

### **Hors le temps, l'espace et l'individu ... et pourtant dans le corps !**

L'inconscient est hors le temps, l'espace et la personne.

Hors le temps, puisqu'il se manifeste là, dans le présent alors que son origine réside dans le passé et que l'on ne peut jamais complètement dater. Hors l'espace puisqu'il est présent dans le champ, alors qu'il vient d'ailleurs. Hors enfin l'unité dite individu, puisque commun aux deux personnes présentes dans ce champ-là.

Il est facile de constater que la prise de conscience liée tantôt au sens, tantôt au contact entre deux signifiants, s'accompagne d'une surprise émotionnelle qui ne ressemble pas à une froide constatation intellectuelle.

Le corps est aux prises, le dire est incarné.

### **Les stratégies de déresponsabilisation**

Le déplacement de la responsabilité en l'attribuant à l'autre :

- c'est mon chef,
- c'est mon frère,
- c'est l'anesthésiste.

La dépendance pathologique fusionnelle et l'incapacité du comportement autonome :

- alcool en l'absence de la mère et lien fusionnel à la mère.

Les dénis et blocages : cela commence bien évidemment par la négation du désir, puis par l'incapacité de sentir, de former l'émotion, de l'exprimer, de la ressentir.

Il y a absence d'affect (en apparence pour M. X).

L'impulsivité : trouble de la volonté par lequel on évite de choisir en ne faisant aucune différence entre les désirs :

- désir d'être un bon fils,
- désir de vivre sa vie d'homme avec son ex-amie.

La compulsivité : il se sent poussé par une force étrangère irrésistible. Il ne peut pas faire autrement et ne se considère pas responsable d'un choix.

### **Contrainte de finitude**

Si l'on a du mal à se décider c'est qu'on se trouve face à la mort, à la mort de tout le reste.

Dès qu'un choix est effectué, tous les autres sont de ce fait même exclus. Alors chaque choix est déchirant.

La confrontation consistera à assumer le fait que nous sommes déterminés par nos propres choix et que leurs conséquences sont inévitables.

Le seul secours consiste à s'appuyer sur un système solide de valeurs, sur une éthique personnelle autodéterminée.

La difficulté de la mise en place d'un tel système de valeur est grande, car ce travail se fait dans un isolement existentiel complet.

La CLÉ DU VERROU qui ferme la porte de la décision se trouve dans le système de valeur de la personne :

- contrainte de Solitude,
- contrainte de Responsabilité,
- contrainte de Perfection,
- contrainte de la Quête des Sens.

Noëlle Salathe : les Contraintes existentielles.

Aujourd'hui nous en sommes là avec M. X. dans le travail vers son autonomie et sa plus grande liberté.

Bien sûr certaines questions restent à traiter :

- Comment sa mère et son frère peuvent-ils accepter son départ dans les changements que cela provoque pour eux ?
- Quelles nouvelles relations seront-elles établies pour la mère avec l'autre frère si M. X n'est plus aussi présent ?
- Comment celui-ci va-t-il réorganiser sa vie de famille avec sa mère sans la proximité de son frère ?
- Quels besoins, quelles envies vont émerger pour M. X ?
- Quelles nouvelles relations y aura-t-il entre les deux frères si la mère est plus à distance ?

Le travail de deuil s'est fait petit à petit. Au fur et à mesure du temps, une évolution a été possible par l'écoute de la souffrance de cette séparation, de ce deuil et en même temps par une volonté de reprise de la vie de chaque jour. Le traumatisme est en train d'être dépassé. Les choses évoluent.

Du rôle de victimes, ils sont en train de passer progressivement à celui de survivants et bientôt, nous l'espérons, à celui de bien portants. L'oncle invité à certaines rencontres a permis de resituer clairement les frontières générationnelles : mère-oncle/frères. Il a aussi favorisé plus directement le rétablissement de M. X car ayant connu des périodes d'alcoolisation il a fait un travail sur lui-même, ce qui a été un grand soutien pour M. X et probablement un facteur de résilience important.

## Les génogrammes en alcoologie : d'une génération à l'autre, voyage dans le temps

Atelier 5  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Benoît Drapier, Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur, Clinique médicale Le Sablier, Lille (59)

### **Le génogramme :**

Le génogramme est une représentation de l'arbre généalogique d'une personne, d'une famille, il permet de rassembler des informations relationnelles et psychologiques des membres de la famille et peut aussi contenir des renseignements importants concernant l'environnement. L'apport essentiel du génogramme est de mettre en lumière les individualités au sein des systèmes d'appartenance, en particulier le système d'appartenance familiale.

L'arbre est le symbole de la généalogie, il sort de la terre, source de vie, pour se projeter dans le ciel, l'air et la lumière. L'arbre généalogique détermine l'appartenance à une famille selon des liens de filiation (être le fils de ..., être la fille de ...) dans une définition stable (on reste le fils de ..., on reste la fille de ...).

Le génogramme n'est pas un arbre généalogique car il prend en compte le mode de relation. L'arbre généalogique est basé sur des éléments fixes qui ne peuvent être modifiés que par la mort ou la naissance, alors que le génogramme se modifie en fonction des ajustements relationnels : séparations, divorces, conflits, réconciliations, alliances, mises à distance ou rapprochements. Le génogramme parle par ses manques, ses blancs, ses confusions, ses interrogations. Supposé dessiner la chronologie familiale, il est surtout reconstruction où la réalité historique et le vécu personnel s'entremêlent.

Le génogramme est donc dynamique et en changement.

Il existe de nombreuses manières de pratiquer le génogramme qui a été intégré dans les différents courants de la thérapie familiale, il y a le génogramme qui sert à l'intervenant pour organiser des informations et construire des hypothèses (il s'agit là d'une carte familiale) et d'autre part, le génogramme qui sert à celui qui le construit.

Comment cela se passe-t-il ? Il s'agit de commencer en inscrivant son nom au bas d'une feuille ou d'un tableau, puis d'en faire partir deux branches pour y inscrire le nom du père ou de la mère. Ensuite pour chacun d'entre eux, refaire la même opération et atteindre la génération des grands parents. Ce n'est pas un récit mais un discours réactualisé et réinterprété. L'ordre est souvent bousculé. La personne qui crée son génogramme évoque certains événements, certaines anecdotes, certains personnages dans une galerie de portraits très subjective. Elle réfléchit, choisit d'exprimer ou non certains éléments, l'essentiel est ce qui est pensé et éprouvé. Elle peut décider de faire des recherches, de montrer des photos ... Le génogramme peut être utilisé en entretien individuel, en thérapie de couple ou de famille, en groupe. Il est possible de donner des indications préalables pour l'organisation graphique. Une relation de confiance doit bien sûr être établie, le rôle de l'intervenant est d'être un soutien discret de l'expression et de l'élaboration, de poser des questions souvent de 'bon sens' pour comprendre et aider à comprendre, de souligner les ressources et les solutions mises en place. En fin de génogramme, il peut être utile de questionner la personne sur ce qu'elle veut garder et/ou transmettre de cet héritage familial.

Certaines règles sont explicites mais beaucoup demeurent implicites, ainsi certaines habitudes, certaines valeurs sont transmises sans nécessairement prise de conscience de cette transmission. Il existe des

rituels tellement prégnants qu'ils en deviennent 'naturels' : c'est normal de ... c'est évident ! C'est naturel de ... Il existe des mythes transgénérationnels qui imprègnent et organisent tout l'histoire familiale.

L'héritage familial est donc un phénomène complexe fait d'idées, de pensées, d'émotions, d'actions, de traditions, de rites, de règles, de non-dits ou de secrets parfois. Il apparaît utile de redécouvrir à l'aide du génogramme la possibilité de choisir ce qu'il convient de garder ou de modifier. Métaphoriquement, c'est sensiblement le même travail que celui qui reçoit en héritage les meubles de la maison de ses parents : trier, garder, donner, transmettre, rejeter. La belle lampe de grand-mère, vais-je la mettre sur la table du salon ou dans la chambre, la ranger dans le grenier, la donner à un ami ou à un enfant, la vendre ou la jeter à la poubelle ?

Dans une perspective solutionniste, le génogramme est particulièrement adapté à la recherche des ressources, des exceptions symptomatiques, des alternatives au problème, de solutions développées au niveau personnel et familial, des identifications structurantes, des valeurs soutenantes. Pour sortir de l'enfermement donné par l'observation des répétitions, il sera important de repérer les différences et l'évolution des situations, « nous sommes ce que nous faisons de ce que l'on fait de nous » (citation attribuée à J-P. Sartre). Le génogramme a un effet 'taupe', c'est-à-dire qu'il a des répercussions immédiates de clarification et réorganisation, mais il apporte souvent des réactions à plus long terme, il n'est pas rare que les personnes continuent à le modeler et fassent des découvertes après-coup qui déverrouillent des secrets, éclairent des zones d'ombre, harmonisent un vécu, permettent des réconciliations.

## Les génogrammes en alcoologie

Au cours de l'hospitalisation à la clinique Le Sablier, dans une approche dynamique et systématique évolutive, au cours de ce rite de passage et de transformation, nous avons mis en place la proposition systématique pour les personnes en soins de construire leur génogramme et leur itinéraire de vie avec les produits psycho-actifs (ou itinéraire d'alcoolisation A.R.E.A.T.) dont l'élaboration est travaillée en groupe et/ou en individuel, ou en séance familiale.

Dans un univers qui semble chaotique et confus, le génogramme participe à clarifier les repères spatio-temporels, il vient rétablir de la continuité entre le passé et le futur, restaurer un lien entre l'univers familial, la situation actuelle et les projections vers l'avenir. Il n'est pas rare de constater une corrélation entre des moments particuliers du cycle vital de la famille et les modalités de l'alcoolisation, les premiers contacts, les premières expériences, son augmentation, le moment où elle devient problématique, la perte de contrôle, la demande d'aide, l'hospitalisation, la démarche d'abstinence, les réalcoolisations ...

L'alcoolisation dans les systèmes familiaux prend de multiples fonctions, au fur et à mesure de l'amplification progressive de sa présence dans les patterns communicationnels, des règles et des rôles dysfonctionnels réorganisent la vie familiale. L'élaboration du génogramme en groupe casse déjà un certain nombre de ces règles de silence, de méconnaissance et d'isolement, il n'est pas exceptionnel d'entendre des personnes dire que c'est la première fois qu'elles osent exprimer tel ou tel événement de leur vie.

Parfois de manière quasi caricaturale, l'alcool et le 'savoir boire' sont présentés comme de véritables valeurs familiales presque fondatrices : « chez nous, y a toujours une bonne cave... Chez les Untels, on n'est pas des buveurs d'eau... Les Durand, c'est des bons vivants... ». La consommation est établie comme un rite garantissant un lien de génération en génération. Même quand les ruptures ou l'éloignement ont provoqué une distanciation ou une absence de contacts, l'alcoolisation demeure le dernier lien qui semble persister, comme un ultime moyen de sauvegarder un sentiment d'appartenance.

Le travail autour du génogramme permet de souligner d'autres valeurs fondamentales issues du patrimoine familial qui soient transmissibles et qui renforcent identité et appartenance (la tolérance, la musique ...). L'abord transgénérationnel dessine peu à peu au fil des histoires des mythes familiaux qui fondent les règles de comportement et les valeurs ; à la lumière de ces mythes, des aspects actuels prennent sens, (être une famille de marins, être droit et fier comme les gens du voyage, aller jusqu'au bout, rester uni quoiqu'il arrive ...).

Le génogramme met aussi en évidence les difficultés d'individuation dans certains systèmes familiaux où les séparations semblent impossibles créant comme une 'généalogie de la dépendance'. Les frontières individuelles et intergénérationnelles y sont floues, avec des confusions de rôles et des coalitions transgénérationnelles. Les enchevêtrements familiaux entraînent des incertitudes identitaires avec une fréquence significative de 'glissements de nom', 'd'appellations non contrôlées' : porter le nom du beau-père, de la sœur de la mère, du père de sa mère, avoir le prénom du médecin accoucheur, les nom et prénom d'une personne décédée ...

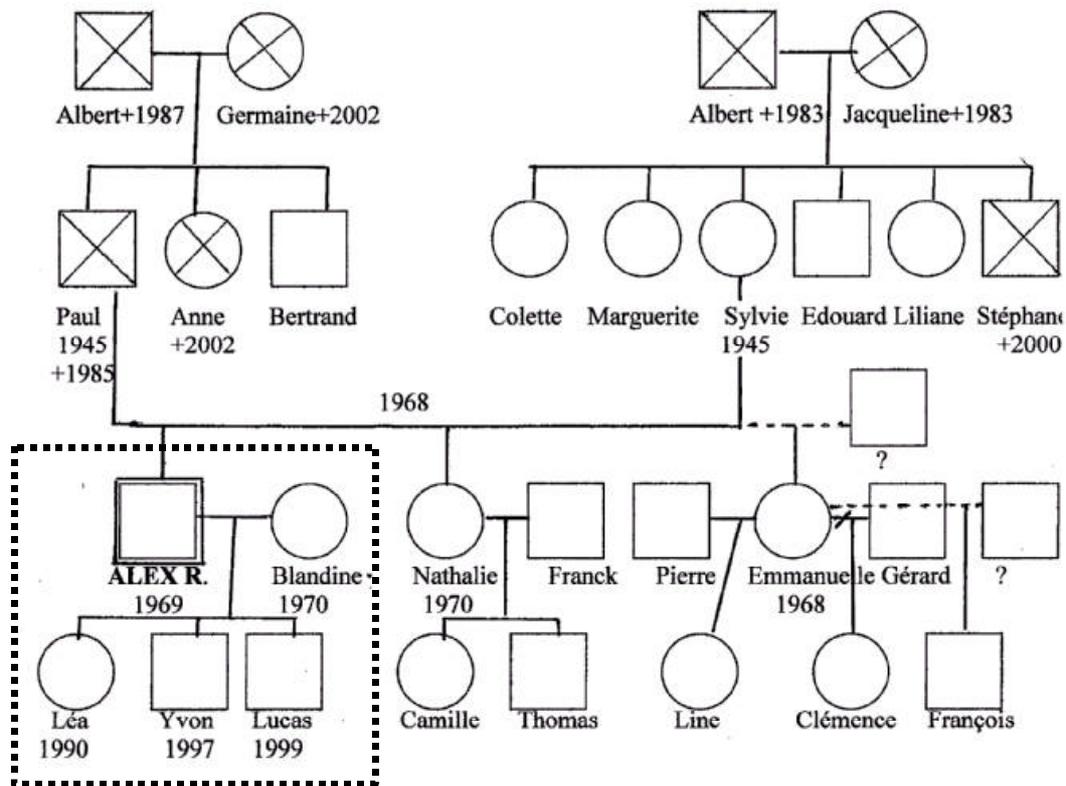
Dans certaines configurations familiales, l'alcoolisation apparaît prendre une fonction réparatrice, en particulier dans les couples dont l'un des parents a présenté des problèmes de dépendance avec des conséquences graves. Les 'survivants' peuvent garder un sentiment d'échec et de culpabilité de n'avoir pas réussi à intervenir pour aider ou même sauver de la dépendance, une nouvelle relation peut alors s'établir avec un contrat tacite qui donne une nouvelle chance d'accomplir ce rôle de sauveur.

Les soins avec la mise à distance des produits psycho-actifs, la stabilisation de l'état de conscience, la reprise des sensorialités, des émotions et des plaisirs entraînent la personne et ses systèmes relationnels dans un changement important du mode d'existence. Avec le génogramme, l'avenir se dessine entre la loyauté familiale et la nécessaire transformation des équilibres relationnels.

Dans cette même dynamique, l'itinéraire de vie avec les produits psycho-actifs élargit le champ d'intervention aux systèmes d'appartenance sociaux, amicaux, culturels, religieux ... Cet outil alcoologique (AREAT) met en relation l'itinéraire de vie (passé, présent et même futur) et le mode de relation avec les produits psycho-actifs, en particulier l'alcool. La trajectoire existentielle part de l'empreinte de l'alcool, ou des autres produits psycho-actifs avant même la naissance dans le contexte socio-familial et durant la vie embryonnaire, elle se poursuit avec les premiers contacts, les premières expérimentations, la découverte des effets psycho-actifs et leurs impacts significatifs et fondateurs, l'élévation de la tolérance, les processus addictifs, la perte de contrôle, la toxicité, les phases d'abstinence ou de diminution, les écarts ou les reprises.

« Jill appartient au monde du XXIIe siècle. On possède alors la maîtrise des voyages dans le temps, mais on ne la met que rarement en pratique et des restrictions sévères en réglementent l'usage. Conscient des risques de rupture et de désastre qu'elle implique, l'Etat n'accorde à chacun qu'un seul voyage durant sa vie. Et ce n'est pas pour le plaisir de visiter d'autres moments de l'histoire, mais en tant que rite d'initiation à l'âge adulte. Une célébration est organisée en votre honneur, et le soir même, vous êtes envoyé dans le passé pour parcourir le monde pendant un an et observer vos ancêtres. Vous commencez deux cents ans avant votre naissance, en remontant à peu près sept générations, et puis vous revenez progressivement au présent. Le but du voyage est de vous enseigner l'humilité et la compassion, la tolérance envers le prochain. Parmi la centaine d'aïeux que vous rencontrerez en chemin, la gamme entière des possibilités humaines vous sera révélée, chacun des numéros de la loterie génétique aura son tour. Le voyageur comprendra qu'il est issu d'un immense chaudron de contradictions et qu'au nombre de ses antécédents se comptent des mendiants et des sots, des saints et des héros, des infirmes et des beautés, de belles âmes et des criminels violents, des altruistes et des voleurs. A se trouver confronté à autant de vies au cours d'un laps de temps aussi bref, on gagne une nouvelle compréhension de soi-même, et de sa place dans le monde. On se voit comme un individu distinct, un être sans précédent, avec son avenir personnel irremplaçable. On comprend finalement qu'on est seul responsable de son devenir. »

La nuit de l'oracle/Auster P. Actes Sud, avril 2004



Génogramme simplifié de M. Alex R

M. R. est hospitalisé à la Clinique Le Sablier pour traiter son addiction à l'alcool et aux benzodiazépines, il consommait du cannabis à l'adolescence et a stoppé sa consommation à la naissance de son premier enfant. Né en 1969, M. R. est âgé de 36 ans, il vit en couple avec Blandine, ils ont trois enfants. Il exerce la profession d'éducateur dans une institution pour personnes handicapées, il est en arrêt de plusieurs mois.

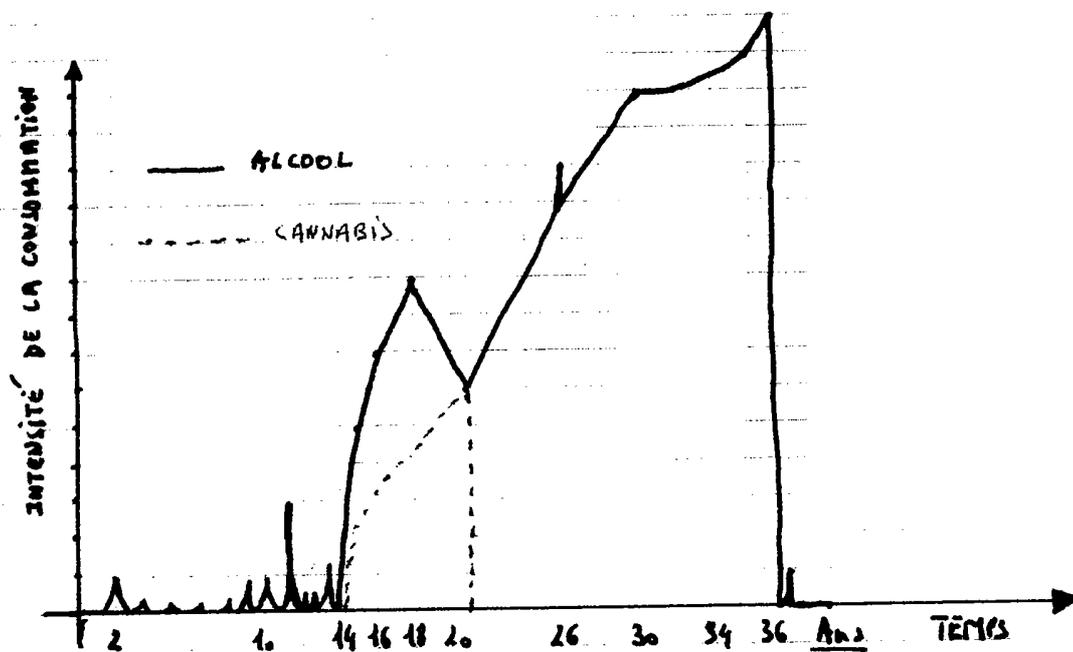
Très rapidement M. R. évoque la mort de son père avec énormément d'émotion et de pleurs difficilement contenus. « Tous les hommes de ma famille sont morts ... dans ma tête, c'est Bertrand le prochain et moi le suivant ! » Il s'est senti abandonné par ses parents à plusieurs reprises : lorsque sa mère partait pour des hospitalisations en psychiatrie durant l'enfance, laissant les trois enfants à la garde du père, lorsque le couple se déchirait au point de se séparer peu avant le décès du père. Pourtant il peut se rappeler de bons moments de son enfance, avec son père et son grand-père paternel à la chasse : « tous les dimanches, il y avait des repas de chasse chez Papy et Mamy. » Il était présent quand son grand-père est décédé d'un problème cardiaque à la chasse : « Je porte malheur à ceux que j'aime ... » En dessinant le génogramme, M. R. se souvient d'un secret de famille qui concerne sa mère et sa sœur aînée. Ses parents se sont mariés alors que sa mère était enceinte d'un autre homme : « ça ne se voyait pas, mon père pouvait faire le tour de sa taille avec les mains » mais elle n'a pas eu le droit de se marier en blanc. Emmanuelle a eu des informations partielles de sa naissance à sa majorité. Elle ne connaît pas le nom de son père biologique, sa mère garde encore le silence à ce sujet et M. R. a échafaudé plein d'hypothèses. Il se souvient que les trois enfants fouillaient les armoires parentales à la recherche de papiers qui pourraient leur indiquer lequel des trois avait été adopté ! Un jour, quelqu'un l'a dit au village mais ils n'en ont pas parlé à la maison. La règle semble être ne pas souffrir, ne pas parler pour ne pas souffrir. Il garde un ressentiment profond vis-à-vis de sa mère qu'il décrit comme méchante et lointaine et mettra longtemps avant de lui proposer un entretien comme cela lui avait été conseillé.

Cette règle de méconnaissance s'est poursuivie à la génération suivante. François, le fils d'Emmanuelle ne sait pas qui est son père géniteur. Quant à M. R., il évite l'intimité, il évite de parler et d'écrire. Terriblement anxieux, il craint de souffrir et de faire souffrir. Cependant M. R. a développé des capacités étonnantes de survie, il s'adapte facilement, il compte sur lui-même et fait beaucoup dans l'organisation quotidienne de la famille mais il ressent une difficulté à créer de l'intimité avec sa compagne et ses enfants, il voudrait parler de ses émotions et pouvoir se confier à son épouse.

Ce qu'il garde de positif de sa famille sont des moments d'insouciance avec ses cousins et cousines auprès des grands-parents ; c'est l'esprit de famille qu'il tente de garder dans sa famille nucléaire ; c'est aussi la fierté, c'est-à-dire cette volonté tenace de s'en sortir seul sans avoir besoin de personne ; c'est le côté festif, le plaisir de se rassembler ; c'est aussi l'aspect nature de la chasse, la découverte des animaux comme il avait pu le vivre avec son père.

Ce qu'il repère de négatif est la présence importante de l'alcool et de l'alcoolisme ; c'est le silence et le manque de franchise ; l'absence d'intimité du couple de ses parents et les conflits sans fin.

Ce qu'il veut transmettre est la notion de famille et la possibilité de dire ce qu'il est en train de découvrir.



Itinéraire de vie avec les produits psycho-actifs

## Périodes marquantes de l'itinéraire

### Les premiers contacts

2 ans : « j'ai vidé les verres d'apéros pendant que mes parents raccompagnaient les invités. Ils m'ont retrouvé en train de rire et chanter sur le fauteuil. Ils en ont ri, je crois. Ils m'en ont reparlé quand ma petite sœur a eu une cuite avec des bonbons à la liqueur. »

10 ans : « le petit cassis quand on allait chez les grands parents maternels, la grand-mère aimait bien son cassis, 'un tio cassis', le grand-père buvait au café. »

## **La découverte des effets psycho-actifs, les expériences significatives et l'alcoolisation intentionnelle**

11 ans : « c'est la communion, ma première coupe de champagne et je vais aussi piquer des cannettes avec les cousins, j'étais un peu soul comme les adultes ! »

14 ans : « trois ou quatre bières quand je fais la fête avec des copains, au début, c'était le samedi soir puis c'est devenu régulier au bistrot. Le pétard est venu avec la bière, j'étais sur mon petit nuage, sans soucis, immortel. »

15 ans : décès du père (accident de la circulation). « Il m'avait proposé d'aller avec lui, j'avais refusé pour rester avec mes copains. Je n'ai pas pu lui dire au revoir. »

16 ans : « avec mes 6 à 7 pétards par jour, j'avais du bien-être, moins d'anxiété. Je me suis fait viré du lycée, je cachais les lettres de l'école à ma mère. J'ai essayé le LSD, je voulais une dernière discussion avec mon père, je voulais lui dire que je l'aimais mais ça ne s'est pas passé comme ça. »

## **La vie s'organise avec la consommation, le processus de dépendance, l'arrêt du cannabis et l'augmentation de l'alcoolisation**

16 et demi : « confié par ma mère à mes grands-parents, pour éviter les mauvaises fréquentations mais je me faisais livrer à domicile par les dealers. Rien n'y changeait. »

17 ans : décès du grand-père, « j'ai été choqué. Il était mort quand mon oncle m'a demandé de le sortir de la voiture. »

18 ans : rencontre de Blandine, « je me sentais bien avec elle, elle picolait avec moi le week-end mais j'avais beaucoup moins besoin de l'ivresse, j'ai beaucoup diminué. »

21 ans : « j'ai arrêté de fumer du cannabis le jour où elle s'est retrouvée enceinte, ensuite j'ai eu tendance à me retourner sur l'alcool. A la naissance, j'ai arrosé cela. J'étais content d'être père mais j'avais peur de ne pas être à la hauteur.

C'est reparti au bout d'un certain temps du fait de tension avec les collègues, ça m'énervait, je buvais pour me calmer, quand je rentrais ivre, Blandine ne le supportait pas ! »

26 ans : naissance du deuxième enfant, « on a fêté cela, j'avais moins peur, c'était même un soulagement après une grossesse difficile, je continue de consommer au café ou à la maison. »

30 ans : naissance du troisième enfant, « ce n'était pas prévu mais on était content. On serait une vraie famille, il y a plus d'enfants que de parents. »

34 ans : décès de la grand-mère paternelle et de la tante (sœur du père). « Ma grand-mère, je l'ai accompagnée pendant une semaine, elle m'avait fait promettre de l'aider et de la débrancher ... ça a été très dur, j'étais tout seul. Elle avait été ma mère de substitution pendant un an et demi. Je lui rappelais son fils, elle me disait t'es beau mon fieuf. »

### **Perte de contrôle, période noire et décision de changement**

35 ans : « c'est l'âge où je devais mourir [sa fille aînée a le même âge que lui-même à la mort de son père]. J'étais toujours fatigué, angoissé, toujours obnubilé, des cauchemars la nuit, non disponible pour les autres. Pas un soir où je ne picolais pas. Un soir je suis allé demander de l'aide sur un coup de tête. Je me suis enfui deux jours plus tard. Puis, je suis allé consulter mon médecin traitant, il m'a envoyé vers vous. »

36 ans : « j'ai passé le cap des 35, j'ai envie de vivre maintenant. Depuis la sortie du Sablier, j'ai repris trois bières et je suis revenu tout de suite. J'ai quelques soucis avec ma fille qui se rebelle contre sa mère et se rapproche de moi. »

Avenir ? : « diminuer les médicaments, retrouver un équilibre familial pour se sentir bien tous les cinq, passer des week-ends en couple avec Blandine, reprendre le travail en mi-temps thérapeutique, continuer les entretiens thérapeutiques avec ma mère. Et plus tard, changer de région, aller au soleil ... »

L'addiction alcoolique semble avoir constitué un court-circuit qui entraînait une distorsion de la temporalité, déniait le temps mais ne permettant pas la transformation. Annuler la vie pour échapper à la mort ? Le génogramme et l'itinéraire auront-ils participé à restaurer une chronicité, une permanence de vie qui autorise le changement, un sentiment d'appartenance qui favorise l'autonomie ? M. R. évoque la possibilité de choisir de vivre désormais.

Steenwerck, février 2005

## Une expérience de thérapie communautaire en prison : voyage vers l'espoir

Atelier 6  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Solange Keighan, Psychologue, spécialiste des questions de délinquance, toxicomanie et psychiatrie,  
chargée de cours à l'université de Montréal, coordonnatrice clinique du programme STOP

### GESTION DU RISQUE ET RELATION D'AIDE

#### LA RENCONTRE DU PRODUIT, DE LA PERSONNALITE ET DU CONTEXTE CARCERAL DANS UNE PERSPECTIVE D'INTEGRATION SOCIALE

En avril 1992, le Service correctionnel du Canada implantait au Québec un projet pilote au sein d'un pénitencier fédéral, le Centre fédéral de formation ; il s'agissait du seul programme de traitement pour les délinquants toxicomanes au Canada dans un pénitencier à sécurité minimale : le programme STOP. Ce programme, situé dans un milieu semi-ouvert, pouvait accueillir jusqu'à 20 résidents. Il s'adressait à des détenus chez qui un problème de toxicomanie de niveau élevé avait été identifié. Traduits en scores au QIMV, il s'agissait de résultats indiquant une dépendance grave à l'alcool et/ou aux drogues. De plus, le lien entre les activités criminelles et la consommation d'alcool et de drogues constituait un des principaux critères de sélection des participants. Le programme thérapeutique était d'une durée minimale de neuf mois et était offert sur une base volontaire. Les résidents étaient en thérapie sept jours par semaine. Leur temps était partagé entre des périodes d'activités thérapeutiques et les autres activités régulières de travail, de formation et de loisirs.

La bonne marche d'un programme de traitement en milieu carcéral nécessitait du travail et de l'implication de la part de toute l'équipe d'intervention. Au départ, cette équipe était composée de six intervenants qui étaient des agents de correction ayant suivi une formation particulière en intervention. Ce sont les intervenants qui animaient la plupart des activités thérapeutiques. Leur rôle était partagé entre l'intervention thérapeutique et les tâches liées à la sécurité. Quatre ans plus tard, les agents de correction furent remplacés par deux intervenants spécialisés en toxicomanie. Par contre, les agents de correction ont continué de s'impliquer activement au sein du programme. Une psychologue assurait la coordination clinique du programme. Ses tâches incluaient notamment le soutien à l'intervention, la supervision clinique, l'intervention auprès des résidents ainsi que l'orientation et le contenu clinique du programme. Pour l'assister dans ses fonctions, on faisait appel, sur une base ponctuelle, à une consultante externe en toxicomanie, une psychologue reconnue dans le domaine. Celle-ci collaborait également à la formation des intervenants. Un autre acteur important était l'agent de gestion de cas qui, par sa participation active dans tout ce qui touche la communauté, constituait un collaborateur indispensable. Pour compléter l'équipe, un administrateur assurait la gestion de la communauté thérapeutique au niveau des ressources financières, humaines et matérielles. Il veillait à encadrer et soutenir l'équipe et veillait à assurer la survie du programme selon les directives du Service correctionnel.

## **Description du programme STOP**

Le programme STOP a adopté comme approche thérapeutique, la communauté thérapeutique. La communauté thérapeutique est un modèle d'intervention basé sur la pression des pairs, la confrontation et le développement de la capacité d'empathie. Une communauté thérapeutique est un milieu très structuré où les canaux de communication entre les pairs eux-mêmes de même qu'entre les pairs et les membres du personnel sont bien définis. Combiné avec des tâches répétitives et rituelles, ce type d'environnement thérapeutique libère les individus d'une partie de l'incertitude issue de leur incapacité à gérer leur existence. Cette énergie redevenue disponible permet l'auto-analyse et le changement.

D'autres modalités d'intervention furent intégrées, notamment les approches qui favorisaient l'introspection et la recherche de sens. De plus, un travail au niveau de la prévention de la rechute occupait une part importante du traitement.

## **La philosophie**

- J'ai choisi d'être ici parce que je veux acquérir des valeurs positives et je ne veux plus mentir.
- Tant que je ne parviendrai pas à me révéler et à me confronter aux autres, je continuerai de fuir.
- Craignant de me découvrir et de me révéler, je ne peux me connaître ni faire confiance aux autres et je continuerai d'être seul.
- Ici, je peux me voir et être accepté comme je suis. À travers vous, je me reconnais aussi, non pas comme le géant de mes rêves ni le nain de mes craintes, mais comme une personne qui a sa place et son rôle parmi nous.
- Ici, je peux enfin m'affirmer comme étant un individu à part entière, avec mes faiblesses et mes forces. Je veux grandir non plus seul mais ici avec vous tous.

Notre première cible d'intervention était le comportement. La base de nos interventions reposait sur l'agir et non pas sur les significations de l'agir. Une confrontation dont la ligne de départ est le comportement rencontrera moins de résistance puisqu'elle repose sur l'observable. En acceptant le fait que les comportements sont appris et maintenus par contingences, un changement d'environnement est nécessaire. La communauté thérapeutique permettait ce changement.

Lorsque la confrontation au niveau comportemental était acceptée par l'individu, nous tentions de comprendre le comportement dans son contexte, d'en saisir la signification et d'évaluer la motivation de l'individu. La recherche de la signification commençait. La pression des pairs est généralement très efficace dans une communauté thérapeutique puisque nous avons majoritairement à composer avec des individus chez qui le besoin de se conformer est très présent. La pression qui était exercée visait un changement d'attitudes et de valeurs.

Au programme STOP, l'accent était mis sur l'esprit et l'atmosphère d'une famille. On référerait aux résidents sous le nom de 'La famille'. La hiérarchie à l'intérieur de la communauté thérapeutique reproduisait la structure familiale traditionnelle. Le développement d'un individu dans cette optique peut être perçu comme celui d'un enfant. Au début, l'autorité décide pour le résident ce qu'il peut ou ne peut pas faire. Au fur et à mesure qu'il se développe, l'enfant adolescent assume de plus en plus de responsabilités, prend des décisions, devient perceptif face à lui-même et aux autres pour finalement atteindre l'âge adulte et se détacher des liens parentaux pour repenser sa vie.

Cette structure familiale donnait le ton aux interactions à l'intérieur de la communauté thérapeutique : les membres du personnel traitaient les résidents tantôt comme des égaux ayant besoin de support et d'encouragement, tantôt comme des personnes qui avaient besoin de directives précises.

## **Objectifs généraux du programme STOP**

- Offrir un cadre environnemental qui permet aux toxicomanes de vivre un changement en profondeur au niveau de leur manière d'interagir avec les autres ainsi que dans leurs habitudes de consommation de drogues et d'alcool. Une modification des valeurs personnelles et des comportements qui en découlent (du négatif vers le positif) contribuera à la diminution des risques de récidive liés à ces facteurs.
- Acquérir un certain degré d'épanouissement personnel et d'adaptation à la vie afin de pouvoir fonctionner dans la société en citoyens respectueux des lois.

## **Objectifs cliniques spécifiques du programme STOP**

Au terme de son cheminement, on s'attend à ce que le détenu soit en mesure de cesser sa consommation d'alcool et de drogues, de comprendre les raisons de sa consommation, de donner un sens à sa toxicomanie et à ses délits, d'apprendre à identifier les situations à haut risque et les éléments déclencheurs de la rechute et de développer des stratégies de prévention de la rechute. D'autres objectifs étaient également visés :

- Amener l'individu à identifier les sentiments et émotions vécus,
- Lui faire vivre la réalité qu'il est accepté comme personne,
- Lui apprendre à communiquer et à développer un lien avec les pairs (capacité d'attachement),
- Lui apprendre à faire face à ses conflits d'une façon mature et responsable,
- Lui enseigner à prendre ses responsabilités et à les mener à terme,
- L'amener à verbaliser ses problèmes émotifs et affectifs devant ses pairs,
- Vivre ses émotions sans consommer,
- Partager les événements significatifs de sa vie,
- Développer sa capacité d'empathie,
- Apprendre à respecter autrui,
- Augmenter sa tolérance à la frustration,
- Apprendre à être honnête envers soi et autrui,
- Augmenter le contrôle sur ses impulsions agressives,
- Identifier et traverser ses peurs,
- Composer avec les interdits et les figures d'autorité,
- Apprendre à réfléchir avant d'agir,
- Apprendre à demander de l'aide,
- Identifier ses mécanismes de défense,
- Augmenter sa capacité d'auto critique,
- Consolider son identité,
- Développer un système de support positif à l'extérieur du milieu carcéral,
- Composer avec les rechutes comportementales,
- Utiliser et maîtriser les outils thérapeutiques.
- Adhérer aux valeurs de la communauté thérapeutique.

L'effort du traitement vise à donner à l'individu le sentiment qu'il est aimé comme personne mais que certains de ses comportements ne peuvent être acceptés et doivent changer. Lorsque confronté au sujet d'un comportement ou d'un sentiment, un individu doit toujours tenter de comprendre de quelle manière lui et les autres sont affectés par ce comportement. Le comportement ou l'incident devient le véhicule à partir duquel un individu acquiert une meilleure compréhension de lui-même. Il développe ses compétences interpersonnelles et sociales. Il développe des valeurs qui condamnent les conduites déviantes.

## **Les règles de base**

- Non consommation de drogues
- Aucune menace ou violence physique ou verbale
- Interdiction de relations sexuelles
- Respect de la confidentialité

## **Le rôle de l'intervenant**

L'intervenant au sein d'une communauté thérapeutique considère l'individu en thérapie comme étant capable de prendre ses responsabilités et d'analyser ses comportements et comme ayant besoin de directives précises. L'intervenant doit donc composer avec deux types d'intervention : l'aide et le contrôle.

L'intervenant dans une communauté thérapeutique est un modèle et un miroir pour l'individu en thérapie. Il est un modèle de communication, d'identification et de responsabilité. Il sera observé, ciblé lorsque la pression sera trop forte, cité en exemple, imité ... Il est un miroir puisqu'il partage avec l'ensemble de la communauté la compréhension qu'il a des individus du groupe et des situations vécues, remettant ainsi entre les mains de ces mêmes individus toute la responsabilité de changement. Il demeurera personnel dans ses interventions mais consistant et congruent avec les autres intervenants. Il demeurera, dans la mesure du possible, imprévisible dans sa manière d'agir.

## **Le système de valeurs et d'attitudes**

Les valeurs préconisées par le programme STOP étaient clairement définies : l'honnêteté, l'engagement, la confiance et l'ouverture.

- Être honnête signifie que je dis la vérité. Je suis capable de me regarder au sens de la quatrième étape des Alcooliques anonymes, soit de faire l'inventaire moral de soi.
- Être engagé signifie que je veux changer et je ne veux plus perdre de temps.
- Avoir confiance veut dire qu'un autre membre de la communauté ne devrait pas délibérément me faire du mal et je ne devrais pas délibérément faire du mal à un autre membre de la communauté.
- L'ouverture signifie que je demeure disponible à recevoir l'aide des autres. J'accepte également de me laisser toucher émotionnellement par les autres, à recevoir la rétroaction des autres, à changer mes valeurs.

« Tant qu'une personne n'a pas souffert de partager ses secrets, il n'y a aucune protection contre eux »

## Les outils thérapeutiques de base

### **Confrontation et enseignement**

La confrontation est une forme distincte et cruciale d'aide enseignée et encouragée dans la Communauté thérapeutique. La qualité de la confrontation et l'émergence de l'auto confrontation sont les meilleurs baromètres de l'individu dans l'entreprise thérapeutique. L'ultime succès de l'intervention thérapeutique se situe dans le courage de transformer la confrontation des membres du personnel et des pairs en auto confrontation et de l'intégrer dans l'ensemble de ses expériences. Ce changement s'opère au même rythme que l'intégration des valeurs de la Communauté thérapeutique et leur transformation en valeurs personnelles. La motivation au changement, qui est à l'origine extrinsèque, devient intrinsèque.

La confrontation comme outil de croissance est présente dans toutes les activités de la Communauté thérapeutique et est toujours empreinte de respect. Le premier modèle de confrontation pour le résident est l'intervenant. Si ce dernier assure une confrontation saine, constante et en profondeur, le résident sentira la pression et visera la même qualité de confrontation (de lui-même et des autres). Le nombre n'est nullement visé ici ; il est question de qualité et de profondeur.

L'intervenant a le privilège de confronter le résident dans les circonstances suivantes :

- suite à un comportement sur le plancher ou dans un groupe,
- sur un engagement personnel,
- sur une expérience d'apprentissage,
- suite à n'importe quel privilège accordé,
- sur la qualité de son travail,
- sur la qualité de son implication dans les groupes,
- sur la qualité de sa confrontation,
- sur son utilisation des différents outils thérapeutiques.

Confronter une attitude, c'est prendre contact avec le sentiment ou l'erreur de pensée (dialogue intérieur) qui a précédé l'attitude. L'attitude se présente comme une défense ; il faut amener le résident à réaliser ce que cache, ce que protège l'attitude. L'attitude est le compromis le plus facilement accessible pour l'individu, le résultat de la négociation la moins coûteuse en termes d'économie personnelle. Il faut découvrir toute la gymnastique psychologique qui a conduit à l'attitude.

Afin de ne pas les confondre, le sentiment et/ou la cognition précèdent toujours l'attitude. Au moment de la confrontation, il faut garder le résident centré sur lui-même; la dimension d'autrui sera apportée lors de l'enseignement. La confrontation ne vise qu'une chose : l'augmentation du niveau de conscience. Il est impératif de vérifier régulièrement la qualité de la confrontation entre les résidents.

Il est possible de vérifier si la confrontation est efficace (la nôtre et celle faite sur le plancher par les résidents).

Une confrontation efficace entraînera les manifestations suivantes :

- une modification des émotions de la personne confrontée (il ne faut pas ici confondre avec l'effet temporaire chez un individu qui se sent mieux après s'être vidé le cœur sans pour autant avoir opéré un changement au niveau de ses conceptions),
- une modification dans l'expression ou dans l'agir (nous pouvons ici croire que l'émotion ou l'idée qui l'alimentait a été modifiée),
- un approfondissement des engagements, des rapports de progrès, des enseignements ...

La confrontation donne toujours lieu à un enseignement, immédiatement ou après un délai planifié. L'enseignement ne doit jamais prendre la forme du 'jeu' de pouvoir, d'un rapport de force. Il doit être logique et

doit être le reflet du gros bon sens et des valeurs de base de la Communauté thérapeutique. L'enseignement doit être en rapport direct avec l'attitude, la croyance ou la valeur confrontée. Il vient de notre propre expérience personnelle ou de celle des autres et véhicule les principes de base de la Thérapie de la Réalité.

L'enseignement est un outil utilisé par les membres du personnel et les résidents qui se montrent aptes à assumer cette responsabilité. Selon le vocabulaire de la Communauté thérapeutique, le résident formulant l'enseignement ne doit pas lui-même 'véhiculer' l'attitude, la croyance ou la valeur confrontée.

## **Les autres outils thérapeutiques**

### **La hiérarchie**

Il existe une distribution hiérarchique des responsabilités et des privilèges au sein d'une communauté thérapeutique. La progression du résident dans la hiérarchie est fonction de sa progression personnelle dans le programme. Ce sont les membres du personnel qui attribuent aux résidents leur place dans cette hiérarchie. Les membres du personnel sont au-dessus de cette hiérarchie et possèdent un droit de regard absolu sur tout ce qui touche les décisions thérapeutiques.

La hiérarchie joue aussi un rôle : elle est là aussi pour apprendre à la confronter. Celui qui se trouve au bas de l'échelle doit apprendre à dire ce qu'il pense et ce qu'il ressent en face de quelqu'un qui a plus de pouvoir que lui. La tendance des toxicomanes à la fuite, au laisser-faire, au refoulement est ainsi directement abordée.

### **Le vocabulaire**

Les résidents du programme véhiculent un vocabulaire bien particulier et commun à toutes les communautés thérapeutiques qui permet une interprétation uniforme et constitue une référence rapide dans les confrontations, enseignements et échanges quotidiens.

### **Pointer les attitudes**

Chacun des membres de la communauté thérapeutique doit pointer les attitudes ou comportements problématiques de leurs pairs. Ces comportements sont par la suite confrontés et enseignés par la famille.

### **Le recul/contrôle/analyse**

Cet outil permet à l'individu de prendre un pas de recul lorsque les sentiments vécus sont trop intenses. Lors de ce recul, il peut davantage contrôler ses émotions et la situation. Finalement, il peut réfléchir sur les circonstances ou l'incident qui a provoqué ses sentiments. Cet outil a pour but d'augmenter le contrôle sur les impulsions et éviter les passages à l'acte (verbal ou non verbal).

### **Le partage des sentiments**

C'est exprimer à quelqu'un les sentiments qu'il nous a fait vivre dans une situation particulière, s'interroger avec l'aide de cette personne sur le pourquoi de ces sentiments. C'est clarifier la situation, apprendre à régler des conflits d'une façon mature. Le partage de sentiments permet à l'individu d'exprimer et d'identifier ses émotions. Après un certain temps, l'individu acquiert une meilleure connaissance de lui-même et un meilleur contrôle sur ses émotions.

## Les différents groupes

### **La réunion du matin ou morning meeting**

Cette réunion se déroule tous les jours de la semaine. Au début de la journée, la famille se réunit pour la réunion du matin. Le but de cette réunion est d'abord de donner du feedback sur les attitudes et comportements de la journée précédente. Cette réunion sert également à orienter la journée dans le sens voulu par les membres du personnel. Enfin, cette réunion permet de transmettre le système de valeurs et d'attitudes de la communauté.

### **La réunion du soir ou night meeting**

Cette réunion se déroule tous les soirs de la semaine. La famille se réunit ensemble pour faire le point sur la journée, ce qu'ils ont appris, ce qu'ils ont vécu, les événements qui les ont marqués, les difficultés qu'ils rencontrent...

## **Les deuxièmes groupes**

Après la réunion du matin, il y a un deuxième groupe. Ce deuxième groupe a lieu du lundi au vendredi inclusivement. Le contenu de ce groupe varie en fonction de la dynamique du groupe. Toutefois, il y a certains groupes plus réguliers que d'autres. Il y a, entre autres :

- Le groupe des engagements : les engagements, au nombre de trois, pris devant les pairs par l'individu constituent des outils d'identification au groupe et de confrontation. La prise d'engagement permet une approche graduelle de l'auto-analyse. Le fait d'être graduelle est essentiel puisque nous reconnaissons que l'auto-analyse est ce qu'il y a de plus souffrant à accomplir. Exemple d'un engagement : comment augmenter ma capacité à ressentir davantage mes émotions sans les rationaliser.
- Les séminaires : il existe trois sortes de séminaires, sur sa vie, sur ses mécanismes de défense et sur ses acquis. Les trois se suivent dans l'ordre.
- Adresse verbale, rapport de progrès, expériences d'apprentissage et meeting famille : ces outils servent à confronter les résidants qui ont des difficultés à identifier leur comportement problématique, ou encore à confronter leur motivation de base.
- Le groupe sentiment : le but du groupe sentiment est d'enseigner aux résidants à exprimer verbalement leurs sentiments. Il y a un délai entre le moment où le sentiment est exprimé et l'incident qui l'a provoqué. Ce délai assure d'abord l'apprentissage du contrôle des impulsions et amène ensuite le résidant à se confronter directement avec l'autre. Il apprend à ne plus retourner ses sentiments contre lui-même ou à s'engager dans un passage à l'acte agressif mais à les exprimer en utilisant le support cognitif.
- Groupe confrontation : ce groupe vise à vérifier la qualité du travail thérapeutique qui est fait sur le plancher. C'est aussi le moment pour confronter les résidants qui ont été plusieurs fois confrontés et enseignés sur la même attitude sans n'avoir pu s'amender. C'est également le moment de confronter les individus qui sont très habiles à contourner la confrontation lorsqu'elle est faite sur une base individuelle.

- Résolution de conflits : ce groupe permet aux résidants de se familiariser avec les étapes à suivre pour résoudre un conflit. Les conflits apportés sont réels.
- Improvisation : ce groupe permet aux résidants de traverser leurs peurs dont celles du ridicule, du rejet et du jugement.
- Mises en situation : ce groupe vise à outiller les résidants au niveau de leur affirmation de soi. Nous prenons les situations conflictuelles au sein de la communauté pour les reproduire, les commenter et apporter des éléments de réponse.
- Rechutes de comportements et de consommation : ce groupe a pour but de préparer la rechute de son voisin dans les moindres détails. Ce groupe vise à identifier les émotions à risque, les situations à risque et les personnes à risque.
- Préparation de fin de semaine : ce groupe permet à la famille de préparer leur fin de semaine avec des activités individuelles et collectives.
- Probe : ce groupe, composé de trois résidants maximum, permet à celui qui en a fait la demande de verbaliser des événements intimes et douloureux dans une atmosphère de non confrontation avec des pairs en qui il a le plus confiance. (Exemple : inceste, abus sexuels...).
- Groupe avec la consultante clinique : ce groupe, à fréquence hebdomadaire, permet de toucher à des thèmes plus spécifiques (la paternité, la fonction du produit, le sens du délit, les avantages de l'incarcération ...).

De plus, nous invitons des personnes ressources de l'extérieur dans le but d'informer les résidants sur divers sujets tels que:

- VIH/SIDA,
- Sexualité,
- La violence conjugale,
- Ex toxicomanes réhabilités,
- La réinsertion des ex-résidants du programme STOP,
- Le personnel de certaines maisons de transition,
- Autres.

## **Phases du programme STOP**

### 1- Phase d'intégration

Cette phase d'une durée moyenne de trois mois permet au résidant d'observer et de se familiariser avec le langage et les outils thérapeutiques du programme. Il doit préparer un séminaire sur son vécu. Il doit apprendre à exprimer et identifier ses émotions.

### 2- Phase d'implication

Cette phase d'une durée moyenne de quatre mois permet au résidant d'identifier de façon plus spécifique ses comportements problématiques et de les travailler plus en profondeur. Il doit également préparer un séminaire sur ses mécanismes de défense.

### 3- Phase d'engagement

Cette phase d'une durée moyenne de trois mois permet au résidant d'enseigner les valeurs de la communauté et d'appliquer les outils thérapeutiques au sein de la famille. Il doit préparer un séminaire sur ses acquis.

\*\*\*\*\*

Suite à la description des fondements et des principes d'une communauté thérapeutique, certaines questions demeurent importantes à considérer ...

- Quelles sont les conditions d'admissibilité ?
- Comment peut-on instaurer une famille fonctionnelle au sein d'un milieu récalcitrant ?
- Quels autres types d'approches thérapeutiques peut-on privilégier ?
- Quels sont les impacts psychologiques possibles de ces différents types de stratégies ?
- Ce milieu expérimental prépare-t-il mieux les résidants à leur retour en société ?
- La problématique de délinquance joue-t-elle un rôle favorable ou non sur l'issue de la thérapie ?
- Après huit années d'expérimentation, quels sont les résultats observés ?

## **Les conditions d'admissibilité**

### **Sur le plan de la sécurité**

Cote de sécurité faible ou conditionnelle au programme pour les candidats provenant d'un pénitencier à sécurité médium.

- Ne pas posséder de passages à l'acte récent,
- Absence récente de rapport d'offense,
- Être prêt à se désister de son audience à la Commission nationale des libérations conditionnelles pour une période de dix mois,
- Risque d'évasion faible,
- Risque de violence faible,
- Absence récente d'information au niveau de l'Agent de sécurité préventive,
- Engagement par écrit à demeurer au sein du programme pour une durée minimale de neuf mois.

### **Sur le plan clinique**

- Être référé par son équipe de gestion de cas,
- Être réellement motivé à entreprendre une démarche vers l'abstinence et le changement de valeurs,
- Reconnaître le problème de toxicomanie et les comportements qui en découlent,
- Posséder une bonne capacité d'introspection,
- Posséder une bonne capacité de remise en question,
- Risque de suicide faible.

## **Comment peut-on instaurer une famille fonctionnelle au sein d'un milieu récalcitrant ?**

Le programme STOP était basé sur le modèle de la communauté thérapeutique, donc notre approche reposait sur la confrontation et la pression des pairs. La thérapie de groupe (la confrontation et la pression des pairs, deux outils thérapeutiques) est extrêmement efficace à l'intérieur des murs, on se sert des pairs pour briser la loi du milieu, la loi du silence et l'image du 'toff'. Les outils suivants sont également très efficaces :

- Le concept de communauté thérapeutique,
- La notion de famille,
- La recherche de nouvelles valeurs,
- La notion de responsabilisation,
- La notion de se réapproprier du pouvoir d'influence,
- L'établissement de buts,
- Les différents outils thérapeutiques.

## **Quels autres types d'approches thérapeutiques peut-on privilégier ?**

- L'éclectisme est de mise,
- Psychoéducation,
- Cas par cas,
- Approche psycho dynamique,
- Approche humaniste,
- Approche cognitivo behaviorale,
- Approche systémique,
- Thérapie de la réalité.

## **Quels sont les impacts psychologiques possibles de ces différents types de stratégies ?**

- Accepter d'être vulnérable ou d'avoir peur,
- Accepter de dire la vérité,
- Différencier passé, présent, avenir,
- Augmentation du malaise intérieur,
- Composer avec la notion d'autorité,
- Apprendre à faire des nuances,
- Apprendre le sens des responsabilités,
- Augmenter le niveau de conscience,
- Apprendre à nommer sa colère,
- Élargir son registre émotif,
- Composer avec les rechutes de comportements négatifs,
- Apprendre à composer avec les affects dépressifs possibles,
- Comprendre une rechute de consommation,
- Abandonner le programme.

## **Ce milieu expérimental prépare-t-il mieux les résidants à leur retour en société ? Que doivent-ils traverser ?**

Il est fort difficile de répondre à cette question. Une étude serait nécessaire. Par contre, les facteurs suivants les attendent fermement et chacun les traverse avec son bagage ...

- Le traitement est un cadeau empoisonné,
- Les conditions de libération ou traverser la sentence,
- La présence ou l'absence de réseau social,
- La résistance au stress ou le degré de résilience,
- Remplacer la notion de plaisir,
- Apprendre à composer avec la souffrance normale de la vie,
- Accepter de demander de l'aide au bon moment et à la bonne personne,
- Éviter les conduites de sabotage,
- Apprendre à généraliser les acquis,
- Identifier la vulnérabilité à la rechute et à l'écart et savoir appliquer les stratégies de prévention de rechute,
- Apprendre une deuxième langue dans le sens de changer de discours,
- Vivre en tant que citoyen respectueux des lois ou tolérer l'autorité.

## **La sévérité de la problématique de la délinquance joue-t-elle un rôle favorable ou non sur l'issue de la thérapie ?**

Nous avons tendance à penser que le trouble de la personnalité antisociale semble augmenter le coefficient de difficulté durant le traitement. Nous ne pouvons en être sûrs mais les facteurs suivants jouent également un rôle déterminant.

- Les différentes conditions d'adversité, leurs conséquences et l'impact de celles-ci sur l'alliance thérapeutique,
- Le tempérament et le type de délit ou le mode d'agression,
- La présence du trouble de la personnalité antisociale,
- La symbolique et le lien entre l'histoire de vie personnelle, les caractéristiques du délit et le type de passage à l'acte,
- La capacité de changer de valeurs,
- Les affects dépressifs,
- Les distorsions cognitives, voir les personnes comme bonnes ou méchantes,
- Le lien d'attachement à la marginalisation.

## **Après 8 années d'expérimentation, quels sont les résultats observés**

(Étude de Brochu, Schneeberger et Barrette, 2000)

Une étude a pu mesurer le changement observé chez la clientèle du programme STOP. Les résultats de recherche présentent un portrait des principaux changements survenus chez les résidants qui ont mené à terme leur démarche thérapeutique (n=28) et une comparaison avec ceux qui ont interrompu leur programme avant la fin (n=27).

On y examine le profil de consommation et l'histoire judiciaire des membres de la communauté. On y traite également des attentes et des objectifs à l'égard du programme, des éléments acquis en cours de traitement de même que de la perception des résidants vis-à-vis de la communauté thérapeutique.

Les principaux résultats démontrent que les sujets ayant mené à terme la thérapie présentent certaines constantes dans leur trajectoire. Ainsi, on remarque qu'au moment de l'entrée au programme, les détenus manifestent un désir de comprendre leur mode de vie et d'identifier les éléments pouvant être reliés de près ou de loin à leur problématique de toxicomanie. Ils verbalisent également le désir de travailler à la modification de certains de leurs comportements. Ils sont généralement disposés à demander de l'aide et reconnaissent la compétence des intervenants du programme. L'adaptation semble quelquefois difficile pour certains résidants, entre autre due au fait que la thérapie soit dispensée en milieu carcéral.

Au premier trimestre d'intervention, les résidants semblent, pour la plupart, être dans une phase exploratoire au niveau de leurs problématiques. Ils prennent conscience de celles-ci et manifestent le désir de travailler à identifier et à exprimer adéquatement leurs émotions et sentiments. On remarque qu'à cette étape du programme, les sujets commencent à apprivoiser le langage thérapeutique. Ils commencent également à être plus familiers avec la famille ainsi qu'avec les modes d'intervention.

Lorsque les sujets sont rencontrés pour la troisième fois, on remarque que ces derniers semblent avoir acquis une plus grande capacité d'introspection. Ainsi, ils disent avoir approfondi davantage la compréhension de leurs problématiques. Les détenus affirment également avoir acquis de nouvelles valeurs qui les placent parfois en conflit avec les valeurs véhiculées dans le milieu carcéral. Ils ont le désir de passer à l'action et de mettre leurs acquis en pratique. À cette étape de leur démarche, ils ont généralement compris et accepté les différentes méthodes d'intervention et disent comprendre le bien

fondé de celles-ci. Les résidants déplorent cependant le manque de présence des intervenants sur le plancher.

Une fois la thérapie terminée, les détenus disent posséder une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Ils affirment avoir réussi à acquérir des outils et manifestent une certaine appréhension face à la mise en pratique de ceux-ci à l'extérieur. À la quatrième rencontre, les sujets font généralement une synthèse de leur expérience et ont une vision plus nuancée des lacunes du programme. On remarque à cet égard que les sujets ont tendance à énoncer davantage de suggestions que de critiques à l'égard du programme. Il est également à noter, qu'à la fin de la démarche thérapeutique, les résidants parlent de leurs projets d'avenir de façon plus soutenue.

Comme il a été mentionné, la moitié des participants au programme STOP ne terminent pas leur thérapie. La majeure partie est soit exclue, soit expulsée suite à une décision rendue par les membres du personnel. Par ailleurs, le tiers des participants prend la décision de ne pas terminer le programme. Les résultats de la recherche permettent de mettre en relief certaines différences entre les individus qui ont terminé le programme et ceux qui l'ont abandonné en cours de démarche.

On remarque notamment que les participants qui ont interrompu leur démarche présentent de plus grandes réserves face à la consommation et à la délinquance. Les réticences envers le programme sont nombreuses et persistent à travers le temps.

Il s'agit d'individus davantage centrés sur eux-mêmes. Par ailleurs, on remarque qu'ils ont plus de difficultés à composer avec les figures d'autorité.

### **Une expérience enrichissante en guise de conclusion**

Il serait opportun de souligner l'aspect innovateur d'une telle entreprise. Tout d'abord, de 1992 à l'an 2000, nous avons pu démontrer qu'un modèle d'intervention de type communauté thérapeutique était viable derrière les murs. Il est aussi important de souligner que ce type de programme était unique au Canada. Concrètement, à cause de ce programme, des détenus pouvaient choisir sur une base volontaire de venir en traitement pour faire le point sur leur vie et trouver des moyens pour éviter une rechute avec l'alcool et les drogues ainsi qu'une éventuelle récidive. Ce programme était une fenêtre ouverte dans l'univers carcéral.

Ce programme était innovateur au niveau du traitement dans le sens qu'il faisait appel à un véritable éclectisme en matière d'intervention. Le recours à plusieurs techniques d'intervention s'appuyait sur un cadre théorique clair. Ce cadre théorique était celui d'un milieu de vie dans la tradition de Synanon, de Daytop et plus particulièrement de Portage qui fût le modèle de base. Ce milieu de vie permettait aussi de faire appel aux contributions du modèle psychodynamique lorsqu'il s'agissait de traiter les séquelles laissées par une enfance marquée par l'abus ou la négligence. Il permettait aussi de se servir des approches phénoménologiques. Une importance était accordée à la responsabilisation des résidants face à leurs gestes ainsi qu'à leur devenir et chaque personne était vue comme possédant les ressources nécessaires pour s'actualiser. Enfin, les approches cognitives sociales permettaient aux résidants de mieux anticiper le futur et de prévenir les rechutes. Nous ne pouvons mettre de côté que le programme était adressé dans un milieu de vie où les contraintes étaient visibles de toutes parts puisque les activités prenaient place dans une vraie rangée cellulaire, mais où le soutien des pairs était omniprésent. «You alone can do it, but you can't do it alone» dit la tradition de Synanon et de Daytop (USA).

Bien que ce programme ait pu exister, ce serait de l'imposture que de crier au succès total. Les résidants du programme STOP présentaient souvent d'importants problèmes de santé mentale et leurs difficultés d'adaptation étaient parfois significatives. Nous sommes encore à l'aube d'interventions efficaces avec de tels cas, et les succès sont souvent mitigés dans les unités de traitement pour les diverses problématiques associées à la délinquance. Toutefois, l'équipe clinique a pu réussir à créer un lieu où un certain nombre de choses difficiles à dire en milieu carcéral pouvaient être exprimées. Ces contenus reflétaient parfois l'ambiguïté que vivaient les résidants par rapport à certains phénomènes ou situations de leur vie. Par exemple, certains résidants se sentaient autorisés de dire qu'ils détestaient être privés de leur liberté tout en trouvant des avantages certains à l'incarcération. D'autres estimaient avoir été des victimes à cause de leur situation familiale et se sentir en même temps coupables d'avoir à leur tour agi en bourreau ; certains pouvaient nous faire part qu'ils désiraient sortir du pénitencier et avoir tout à la fois peur de ne pouvoir supporter le stress de la vie 'normale'. Au programme STOP, on pouvait nommer ces contradictions et, ce faisant, se sortir d'un univers manichéiste où seuls existent les bons et les méchants, les victimes et les bourreaux, les détenus et les gardiens, les citoyens et les autres.

Tout ce discours sur la tolérance de l'ambiguïté peut sembler banal, mais cette façon de faire connaître ses propres contradictions constituait une rupture avec la tradition des communautés thérapeutiques des années 70. Ce milieu de vie ne présentait que des certitudes aux résidants, dans un modèle binaire qui ne prévoyait que l'échec ou la réussite, la vie sans drogue ou la déchéance. Le travail qui se faisait à STOP sur la prévention de la rechute, le choix d'objectifs de réinsertion sociale appareillés aux forces et aux faiblesses de chacun des résidants, tout cela permettait à tous, résidants comme membres du personnel, de vivre avec l'ambiguïté et de voir la réadaptation comme un processus au long cours.

Le travail de réseau en médecine générale et alcoologie,  
alcoologie et service social : d'un monde à l'autre (1)

Atelier 7  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Yves Coulombier, Assistant de service social spécialisé en alcoologie auprès du Conseil Général du Calvados

Lorsqu'on m'a proposé de parler de mon travail d'assistant social spécialisé en alcoologie au Conseil Général du Calvados, c'est avec grand plaisir que j'ai accepté.

En effet, j'ai la chance d'avoir pour mission, entre autres, de favoriser les liens entre les services d'alcoologie et les différents intervenants sociaux. Il me faut encourager les travailleurs sociaux à "s'alcoologiser" d'une part, et d'autre part, "socialiser" (au sens travail social) les services d'alcoologie. Tout cela dans une recherche pour élucider les rapports entre l'homme et l'alcool.

J'exerce cette fonction depuis 1992, au départ, dans le cadre du RMI uniquement, puis progressivement mes fonctions se sont élargies aux problèmes sociaux liés à l'alcool sur l'ensemble du Département du Calvados.

Actuellement, ma mission se décompose en deux parties :

- Apporter une aide individuelle aux personnes ayant un problème d'alcool directement ou indirectement (entourage, travailleurs sociaux, différents acteurs sociaux, ...),
- Effectuer un travail collectif d'animation en alcoologie pour atténuer le malaise créé par les situations sociales.

Aujourd'hui, je vais vous parler de ce travail collectif qui est constitué essentiellement de deux types de prestations complémentaires : animation des Groupes Alcool et des groupes Analyse de situations.

- Les groupes Alcool ont pour objectif de créer une dynamique locale autour des problèmes d'alcool. Ils sont constitués d'environ 12 personnes, tous intervenants sociaux sur un même territoire géographique, si possible de profession différente. Par exemple : travailleuses familiales, assistants sociaux, éducateurs, élus, formateurs, secrétaires de mairie, chefs d'équipe, puéricultrices, gendarmes, secours catholique, alcoologues, ...

§ Je propose de changer de lieu à chacune des cinq rencontres pour permettre de visualiser où travaillent les partenaires.

§ Je demande à chacun de s'engager à faire un compte-rendu de séance au moins une fois avec une autre personne du groupe qu'il ne connaît pas ou peu. Ce compte-rendu doit être original dans le but de 'casser la routine', de prendre du plaisir à le faire puis à le transmettre. Ce compte-rendu peut prendre l'apparence d'une mise en scène, d'un dessin, d'une chanson, d'un jeu, d'un plat culinaire, etc. J'ai d'ailleurs dans mon bureau une exposition permanente de comptes-rendus et chacun est invité à venir admirer les œuvres collectives.

Ce compte-rendu oblige à retraduire autrement le contenu de la précédente rencontre. Lorsque l'on fait le bilan du groupe Alcool, les comptes-rendus font partie des points forts et présentent un fort pouvoir pédagogique.

§ Ces rencontres d'une demi-journée sont espacées d'environ trois semaines/un mois pour permettre aux participants de faire des expériences de terrain.

§ Le contenu de ce groupe alcool est une méthodologie d'alcoologie sociale se décomposant en cinq phases (une par demi-journée) :

⊃ Voir : Passer de l'impression à la conviction. C'est tout le problème du diagnostic social de l'alcoolisme, la confrontation au déni de l'acteur social qui n'est pas intéressé par la conviction car cela l'entraînera vers une obligation morale d'en tenir compte.

∨ Dire : Quand le travailleur social a la conviction, se pose la question du dire : qui le dit et à qui, quand et où, pourquoi, comment ?

Ž Les déclencheurs de changements : Ce n'est pas parce qu'on a dit un problème d'alcool que l'alcoolique décidera de devenir abstinent. Le travailleur social rencontrera d'abord de petits changements dans la gestion de l'alcoolisation. Les changements seront liés à la conscience d'avoir plus d'inconvénients que d'avantages à une situation.

La place de l'intervenant social est tout à fait inconfortable puisque ici, en France, il essaye de résoudre les inconvénients que son client peut avoir ; il empêche ou retarde une expulsion, un licenciement, une suspension de RMI, une incarcération, une coupure EDF...

Il prive donc souvent l'alcoolique de conscience, d'inconvénients et l'aide proposée peut vite devenir un avantage pour l'alcoolique et donc une raison de s'alcooliser davantage.

L'acteur social peut ainsi être amené à déplorer une situation qu'il a cautionnée. Dans cette troisième étape, nous parlons du triangle dramatique de Stephen KARPMANN (S-V-P) et du "syndrome de Zorro" qui bien souvent caractérise le travail social.

- L'orientation : Le groupe va visiter un service d'alcoologie ambulatoire et hospitalier ou participe à un groupe de parole ouvert au public. L'objectif de cette séance est le rapprochement entre travailleurs sociaux et soignants : la visite fait généralement tomber des à priori et permet par la suite de favoriser des liens.

En effet, le travailleur social peut mieux orienter ses clients quand il peut mettre un visage sur un nom, qu'il est à même de décrire physiquement le service vers lequel il oriente le type de prise en charge, la durée,...

Cette visite permet également aux soignants de réaliser la place que peut avoir le social dans un parcours alcoolique.

- Les premiers temps de l'abstinence : Cette étape est censée apporter une aide aux travailleurs sociaux sur ce que le médical appellerait la 'post cure'. Elle est caractérisée par une phase hyperactive d'une durée variable et fréquemment suivie d'une phase dépressive dont la solution est la ré alcoolisation.

Lorsque le travailleur social sait ce qui peut se produire, il peut anticiper les événements et rendre une rechute 'éducative' au lieu de la vivre comme un échec.

Au terme de ces cinq séances, nous faisons un bilan puis je propose, pour ceux qui le souhaitent, de faire partie d'un groupe analyse de pratiques.

Le groupe analyse de pratiques : appelé également régulation, étude de situation, groupe d'appui technique, etc. Il est composé de 15 personnes maximum d'horizons professionnels variés.

Nous gardons généralement le même esprit que les groupes alcool et changeons de lieux à chaque séance. Le groupe est souvent géré par un comité de pilotage pour l'organisation et l'intendance avec une durée de vie limitée à 5 ou 6 demi-journées (cela permet un réajustement ou renouvellement).

Mon intervention ne concerne que l'aspect technique, alcoologique.

Le ton de ces groupes Analyse de pratiques est souvent léger. L'humour et la convivialité y ont une grande place et contribuent à apporter une distance nécessaire par rapport aux situations présentées.

En ce qui concerne l'aspect technique, je commence toujours par un rappel de l'objectif :

- § Aider la personne qui présente la situation.  
Cet objectif est fréquemment rappelé lors de la séance. La principale dérive constatée est de vouloir aider l'alcoolique (l'absent !).

Puis, je rappelle quelques règles :

- § Tout le monde est soumis à la discrétion professionnelle.
- § On appelle les situations par des pré noms (vrais ou faux, peu importe, il s'agit simplement de souligner la proximité affective dans laquelle les alcooliques entraînent le travailleur social).
- § Le groupe doit faire des propositions pour susciter un changement (les points de vue différents sont très enrichissants).
- § Toutes les opinions peuvent être émises.
- § Les propositions doivent être réalisables dans un délai court et vérifiables (à la séance suivante, jamais sur du long terme).
- § La seule personne habilitée à dire si les propositions sont réalisables est la personne qui est censée les réaliser (qui fait le suivi).
- § Le fait de présenter une situation est une marque de confiance qui mérite d'être respectée par le groupe.

Le groupe Analyse de pratiques se réunit environ une fois par mois. Cette fréquence permet aux intervenants sociaux de mettre en œuvre ce qui a été convenu. La séance suivante, nous vérifions ce qui a été fait.

Ces groupes permettent aux acteurs sociaux de sortir de leur isolement, de confronter des points de vue, et contribuent largement à une meilleure connaissance des différentes structures et intervenants médico-sociaux.

**Le travail de réseau en médecine générale et alcoologie,  
alcoologie et service social : d'un monde à l'autre (2)**

Atelier 7  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Bruno Regnault, Médecin généraliste, Président du réseau médecins-pharmaciens pour toxicomanes, Granville

**Granville Santé**

Mise en réseau  
des professionnels de santé

**Granville Santé**

- Association loi 1901
- Fondée en 1983
- Professionnels de santé libéraux
- FMC
- Maintien à domicile des personnes âgées
- Répondre aux besoins/demandes des structures locales

**Granville Santé  
2005**

- Tous les professionnels de santé
- Conseil d'administration (Collèges)
- Bureau (Président, secrétaire, trésorier)
- Réseaux de santé  
(Coordinations sanitaires, socio-éducatives, judiciaires)  
Aides à domicile (aides ménagères, auxiliaires de vie, etc.)  
SSIAD...  
Sièges dans structures locales (CCASS, Mission Locale, DDASS, MILDT)

**Acteurs**

- Professionnels de santé libéraux
- Professionnels de santé salariés des établissements de santé privés ou publics
- Médecine du travail : médecins conseils
- Etablissements de santé privés ou publics
- Education Nationale (médecins et infirmières scolaires)
- Centres de santé (Croix Rouge, religieux)
- Institutions sociales et médico-sociales (communes et conseil général)
- Organisations à vocation sanitaire et sociale
- Services judiciaires
- Représentants des usagers

**Organisation Générale**

- Une assemblée générale annuelle
- Election d'un conseil d'administration  
Collèges de professionnels renouvelables par tiers : 3 médecins libéraux, 3 infirmières libérales, 3 pharmaciens, 2 kiné et 1 dentiste
- le CA nomme le bureau et engage les directeurs
- le CA se réunit deux fois par an
- le CA définit la politique générale de l'association

**Organisation CA**

- Election de collèges de professionnels  
Collège de 3 médecins libéraux  
Collège de 3 infirmières libérales  
Collège de 3 pharmaciens  
Collège de 2 kiné et 1 dentiste
- Collège des représentants  
Usager/auxiliaire de vie/aide-soignante
- Collège des établissements de santé  
Président CME Granville, Pontorson, et CRRF  
Membres de droits  
Membres du bureau  
Directeurs de service/réseau

### Organisation Bureau

- Le CA nomme un président
- Le CA nomme autant de vice présidents que de services/réseaux
- Le CA nomme un trésorier
- Le CA nomme un secrétaire
- Le bureau est l'organe exécutif : représentant juridique pour décisions, conventions

### Réseaux de santé

- Aides a domicile  
Aide ménagère, auxiliaire de vie  
Une directrice et 3 secrétaires  
140 employés  
Service mandataire et prestataire
- SSIAD  
Une directrice  
7 aides soignantes à mi temps
- réseaux de santé  
(coordinations sanitaires, socio éducatives et judiciaires)

### Réseaux thématiques (1)

- Suicide/souffrance psychique/misère sociale  
Etude épidémiologique MG sud Manche  
Autopsie du suicide  
Recherche action
- Accès au soins  
Sensibilisation  
Convention de tiers payant
- Addictologie/victimologie  
Coordination prescripteurs/dispensateur TSO  
Prise en charge sanitaire globale (Psy-VIH-VHC)  
Collaboration avec les services sociaux  
Collaboration avec les services de probation judiciaire  
Collaboration avec les établissements scolaires (tabac, drogues)

### Réseaux thématiques (2)

- Asthme et BPCO
- Dépistage en milieu scolaire  
Ecole de l'asthme  
Education sanitaire des patents (aérosols)  
Education en milieu scolaire (allergie)
- Club informatique  
Club Mac 50  
Aide à la formation  
Télétransmission  
Réseau ALBATROS
- Diabète et obésité
- Handicap et dépendance

### Réseaux

- Réseaux thématiques
- Réseaux de compétences
- Réseaux de professionnels
- Réseaux de territoire

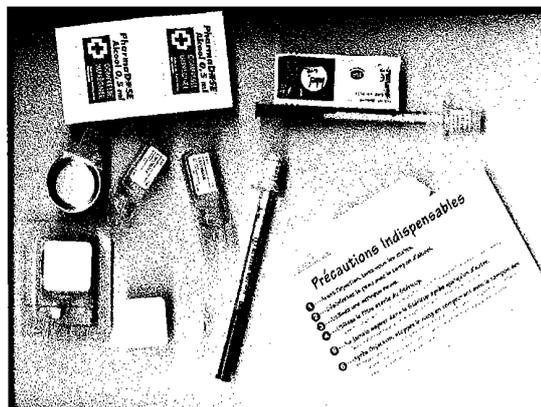
### Granville Santé

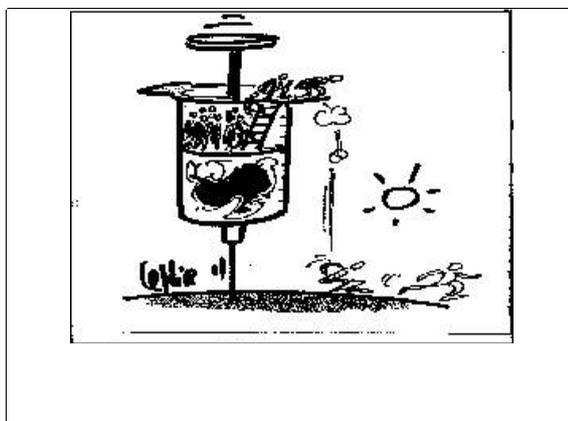
#### « réseau de territoire »

- Missions de continuité de soins en ville
- Missions de formation
- Missions de recherche (études, enquêtes,...)
- Missions de coordination  
addiction, précarité, maltraitance, suicide  
asthme, diabète, obésité, handicap et dépendance  
interventions lycées (tabac, alcool, drogues, )
- Missions de bonnes pratiques

### Bon Usage du subutex

- Suivi régulier des usagers
- Eviter les associations médicamenteuses (BZD)
- Rechercher la dose minimale efficace
- Dispension fractionnée
- Informer des risques avec BZD et alcool
- Prise en charge globale des toxicomanies
- Prendre du contact mésusage (injections)
- Traiter les pathologies associées en réseau (VIH, VHC, Troubles psy)
- Prise en charge sociale
- Soutien psychologique





### Granville Santé

- **Un réseau de territoire**  
Unique : un seul réseau  
Interdisciplinarité pour assurer une prise en charge globale  
Territoire donné : sud manche
- **Objet du réseau**  
Initier, développer et coordonner les actions  
Soins (suivi sanitaire et social), prévention, éducation pour la santé

### Actions de Granville Santé (1)

- Formation des professionnels de santé
- Coordination entre les différents professionnels médico-sociaux
- Etablissements de santé publics et/privés
- Soirées de formation sur des grands thèmes de santé publique  
Législation, diabète, ostéoporose, addictions, suicide, santé des jeunes...
- Organisation de colloques,  
PRS Alcool, maltraitance, suicide et cancers, colloque sur les TSO, journées mondiales de l'asthme
- Interventions dans les lycées et collèges, (Drogues, tabac)
- Semaine des toxicomanies avec Mission locale
- Représentativités CCAS, SDAS, DDASS, DRASS
- Université de Caen : UFR pharmacie

### Actions de Granville Santé (2)

- IFSI saint Lô et Granville (addicto, suicide, secrets, éthique)
- Collaboration police, justice pour la formation  
Etude sur la santé des gardés à vue,  
Sensibilisation sur l'injonction thérapeutique,
- Collaboration pour suivi usager du cannabis,  
Décret 27/12/04 sur le stage de citoyenneté sous le contrôle du service de probation
- Elaboration de chartes pour réseaux régionaux (TSO)
- Sensibilisation grand public : dépistage mélanomes
- Support pour informatisation des professionnels (CPS, réseaux sécurisés, etc.)

### Granville Santé Buts

- Prise en charge globale des usagers  
Maintien à domicile  
Coordination des filières de soins  
Partenariats (libéral, établissements et médico-social)
- Interlocuteur unique (service d'auxiliaires de vie, SSIAD, HAD)  
Evaluation des actions du réseau  
Rationaliser l'offre des soins
- Faciliter l'accès aux soins
- Représentativité au sein des institutions  
Formaliser les partenariats  
Répondre aux demandes des institutions

### Granville Santé Auxiliaires de vie SSIAD

- Assistance dans les actes quotidiens  
Services financés par usagers  
30 lits de SSIAD insuffisants
- Prestation de soins  
Nécessité d'élaborer une HAD (demande des usagers et des établissements de santé publics et privés)  
Nécessité de sensibiliser les libéraux
- Aide à l'insertion sociale  
Collaboration avec services sociaux à promouvoir  
Intérêt de l'emploi d'un psychologue

### SSIAD (Acteurs)

- Infirmière coordinatrice
- Infirmières libérales
- Aides soignantes et médico-psychologiques
- Pédiatres, podologues, ergothérapeutes et psychologues

### Règlement/Charte Granville Santé

Règlement de fonctionnement qui définit les droits et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'association et des services offerts aux usagers et divers partenaires

### Objectifs des acteurs

- Prise en charge adaptée aux besoins de la personne
  - Education à la santé
  - Prévention
  - Diagnostic
  - Soins
- Participation à des actions de santé publique
- Evaluation des actions afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations

### Objectifs du CA

- Coordination
  - Des professionnels libéraux
  - Des institutionnels
- Coopération aux objectifs régionaux de santé
- Evaluation
  - Activités et qualité des prestations
  - Modalités d'organisation et de fonctionnement

### Fonctions de coordination Granville Santé

- Coordination
  - Accueil des usagers
  - Evaluations des besoins de soins
  - Coordination des professionnels
- Administration et gestion du service
- Activités locales (L232-13 CA)
- Coopération médico-psycho-sociale
  - Coopération médico-sociale (L212-7 CAS)
  - Coopération sanitaire
  - Réseaux de santé (L.6321 1 CSP)

### Coordination/complémentarité sanitaire et sociale L.312-7 CAS

- Conclure des conventions avec établissements de santé ou d'enseignement,
- Créer des GIE ou GIP
- Créer des syndicats inter-établissements ou des groupements de coopération sanitaire et sociale ou médico-sociale
- Procéder à des regroupements ou des fusions

### Granville Santé Conventions

- Etablissements de santé
- Assurance maladie
- Conseil général
- DDASS
- CCAS (Granville)
- Etablissements scolaires
- Services de probation de la justice

### Granville Santé Economique

- Maîtrise des coûts
  - Mise en commun des besoins et des compétences
  - Suivi des indications
- Financements
- Conseil Général
- DDASS
- CCAS (Granville)
- Mission locale

### Définition

- « Un réseau de santé constitue une forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnels en réponse à un besoin... »
- ... Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. »
- ANAES, août 1999

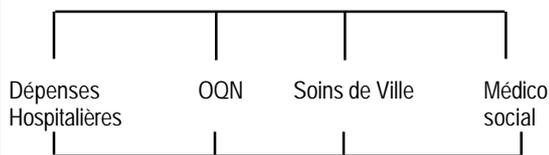
### Financement

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans loi de finances, de subventions de collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie visé au 4<sup>ème</sup> du 1 de l'article LO111-3 du CCS. »

DNDR = financement pérenne

### DNDR

#### ONDAM



### DNDR

5<sup>ème</sup> enveloppe  
2005 : 175 M. €

### Financement (2)

#### Le fond (D. 766-1-2 du CSP)

Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et sociale. En fonction de leurs objets, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social.

Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des programmes de formation destinés aux professionnels et aux intervenants du réseau, notamment bénévoles avec l'objectif d'une prise globale de la personne.

Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de s'adapter aux évolutions de son environnement.

#### La forme (D. 766-1-6 du CSP)

Les réseaux qui sollicitent les financements... présentent à l'appui de leurs demandes un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement.

Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnes, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés.

Les documents comptables correspondants y sont annexés ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

### Le cadre juridique

Le réseau de santé n'est pas une forme juridique en lui-même, mais un mode d'organisation de la santé

Le réseau et la forme juridique qui le supporte sont deux choses différentes

Les réseaux de santé peuvent se constituer en

- Groupements de Coopération Sanitaires
- Groupements d'intérêts économiques
- Groupements d'intérêts publics
- Associations

### Granville Santé et le consumérisme

- Protection de l'intérêt des consommateurs
  - Respect de la dignité
  - Meilleure information
  - Exigence de qualité
- Usager/consommateur
  - Usager de service public
  - Usager de système de santé
  - Client d'un établissement/professionnel de santé

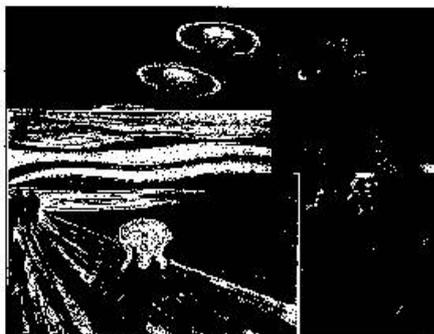
### Ethique = belle et bonne vie ?

- Désir
  - Réprimer par les valeurs sociales
- Plaisir
  - Produit par les exigences sociétales
- Soi et avoir son bonheur
  - Droit ou utopie
  - Etre ou paraître
  - Etre et temps

### L'éthique de Granville Santé

L'éthique peut être définie comme un ensemble de valeurs personnelles, collectives ou organisationnelles, servant à orienter l'action et par conséquent à donner un sens aux activités des individus, des regroupements de personnes ou des établissements dans une perspective d'autorégulation

La pratique sociale dans l'éthique, Giroux, Québec, 1997



Les thérapies de groupe de couples  
dont l'un des membres est alcoolique

Atelier 8  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Blandine Faoro Kreit, Psychologue, psychanalyste, responsable d'unité assuétude,  
Centre La Chapelle aux Champs, Belgique,

Résumé :

le groupe a une fonction particulière pour l'alcoolique. Nous tentons de l'utiliser pour ses qualités de réfection narcissique et pour la sécurité qu'il peut offrir. Avec cette assise, il est possible de faire l'expérience d'une rencontre moins traumatisante avec « l'autre », le « différent » que représente le conjoint. C'est l'occasion alors de trouver ou de créer un lieu de rencontre différent où l'alcool ne sera plus l'intermédiaire obligé.

Crises de couple, perspectives thérapeutiques publié in : Cahier de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 23, éd. De Boeck Université, 1999, Bruxelles

## Des outils communs d'évaluation : le système d'observation de l'autonomie Cérébralité-Affectivité-Motricité - CAM

Atelier 9  
Jeudi 7 avril  
14 h 30

Catherine Jaquet, Responsable des programmes thérapeutiques,  
Fondation des Oliviers, centre spécialiste en alcoologie et autres dépendances, Le Mont/Lausanne  
Philippe Jaquet, directeur-adjoint pédagogique,  
Fondation des Oliviers, centre spécialiste en alcoologie et autres dépendances, Le Mont/Lausanne

### Introduction

Dès leur fondation en 1976, Les Oliviers ont voulu quantifier et qualifier les conséquences de leurs actions auprès des personnes en difficulté avec leur consommation de produits, afin de définir et concrétiser les moyens à mettre en œuvre pour répondre à leurs besoins et améliorer leur qualité de vie.

Depuis 1993, afin de garantir une observation la plus objective possible et développer un langage commun à l'intérieur des équipes pluridisciplinaires de l'institution, l'ensemble du personnel des Oliviers bénéficie d'une formation à la pédagogie systémique CAM, déjà utilisée par nombre de structures travaillant à la réadaptation de personnes handicapées.

Le système de formation "PEDAG SYSTEM CAM" a été déposé à l'Office fédéral de la protection intellectuelle à Berne en Suisse, le 12 juillet 1991 sous le N° 383487, par son concepteur, M. Alain PAOLI.

### Théorie et méthodologie

Sur la base des études faites sur le développement et le fonctionnement du cerveau humain, un psychomotricien a mis au point un système d'observation et d'évaluation qui s'inscrit dans la structure hiérarchique et l'historicité du cerveau.

Même s'ils se développent suivant les mêmes principes moléculaires, les embryons ne se développent pas suivant le même rythme et ne font pas l'acquisition des mêmes stades avec une exactitude mathématique. Nous retrouvons ce particularisme individuel dans les stades de développement de l'enfant.

Les travaux du Pr Suzan LUDINGTON-HOE (Directrice de l'Association Américaine de Stimulation Infantile de l'Université de Los Angeles) ont prouvé que les fœtus avaient des comportements très différenciés.

Si les structures biologiques et comportementales qui constituent l'embryon, et plus tard le fœtus, ont une certaine permanence, il semble que ces mêmes structures se poursuivent dans les différentes étapes de la vie postnatale et engendrent des comportements communicables qui peuvent être comparés.

Les structures de l'embryon étant communes à l'ensemble de l'humanité, nous avons un référent d'évaluation qui permet de distinguer les apports de la biologie universelle au genre humain et les apports particularistes de chaque pathologie.

Parmi tous les apports de l'embryologie, ce qui intéresse notre étude concerne le stade embryonnaire de la 4<sup>ème</sup> à la 8<sup>ème</sup> semaine. C'est pendant cette période que les structures préexistantes dans les semaines précédentes vont s'organiser définitivement.

Vu au microscope électronique, ce magma des premiers jours semble avoir un développement anarchique et pourtant, les travaux du Pr Faller ("Le corps humain"/Editions Universitaires Fribourg - Suisse), et surtout ceux de J. Langmann, Professeur d'anatomie - Université de Virginie, ("Embryologie médicale"/Masson, 1984) montrent très clairement l'existence d'un programme précis d'organisation, où chaque type de cellules et chaque cellule (mis à part les pathologies de l'embryon) viennent se placer au 'bon endroit' en exécutant ainsi le programme de la façon suivante :

- Le magma cellulaire se scinde dès les premiers jours en deux parties à la fois spécialisées pour des fonctions précises et interconnectées.
  - 1 Une partie appelée ECTOBLASTE, qui donnera naissance au système nerveux central et, par extension, sera le lieu du traitement des informations.
  - 2 Une partie appelée ENDOBLASTE, qui donnera naissance au tube digestif et aux fonctions d'assimilation.

Ces deux parties vont vivre environ deux semaines ensemble, pendant lesquelles des échanges interconnectés vont s'établir en préparant les étapes suivantes.
  - 3 Une troisième partie le MESOBLASTE, issu d'une migration de cellules de l'ectoblaste, donnera naissance aux muscles et à la charpente osseuse.

Le mésoblaste s'installe dans l'intimité des deux structures précédentes, ce qui n'est pas sans conséquences sur la construction de la psychomotricité future et de la communication non-verbale du corps.

Ces trois systèmes se présentent sous des formes hiérarchisées, depuis la plus enfouie jusqu'à la plus périphérique, depuis la plus secrète et la plus contradictoire l'ENDOBLASTE (qui donnera naissance au système neurovégétatif habitacle de nos émotions), jusqu'à la plus extérieure l'ECTOBLASTE (qui donnera naissance au système de perceptions sensorielles siège de nos informations) avec au milieu le MESOBLASTE (charpente osseuse et musculaire qui portera les stigmates des conflits).

Sur le plan strictement biologique, ces trois enveloppes ne sont pas aussi spécialisées qu'on voudrait le croire (si elles étaient plus spécialisées elles seraient incapables d'effectuer l'incroyable mécanisme de l'adaptation à l'environnement).

Il existe des lieux d'interconnexion de synthèse et des organes qui sont sous la dépendance de plusieurs enveloppes (entre autre le système respiratoire). Ces trois structures sont donc à la fois concrètes, symboliques et relatives dans leurs attributions de fonctionnement parce qu'interconnectées.

Mais le plus étonnant, c'est que l'organisation embryonnaire, et plus tard fœtale a prévu à l'intérieur même de l'ectoblaste la hiérarchie historique de notre cerveau.

En effet, l'ensemble du cerveau est construit à partir d'un cerveau ancien appelé suivant les auteurs archaïque ou reptilien (siège des mouvements et réponses réflexes) sur lequel est venu se greffer (H.Laborit parle de formations en dérivation) un organe plus évolué appelé cerveau limbique (du latin "limbus" sur le bord et siège de l'organisation des réponses immédiates et émotionnelles à l'environnement), qui est surmonté à son tour par une structure encore plus complexe, le cerveau cortical (qui est le siège du traitement des informations et de l'organisation des comportements anticipés ou futurs).

## Structure hiérarchique et historicité

Structures permettant l'élaboration de comportements futurs	3	Cerveau cortical
Structures permettant l'élaboration de comportements immédiats adaptés à l'environnement	2	Cerveau limbique
Structures permettant l'élaboration de comportements automatiques et des mouvements réflexes simples	1	Cerveau reptilien

Toute l'histoire des conquêtes du développement cérébral de l'homme se trouve ainsi résumé dans cette structure hiérarchique.

Ces trois structures sont responsables de l'élaboration spécifique de nos comportements :

1. la structure responsable des mouvements est la plus visible dans les communications,
- 2- celle de l'émotion : la plus instable, la plus explosive et la plus secrète,
- 3- celle du traitement des informations : la plus complexe et la plus contradictoire.

### 1. La structure des mouvements

Si le MESOBLASTE est responsable par extension de l'organisation de la charpente osseuse et musculaire à partir DES CODES GENETIQUES, la future motricité volontaire est sous la dépendance de l'aire corticale des lobes pariétaux organisée par l'ectoblaste.

C'est ici que l'on mesure la hiérarchie et la notion de comportement dominant. Si les codes génétiques savent programmer les structures spécifiques du corps et lui donner le conditionnement de son enveloppe formelle, il semble que ce même corps subisse une deuxième influence, celle des gestes du conditionnement culturel. C'est cet ensemble génétique - culture qui s'affirme ou s'infirme dans la communication non-verbale.

Le schéma corporel et les processus d'identité sont en grande partie liés à la santé ou à la pathologie de ce système. C'est certainement ce langage corporel et émotionnel qui provoque les doubles messages dans la communication.

En plus du type de motricité individuelle, nous émettons dans le langage non-verbal du corps les signes historiques de la culture particulariste de notre ethnie.

### 2. La structure des émotions

L'ENDOBLASTE, dont la partie externe sera le cordon ombilical, représente le futur système neurovégétatif. Par extensions successives, c'est lui qui dirigera l'activité viscérale et tout le système d'assimilation des nourritures solides, liquides et environnementales.

C'est le lieu des décodeurs émotionnels de l'expérience de nos joies et de nos peurs, de nos engagements et de nos répulsions, de nos besoins fondamentaux et de nos désirs superflus.

Cette structure sera le lieu de notre imaginaire et de nos illusions. Elle sera surtout le lieu de notre force de conviction et de notre désir de vivre. Une grande partie de notre système mnésique sera commandée par elle ainsi que notre comportement attentif et nos formes d'apprentissages. Elle sera le lieu de la manipulation.

L'ensemble de ce système sera régulé par le cerveau limbique.

C'est lui qui décidera de l'adhésion ou de la répulsion dans le choix de nos activités et de nos images dans la communication.

### 3. La structure du traitement des informations

L'ECTOBLASTE, par le type de cellules qui le constitue est déjà organisé pour traiter l'information. Il deviendra le futur système nerveux central (SNC).

C'est lui qui va gérer toutes les informations externes (perceptions sensorielles), et en grande partie internes. Toutes les informations que le monde va communiquer seront transportées, décodées, rattachées à l'expérience du système limbique, interprétées en fonction de l'émotion et réémises à autrui sous forme de langage verbal et non-verbal.

## **SYSTEME D'EVALUATION**

C'est à partir du référent de l'historicité structurelle du cerveau humain qu'a été construit le système d'évaluation C.A.M.

Une méthodologie précise ci-après les modalités de son utilisation.

Ce système explore les trois instances C, A, M :

C : cerveau cortical, siège de la CEREBRALITE, comportant des structures permettant l'élaboration de comportements futurs et déterminant les capacités d'apprentissage.

A : cerveau limbique, siège de l'AFFECTIVITE, comportant des structures permettant l'élaboration de comportements immédiats adaptés à l'environnement et déterminant les capacités d'intégration sociale.

M : cerveau reptilien, siège de la MOTRICITE, comportant des structures permettant l'élaboration de comportements automatiques et de mouvements à réflexes simples et déterminant les capacités physiques.

Chacune de ces instances est observée dans les différents items suivants :

MOTRICITE		Capacités physiques				
		1	2	3	4	5
1a	Points d'appui fonctionnels avec organisateurs					
1b	Points d'appui fonctionnels sans organisateur					
2a	Force					
2b	Résistance					
3	Maîtrise motrice					
4	Coordination - Dissociation - Axes					
5	Temps de réaction					
6	Précision motrice					
CEREBRALITE		Capacités d'apprentissage				
		1	2	3	4	5
7	Organisation spatiale					
8	Organisation temporelle					
9	Attention - Continuité					
10	Mémoires					
11a	Intégration linguistique - Compréhension des mots					
11b	Transposition symbole					

AFFECTIVITE		Capacités d'intégration sociale				
		1	2	3	4	5
12	Adaptation aux règles					
13	Modes d'expression					
14	Relations duelles					
15	Relations au groupe					
16a	Mode de traitement des peurs					
16b	Mise en place du changement - Intégration des valeurs					
17	Responsabilité – Engagement					
18	Relation à l'argent					
19	Image de soi - Identité – Conviction					
20	Relation à la réalité					

Chacun de ces items est défini de façon très précise dans un dictionnaire et l'évaluation des capacités de l'utilisateur se fait grâce à des tests, eux-même très précis, inscrits dans le concret de la vie quotidienne, que ce soit dans le cadre éducatif des homes, dans les activités professionnelles des ateliers, dans les aspects administratifs avec le service social ou dans les cours donnés par le secteur formation.

Ces observations sont faites régulièrement, tout au long des programmes thérapeutiques, en fonction de l'activité, de l'étape du programme dans lesquels se trouve l'utilisateur. Il y participe également en effectuant des auto-évaluations selon les mêmes critères.

Ces observations sont ensuite classées sur la base de critères précis, dans cinq colonnes numérotées, signifiant le degré d'autonomie de la personne dans chaque item :

### Définition des niveaux de comportement

5

Autonomie

La personne est autonome sans stimulation, sans consigne ; elle prend l'initiative pour soi et pour les autres : c'est la zone des réponses autonomes.

4

Cadre

La personne est autonome après une consigne ou une stimulation ; c'est la conformité ; elle possède des potentialités latentes et un niveau d'implication important ; elle a besoin de cadre, de référence ; elle a le souci de la cohésion du groupe : c'est la zone des consignes.

3

Apprentissage

La personne est autonome après plusieurs stimulations et encouragements ; elle a besoin de sécurité en étant guidée et contrôlée ; l'investissement du milieu est important, l'encadrement est serré : c'est la zone des apprentissages.

2

## Essais

La personne donne des réponses altérées à la stimulation ; elle contourne les règles et ses comportements sont empruntés au hasard ; elle est angoissée, manipule ; elle essaie de répondre à la stimulation sans y arriver ; elle n'arrive pas au terme des activités : c'est la zone des échecs.

1

## Sans réponse

La personne ne répond pas aux stimulations ; elle panique, s'épuise, s'isole ou est en opposition : c'est la zone des non-réponses.

Les observations faites permettent de prendre acte des acquis (observations dans la colonne 5) et des limites (observations dans les colonnes 2 et 1) des usagers, pour mettre l'accent sur les potentialités à développer (observations dans les colonnes 3 et 4) : c'est donc sur ces items que nous allons travailler.

Les différentes courbes effectuées pendant toute la durée des programmes permettent de mettre en évidence et de visualiser comment la personne se rassemble et gagne en autonomie.

Ainsi, les objectifs particuliers des différents programmes et les moyens individuels à mettre en œuvre pour les atteindre, seront définis étape après étape en fonction de l'évolution de la personne vers sa meilleure autonomie possible.

## Résultats cliniques

Il est impossible, voire inhumain d'être en 5 (autonomie) dans chaque item. Vouloir cela équivaudrait tout simplement à renier sa nature humaine.

- Sur la base d'une étude faite à Genève entre 1992 et 1998 l' «homo-économus-helveticus» doit être en autonomie (5) en résistance et en maîtrise motrice dans l'instance motricité, dans aucun item de l'instance cérébralité et en autonomie (5) en adaptation aux règles, responsabilités - engagement et image de soi - identité / conviction, pour être intégré dans l'économie.
- Globalement, nous constatons que pour les personnes qui entrent dans les programmes des Oliviers, étant par conséquent encore très proches des produits, la majorité des items se situent dans les colonnes 2 (impossibilité) et 3 (apprentissage).
- Pour 200 usagers des programmes des Oliviers, nous avons mesuré le score (progression en direction de l'autonomie) et la dispersion (rassemblement de la personne).

### Programme Plan 33 :

Ce programme s'adresse à des personnes encore insérées socio-professionnellement qui reconstruisent une nouvelle vie hors des comportements de dépendance sur une durée de 4 semaines résidentielles (suivi d'un accompagnement ambulatoire de consolidation de deux ans).

Nous avons comparé la courbe élaborée de la fin de la première semaine avec celle de la fin de la quatrième semaine (fin de la phase résidentielle du programme).

Evolution du score : Evolution notable dans les trois instances Cérébralité, Affectivité et Motricité.  
Evolution de la dispersion : Regroupement en Cérébralité (+30%) et en Motricité. Légère dispersion en Affectivité.

#### Programme 123 Classic :

Ce programme s'adresse à des personnes désinsérées socio-professionnellement qui reconstruisent une nouvelle vie hors des comportements de dépendance sur une durée de 6 mois résidentiels (suivi d'un accompagnement ambulatoire de consolidation d'une année).

Nous avons comparé la courbe élaborée au terme du premier mois (fin de la phase intégration), en y incluant un facteur correctif, avec la courbe élaborée au terme de 6 mois de programme (fin de la phase développement, qui correspond à la fin de la phase résidentielle du programme)

Evolution du score : Evolution notable dans les trois instances Cérébralité, Affectivité et Motricité.

Evolution de la dispersion : Regroupement en Cérébralité (+30%) et en Motricité. Légère péjoration en Affectivité.

#### Programme 123 Adapté :

Ce programme s'adresse à des personnes désinsérées socio-professionnellement qui reconstruisent une nouvelle vie hors des comportements de dépendance sur une durée moyenne de 12 mois résidentiels (suivi d'un accompagnement ambulatoire d'une année).

Nous avons comparé la courbe élaborée au terme du premier mois (fin de la phase intégration), en y incluant un facteur correctif, avec la courbe élaborée au terme de 6 mois de programme (fin de la phase développement, qui correspond à la fin de la phase résidentielle du programme)

Evolution du score : Forte progression dans les trois instances Cérébralité, Affectivité et Motricité.

Evolution de la dispersion : Regroupement en Cérébralité. Léger regroupement Affectivité. Pas de regroupement en Motricité.

Quelques grilles CAM seront présentées pour illustrer comment les choses se présentent et montrer comment nous tenons compte de ces résultats dans la structure de nos programmes.

### Vignette sur l'institution



Fondation LES OLIVIERS :

- Traitement résidentiel de la dépendance
- Réinsertion sociale et professionnelle, résidentielle et ambulatoire.
- Centre de formation.

### Auteur

Thierry JUVET,  
ancien directeur de la Fondation  
Les Oliviers  
Philippe JAQUET,  
directeur-adjoint pédagogique

## Violence familiale et Alcool : une compréhension systémique

Atelier 2  
Jeudi 7 avril 2005  
16 h 30

Clément Guèvremont, thérapeute conjugal et familial, directeur de l'institut Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, Montréal  
François Lepage, travailleur social, responsable clinique, institut Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, Montréal

## VIOLENCE ET ALCOOLISATION DANS LE COUPLE NE FONT PAS BON MÉNAGE

### Quelques données concernant l'ampleur du phénomène

#### **La violence conjugale comme problématique isolée**

##### **Au Québec :**

Les taux estimés de violence conjugale à l'endroit des femmes varient de 10 % à 15 %, alors qu'à l'endroit des hommes le taux est de 0,3 %.

Approximativement 40 % des femmes québécoises ont rapporté avoir vécu un épisode de violence sexuelle ou physique dans une relation au cours de leur vie.

La moitié des meurtres dont les femmes sont victimes ont été commis par leur conjoint ou ami intime.

Environ 11 % des meurtres dont les hommes sont victimes ont été commis par leur conjointe ou amie intime.

Moins de 5 % des femmes violentées sont dépistées par un professionnel de la santé.

#### **Violence conjugale et toxicomanie comme double problématique**

##### **Chez l'homme :**

Selon une enquête aléatoire menée auprès de plusieurs ménages, 70 % des hommes ayant sévèrement battu leur conjointe ont été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à 50 % des hommes montrant une violence plus modérée et 31 % des hommes n'ayant pas violenté leur partenaire.

La moitié des hommes violents mariés ont reconnu que leurs abus d'alcool étaient occasionnellement liés à la violence conjugale alors qu'un tiers des hommes ont rapporté que la violence était souvent ou très souvent reliée.

Selon une étude menée en 1999, 63 % des hommes à la recherche d'un traitement pour violence conjugale étaient considérés dépendants vis-à-vis une substance, alors que 6 % d'entre eux présentaient un problème d'abus de substance.

Inversement, 58 % des hommes en traitement pour toxicomanie ont rapporté au moins un épisode de violence physique sévère en milieu familial au cours de l'année précédente, alors que 100 % de hommes ont rapporté un épisode ou plus de comportements violents (mauvais traitements infligés).

- 52 % des hommes présentant une double problématique de violence conjugale et de toxicomanie présentent simultanément une dépendance à l'alcool et à d'autres drogues ou à plusieurs drogues en même temps.
- Les hommes avec une double problématique sont plus enclins à présenter un trouble de personnalité antisociale et un comportement narcissique que ceux aux prises avec une seule problématique.
- Selon certaines études menées au courant des années 1990, l'usage de certaines drogues, telles que le cannabis et l'héroïne, tendrait à diminuer les risques de violence conjugale, pendant qu'à l'inverse, la cocaïne et le crack augmenteraient les risques de comportements violents.

### **Chez la femme :**

- Selon une enquête menée auprès de femmes violentées à la recherche de soins, 46 % des femmes ayant subi une agression sévère ont déclaré avoir été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à 36 % des femmes victimes de violence mineure et à 16 % des femmes n'ayant subi aucun mauvais traitement.
- Dans un échantillon d'usagers et de vendeurs de drogues, 20 % des femmes qui consommaient régulièrement de la cocaïne et 31 % des femmes qui en faisaient usage de façon modérée ont été victimes de violence de la part de leur partenaire.
- Entre 25 % et 33 % des femmes toxicomanes et victimes de violence souffrent d'un syndrome post-traumatique actuel, pendant que 50 % d'entre elles vivront le problème tout au long de leur vie.

### **La fonction de l'alcool et de la drogue dans le couple**

- Lorsque les deux acteurs de la violence conjugale sont issus de familles où la violence et l'abus de substances toxiques faisaient partie d'un mode de vie, ils présenteront un risque élevé de banaliser la violence et la consommation. Madame dira « lorsqu'il n'est pas intoxiqué, c'est le meilleur partenaire au monde ».
- Le rituel de consommation d'alcool précédant les passages à l'acte permet aux différents acteurs :
  - § de se protéger contre la baisse de l'estime de soi,
  - § d'éviter la culpabilité.
  - § de se maintenir dans une position de non-responsabilité, la responsabilité étant attribuée à l'alcool.
- La croyance selon laquelle les comportements violents résultent des effets désinhibiteurs de l'alcool permet à la victime et à l'agresseur de garder une image positive de soi.
- Lorsque l'individu a développé une dépendance à l'alcool ou aux drogues, la consommation peut accentuer les affects dépressifs ainsi que de l'agressivité. Rappelons que les conjoints violents intoxiqués en viennent à ne plus percevoir les paroles d'apaisement provenant de leur conjointe.
- La dépendance aux substances entraîne une rigidification des mécanismes de défense et on peut assister à une augmentation des passages à l'acte, l'agresseur ressentant le besoin d'extérioriser le mal-être. Rappelons que la consommation de produits toxiques a pour effet de désinhiber le consommateur.
- L'agresseur peut utiliser l'alcool ou les drogues pour atténuer la culpabilité, la honte ou encore pour nier son comportement.
- La personne qui vit avec un conjoint violent peut vouloir se réfugier dans la consommation d'alcool ou de drogues afin d'apaiser la souffrance, l'angoisse et la peur.

- Les couples à transaction violente où les deux protagonistes consomment de l'alcool ou des drogues présentent le plus haut risque de violence grave (voies de fait avec lésions, agressions à caractère sexuel, séquestration, menace de meurtre, menace de suicide, meurtre, suicide).

La responsabilité du recours à la violence est au cœur des interventions en matière de violence conjugale et familiale.

Posant la question de la responsabilité plutôt que celle de la culpabilité, l'intervention thérapeutique se situe dans le contexte des choix individuels et collectifs plutôt que dans un cadre juridique qui tenterait d'établir à qui la faute.

L'intervention thérapeutique interroge les perceptions, les valeurs, les croyances qui supportent le recours à la violence dans le contexte conjugal ou familial.

La responsabilisation est une position éthique qui favorise l'arrêt d'agir, reconnaissant à chacun la capacité de ne pas recourir à la violence.

## La responsabilisation

La personne violente agit ainsi non pas à cause du comportement ou de l'attitude de l'autre, mais parce que quelque chose en elle réagit à ce que l'autre fait. Sa réaction ne dépend pas du comportement ou de l'attitude de l'autre, mais de ce que ce comportement ou cette attitude l'amène à revivre de l'expérience du passé.

Ce faisant, la personne violente cherche à contrer ce qui est éveillé en elle par une tentative de contrôler le comportement ou l'attitude de l'autre. Cet autre est alors perçu par la personne violente en tant que déclencheur de sa souffrance actuelle, bien que cette souffrance soit en fait la réactivation d'une blessure antérieure<sup>1</sup>.

## Contexte de la demande d'aide et de changement

La demande d'aide est souvent paradoxale puisqu'il s'agit d'une aide contrainte. En effet, c'est un tiers qui enjoint l'individu de participer à une psychothérapie de groupe pour conjoints violents et lui rappelle que son cheminement sera pris en considération. Il est ainsi demandé à l'individu de changer ses comportements, attitudes et croyances à l'égard de la violence conjugale et familiale. Par conséquent, les référents font une demande au conjoint violent qui pourrait se formuler ainsi : « Nous voulons que vous veuillez changer ». Les référents font aussi une demande au psychothérapeute : « Nous voulons que le conjoint violent change et que vous veuillez l'aider à résoudre le problème que nous postulons qu'il a ».

L'enjeu de la demande consiste donc préalablement à favoriser une réappropriation de la demande d'aide et de changement par le conjoint violent. Le désir de changement ne peut s'élaborer qu'à partir d'une motivation interne. La responsabilisation du conjoint violent suppose donc que le système référent lui ouvre la possibilité de formuler lui-même une demande de changement. Cependant, tant que le conjoint violent se situe en victime du système référent, la psychothérapie s'avère une mesure de contrôle extérieure et non une démarche de changement.

<sup>1</sup> Adaptation libre de La Belle F. « Qui est responsable ? », dans Quand l'amour fait mal publié sous la direction de Jacques Broué et Clément Guèvremont aux Éditions Saint-Martin, 1989, 185 pages.

## Services offerts aux personnes violentes en contexte conjugal et familial

### Entrevue d'évaluation

Psychothérapie de groupe pour hommes violents (minimum 21 séances)

Psychothérapie de groupe pour femmes violentes (minimum 21 séances)

Psychothérapie de groupe pour adolescents violents (à venir)

Psychothérapie de groupe pour les acteurs de violence envers les personnes é (à venir)

**PSYCHOTHÉRAPIE  
INDIVIDUELLE**

**PSYCHOTHÉRAPIE  
CONJUGALE**

**PSYCHOTHÉRAPIE  
FAMILIALE**

Services offerts aux intervenants et intervenantes :

- Formation selon la programmation et/ou sur mesure,
- Supervision,
- Consultation,
- Publications.

PISTES D'INTERVENTION ADAPTÉES AUX PROFILS DES CONJOINTS VIOLENTS  
PARTICIPANT À UN PROGRAMME DE THÉRAPIE

Stade de changement	<b>Objectifs visés</b>	Stratégies d'intervention
<b>Les résistants</b>		
Ils ne perçoivent pas leur comportement comme étant un problème. La participation au programme peut leur sembler une perte de temps.	Établir un début d'alliance thérapeutique. Développer le sentiment d'appartenance au groupe.	Permettre aux participants d'exprimer leurs peurs et leurs inquiétudes ouvertement. Inviter le client à relater le dernier incident de violence. Supporter l'individu dans le dévoilement.
<b>Les conservateurs</b>		
Ils admettent avoir posé des gestes de violence, mais disent que ce sont les autres ou l'alcool qui en sont responsables. Ils ne perçoivent pas d'avantage à changer de comportement. Ils préfèrent alors laisser la situation comme elle est et ils sont immobilisés. Ils croient que la solution réside dans une position où ils doivent écouter les remontrances de leurs conjointes sans réagir.	Accroître la conscience des conséquences reliées au recours à la violence/alcool. Amener la personne à assumer la responsabilité du changement.	Décrire l'impact des conduites d'agression sur les membres de la famille et sur eux-mêmes. Sculpture familiale. Rejouer les scènes de violence accompagnées d'alcoolisation. Confrontation/support : qui est responsable de quoi. Recadrer les échecs antérieurs en soulignant les forces de l'individu (résilience).
<b>Les ambivalents</b>		
Ils se disent activement engagés dans le changement de leur comportement, sans pour autant reconnaître que leur comportement pose un problème Les changements résultent des pressions internes et externes. Qui les conduira à modifier leur comportement ?	S'approprier la demande de changement. Susciter de l'espoir, stimuler le sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle.	À ce stade, il peut apparaître indiqué d'utiliser le continuum de violence (victime/agresseur). Favoriser l'expression des craintes et angoisses suscitées par la réduction du recours à la violence. Accroître le sentiment d'appartenance au groupe. Se reconnaître dans les autres (le transfert collatéral).

Stade de changement	Objectifs visés	Stratégies d'intervention
<b>Les pré-participants</b>		
<p>Ces hommes sont conscients de l'impact de leurs conduites d'agression.</p> <p>Ces hommes sont conscients qu'ils ont un problème avec la violence, mais ils hésitent encore à changer.</p> <p>Ils ne sont pas encore passés à l'action, parce qu'ils évaluent toujours les bénéfices et les inconvénients qu'un changement de comportement pourrait leur apporter.</p>	<p>Conduire la personne à opérationnaliser ses intentions de changement par des actions ou des projets concrets.</p>	<p>Cibler les moyens privilégiés à utiliser pour ne pas recourir à la violence.</p> <p>Demander au client d'écrire une lettre à sa conjointe et à ses enfants (l'impact de ses conduites d'agression sur les membres de la famille).</p> <p>Travailler à l'identification et l'expression des émotions, à faire face aux frustrations.</p>
<b>Les hommes en prise de décision</b>		
<p>Ils reconnaissent avoir un problème avec la violence. Ils font des choses concrètes pour changer leur comportement et croient qu'ils seront capables d'y arriver bientôt. Ils ne pensent pas devoir faire des efforts pendant très longtemps pour vivre sans violence.</p>	<p>Amener la personne vers une plus grande prise de conscience de l'origine de ses conduites d'agression.</p>	<p>Identifier les événements, les situations ou les émotions susceptibles de contribuer au recours à la violence.</p> <p>Utiliser le photogramme pour identifier les situations traumatiques.</p>
<b>Les participants</b>		
<p>Ils admettent avoir un problème avec la violence et qu'ils en sont responsables.</p> <p>Ils disent qu'ils sont souvent tentés d'utiliser la violence. Ils font des efforts non seulement pour changer leur comportement dès maintenant, mais aussi pour éviter que leurs comportements violents ne reviennent dans le futur.</p>	<p>Résister à la tentation de recourir à la violence et aux anciens comportements destructeurs (alcool/toxico).</p> <p>Consolider les acquis.</p>	<p>Recourir à eux pour accueillir les nouveaux participants (la socialisation des hommes).</p> <p>S'il y a rechute :</p> <p>Déramatiser</p> <p>Recadrer</p> <p>Les encourager à poursuivre leur travail d'introspection.</p> <p>Sculpture familiale. Remettre en scène des situations où ils ont vécu un traumatisme.</p> <p>Supporter au niveau de la culpabilité à l'égard des gestes posés, des échecs antérieurs.</p> <p>Suggérer s'il y a lieu au client de faire une démarche thérapeutique portant spécifiquement sur la toxicomanie et la dépendance.</p>

# Option

Une alternative  
à la violence  
conjugale et  
familiale

## Alcoolisme au féminin, guérir des blessures du passé

Atelier 3A  
Jeudi 7 avril  
16 h 30

Jean-Michel Fournier, Educateur, consultant familial, centre de suite et de réadaptation Les Métives (85),  
Valérie Quercron, Psychologue, intervenante systémique centre de suite et de réadaptation Les Métives, (85).

### **Présentation de l'institution**

Le centre Les Métives, site des Sables d'Olonne en Vendée, est un centre féminin de soins, de suite et de réadaptation spécialisé dans le traitement de l'alcoolisme et qui reçoit 15 femmes en hospitalisation complète de 3 mois. Elles y sont admises après un sevrage obligatoire en milieu hospitalier et en entretien de pré-admission (avec psychologue, consultant familial, médecin et infirmière) où sont négociés les objectifs, les motivations des patientes et le contrat de soins.

### **Objectifs du centre**

- Faire l'expérience de l'abstinence d'alcool avec un suivi et accompagnement médical et psychologique,
- Prévenir les envies de consommer, la réalcoolisation et la rechute,
- Reprendre contact avec ses capacités, ses compétences pour retrouver la confiance et élaborer de nouvelles solutions pour apprendre à vivre sans alcool de façon durable,
- Développer ses ressources pour renouer ou améliorer les relations dans les différents domaines de vie,
- Se repositionner et définir de nouveaux objectifs de vie.

### **Croyances et philosophie de travail**

Etre alcoolique n'est pas une identité en soi. La patiente est un être humain à part entière qui rencontre des difficultés avec la consommation d'alcool. Elle possède une partie compétente et une partie qui lui pose problème et qui souffre (on peut supposer que c'est celle-là qui consomme excessivement). Elle a besoin de renforcer sa partie compétente pour qu'elle puisse prendre soin de sa partie en difficulté.

Le processus général d'intervention est d'accompagner la patiente dans le passage de l'état de victime des autres à celui de maîtresse du Je(u) relationnel.

Beaucoup de patientes ont été abusées, c'est-à-dire forcée à dire oui ; elles ne savent pas dire non, ne connaissent pas les limites, sont dans la confusion. Beaucoup demandent à apprendre à dire non pour pouvoir faire des choix et dire oui sans contraintes et ainsi acquérir une autonomie de pensée et d'action.

Quelques notions de respect et d'empathie semblent nécessaires à ce travail :

- Prendre le temps de s'affilier, de reconnaître le patient dans sa souffrance et lui manifester notre intérêt : il est quelqu'un d'important,
- Respecter l'espace physique (garder ses distances) et mental (notion d'intimité),
- Respecter le rythme du patient, ses silences et ses fermetures : sa santé lui appartient,
- Notion de sécurité : l'institution offre un cadre sécurisant pour que le patient se sente protégé, veille au respect des règles et du contrat signé,
- Notion de transparence : expliquer les actes posés, les règles de fonctionnement, aborder les actes posés sans faux-semblants.

- Confort de l'intervenant : pour être efficient auprès du patient, le soignant doit se sentir lui-même reconnu et respecté.

## **Différents niveaux d'intervention**

Si le corps est atteint dans ses différents organes et fonctions dans la maladie alcoolique, l'ensemble de la vie de la patiente est aussi affecté dans la plupart des autres domaines (modèle de Sharon Wegscheider Cruse).

C'est pourquoi, chaque niveau est abordé pour envisager avec la patiente les améliorations possibles :

- Potentiel physique : santé, hygiène, plaisir d'être dans son corps,
- Potentiel émotionnel : capacité à exprimer les émotions, à les défendre, à respecter celles des autres,
- Potentiel mental : capacité à apprendre, à faire des changements, ...
- Potentiel social : comment aborder l'autre, le respecter, maintenir des relations, ...
- Potentiel décisionnel : comment maintenir une décision importante,
- Potentiel éthique : quel sens je donne à ma vie ... et aux actes que je pose.

Chaque niveau se traite à travers différents ateliers proposés en individuel ou en groupe :

- Consultations et informations médicales, point santé,
- Atelier corporel, Thalasso, soins Amma, relaxation,
- Réadaptation au quotidien : cuisine, ménage, repassage, plein air, ...
- Ateliers de création et du plaisir de faire,
- Groupes de parole, de prévention de la rechute, abécédaire, ...
- Consultations psychologiques individuelles,
- Consultations familiales.

Guérir des blessures du passé ne peut se faire qu'en travaillant avec les ressources de la patiente et ses capacités propres de changement (qu'elle peut déterminer avec sa propre échelle de valeurs), avec ses résistances pour voir ce qu'elle veut garder de ce passé, avec ses croyances pour vérifier qu'elles ne lui sont pas limitantes. Il est important aussi de travailler avec le contexte familial et social parce que, dans tout système, un élément ne peut évoluer que si les autres éléments changent aussi.

Nous présenterons dans cet atelier, deux exemples concrets de patientes avec lesquelles nous avons travaillé et qui sont d'accord pour que nous parlions d'elles.

## Les enfants et les adolescents de parents alcooliques : comment les aider et aider leurs parents (1)

Atelier 1  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Robert Touffet, alcoologue, Directeur Départemental A.N.P.A.A. 35, Rennes

En juin 2000, l'A.N.P.A.A. 35 et le C.C.A.A. de Rennes ont constitué un groupe de pilotage multipartenarial dans le but de mieux identifier les besoins des enfants confrontés à l'alcoolisation de leurs parents et surtout de leur proposer une démarche de prévention dont la pertinence aurait été vérifiée.

Ce groupe de pilotage a rapidement décidé de créer un groupe de parole. Il lui a semblé important, en effet, de proposer à ces enfants, un lieu où ils seraient pris en compte pour eux-mêmes, où leurs besoins personnels pourraient être exprimés et entendus.

### **La situation familiale des jeunes**

Au total, depuis le mois de novembre 2000, vingt-cinq jeunes ont participé au moins à une réunion. Au départ, ils sont venus par l'intermédiaire des membres du groupe de pilotage qui ont diffusé l'information au sein de leur réseau ...

Ils sont pour la plupart touchés par l'alcoolisme de leur mère et ils le sont aussi parfois par celui de leur père.

Il s'agit d'une situation singulière, puisque, lorsque l'on regarde les chiffres de l'alcoolisme, on constate que les hommes sont toujours beaucoup plus concernés que les femmes. Est-ce à dire que lorsqu'il s'agit de leur mère, les enfants sont plus affectés par l'alcoolisme que lorsqu'il s'agit de leur père ?

La question, à notre sens, mérite d'être posée.

La majorité de ces jeunes sont placés en famille d'accueil ou en foyer. Nous faisons l'hypothèse que le fait d'être séparés de leurs parents leur permet d'avoir une certaine distanciation par rapport au symptôme 'alcool', que leurs affects peuvent être rendus plus accessibles et verbalisés et que la violence et la honte peuvent être parlées.

De plus, le placement des enfants fait éclater le système familial remettant en cause les modes relationnels et les règles. Comme les raisons de cet éclatement peuvent être abordées ou nommées par l'intérieur (enfants-parents) et/ou par l'extérieur (travailleurs sociaux, juge des enfants), il est plus aisé pour ces enfants d'entreprendre une démarche d'aide à l'extérieur.

Pour ceux qui restent dans leur famille, parler pourrait les mettre en difficulté, ne serait-ce que parce qu'ils pourraient être pris dans un conflit de loyauté.

Pour qu'il leur soit possible de participer à ces réunions, il nous semble essentiel de s'assurer de la prise en compte, au travers d'un accompagnement social et éducatif, de leur besoin de sécurité et de protection ainsi que de leur capacité d'autonomie.

### **Le fonctionnement du groupe**

Les réunions du groupe de parole ont lieu les mardis soir de 18 h 30 à 20 h dans les locaux de l'A.N.P.A.A. 35, une fois tous les quinze jours pendant les périodes scolaires.

L'animation des séances est assurée par trois ou quatre professionnels du groupe de pilotage. L'un d'entre eux assure la prise de notes.

Le groupe fonctionne comme un groupe ouvert, chaque jeune a la possibilité d'assister au nombre de réunions qu'il veut. Nous travaillons de façon non directive. Ce sont les jeunes qui nourrissent et enrichissent les échanges à partir de leur vécu et de l'expression de leurs émotions.

## **Implication des jeunes dans le fonctionnement du groupe**

Depuis le début les jeunes se sont impliqués dans le fonctionnement du groupe. Ils ont fait des suggestions pour que les nouveaux se sentent bien accueillis. Avant leur venue dans le groupe, il est important qu'ils soient reçus par un des animateurs pour leur présenter ce qu'ils peuvent y trouver. Ils pensent également qu'il est indispensable d'informer leurs parents de leur démarche et qu'il leur revient de le faire car c'est un moyen de leur faire savoir qu'ils souffrent.



Ils ont également voulu faire connaître l'existence de ce groupe à d'autres jeunes qui vivent la même situation qu'eux. Avec l'accord du groupe de pilotage, ils ont décidé de réaliser une affiche. L'élaboration de cette affiche, à laquelle plusieurs rencontres ont été consacrées, leur a permis de parler de leur situation personnelle. Cette affiche a été réalisée avec le concours d'un travailleur social et, à la fin de l'année 2002, elle a été diffusée aux institutions et structures de la région rennaise en contact avec des jeunes susceptibles d'être concernés.

## **Evolution du groupe**

Pour caractériser l'évolution du groupe, l'an dernier, nous avons identifié quatre étapes que nous avons pu retrouver cette année avec l'arrivée de nouveaux jeunes :

- 1- Les jeunes se présentent et d'emblée racontent leur histoire avec un certain détachement affectif. Ils déposent leur parole dans le groupe.
- 2- Les membres du groupe demandent de l'information sur l'alcoolisme, sur ses effets sur la famille et sur la façon de gérer leurs réactions. Ils testent également l'expérience du groupe pour voir comment l'animateur et les autres membres réagissent. Les échanges se font au travers de l'animateur et les interactions entre pairs sont assez peu fréquentes.
- 3- Les jeunes commencent à partager ce qu'ils ressentent sur ce qui se passe chez eux et ont établi une confiance suffisante pour s'exprimer. Les échanges se font moins au travers de l'animateur. La parole est plus spontanée.
- 4- Les jeunes sont centrés sur le moment présent : leurs relations, leurs problèmes actuels (vie scolaire, vie dans la famille d'accueil, relations dans la fratrie). Les jeunes parlent moins de l'alcoolisme parental, dans une volonté de s'en dégager. Ils se concentrent sur eux-mêmes. Ils parlent à la première personne en utilisant le 'je' et s'autorisent à se penser en dehors du problème familial.

## **Thèmes abordés**

Nous ne citerons ici que les thèmes qui ont fait l'objet de nombreux échanges et qui ont pu être abordés au cours de plusieurs réunions.

### **Les effets de l'alcool et les conséquences de sa consommation excessive sur l'organisme**

'Beaucoup de risques et très peu de plaisirs', telle est la conclusion à laquelle étaient arrivés les jeunes à la fin d'une réunion entièrement consacrée aux risques liés à l'alcoolisation.

Ces jeunes, s'ils n'ignorent pas que la consommation d'alcool peut être agréable, qu'elle peut permettre d'augmenter la confiance en soi et qu'elle peut être associée à la convivialité sont plus sensibles, et l'on ne s'en étonnera pas, aux conséquences négatives. Celles qui les frappent le plus sont l'agressivité, la violence, la perte des relations amicales, le chômage, la dépendance et les alcoolopathies.

### **Les relations avec les parents**

L'impression de ne pas compter, voire même de ne pas exister aux yeux de leurs parents est partagée par une majorité de jeunes : « C'est comme si j'étais là mais je n'existais pas. Pourtant je suis sa fille unique » dit par exemple l'une des jeunes. Un autre dit : « On est comme des fantômes ».

Ils sont aussi confrontés à l'agressivité et même parfois à la violence de leur(s) parent(s) qui s'alcoolise(nt). Certains réagissent en manifestant aussi de l'agressivité au sein de leur famille ou à l'extérieur. Dans les relations s'instaure également parfois un rapport de force, essentiellement avec les mères alcooliques, sans doute parce que ce type de rapport est perçu comme le seul moyen de les amener à cesser leurs alcoolisations.

Ils ont également beaucoup de difficultés à accepter les contradictions de leurs parents, qu'ils soient dépendants ou codépendants, puisqu'ils annoncent des décisions qu'ils ne tiennent pas du tout ou, en tout cas, pas de manière durable.

### **Leur rôle dans leur famille**

Certains jeunes insistent sur l'obligation de devoir tout faire pour amener le parent alcoolique à faire une démarche de soin, car si ce parent mourait des suites de son alcoolisation sans qu'ils n'aient rien fait, ils pourraient en éprouver de la culpabilité.

D'autres jeunes ont un rôle de protecteur du parent codépendant et se trouvent au centre des tensions qui existent entre ce dernier et le parent alcoolique, avec l'impression de ne rien pouvoir faire pour résoudre leur problème.

### **Les moyens d'amener leur parent alcoolique à arrêter de s'alcooliser**

Lorsqu'ils sont confrontés à l'alcoolisation de leur(s) parent(s), certains jeunes ne disent ou ne font rien, d'autres surveillent les consommations, cherchent, cachent ou cassent les bouteilles, ou ne peuvent en parler qu'en 'gueulant'. S'ils en parlaient calmement, ils ont la certitude qu'ils ne pourraient être entendus.

En même temps, ils ont conscience que tous ces comportements n'amènent pas de changement durable.

### **Les sentiments qu'ils éprouvent face à l'alcoolisation**

La colère de ne pas être pris en compte, de ne pas avoir été protégé, la peur de la violence et la honte qui les amène à cacher leur situation sont les sentiments les plus souvent explicitement exprimés.

La légitimité d'éprouver et d'exprimer un sentiment considéré comme négatif à l'égard de leurs parents, comme la colère, a fait l'objet de discussions animées. Certains ne comprennent pas que cette expression

leur soit interdite, alors que pour d'autres elle aurait pu remettre en cause la loyauté qu'ils devaient malgré tout conserver à leurs parents.

Pendant les périodes d'abstinence, les relations sont plus apaisées : les parents peuvent s'excuser, s'intéresser à eux. Une jeune dit que lorsque sa mère va bien, elle va bien aussi et que, dans ce cas, elle montre sa joie.

## **La nécessité de parler de ce qu'ils vivent**

Ils disent que se confier est important pour ne pas rester renfermé, qu'ils en ont besoin quand c'est trop lourd à porter et que cela leur enlève un poids.

Certains en parlent à leurs copains ou à leurs copines, d'autres n'en parlent que dans ce groupe de parole.

Pour en parler à un adulte, ils disent qu'ils ont besoin de le connaître depuis assez longtemps pour savoir s'ils peuvent lui faire confiance. Ils ont besoin d'être sûrs que la personne peut garder un secret (sauf quand c'est trop grave), qu'ils ne seront pas trahis. Ils soulignent la nécessité de rester prudents.

## **Conclusion**

Les objectifs que nous nous étions fixés lorsque nous avons mis en place ce groupe ont été atteints.

Les jeunes ont aussi évolué. Ils ont pu parler librement, se libérer de poids, pour certains, très lourds. Nous les voyons plus apaisés.

Les relations entre frères et sœurs sont devenues plus sereines alors qu'auparavant, elles étaient souvent marquées par l'agressivité. Certains sont sortis du rôle de sauveteur dans lequel ils étaient enfermés. Ils se centrent davantage sur leurs propres besoins et leur vie personnelle. L'un d'eux illustre parfaitement cette évolution lorsqu'il dit « J'ai fait mon boulot ».

## Les enfants et les adolescents de parents alcooliques : comment les aider et aider leurs parents (1)

Atelier 1  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Jean-François Croissant, Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur et superviseur en alcoologie et en thérapie familiale systémique, formateur en thérapie centrée sur les solutions et inspiré par l'analyse transactionnelle, directeur pédagogique de Pégase Processus, Saint-Brieuc (22)

### AIDER LES « PARENTS QUI BOIVENT » ET LEURS ENFANTS : DEUX PRINCIPES « CENTRES SUR LES SOLUTIONS »

Comment concilier le respect pour l'autodétermination des personnes dans le cadre d'un contrat social, le respect pour leur vision du monde et la protection des enfants ? Selon les situations, le continuum des réponses va de mettre les enfants à l'abri et cesser le travail avec les parents jusqu'au maintien du statu quo, fut-il insatisfaisant. Bien entendu il existe beaucoup de stratégies intermédiaires et ceux qui travaillent en sauvegarde de l'enfance et en service social connaissent bien la nature de ces mesures. Parfois, c'est l'enfant qui est placé quand un 'placement du parent' serait plus opportun tant sa souffrance est manifeste et l'emprise de l'alcool dominante. Mais mon intention n'est pas de passer en revue l'adéquation ou l'inadéquation des mesures de protection : le débat est ouvert et d'éminents spécialistes y contribuent. L'approche dont je vous parle a profondément influencé ma pratique et chaque jour, j'en perçois les subtilités et j'en vois les bénéfiques. Elle n'est pas exclusive, basée sur le principe de continuez ce qui marche, elle se justifie pour tenter autre chose quand ce que vous faites déjà ne marche pas ou si vous voulez élargir l'éventail de vos possibilités .

Sur le terrain, lors des supervisions que j'anime, les enfants ou adolescents vivent avec au moins un parent en situation d'alcoolisation problématique pour la relation éducative. Les enfants souffrent et ils ont des symptômes : troubles scolaires, de comportements. Les parents manifestent une certaine coopération, parfois ils affichent des intentions non suivies d'effets.

#### **Plusieurs guides**

Le premier, ce sont les réactions émotionnelles des intervenants. Elles sont un guide précieux parce qu'elles parlent de leurs besoins et bien explorées permettent de construire des interventions fructueuses.

Pendant les phases de crise ou pendant les rechutes, les réactions des intervenants sont fortes, le plus souvent marquées de découragement, de colère, de déception ; les tentations de passer à l'agir sont fortes. L'intensité de ces émotions parle de la force des besoins des intervenants : besoin de fiabilité, d'être utile, besoin de sécurité, de soutien, etc. Plus les récriminations sont fortes, plus les besoins à satisfaire sont importants : comment les nourrir ?

Créer un lien social de confiance et de coopération permet de guider l'intervention

Paradoxalement, c'est en établissant une relation de coopération avec les parents et un contexte de soutien avec ses collègues et supérieurs hiérarchiques que ces besoins peuvent être nourris et les réponses élaborées. L'action éducative efficiente et le soutien à la motivation pertinente des parents pour des soins, quand ceux-ci sont nécessaires, s'accommodent mal de l'isolement.

### Des éclairceuses

Susan Kelly et Insoo Kim Berg s'appuyant sur les bases des services axés sur les familles et centrés sur les solutions dégagent quelques idées fortes et des méthodologies d'entretiens et d'évaluations construites au cours d'un travail de formation et de perfectionnement entrepris sur la totalité des services de l'Etat du Michigan. Tout en vous renvoyant à la lecture de leur ouvrage à la fois ambitieux et très concret, Des Solutions à inventer dans les services à l'Enfance (Ed Satas et Edisem, 2001) je prends le risque de mettre en évidence quelques aspects que je trouve fort utiles.

Avant de revenir aux guides, je vous propose deux principes directeurs :

Le premier principe qui n'est pas ainsi formulé dans le livre résume de mon point de vue l'essentiel : « avec des 'parents qui boivent', considérez les en « parents », pas en « qui boivent ».

Le second qui découle du premier : « intéressez-vous à ce qu'ils aiment faire avec leurs enfants et à ce que leurs enfants aiment faire avec eux. »

Faciles à expliquer difficiles à mettre en œuvre.

De ces deux principes aussi difficiles à mettre en œuvre que faciles à expliquer, le second est le plus difficile.

Le premier principe se heurte aux besoins d'intégrité des professionnels qui veulent aborder de manière directe ce qui, à leurs yeux ou parce que c'est mentionné dans les attendus du jugement, est défini comme source des problèmes. Si ce travail est fait avant qu'une excellente affiliation soit établie, alors les portes se ferment.

Aborder les questions d'alcool est une question de « timing ».

D'abord construire la relation de confiance, ensuite s'assurer des objectifs des parents vis à vis de la mesure éducative, de leurs perceptions de ce que les 'autorités veulent' et des besoins de leurs enfants.

### Préservez la dignité

Insoo Kim Berg et Susan Kelly écrivent « Préservez la dignité de vos clients ! Vous serez plus productif et aiderez vos clients à changer plus facilement et plus vite en travaillant avec eux de façon respectueuse plutôt qu'en leur faisant la morale ou en essayant de les forcer à écouter de bonnes informations contre leur gré. En d'autres mots, plus nous aidons nos clients à conserver leur dignité et respecteront leur rôle d'éducateur compétent, plus il leur sera facile de se comporter de façon compétente et responsable. Cela se répercute sur leurs enfants. Lorsqu'une mère se sent traitée avec respect et dignité, elle sait comment traiter ses enfants avec respect et dignité ».

#### 1. Intéressez-vous à eux comme « parents de leurs enfants »

S'intéresser aux parents qui boivent en s'intéressant d'abord à eux comme des parents est une façon de respecter leur dignité.

Pour ceux qui craindraient que cette attitude ne les encourage à continuer de boire, pour d'autres qui craindraient que cette façon de faire ne soit qu'une forme déguisée de déni ou de minimisation, pour d'autres qui craindraient que ce soit une manière de renforcer la règle de silence, il me semble que, sans vouloir les rassurer pleinement, ce principe de 'traiter les parents avec dignité' et de les respecter dans leur fonction éducative facilitent un assouplissement de la règle d'isolement. On favorise ainsi l'ouverture du système à des intervenants extérieurs et on laisse aux parents la responsabilité d'adopter des comportements et des attitudes plus en conformité avec leurs propres objectifs.

C'est la qualité du lien social établi qui favorise la coopération.

C'est difficile surtout lorsque des odeurs d'alcool flottent dans la pièce, quand des éléments de l'environnement nous montrent de manière manifeste que des besoins essentiels de la vie des enfants ne sont pas satisfaits ; garder cette attitude de s'intéresser à eux comme parents devient alors un défi et encore plus nécessairement une attitude utile pour maintenir un climat de confiance et d'affiliation.

Si toutefois cette attitude se révèle improductive, alors nous pourrions changer d'orientation et utiliser un modèle de motivation centrée sur le constat des faits ou un modèle de confrontation centrée sur la reconnaissance de nos propres besoins et la formulation de contraintes, ce que Marshall Rosenberg appelle l'usage protecteur de la force. Ces stratégies dépassent le cadre de cette brève présentation.

2. Qu'est ce que vous aimez faire avec vos enfants, qu'est-ce qu'ils aiment faire avec vous ?

Le deuxième principe est plus difficile à respecter que le premier. Il se heurte à des habitudes sociales fortement ancrées chez les professionnels et dans les familles. En effet, lors d'une mesure éducative ou d'une intervention sociale, il apparaît nécessaire d'évoquer les problèmes qui ont déclenché cette mesure.

Les parents eux-mêmes, dans un climat familial sous stress, s'en prennent volontiers à leurs enfants, en nommant ce que ceux-ci font de mal, en les méprisant, en les malmenant, en leur collant des étiquettes telles que « il est impossible, il est méchant et il est insupportable ».

Guide 1 : Nous pouvons nous laisser guider par les plaintes qui sont potentiellement le début d'un objectif.

Devant ces énumérations, il est parfois difficile de ne pas entrer dans le jeu de défendre les enfants. Beaucoup de parents excédés par leurs conditions de vie ou encore par leur sentiment d'impuissance, de détresse, manifestent leurs besoins par ces comportements maltraitants. Si nous gardons à l'esprit : « en se plaignant ainsi de leurs enfants, les parents commencent à formuler des objectifs », alors, en veillant à utiliser un langage tourné vers l'ouverture et l'exploration de leurs besoins et de leurs espoirs, nous pourrions transformer progressivement leurs plaintes en objectifs.

« Quand vous dites que votre fils est insupportable, est-ce que vous voulez dire que vous aimeriez qu'il se comporte différemment ? »

- Supposons qu'il se comporte différemment, à quoi remarqueriez-vous qu'il agit différemment ?
- Récemment ou moins récemment, à quel moment avez-vous observé qu'il a agi de manière respectueuse envers sa sœur ou supportable envers vous ?
- Pouvez-vous nous donner un exemple ?
- De quelle façon l'avez-vous encouragé à se comporter de manière respectueuse ?

Guide 2 : explorer les compétences déjà manifestées et les exceptions au problème est une base de départ solide pour favoriser l'empowerment'.

À travers cette série de questions assez simples, construite de manière ouverte centrée sur l'exploration des objectifs et des compétences déjà manifestées, orientée sur l'exploration des exceptions, nous renforçons le pouvoir des parents à définir ce qu'ils veulent et nous soulignons leur responsabilité dans la mise en oeuvre des solutions précédentes.

Ces différentes stratégies peuvent se regrouper sous le titre anglais d'empowering'. En français, on pourrait dire renforcer les compétences qu'ont les parents à vouloir prendre soin de leurs enfants.

Quand je dis que c'est difficile, cette attitude est largement confrontée à des oppositions tant de la part des parents que des enfants. L'habitude de se faire des reproches, inscrite socialement dans les relations familiales, crée aussi de fortes intensités relationnelles.

Nous-mêmes aussi avons nos réserves. Comme intervenants, il est utile de garder présente notre orientation vers ce que les parents veulent de bénéfique pour leurs enfants et ce qu'ils ont déjà fait pour le réaliser.

Aussi minimes que soient ces réalisations, ce sont sur elles que nous allons bâtir les premières étapes du changement. Parfois les premiers effets de ce questionnement ne se font ressentir qu'au bout de six mois. Avec suffisamment de patience, cette façon de faire renforce le pouvoir des parents de faire ce qu'il est de leur devoir de faire et renforce le sentiment de réussite de l'avoir accompli eux-mêmes.

Pas de formule magique, mais un entraînement quotidien

Il ne s'agit pas d'une formule magique mais d'une attitude philosophique sous-tendue par une croyance forte dans les compétences des parents. Nous ne bâtissons pas sur des compétences qui n'existent pas mais sur des compétences que nous avons apprises à déceler.

Guide 3 : Les enfants sont souvent nos meilleurs guides : s'appuyer sur les expressions et les comportements des enfants pour déceler les compétences des parents

Pour les déceler, le plus facile est de demander aux enfants ce qu'ils aiment faire avec leurs parents et aux parents ce qu'ils aiment faire avec leurs enfants. En conclusion je vous citerai cet exemple d'une séance d'entretien collectif familial en centre d'alcoologie :

Après avoir fait un point rapide sur l'évolution des soins et de la situation, j'ai demandé aux enfants, qui étaient trois, ce qu'ils aimaient faire avec leur père. Chacun a répondu à sa façon, ensuite tous les trois se sont levés ensemble, se sont rapprochés de leur père et lui ont dit : « papa ce qu'on aime faire avec toi c'est jouer à la plage. »

Le papa a eu les larmes aux yeux, la maman aussi, la mère a dit : « c'était l'été dernier quand j'étais abstinente. »

Ensuite, il a été possible de demander des précisions sur comment il avait fait pour rester abstinente.

Cette orientation vers sa capacité à rester abstinente est un choix dans cette approche. Elle vient en complément de l'exploration de ses difficultés ultérieures à le rester. Dans une approche de l'alcoologie plus traditionnelle, on passerait plus de temps à savoir comment il a rechuté, plutôt que comment il a fait pour rester abstinente.

En demandant comment il a fait pour rester abstinente l'été dernier, cet homme a décrit certaines actions et conditions qui l'avaient encouragé à le faire et il a commencé à énumérer un certain nombre d'actions qu'il voulait mettre en oeuvre dès son retour à la maison.

J'ai alors orienté la discussion sur le fait que les enfants avaient dit qu'ils aimaient bien jouer aux boules avec lui et je lui ai demandé ce que lui aimait faire avec ses enfants, il a répondu jouer avec eux, j'ai demandé « quels jeux ? » Il a eu plusieurs réponses et parmi lesquelles jouer aux boules avec eux.

La question suivante, vous pouvez l'imaginer, consistait à demander des détails sur où, quand, avec qui d'autre, combien de temps, de façon à ce que cet épisode de coopération entre parents et enfants puisse prendre du relief et, espérons-le, se reproduire.

Notre rôle d'intervenants devient alors parfois très modeste puisqu'il consiste simplement à remettre les personnes sur les rails ce qui rend leur vie un peu meilleure. Notre pouvoir s'appuyant sur le leur est au service des changements désirés.

Shirley Luthman, à la suite de Virginia Satir disait en 1970 : « les familles possèdent en elles une dynamique de croissance, c'est sur cela que nous nous appuyons. »

L'utilisation du langage est un de nos outils essentiels : « veillez à choisir des mots qui portent la considération, facilitent l'ouverture et évitez les mots qui ferment (jugements de valeur, étiquettes, ordres, ...). Avant d'aborder un sujet délicat, demandez la permission. Utilisez des questions ouvertes. Entrez dans les détails des réussites et des projets. Souvenez vous que pour vous laisser guider par le processus : « la question suit la réponse ».

L'orientation vers des actions soutenant l'autonomie des enfants et le soutien social aux parents sont un autre outil essentiel.

Quand alcoolisations et violences s'enchaînent, construire la sécurité est l'objectif prioritaire, parfois nous pouvons nous appuyer sur le parent non dépendant ou convenir avec le parent dépendant d'une stratégie de réduction des risques.

Commencer à utiliser cette façon de faire avec du soutien est plus aisé : supervisions ou interventions. C'est aussi plus facile dans les familles où les personnes s'aiment encore. Pour celles où les conséquences de boire ont trop détruit, c'est un autre chapitre.

Comment aider les sans-famille :  
Les collines de la solitude

Atelier 2  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Docteur Denis Hers, Chef de Clinique Adjoint, Service de Psychiatrie UCL (Prof. L. Cassiers)  
Unité Assuétude (Prof. J.P. Roussaux, Dr M. Derely), Centre Chapelle aux Champs, Bruxelles

## NOS CAPACITES THERAPEUTIQUES SONT-ELLES DEPASSEES FACE A L'ALCOOLIQUE DESINSERE ?<sup>1</sup>.

Dans une communication au congrès de Montréal en 1987<sup>2</sup> intitulée La thérapie de l'alcoolisme par le couple, publiée dans Thérapie Familiale en 1989 (1), nous avons défini pour l'alcoolisme trois types de situations cliniques, en fonction de l'environnement familial et de la place du patient dans celui-ci. Les 2 premiers types sont l'alcoolisme toxicomane, l'alcoolisme de l'âge mûr, le troisième type : nous l'avons appelé l'alcoolisme dépassé. La spécificité de notre sujet, restreint aux situations de couple, avait nécessité de le situer dans un ensemble plus vaste et de définir ce dont nous n'allions pas parler, c'est-à-dire des jeunes qui ne vivaient pas encore en couple et de ceux pour qui l'aventure conjugale s'était révélée un échec, de même que leur insertion professionnelle. Nous avons appelé ce troisième type « l'alcoolisme dépassé ». Cette classification fut ensuite reprise et amplifiée dans l'article Pour une typologie familiale de l'alcoolisme (2), puis dans le livre L'alcoolique en famille (3).

L'appellation alcoolisme dépassé, imaginée assez spontanément, nous a toujours parue insatisfaisante bien qu'assez évocatrice de ce dont il s'agit.

Dans ces articles, nous expliquons que, ce qui est dépassé, c'est la capacité du sujet à maintenir son autonomie en s'appuyant sur un travail rémunérateur et sur son insertion familiale. C'est quand ces deux haubans sociaux viennent à se rompre que nous parlons d'alcoolisme dépassé, dans la mesure où, à partir de ce moment, le patient régresse dans la situation de dépendance morale et financière, qu'il soit à charge de sa famille d'origine ou de ses prolongements sociaux que sont les institutions socio-caritatives et les CPAS.

Si l'appellation alcoolisme dépassé nous semblait insatisfaisante, c'est à cause de son analogie avec le 'coma dépassé' qui supposerait qu'il n'y aurait là plus rien à faire, que la situation serait irréversible et que tout espoir aurait disparu. Si elle est néanmoins restée, c'est sans doute qu'elle était évocatrice de notre propre désarroi en tant que thérapeute et il est probable que ce terme 'dépassé' s'adresse avant tout à nos propres possibilités thérapeutiques et à nos idéaux de guérison.

Il est vrai que notre pratique de départ, fondée essentiellement sur l'ambulatoire, nous avait plus confrontés à des alcooliques de type II, situation dans lesquelles on peut en général identifier un demandeur et le prendre comme point d'appui/allié dans notre travail thérapeutique.

Les alcooliques du 3e type, que dans la suite de ce texte, j'appellerai alcooliques désinsérés (ce terme, reflétant mieux les conditions objectives de ces situations, n'y surajoute pas de connotation péjorative) bien souvent, ne sont pas demandeurs de traitement et ils traînent derrière eux un passif familial,

<sup>1</sup> Texte d'un exposé présenté le 25/4/90 sous le titre L'alcoolique désinséré au cours d'une matinée d'étude de l'Unité Assuétude  
<sup>2</sup> HERS D, DERELY M, ROUSSAUX J-P. Communication au congrès international de l'AITQ (Montréal, Canada). La thérapie de couple avec l'alcoolique, octobre 1987

socioprofessionnel et médical qui rend d'emblée la prise en charge difficile et qui oblige à diversifier les moyens thérapeutiques mis en oeuvre.

Ces patients se rencontrent en salle d'urgence, après avoir été ramassés sur la voie publique, dans les hôpitaux où ils sont admis pour des raisons physiques et où ils sont en contact avec les intervenants sociaux des CPAS dont ils dépendent.

Ces patients posent des problèmes thérapeutiques spécifiques et ce sont ceux-ci que nous allons passer en revue, en tâchant de les illustrer par quelques exemples cliniques.

Il nous faut cependant préciser d'abord de qui nous allons parler. Nous appelons donc alcooliques désinsérés, l'ensemble de ces patients qui ont perdu leur travail et qui ont échoué dans leurs tentatives de fonder un foyer. Cela les a bien souvent ramenés vers leur foyer d'origine ou vers d'autres proches, avec qui il nous est possible de travailler. Bien qu'ils forment un sous-groupe de cette catégorie, nous ne parlerons pas ici de patients tout à fait clocharisés, chez lesquels il n'existerait aucune demande de suivi et qui n'auraient pas de proches concernés par leur évolution. Il n'y a chez eux pas de demande de prise en charge psychiatrique et ils sont en général abordés par un biais strictement médical, focalisé prioritairement sur les risques physiques immédiats qu'ils encourent.

Les problèmes posés aux thérapeutes par ces alcooliques désinsérés, sont les suivants :

- La durée de l'évolution de la maladie ainsi que sa gravité ont profondément perturbé les rapports du patient à son environnement familial et professionnel.  
Les constats d'échecs sont nombreux et l'énergie à investir pour reconstruire une situation socialement acceptable est très importante.  
On sait que le réinvestissement d'une fonction sociale valorisante est un facteur déterminant dans le maintien de l'abstinence.

- Plus la durée de l'alcoolisation est importante, plus il est difficile de reparler des problèmes auxquels l'alcool, au début, a permis de faire face. Dans un type II, pour arrêter de boire, il ne suffit pas de supprimer l'alcool, il faut aussi trouver d'autres moyens de faire face à une déprime, à un conflit avec son employeur, aux tensions suscitées par des conflits d'intérêt avec des proches. Plus l'alcool a pris toute la place, plus il devient difficile de parler d'autre chose et d'imaginer d'autres recours aux difficultés de la vie quotidienne.

Dans la mesure où le symptôme alcool envahit toute la vie du sujet, il devient presque impossible de parler d'autre chose et le thérapeute court le risque de rester focalisé uniquement sur le symptôme. Celui-ci, comme tout symptôme d'ailleurs, tire sa force et sa performance du compromis qu'il réalise en permettant la satisfaction détournée de pulsions que le sujet s'interdit. Quand on sait combien le désir incestueux d'un fils pour sa mère (et vice-versa) peut mener à l'alcoolisme, court-circuitant par là une loi paternelle bien souvent mal inscrite par un père défaillant, court-circuitant aussi la loi de la cité ; il est impressionnant de remarquer que l'alcool, qui, au départ, est une forme de satisfaction substitutive, finit bien souvent par mener à la réunification réelle de ce couple mère-fils qui, symboliquement, n'avait jamais été séparé. La dégradation sociale de l'alcoolique peut donc amener à des satisfactions plus régressives parce que plus proches encore des processus primaires, ce qui diminue d'autant la possibilité d'élaboration secondaire et de sublimation.

Ces situations paradigmatiques, si elles semblent extrêmes, n'en n'illustrent pas moins de façon caricaturale ce qui, dans d'autres cas, se joue dans un registre atténué. Cette réunification, dont le terme est la mort, est illustrée de façon dramatique par certains exemples cliniques.

Cette déliquescence des processus secondaires et des possibilités de sublimation, court-circuitée par des satisfactions primaires, contribue au rétrécissement drastique du 'monde mental' de l'alcoolique, qui se voit réduit à un seul objet de convoitise. Le problème du

thérapeute est alors de retrouver du sujet alors qu'il ne nous est présenté que du symptôme avec le risque de se coincer dans une dichotomie manichéenne (avoir ou perdre le symptôme) qui laisserait le sujet indemne de toutes nos interventions. On peut d'ailleurs se demander jusqu'où l'offre médicale d'enlèvement du symptôme (la cure de désintoxication) ne renforce pas ce camouflage du sujet derrière son symptôme, lui qui vient nous le donner à enlever, caressant le secret espoir qu'il n'y aura rien d'autre à perdre, que tout le reste pourra continuer comme avant.

- La guérison, ou du moins l'amélioration symptomatique d'un alcoolique désinséré ne peut se concevoir que dans le cadre d'une évolution à long terme. On peut s'attendre à un 'parcours thérapeutique', véritable parcours du combattant, qui s'échelonne sur plusieurs années et qui sera ponctué de différents moments forts, qu'ils soient d'ordre symptomatique (aggravation, rechute ...) ou d'ordre thérapeutique (soins médicaux, intervention sociale, thérapie familiale, individuelle, séjour en communauté ...). Il est tout à fait illusoire de croire qu'une simple désintoxication de 15 jours peut elle-même apporter un changement dans ce type de situations. Considérer d'emblée son travail comme étant un moment dans une évolution plus globale permet de se focaliser moins sur les résultats immédiats et laisser au patient le temps de faire lui-même son chemin à un rythme qui lui est propre et dont nous n'avons pas la maîtrise.

Penser l'évolution du patient comme étant d'office un parcours à obstacles multiples nécessite de réfléchir à tout moment sur la stratégie la plus adéquate à utiliser à un moment précis. Tout patient n'est pas susceptible de recevoir un traitement unique à n'importe quel moment.

Il y a des moments où une thérapie familiale est indispensable, d'autres où une thérapie individuelle est possible, d'autres encore où l'on recommandera un séjour en communauté thérapeutique. Dans certains cas, on se limitera à une intervention strictement médicale ou à une remise en ordre de la situation sociale du patient. Il en est aussi où l'on voit mal au nom de quoi nous pousserions le patient à arrêter de boire.

Arriver à mieux se repérer dans ces différents moments permet de mieux adapter notre thérapeutique à la problématique actuelle du patient.

Ces moments différents feront appel à des intervenants multiples qui, durant un temps sans doute, serviront de prothèse sociale à ces patients en manque d'interlocuteurs non thérapeutiques.

Ce réseau thérapeutique ne garde son sens que s'il peut déboucher à un moment donné sur une ouverture extérieure, qu'il aura rendue possible en servant de matrice à un nouveau type de relation dont l'alcool ne serait plus le centre.

Il importe de ne pas sous-estimer l'importance de cette phase de reconstruction, d'élaboration d'un nouveau style relationnel qui se fera par essais et erreurs, s'appuyant tant bien que mal sur quelque béquille thérapeutique, qui ne permettra néanmoins pas d'avancer sans chutes ni rechutes.

À ne pas sous-estimer non plus, l'importance du réseau relationnel que le patient aura conservé à l'extérieur ou qu'il pourra reconstruire, par exemple via les A.A.

Pour ces patients alcooliques sans attaches, la fréquentation des A.A. est souvent un élément déterminant qui leur permet de recréer un lien social hors consommation, sans pour autant dénier à l'alcool la place qu'il avait dans la vie du sujet.

La répétition des rechutes, la persistance du symptôme risque de provoquer chez les soignants un syndrome d'épuisement et de démotivation (burn-out syndrome). L'apparent refus de guérir de l'alcoolique met à mal la soif de guérir du thérapeute qui s'épuise dans cette lutte 'sans merci' où les échecs sont aussi fréquents que les victoires.

Le risque de rejet est évident, tant il est vrai que si l'on a cru pouvoir guérir, il est plus facile de ne plus voir son patient que le voir 'encore' en rechute, témoin souvent bruyant de notre impuissance thérapeutique.

Serions-nous comme Sisyphe roulant son rocher, en acceptant bien souvent de soigner en vain ... pour guérir quelques fois ... ?

« Je le pensai, Dieu le guérit. » Cette phrase d'Ambroise Paré, qui concerne d'ailleurs toute la médecine, devrait nous ramener à suffisamment de modestie pour nous permettre de poursuivre notre travail.

Il est frappant de noter que ce rejet du patient en rechute est particulièrement marqué dans le domaine des assuétudes (il ne viendrait à l'idée de personne de reprocher à un patient d'avoir des obsessions ou de tousser) et qu'il semble en rapport direct avec notre conviction qu'il s'agit là d'un symptôme différent des autres, sur lequel la maîtrise du patient ou du thérapeute est supposée plus importante.

Il semble également qu'une guérison n'est possible qu'à partir du moment où cette illusion de maîtrise a disparu, tant du côté du patient (je suis plus fort que l'alcool) que du côté famille ou soignant (je peux le guérir de son alcoolisme).

Le rôle de ces illusions, leur danger et leur nécessité pose des questions tout à fait intéressantes.

La foi en une toute-puissance thérapeutique, qu'elle se situe côté soignant, côté famille ou côté patient, transforme celui-ci en objet de soins, à défaut d'être sujet de son destin. C'est bien souvent la position de départ des familles qui, après avoir cru de longs mois pouvoir 'l'en sortir', attribuent ce pouvoir au soignant en espérant le voir réussir là où eux-mêmes ont échoué. Or, paradoxalement, ce n'est que le jour où l'entourage aussi peut s'intéresser à autre chose et prendre de la distance par rapport à cet alcoolisme que le patient devient libre de prendre lui-même en main sa situation.

D'autre part, quand la famille n'espère plus rien, ou accepte dans la résignation un inévitable décours tragique des événements, l'approche thérapeutique est bien plus difficile encore, à cause de l'odeur de mort qui plane sur les entretiens. Ces situations sont heureusement beaucoup plus rares.

Ce qui semble très important dans le traitement de ces patients, c'est la continuité des soins par une même équipe, malgré des rechutes multiples. Elle me paraît de loin préférable à une rotation de service en service, où le patient répètera sans cesse les mêmes scénarios sans que ses interlocuteurs aient le temps d'en repérer les éléments essentiels qui leur permettraient d'en modifier le cours.

Si l'idéologie de la crise a pu donner l'impression que tout traitement pouvait et devait être rapide, ces patients nous confrontent à la durée et à la répétition. Que le patient s'adresse à nouveau à nous, malgré l'échec et qu'un transfert puisse s'installer dans la durée, est déjà une réussite par rapport à une vie faite de ruptures et de discontinuités. Les inévitables moments de découragement, tant côté soignant que soigné, font partie du chemin et peuvent être à la base d'un sursaut vital générateur de changements. L'oubli nous conduirait à épouser les propres vices du patient, incapable de s'imaginer un avenir et à le confirmer dans un désespoir sans fin.

## **Bibliographie**

1. La thérapie de l'alcoolisme par le couple/HERS D., DERELY M., ROUSSAUX J-P. Genève : Thérapie Familiale, 1989, 10 1 63-72.
2. Pour une typologie familiale de l'alcoolisme/ROUSSAUX J-P., DERELY M., HERS D., VANDENBOSCH M. , GEERAERT R., DEVOS M. in Alcoolismes et toxicomanies/ROUSSAUX J-P., DERELY M. Bruxelles : Ed. De Boeck, coll. Oxalis, 1989
3. L'alcoolique en famille/ROUSSAUX J.P., FAORO-KREIT B., HERS D. Bruxelles : Ed. De Boeck, coll. de l'Oxalis, 2000. Deuxième édition revue et augmentée

## La transdisciplinarité d'une équipe de soins : Itinéraires d'un système de soins

Atelier 3  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Michel Bouron, Directeur du Centre Bocquet, soins de suite et de réadaptation en alcoologie, Alençon (61)  
Christiane Dodeman, infirmière en psychiatrie, Centre Bocquet

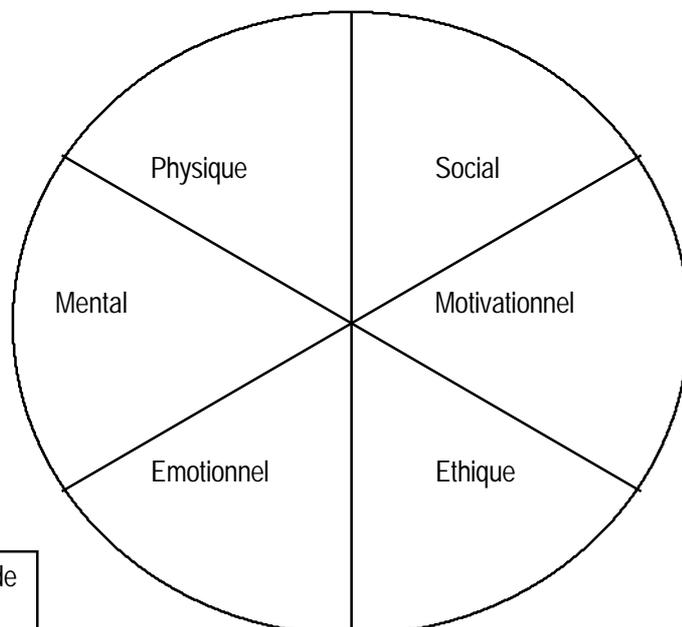
Le centre de soins Bocquet, centre de soins de suite et de réadaptation en alcoologie, au cœur de la ville d'Alençon, Orne, reçoit 16 hommes et femmes désirant consolider leur démarche de soins alcoologique après un sevrage en milieu hospitalier. Le séjour de base proposé est de cinq semaines. Il peut être prolongé de une à trois semaines après évaluation des besoins du patient et de sa demande avec l'équipe soignante.

### 1. Une conception multidisciplinaire de l'accompagnement.

La personne est reçue au centre dans sa globalité en tant que personne et non réduite au diagnostic d'être dépendante de l'alcool. Nous nous inspirons d'une conception de l'alcoolisme comme un 'style de vie' (Dollard Cormier 1982) au cours duquel le choix de vivre sous l'effet d'un produit devient prévalent comme mode d'adaptation préférentiel à un environnement interne ou externe.

L'alcoololo-dépendance affecte la personne dans sa globalité :

- sa santé (nécessité d'une approche médicale et d'une attitude de promotion de la santé, sommeil, alimentation, redécouverte des 5 sens, ...),
- sa conception du temps et du monde,
- ses relations et son système de valeurs. Nous utilisons le cercle des potentiels comme guide d'intervention pour accompagner les personnes dans la restauration des zones qu'elles souhaitent prendre en compte durant leur séjour.



Cercle des potentiels de  
Sharon Wegsneider

<sup>1</sup>Le potentiel physique englobe l'ensemble des relations et des attitudes que l'individu entretient avec son corps (l'attention qu'il porte à sa santé, le soin qu'il apporte à son alimentation, la place qu'il accorde aux sensations corporelles, le plaisir qu'il a d'être dans son corps).

Le potentiel émotionnel englobe les émotions, les sentiments, la reconnaissance des besoins. Il s'agit en fait de la palette de réponses internes dont nous disposons pour réagir à des événements qui peuvent être aussi bien internes qu'externes.

Le potentiel social englobe l'ensemble des relations que l'on va développer à l'intérieur du milieu familial, mais aussi à l'extérieur. L'identité sociale construite par le biais des rôles et des statuts et la place dans la société ; c'est là que j'inclus les relations familiales et amicales.

Le potentiel mental englobe tout ce qui concerne le domaine de la pensée, la mémoire, l'attention, la concentration, les capacités d'analyse, l'imagination, la créativité, mais aussi l'intelligence manuelle.

Le potentiel spirituel et éthique englobe le système de valeurs de l'individu et plus largement tout ce qui a trait au sens de la vie, ce à quoi il tient et ce qui est important pour lui, les croyances investies.

Le potentiel volitionnel concerne la capacité de faire des choix, d'élaborer des objectifs et de garder son énergie disponible pour la réalisation de ses projets."

L'évaluation de ces différents domaines permet de définir le plan de traitement en coopération avec la personne en utilisant ses propres ressources afin de maintenir ou de développer un domaine particulier.

## **2. Influences de notre philosophie de la personne dans notre projet de soins**

Malgré toutes ces difficultés accumulées au fil des années, nous croyons que la personne dépendante de l'alcool dispose de forces de croissance sur lesquelles elle et nous pouvons nous appuyer pour qu'elle prenne en main progressivement son processus de retour à la santé, la prévention des rechutes et la modification de son style de vie.

Nous la considérons :

- ayant des capacités intactes ou à développer dans chaque zone de potentiel,
- capable de construire son autonomie,
- actrice des soins parce que capable d'auto-détermination,
- pouvant faire des choix de plus en plus libérés des habitudes liées aux produits consommés.

### **Ayant des capacités**

Nous proposons aux personnes reçues d'expérimenter les activités. Les ateliers sont conçus comme un lieu de découverte basée sur une théorie de la motivation où l'exploration du monde et les ressentis est un concept clé. Il s'agit de susciter des expériences de contact avec soi-même et les autres où la technique utilisée est moins importante que le degré de présence vécue.

Prenons l'exemple de l'ergothérapie.

L'ergothérapie se déroule avec un nombre limité de personnes dans un cadre coloré et dans un climat sécurisant afin de favoriser les échanges et l'entraide.

Après un bref recueil de données permettant d'évaluer les capacités minimales de la personne, le choix de l'activité se fait en collaboration avec le patient, en adéquation avec son état actuel et ses propres

---

<sup>1</sup> Nous reprenons ci-dessous la description des zones de potentiel dans l'article de J.F Croissant dans "Thérapie Familiale, Genève, 2004, Vol 25, N° 4 p 556

désirs. La personne participe à l'élaboration de ses objectifs afin de pouvoir mieux s'investir dans la réalisation de ceux-ci.

La première activité est le plus souvent une activité simple, structurée et sur modèle, ce qui permet dans un premier temps d'augmenter les habiletés de travail et cognitives de la personne et de la valoriser dans l'exécution d'une tâche concrète. Le groupe joue alors un rôle de stimulation, de solidarité et d'entraide.

Dans un second temps, le patient ayant repris confiance en lui et en ses capacités, l'activité devient plus complexe, libre et avec prise d'initiative (activité de création). Cela développe ainsi de nouveaux centres d'intérêts pour la personne qui peut mieux prendre conscience de ses limites et capacités.

L'ergothérapie vise donc à aider le patient à augmenter ses capacités pour qu'elles puissent être transposées avec satisfaction dans l'environnement de son choix.

## **Acteur des soins**

Le résident est l'acteur de ses soins. Depuis la lettre de motivation, les objectifs de vie du patient sont définis avec lui et non sans lui, ceci peut sembler évident mais n'est pas si simple tant nos modèles de formation de base nous ont appris à penser pour et parfois agir pour. Les frontières entre accompagnement/sur-implication d'un côté, accompagnement/désengagement de l'autre sont parfois ténues.

Tout au long du séjour il est sollicité comme acteur de ses soins, par exemple :

1. Dans les entretiens individuels d'accompagnement centrés sur la co-construction d'objectifs et de solutions et la possibilité de les mettre progressivement en œuvre, de manière assumable dans la vie de tous les jours. A la 3<sup>ème</sup> semaine de séjour, un bilan est fait avec le patient. Il est amené à préciser la durée de séjour qui lui paraît la plus adaptée à ses besoins. Ces entretiens peuvent être l'objet d'une évaluation où le patient estime le degré d'écoute, de compréhension qui lui a été accordé. En fonction de cette estimation, l'intervenant a la responsabilité de ses ajustements. (François Balta : Evaluation qualitative de l'entretien)
2. Dans sa prise de rendez-vous près de la psychologue et de l'assistante sociale s'il souhaite bénéficier de leur aide et soutien.
3. Dans la préparation de sa sortie où chaque patient prévoit les rendez-vous (alcoologue, médecin traitant, psychologue, assistante sociale) pour la continuité de ses soins.
4. Dans des ateliers tels que « le cercle des objectifs » (De F. Balta d'après Louise Charbonneau, psychoéducatrice, Canada). La participation y est volontaire. Cet atelier se déroule en 2 séances. Une première séance permet à chacun de préciser tout ce dont il ne veut plus et ce qu'il ne veut surtout pas et ce qu'il souhaite mettre en place dans sa vie. Il est demandé à chacun de se centrer sur des petits objectifs, concrets, importants à ses yeux et réalisables tout en tenant compte de son contexte. La 2<sup>ème</sup> séance est orientée sur les étapes déjà effectuées, sur la prochaine étape à réaliser, sur les obstacles qui pourraient advenir et les capacités ou ressources de chacun pour y faire face.

## Responsable

La responsabilité des personnes reçues est sollicitée notamment :

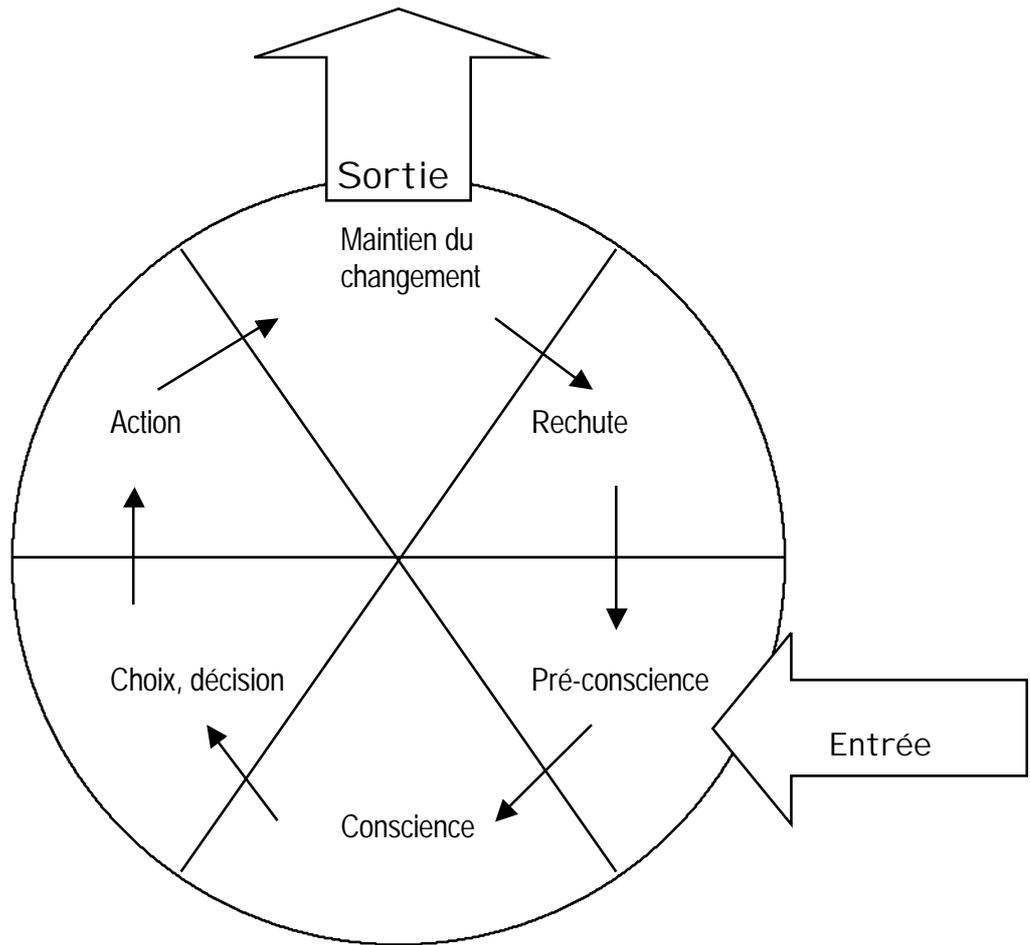
1. Dans leurs capacités à gérer le respect du règlement intérieur. Le fonctionnement du centre, explicité dans le livret d'accueil remis à leur arrivée fait l'objet d'un contrat signé. C'est le directeur qui reçoit les personnes admises pour commenter à la fin de la journée d'admission les points sur lesquels les personnes souhaitent avoir des compléments d'information.
2. Dans leurs capacités à gérer la confrontation et l'engagement de l'expérience de l'abstinence dans le cadre de son séjour. L'écart d'alcoolisation n'est ni banalisé, ni dramatisé mais repris comme un fait pouvant donner des indications pour la personne dans le cadre de la prévention des rechutes.
3. Dans leurs capacités à assumer les tâches matérielles du quotidien pour lesquelles elles se sont engagées lors de la réunion d'organisation hebdomadaire.
4. Dans la gestion des problèmes relationnels et les difficultés » de vie en groupe. Les problèmes relationnels et les difficultés de la vie de groupe sont repris avec le groupe ; chacun est encouragé à les nommer lors d'une réunion spécifique que l'on appelle : Point Rencontre ou dans des échanges ponctuels organisés en fonction d'événements particuliers. Le Point Rencontre, mis en place depuis 1993, est co-animé tous les lundis matin par deux membres de l'équipe et le directeur. Le point rencontre est un des lieux symboliques de resocialisation. Nous y offrons un contexte de maturation des relations inter sociales (gestion des conflits, commentaires sur le séjour ...) L'important est la ritualisation hebdomadaire, car nous pensons que le rituel est un facteur de prévention des rechutes. L'échange prévu a lieu à jour et à heure fixe, cela contribue à la perception du temps, même s'il dure un peu, le moment viendra au-delà de 'l'urgence'. Ce temps existe aussi même s'il n'y a pas de problèmes, ainsi le message est donné que les échanges peuvent se structurer sur être ensemble.

## Pouvant faire des choix

C'est une notion clé. Sous l'influence répétée des consommations les choix existentiels deviennent de plus en plus réduits.

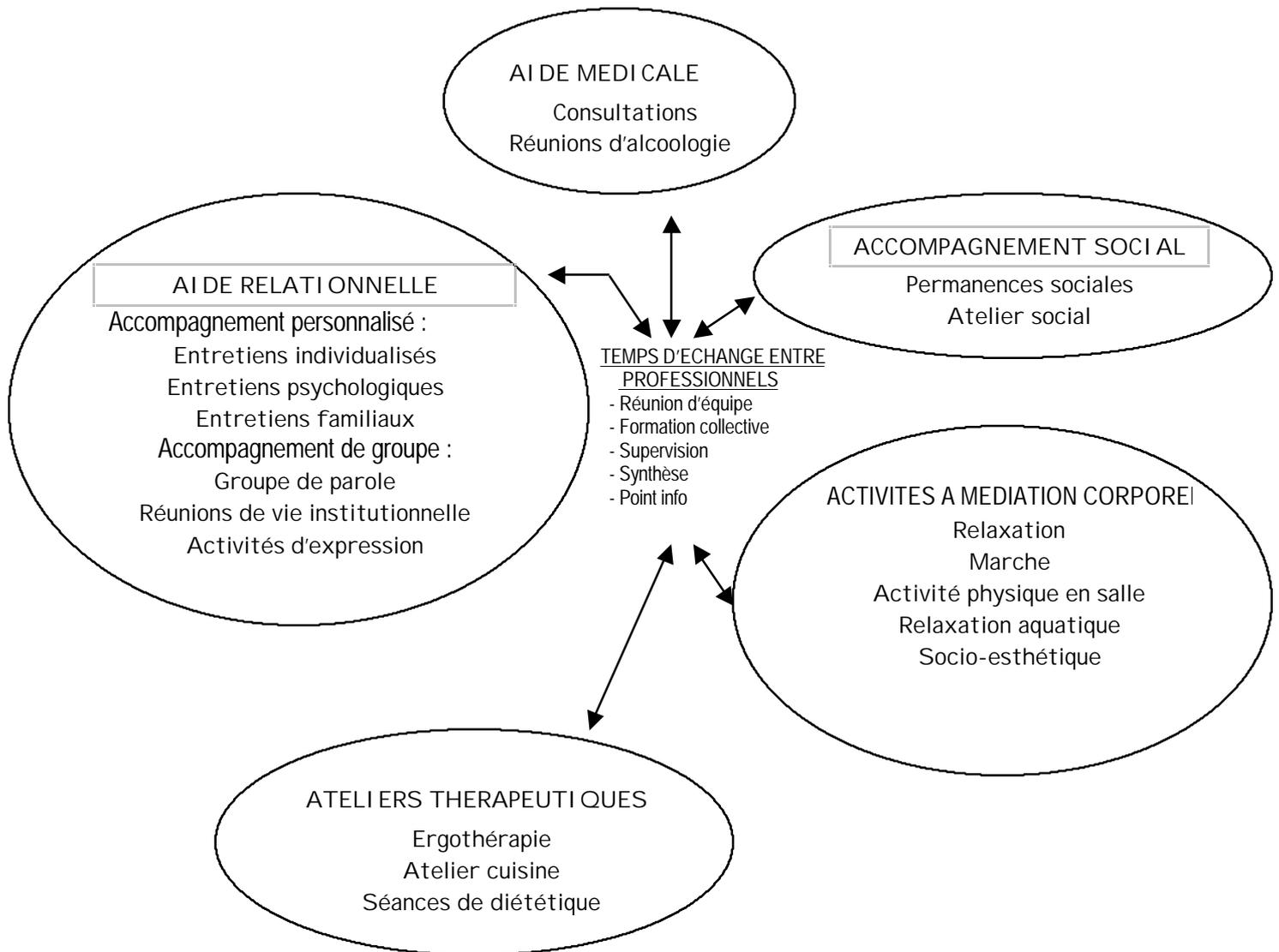
1. Depuis 2000, afin de permettre aux personnes reçues d'exercer des choix dans les activités proposées, nous essayons de compléter notre menu par une carte. Les activités de diététique, le cercle des objectifs, la relaxation individuelle, l'atelier thérapeutique cuisine font partie du programme thérapeutique et l'initiative est laissée aux patients de choisir d'y participer ou non. La personne peut ainsi s'impliquer dans ce dont elle estime avoir besoin.
2. Le travail au groupe de parole qui permet l'expression verbale et émotionnelle, favorise la connexion avec soi-même et l'élaboration de choix éclairés.

3. La réflexion dans le cadre de l'accompagnement individuel sur la prévention de la rechute permet au patient d'élaborer des options utilisables pour gérer les pensées ou envies d'alcool et d'élargir ainsi son panel de choix pour opérer des changements. Nous nous appuyons sur le modèle de Prochaska (Candide Beaumont (M.A.P.S, psychologue : l'écart et la rechute existe en toxicomanie, avril 2000).



Modèle de Prochaska

### 3. Transdisciplinarité, approche globale et projet thérapeutique.



Le modèle médico-psycho-social n'est pas seulement exploité dans sa linéarité mais aussi dans les interfaces. Cet interface entre les différentes professions nous paraît essentiel à prendre en compte et permet des actions spécifiques et personnalisées pendant le temps de séjour de 5 à 8 semaines. Cette approche globale entraîne que l'alcoologie n'est pas réservée à une profession mais se trouve à l'intersection de nombreux professionnels de formations différentes. L'accent est mis sur le lien entre les différents types d'accompagnement. Le premier type de transdisciplinarité se traduit par des co-interventions de professionnels différents. Par exemple, la diététicienne, l'infirmière et le moniteur de cuisine ont des temps de co-animation conjoints avec les patients dans l'atelier diététique. Cette intervention conjointe permet ensuite dans l'atelier cuisine de travailler concrètement à l'élaboration et confection des menus.

Afin de préserver une cohérence d'intervention, le travail en équipe, au sens large, est donc privilégié. C'est le second aspect de la transdisciplinarité qui nécessite des temps spécifiques d'échanges entre les salariés, toutes professions confondues :

- Point infos : temps d'échange quotidien d'un quart d'heure où le directeur, le médecin et les salariés de service sont présents. Il s'agit d'un temps de liaison et d'ajustement de nos interventions ; les informations concernant la vie institutionnelle et les résidents sont échangées.
- Réunion de synthèse hebdomadaire à laquelle participe le directeur, le médecin, l'équipe soignante ainsi que le cuisinier en tant que moniteur d'atelier et un psychologue extérieur. Cette réunion a pour objectif la cohérence de l'accompagnement.
- Formation collective institutionnelle à laquelle participe l'ensemble du personnel soignant, de service et administratif avec le directeur, elle a lieu cinq jours par an depuis 1995. elle a permis :
  - § l'acquisition d'outils thérapeutiques communs,
  - § l'explicitation des interventions en fonction des compétences professionnelles,
  - § elle a aussi un rôle de supervision collective. (Par exemple, la supervision du groupe de parole ouvert à tous les co-intervenants participant avec la psychologue à l'animation du groupe de parole),
- La réunion d'équipe bi-mensuelle avec le directeur permet la réactualisation ou la mise en place concrète des activités thérapeutiques et le suivi des groupes de travail thématiques.

## Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique a été élaboré lors de journées de formation institutionnelle. Une réflexion commune sur nos croyances et nos valeurs a été un préalable important à l'élaboration du projet de soins. Elle a permis de déterminer ce qui sous-tend nos actions. Le projet thérapeutique, tel un système vivant est en évolution constante. Nous sommes passés d'un fonctionnement indifférencié, "chacun fait tout" à un fonctionnement différencié, "chacun fait une partie du tout". Dans notre fonctionnement de départ, quelles que soient les formations initiales des intervenants, qu'elles soient sanitaires, sociales ou éducatives, chacun avait un rôle polyvalent dans l'accompagnement alcoolique. Nous avons choisi progressivement de redonner à chacun des professionnels une part d'activité spécifique, en lien avec sa formation de base, en ayant le souci constant de croiser les interventions avec les autres intervenants. La formation collective en alcoologie permet le lien et le ciment de l'ensemble des interventions.

L'actualisation du projet thérapeutique est activée soit :

1. Par les échéances politiques :
  - COM,
  - Le passage à la tarification à l'activité pour les établissements SSR (Soins de Suite et de Réadaptation),
2. Sur l'initiative du directeur qui met en place des groupes de travail en fonction des orientations définies avec le Conseil d'Administration,
3. Sur l'initiative des salariés lors des journées de formation ou dans le cadre de réunions d'équipe bi-mensuelles,

4. A partir des opinions des patients recueillies notamment lors des évaluations qu'ils font à l'issue de certains ateliers et à l'occasion de leur bilan de séjour afin de tenir compte de leurs besoins exprimés.

Nous sollicitons aussi leurs points de vue sur des aspects du projet de soins ou de l'organisation de la vie institutionnelle.

Afin de mesurer l'impact de notre projet thérapeutique sur les améliorations de la qualité de vie des personnes reçues, nous avons aussi conduit, en collaboration avec l'INSERM, une enquête à partir d'un questionnaire de qualité de vie à trois moments différents du séjour. Les patients ont répondu à ce questionnaire la première semaine de leur séjour, la dernière semaine et six mois après la fin de leur séjour.

La mise en œuvre de cette façon de travailler de manière transdisciplinaire nécessite des efforts quotidiens et beaucoup de vigilance de la part de chacun des professionnels au sein de l'institution.

Le fait de travailler avec des personnes présentant des difficultés dans un certain nombre de domaines de leur vie implique qu'aucune profession ne peut faire face seule à cette complexité. Il ne s'agit pas non plus de la juxtaposition de compétences. La transdisciplinarité va jusqu'au développement de compétences collectives qui nécessitent des échanges réguliers et constants. Cette compétence collective, en plus des compétences individuelles a un impact sur la qualité de soins. Les rituels d'échange que nous avons mis en place sont indispensables pour nourrir la qualité des soins avec les patients. Cela suppose aussi des moyens adaptés.

Ces réflexions se font dans un contexte d'incertitude majeure sur les moyens financiers dont nous pourrions disposer pour mettre en œuvre nos projets alors même que la tarification à l'activité qui va être introduite dans les SSR ne tient pas compte de la spécificité en alcoologie. L'approche globale pour le soutien aux personnes en difficulté dans leur rapport à l'alcool n'est pas réductible à des indicateurs médico-économiques.

## L'entrevue motivationnelle : toutes les histoires ont un début

Atelier 4  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Solange Keighan, Psychologue, spécialiste des questions de délinquance, toxicomanie et psychiatrie,  
chargée de cours à l'université de Montréal, coordonnatrice clinique du programme STOP

L'entrevue motivationnelle est un style d'intervention brève développé par William R. Miller (University of New Mexico) et Stephen Rollnick (University of Wales). Bien que plutôt récent, ce style d'intervention jouit d'un certain appui au sein de la communauté scientifique et clinique oeuvrant en toxicomanie. Elle a recueilli des résultats empiriques fort intéressants lors de diverses études portant sur son efficacité (Miller, Sovereign & Krege, 1988; Bien, Miller & Boroughs, 1993; Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, Montgomery, Hester & Tonigan; 1995; Noonan & Moyers, 1997).

Miller et Rollnick définissent l'entrevue motivationnelle comme étant : « une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. » Elle se traduit évidemment par une série de techniques et de stratégies mais la nature même de l'intervention réside avant tout dans la relation entre le thérapeute et le client.

Pour mieux comprendre l'entrevue motivationnelle, il est important de bien saisir des concepts et des notions théoriques déjà existantes. Attardons-nous à la notion d'ambivalence et aux stades de changement développés par Prochaska et DiClemente (1982) ainsi qu'à la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977).

Les auteurs (Miller & Rollnick, 1991) considèrent que les personnes aux prises avec une problématique de toxicomanie se retrouvent souvent dans un état d'ambivalence qui s'avère tout à fait normal. Toutefois, ces personnes sont immobilisées par cette ambivalence. Le rôle du thérapeute est donc d'aider ces personnes à explorer la complexité de celle-ci grâce à une écoute empathique, des reflets et des recadrages bien ciblés. Par ce moyen, le thérapeute tente de faire progresser les clients vers une prochaine étape du changement.

Conçu à l'origine à la fin des années 70, début des années 80, par James Prochaska et Carlo DiClemente de l'Université du Rhode Island, le modèle des étapes du changement considère le changement comme un processus dynamique. Selon ces auteurs, une personne qui cesse de prendre des drogues passerait par cinq étapes avant de réussir : pré-conscience, conscience, décision, action, maintien, (rechute). Cette personne progresserait à chacune des étapes en utilisant des processus de changement distincts.

Expliquons brièvement chacun des stades. Au stade de la pré-conscience, le client ne considère pas avoir un problème de consommation. Il ne voit pas son besoin de changer. Au stade de la conscience, le client est caractérisé par l'état d'ambivalence que nous avons nommé précédemment. Au stade du choix, le client prend effectivement la décision de changer. Le stade de l'action est celui où le client met ses stratégies à exécution. Le stade du maintien consiste en une période où le client tente de résister aux diverses tentations de retour à la consommation. Finalement, un autre stade, celui de la rechute ou de l'écart qui est un retour en arrière. Selon ce modèle, il est tout à fait normal qu'un client rechute et s'y prenne par cinq ou six fois avant de sortir de façon permanente de la roue de changement.

Lors des premières étapes, la progression dépend des modifications de l'équilibre décisionnel de la personne, c'est-à-dire comment elle voit le pour et le contre entre prendre des drogues et cesser de le faire. Janis et Mann (1977) ont été les premiers à décrire un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les facteurs favorisant le statu quo et de l'autre les facteurs favorisant le changement. La balance décisionnelle est un outil utile pour fournir un tableau complet de la situation. Le thérapeute voit reflété et résumé ce que le client dit tout en lui posant des questions qui favorisent l'exploration. Il est évidemment préférable que le client explore lui-même son ambivalence plutôt que de le faire à sa place.

Prochaska et ses collaborateurs, en nous précisant les étapes et les processus du changement, ont balisé les méthodes d'intervention à utiliser selon les étapes que doit traverser le client. Ce qui laisse bien deviner que l'approche motivationnelle doit être appliquée, avec d'autres, à tous les stades du changement.

Une intervention visant le changement de comportement doit aider le client à franchir les étapes du changement selon l'une des manières suivantes (Beaumont, C., 2002) :

1. Aider le client à identifier où il se situe dans la roue du changement,
2. Aider le client à utiliser le bon processus de changement au bon moment,
3. Aider le client à réévaluer son opinion au sujet des avantages et des inconvénients de son comportement de manière à augmenter sa motivation à le modifier,
4. Aider le client à devenir plus confiant en sa capacité de reprendre du contrôle sur son comportement.

Par exemple, au stade de la pré-conscience, il est important de faire surgir le doute chez le client en cherchant les in-congruences majeures entre son comportement actuel et ses buts. Le principe directeur est qu'il faut mettre davantage en relief les avantages du renoncement en même temps que les inconvénients du comportement. Il est avantageux de le sensibiliser en faisant appel à ses sentiments sans nécessairement lui faire peur. Au stade de la conscience où le client envisage la possibilité de changer, il est crucial de faire pencher la balance décisionnelle pour régler l'ambivalence en mettant en relief les avantages du renoncement. À cette étape, le client veut qu'on comprenne qu'il est partagé entre le désir d'arrêter et celui de continuer. Nous pouvons donc l'encourager à faire le point sur ses valeurs et à visualiser les avantages d'un avenir sans son comportement nocif.

La motivation est soulignée dans plusieurs études comme un élément clé du changement en matière de troubles liés à des substances. Il paraît donc évident que tout intervenant devrait développer et utiliser des habiletés visant à 'motiver' la personne qu'il veut aider à effectuer des changements.

Mais qu'est-ce que la motivation ? Sur quoi le thérapeute se base-t-il pour juger qu'un client est motivé ou n'est pas motivé ? Dans l'approche traditionnelle, l'emphase est souvent mise sur l'acceptation par le client qu'il a un 'problème' ; l'acceptation du diagnostic, de l'étiquette 'alcoolique' est vue comme essentielle à l'amorce du changement. La résistance du client est souvent perçue comme un symptôme de 'négation' nécessitant une approche de confrontation. La résistance est alors surmontée par l'argumentation et une remise à l'ordre. Dans l'entrevue motivationnelle, l'emphase mise sur l'acceptation d'une étiquette est découragée. Cette acceptation est perçue comme n'étant pas une condition nécessaire à l'amorce d'un changement. De plus, la résistance est vue comme un pattern de comportement de relations interpersonnelles influencé en partie par l'approche et les comportements du thérapeute. Cette résistance est surmontée, dans cette approche, en utilisant le reflet.

Miller et Rollnick (1991), quant à eux, perçoivent la motivation comme : « la probabilité qu'une personne initiera, continuera et adhérera à une stratégie spécifique de changement ». Pour ces auteurs, les thérapeutes ne sont pas des spectateurs mais des personnes pouvant influencer significativement la motivation des clients. Ces auteurs (1995) identifient sept principes directeurs à la base du travail

thérapeutique. Aussi, l'essence de l'entrevue motivationnelle repose, selon eux, sur la collaboration aidant-aidé, la croyance en l'autonomie du client et la capacité d'évoquer chez lui le « discours-changement ».

1. La motivation au changement doit émaner du client et non être imposée de l'extérieur,
2. C'est la tâche du client et non celle du thérapeute de nommer et de résoudre son ambivalence,
3. La persuasion n'est pas une stratégie efficace pour résoudre l'ambivalence,
4. Le style d'approche est généralement doux et invite à l'exploration,
5. Le thérapeute est directif dans sa manière d'aider le client à explorer et à résoudre son ambivalence,
6. La disponibilité au changement n'est pas un trait de caractère du client mais un état qui vacille selon la qualité de la relation interpersonnelle,
7. La relation thérapeutique ressemble plus à un accompagnement qu'à une relation expert/client.

## **Stratégies d'intervention**

Miller et Rollnick (1991) ont identifié quatre stratégies d'intervention pour aider à mieux comprendre l'entrevue motivationnelle. Cette dernière est davantage un style d'intervention plutôt qu'un amalgame de techniques.

### **1. Éviter l'argumentation avec le client**

De façon générale, le thérapeute doit éviter de se retrouver dans un débat avec le client. De plus, la confrontation hostile augmente le taux d'abandon et les rechutes.

### **2. Exprimez de l'empathie**

Quand le client sent qu'il est compris, il a tendance à s'ouvrir davantage concernant ses craintes, ses aspirations et ses valeurs profondes. Par ailleurs, si un client se sent à l'aise pour échanger son expérience avec son thérapeute, celui-ci pourra mieux évaluer où et quand son client aura besoin de soutien et quels empêchements il peut rencontrer dans son processus de changement.

### **3. Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle**

Ce concept a été proposé par Bandura (1995). Il est tout à fait normal d'encourager un client, de le féliciter tout au long de sa démarche. L'idée est de renforcer ce sentiment d'efficacité personnelle car il permet au client de croire que la démarche et les actions qu'il entreprend auront un impact et il aura plus de motivation envers un changement.

### **4. Faire ressortir les incongruences**

Les divergences perçues et exprimées par le client entre sa situation actuelle et celle désirée conduisent fréquemment à de l'anxiété qui peut s'avérer bénéfique au changement. Le but est de bien doser cet inconfort afin d'éviter que le client doute de la possibilité de modifier sa situation.

## **Pièges et techniques de l'entrevue motivationnelle**

Il est souvent facile de tomber dans des pièges comme celui de la prise en charge ou de rassurer le client. Non seulement ceci sonne faux mais cela peut donner aussi l'impression au client que le thérapeute n'entend pas ce qu'il exprime.

Les pièges les plus fréquents devant un client qui manifeste de la résistance sont :

- Questions/réponses,
- Confrontation/Négation,
- Expert,
- Diagnostic, généralisation,
- Cible prématurée,
- Blâme,
- Argumenter,
- Interrompre,
- Nier,
- Ignorer.

### **Que faire ?**

De façon générale, il est important d'éviter la confrontation directe avec un client résistant. Certaines réactions du thérapeute risquent de pousser le client encore plus profondément dans un coin et de nuire au maintien de sa motivation. La réaction du thérapeute à la résistance du client se veut donc cruciale dans la suite des événements.

### **Techniques d'assouplissement des résistances**

- Reflét : refléter ce que le client dit,
- Reflét amplifié : refléter en exagérant ce que le client dit,
- Reflét à double face : refléter l'ambivalence du client,
- Changement de point de mire : enlever l'attention sur l'élément problématique. Vous pouvez y revenir plus tard,
- Encaisser la résistance (dans le sens du poil) : utiliser cette stratégie lorsque le client semble rejeter tout ce qui est dit,
- Recadrage (restructuration de pensées) : inviter le client à voir un problème sous un nouvel éclairage ou selon une nouvelle perspective.

### **Conclusion**

Comme vous pouvez le constater, l'approche de l'entrevue motivationnelle implique que le thérapeute soit capable de reconnaître et de réviser ses attitudes en intervention sinon il risque de bloquer la réceptivité au changement chez son client. Il existe évidemment d'autres stratégies et attitudes d'intervention sous-tendant les techniques motivationnelles. Cet exposé donne seulement un bref aperçu. L'important ici était de donner de l'espoir aux divers thérapeutes en décrivant certaines stratégies visant à influencer ou augmenter la motivation de leurs clients connaissant des troubles liés aux substances psychoactives.

## **Bibliographie**

Self-efficacy in changing societies/Bandura A. New York : Cambridge University Press. Abstract from : Polaris File : PsycINFO Item : 95-195042-000, 1995

Intervenir auprès de clientèles peu motivées, stratégies de motivation au changement/Beaumont C. 2004. PROCESSUS/Programmation, Actualisation, Évaluation Inc., 2000

Motivational interviewing with Alcohol Outpatients/Bien T.H., Miller W.R. & Boroughs J.M. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21, 347-356, 1993

A psychological analysis of conflict, choice and commitment/Janis I.L. & Mann L. Decision making : New York : Free Press. Abstract from POLARIS File: PsycINFO Accession Number 59-00284, 1977

Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles/Miller W.R., Benefield R.G. & Tonigan J.S. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (3), 455-461, 1993

What works ? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome Litterature/Miller W.R., Brown J.M., Simpson T.L., Handmaker N.S., Bien T.H., Luckie L.F., Montgomery H.A., Hester R.K. & Tonigan J.S. in Reid K. Hester & W.R. Miller (Eds), Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, pp. 12-44. New York: Allyn & Bacon, 1995

Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour/Miller W.R. & Rollnick S. New York: Guilford Press, 1991

Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinker's chek-up as a preventive intervention/Miller W.R., Sovereign R.G. & Krege B. Behavioural Psychotherapy, 16, 251-268, 1988

Motivational Interviewing Noonan W.C. & Moyers, T.B. Journal of Substance Abuse (2), 8-16, 1997

Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 19(3), 276-287, 1982

Un travail en réseau sur le thème Enfance et alcool :  
Un voyage au pays de ...

Atelier 5  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Monique Halley, Infirmière, thérapeute familiale, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50)

## PRÉVENTION DES RÉPÉTITIONS FAMILIALES DE L'ALCOOLISME ET/OU DES CONDUITES A RISQUES AUPRES DES ENFANTS.

Le réseau de prévention est constitué depuis 1998.

Son objectif est une prise en charge préventive et précoce des enfants ayant un parent utilisant l'alcool de façon dommageable.

Il mobilise et fédère les partenaires sociaux et médicaux d'un même secteur géographique. Des membres des différentes institutions tels que la PMI, l'AEMO, la PJJ, le CHRS, la Circonscription Sociale, le CHS, l'IME, l'ASE, le CDE, ont participé aux rencontres du réseau (L'Éducation Nationale et la Police n'ont pas envoyé de participants).

Nos échanges ont permis de mieux connaître les institutions dans lesquelles nous travaillons :

- - leurs fonctionnements,
- - leurs missions,
- - leurs compétences,
- - leurs limites

et de connaître de manière privilégiée chaque membre du réseau dans son rôle et sa compétence au sein de son institution propre.

Dans les familles où un des parents s'alcoolise, la vie a tendance à s'organiser autour de ce fonctionnement et souvent les enfants le taisent. Les micro-traumatismes quotidiens qui en découlent peuvent être nombreux. Vivre dans une famille dysfonctionnelle est le plus souvent une grande souffrance et peut s'avérer à risques pour l'enfant.

Une des premières questions qui s'est posée à nous, intervenants, a été : « Comment et quand parler de l'alcool dans nos rencontres avec les parents ou les familles ? Comment mettre en évidence ce qui se joue dans la famille ? »

Nous nous sommes aperçus que, selon nos mandats, nous n'abordions pas le sujet de la même manière et pas au même moment. Certains sont plus directement missionnés pour aborder ce sujet avec la famille que d'autres. La question devient plus subtile lorsque le 'dire l'alcool' ne fait pas partie directement de nos mandats. Néanmoins, lorsque l'alcoolisation d'un parent est préjudiciable à la vie de famille, cela peut devenir une priorité de parler de celle-ci, même si la prise en charge est ciblée auprès de l'enfant.

Le réseau nous a permis d'évoquer nos méthodes de travail à partir de nos situations professionnelles, d'élargir nos pratiques en utilisant d'autres outils, d'agrandir notre champ de vision des spécificités des autres professionnels.

Parler ensemble de nos interventions, trouver un meilleur éclairage a facilité le travail auprès des familles. Nos réponses sont devenues plus pertinentes, plus éclairées. Ce tissage d'échanges commencé lors des rencontres de réseau s'est poursuivi, pour certaines situations difficiles ou complexes, par des appels téléphoniques directs aux membres du réseau mais dans leur institution. Ainsi, progressivement, des passerelles se sont créées entre nous et nos différentes institutions.

Certaines demandes se sont montrées difficiles à mettre en harmonie avec le fonctionnement des autres institutions : les attentes des unes s'avéraient impossible à mettre en place pour l'autre institution. Certaines fois nous avons atteint les limites des mandats de nos institutions.

A partir de ces échanges de réseau, nos pratiques se sont modifiées : nous sommes devenus plus attentifs à la souffrance des enfants dans nos interventions. Nous avons essayé de multiplier les propositions d'aide à leur égard. Nous avons diversifié nos offres de soutien, soit en y répondant personnellement, soit en dirigeant les demandes d'aide vers d'autres partenaires. Cela a renforcé les liens que nous avons entre nous.

Travailler ensemble au travers des situations nous a permis de mettre en place une culture, un référentiel et des outils communs.

Nous avons acquis :

- une meilleure connaissance de la problématique alcoolique et de ses incidences sur la famille,
- une meilleure compréhension du système familial et des différentes interventions possibles,
- une meilleure connaissance de ce que font les autres partenaires sociaux.

Un maillage horizontal du réseau s'est ainsi constitué.

## **En 1999**

Nous avons travaillé sur le Dénî. Comment dire l'alcool lorsque la personne qui s'alcoolise ne le reconnaît pas ? Faut-il l'aborder si cela risque de rompre la relation ? Comment en parler de façon indirecte ? Des membres du réseau sont intervenus pour animer un atelier sur ce sujet au congrès de Flers sur le Dénî.

## **En juillet, un stage théorique a été mis en place**

- Une journée sur les transmissions générationnelles,
- Quatre journées sur Alcool et Famille à Rennes comprenant :
  - § les concepts de base à l'intervention auprès du malade alcoolique et de son entourage,
  - § le travail sur les représentations,
  - § le dysfonctionnement familial : rôle et place des enfants,
  - § l'intervention auprès des enfants : outils (dessins, baguette magique).

En plus d'une meilleure connaissance théorique des membres du groupe, la formation a renforcé l'affiliation et la confiance de chacun envers l'autre.

Depuis cette période, J-F. Croissant vient régulièrement tous les deux mois pour nous apporter une compétence théorique, une méthodologie de prévention et d'intervention. Il nous aide à rechercher des solutions à partir des situations familiales évoquées.

## **En 2000**

La confiance née de la meilleure connaissance des membres du réseau facilite les échanges et permet des passerelles entre les institutions via les membres du réseau.

Les apports théoriques nous ont aidé à :

- changer nos représentations : voit-on le parent alcoolique d'abord comme parent ou comme alcoolique ?
- changer nos jugements de valeurs,
- parler de l'alcool plus simplement,
- être plus créatifs (multiplier les possibles),
- parler de l'alcool de façon indirecte si cela semble utile pour continuer à travailler avec les personnes. C'est-à-dire travailler sur les compétences parentales, renforcer leur rôle et, à un moment, les amener à prendre en compte leur consommation d'alcool.

## **2001 - 2003**

Le réseau axant ses rencontres sur la prévention des répétitions transgénérationnelles et les dysfonctionnements familiaux, s'est fixé plusieurs objectifs :

- comprendre les processus familiaux mis en œuvre pour :
  - § stimuler la capacité de changement des enfants,
  - § pour les aider à prendre conscience de ce qui se joue avec leurs parents (par exemple : le dire et le faire – les promesses faites et les promesses tenues),
  - § pour aider à la résilience des enfants.

En augmentant les outils thérapeutiques des participants cela a nourri leur créativité.

Pendant cette période, nous avons favorisé l'ouverture du réseau à d'autres membres des différentes institutions afin que de nouveaux professionnels deviennent à leur tour agent de changement et de prévention.

## **En ce qui concerne nos relations avec nos différentes institutions les questions qui se sont posées à ce moment-là pour les membres du réseau furent :**

- Comment établir, ritualiser les échanges entre les institutions et le réseau ? Nous nous connaissions bien en tant que membres du réseau mais comment augmenter la lisibilité du réseau pour les institutions qui envoyaient des membres ?
- Comment parler de notre travail de réseau dans les institutions ?
- Comment faire partager à nos collègues nos réflexions acquises au fil des rencontres, alors qu'elles sont basées autant sur l'être de l'intervenant que sur les connaissances théoriques ?
- Comment transmettre dans ces conditions ?

Malgré ces difficultés certains d'entre nous ont mis en place un système de comptes rendus disponibles au sein de leur institution respective pour faire connaître ce qui se passe dans le réseau (au moins sur le plan des connaissances théoriques).

## 2003-2004

Un des objectifs a été la mise en place d'actions dans nos institutions, soutenues et réévaluées par le réseau.

La P.J.J. a évoqué l'utilité d'un groupe sur la fonction parentale dans les suivis mis en place :

- dans l'I.R. un groupe de parents fonctionne déjà. Les thèmes abordés sont centrés sur les difficultés que les parents rencontrent avec leurs enfants,
- au Centre Médico-Social, au Point Santé, avec la PMI dans un quartier, avec une animatrice de quartier, des groupes parents/enfants existent déjà.

Ainsi nous avons décidé de mettre en place une journée sur le thème La femme co-organisée par le Conseil Général, la DDASS et le réseau sur :

- la grossesse et l'alcool,
- le syndrome alcoolo-fœtal.

Notre objectif a été de favoriser une stratégie préventive d'information pour améliorer les compétences, les liens entre les institutions et favoriser ainsi le décloisonnement.

### Les après-midi à thème

Ces après-midi d'échange sont une nouveauté de l'année.

Le réseau a ouvert ses rencontres à d'autres professionnels que les participants habituels du réseau.

### Les sujets abordés ont été :

- l'intervenant, ses représentations, ses modalités d'intervention face au déni ?
- des contenus de formation d'alcoologie sociale et éducative pertinents pour de futurs professionnels travailleurs sociaux,
- le travail sur relations intra services,
- la place de la prévention des conduites addictives,
- les chocs traumatiques, comment en parler aux enfants ? Quelle place ont-ils dans ces événements ?
- l'aide aux parents face aux conséquences de leur alcoolisation ?
- les parents, agents de prévention des transmissions générationnelles ?

### La formation sur « La place de l'enfant dans la famille » :

Comme chaque année le réseau a proposé cette formation à des professionnels qui ne font pas partie du réseau habituellement. 17 personnes environ ont participé à ce stage.

Afin de permettre un échange pluridisciplinaire et pluri-institutionnel, un équilibre entre les différentes institutions a paru utile et nécessaire.

### Il a permis aux participants :

- d'analyser leur façon de faire,
- d'avoir plus de sécurité, de sérénité dans leurs interventions,
- d'avoir une meilleure connaissance de la place et des rôles occupés par les enfants,
- d'améliorer leur savoir-faire.

L'idée reste toujours de maintenir des référentiels communs. Actuellement, nous pouvons partager nos réflexions, nos pratiques. Peut-être pourrions-nous bientôt agir ensemble ?

**Les thérapies de groupe :  
groupes thérapeutiques multifamiliaux et groupes d'adultes,  
transports collectifs pour échapper aux évasions**

Atelier 6  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Frédéric La Belle, Thérapeute familial, conjugal et de groupe, Formateur senior en thérapie familiale, Montréal

Résumé

Confronter à des situations réelles - présence de personnes en état d'ébriété ou évidence d'abus d'alcool dans un groupe (travail collectif) – que ce soit Groupe Thérapeutique Multi-Familiaux (GTMF) ou Groupe Thérapeutique d'Adultes (GTA), comment faire face ? Comment aborder le problème, le baliser, créer (inventer) une structure d'accompagnement et proposer des interventions et des moyens de prévention, de soutien et de transformation ?

Deux équipes d'intervenants en travail social des Côtes d'Armor, formés en approche systémique de travail collectif (GTMF et GTA) – soit 8 personnes sur les plus de 120 formées sur le modèle - seront présentes avec Monsieur La Belle.

Ils sont représentatifs de 4 des 12 circonscriptions des Côtes d'Armor où le travail est pratiqué. Ces équipes présenteront leurs expériences sur la problématique et échangeront avec les participants sur cette réalité très actuelle à la fois difficile et dommageable pour notre société.

## Enfants de famille alcoolique, repérer et agir, un outil pour les intervenants

Atelier 7  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Marie-Claude Amacker, Responsable de projets de prévention, Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne, Suisse

### Résumé :

L'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) estime qu'il y a en Suisse entre 50 000 et 110 000 enfants et adolescents qui grandissent avec un parent alcoolique. Jusqu'à présent, on a accordé peu d'attention aux enfants vivant avec un parent alcoolique et leur souffrance est restée longtemps un tabou.

C'est en mai 2004 que le problème est abordé pour la première fois en Suisse lors du colloque national de l'ISPA réunissant des spécialistes de la recherche et de la pratique. L'objectif du colloque intitulé Sujet tabou ? Les enfants de parents ayant des problèmes d'alcool ? était de faire le point sur l'état des connaissances scientifiques, les mesures de prévention et les offres thérapeutiques disponibles.

En novembre 2004, la 8<sup>e</sup> journée suisse de solidarité avec les personnes touchées par l'alcool est consacrée aux enfants d'alcoolodépendants. A cette occasion l'ISPA édite une brochure intitulée Enfant dans une famille alcoolique qui s'adresse à la fois aux enfants et aux adultes concernés qu'à l'entourage de ces enfants, qu'il s'agisse d'un cadre familial, scolaire ou de loisirs. Partout en Suisse des actions de sensibilisation sont menées.

Le thème mobilise, le thème intéresse mais il existe trop peu d'offres destinées aux enfants de parents alcoolodépendants et il s'agit généralement d'offres thérapeutiques. Or, pour qu'un enfant adhère à une telle démarche, un travail de préparation est nécessaire afin qu'il puisse comprendre que parler de l'alcoolisme de son parent n'est pas trahir mais constitue une aide pour lui-même et pour ses parents.

Mais qui peut faire ce travail de préparation avec les enfants ? Les services de consultation en alcoologie accompagnent des adultes dépendants, parfois co-dépendants, mais rarement des enfants. Comment développer de nouvelles offres pour les enfants et comment rendre accessibles les offres thérapeutiques existantes ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que l'ISPA a décidé de développer un outil d'intervention précoce destiné aux professionnels aussi bien des centres de consultation (alcoologie, services sociaux, services destinés aux enfants et à la jeunesse) que des professionnels du monde médical (médecins, pédiatres, infirmières scolaires).

L'idée est de développer un matériel qui permette aux 'spécialistes' des enfants de parler d'alcool et aux 'spécialistes de l'alcool' de parler aux enfants ou d'aider les adultes qu'ils accompagnent à parler à leurs enfants afin de leur faciliter l'accès aux offres de soutien qui leur sont destinées. Cet outil devrait également permettre d'intensifier la collaboration des uns et des autres afin d'améliorer le dépistage des situations à risque et de mettre en place un réseau d'aide efficace et adéquat.

Le projet que l'ISPA est en train de développer comprend plusieurs éléments :

- L'élément-clé qui est un guide destiné aux professionnels. Ce fascicule comprend 3 parties : la première aborde la problématique de l'alcoolisme dans la famille sous différents angles (psychologique, social, juridique, etc.). La seconde partie propose une grille d'évaluation d'intervention pour aborder le thème avec les parents et/ou les enfants concernés. La troisième partie s'intéresse aux mesures structurelles institutionnelles pouvant faciliter l'accessibilité des offres de soutien aux familles et aux enfants.
- Le développement de réseaux régionaux en proposant des rencontres de formation, d'information et d'échanges sur le thème.
- L'édition et la diffusion de matériel d'information tels que la brochure Enfant dans une famille alcoolique, l'info-drogue Alcool, l'info-drogue Alcool et grossesse, etc.
- Le recensement de matériel pédagogique destiné à des enfants de différents âges et permettant d'aborder des thèmes comme la culpabilité, l'estime de soi, l'alcool, la violence, l'attachement, l'isolement, etc.

A l'heure actuelle le projet est encore en cours de développement. Le guide destiné aux professionnels sera disponible dès cet automne en français et en allemand.

## Comment aider les enfants de parents alcoolo dépendants et comment aider les mères en service d'alcoologie

Atelier 8  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Jean-Michel Fournier, Educateur, consultant familial, centre de suite et de réadaptation Les Métives (85),  
Valérie Quercron, Psychologue, intervenante systémique centre de suite et de réadaptation Les Métives, (85),  
Marcel Tenailleau, Directeur du centre de suite et de réadaptation Les Métives, (85).

### Résumé :

Après une présentation succincte du Centre de Soins, de Suite et de Réadaptation spécialisé en alcoologie Les Métives et à partir de situations concrètes, nous présenterons le travail familial fait dans l'établissement ainsi que ses objectifs. L'essentiel de ce travail est de restructurer la cellule familiale pour que chacun y trouve sa place, ce qui lui permettra de grandir et d'aller vers une autonomie choisie et constructive. En effet, le plus souvent, les familles alcooliques sont des familles dites 'enchevêtrées', la place de chacun n'est pas respectée, avec des frontières floues ou même parfois inexistantes, ce qui crée de la confusion dans les relations. Le travail familial permet de passer d'une famille enchevêtrée à une famille plus structurée, avec des frontières claires et un espace permettant la prise en compte des besoins de chacun des membres, particulièrement des enfants, par une meilleure circulation de la parole et des émotions.

Nous montrerons également comment le travail avec les sous-systèmes, et plus particulièrement celui de la fratrie, permet à la mère en difficulté avec l'alcool de se resituer, d'être plus consistante et ainsi de retrouver sa place auprès de ses enfants.

Deux réseaux interprofessionnels :  
alcoologie/insertion/travail social et alcoologie/justice,  
création et mode de fonctionnement

Atelier 9  
Vendredi 8 avril 05  
15 h 15

Pierre Hélié, Infirmier alcoologue, unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61)  
Christine Lepeltier, Infirmière alcoologue, unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61)  
Gaëlle Pioline, Assistante sociale alcoologue, unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61)

## **Présentation d'une expérience de création d'un réseau santé-social**

Au départ les travailleurs sociaux et de l'insertion venaient exposer les situations qui leur posaient problème lors des synthèses de l'Unité d'Alcoologie. Les contacts se poursuivaient par des informations échangées lors des différentes étapes de la prise en charge. On a pu évaluer les limites de ce fonctionnement traditionnel pour préparer celui que je vais décrire.

L'animateur social d'insertion invitait l'unité d'alcoologie lors des cellules d'appui lors de la commission locale d'insertion. Progressivement, une demande de formation en alcoologie des différents corps de métiers s'est faite jour.

Cette formation, troisième du nom pour cette année s'adresse à tous les acteurs rencontrant dans le cadre de leur activité, des personnes qui posent un problème d'alcool. L'équipe d'alcoologie coordonne l'animation de chaque session avec l'intervention de professionnels qu'elle a choisis en fonction des thèmes abordés. Outre l'apport théorique en alcoologie, l'échange des témoignages et des différentes pratiques en constitue la trame.

La formation se déroule sur quatre jours et s'adresse à un groupe de quinze participants. Chaque jour s'achève par l'étude d'une situation présentée par l'un des participants ou par l'unité d'alcoologie.

Voici les thèmes abordés pendant la session :

- La représentation de l'alcool, de l'alcoolisme et des conduites addictives,
- Le phénomène de dépendance : aspects psychopathologiques,
- Conséquences judiciaires : l'accompagnement pendant un parcours pédagogique. Comment travailler dans un cadre juridique pour une démarche de prévention et de soins ?
- L'hôpital : un lieu possible pour dire l'alcool. Le sevrage médicalisé. Le protocole. Le suivi ultérieur,
- L'alcool et l'environnement familial,
- L'alcoologie sociale : voir un problème d'alcool (passer de l'impression à la certitude), dire un problème d'alcool, l'écrire (le contrat d'insertion), éléments déclencheurs de changement (place de l'acteur social).

A l'instar du milieu hospitalier où les statistiques révèlent qu'une personne sur quatre fréquente l'hôpital pour des raisons liées directement ou indirectement à des problèmes d'alcool, les travailleurs sociaux sont aussi très majoritairement confrontés au public souffrant des conséquences sociales de l'alcool.

La personne en difficulté et son accompagnant se basent sur ces mêmes difficultés pour développer la prise en charge.

Le travailleur social peut alors rester acteur d'une dynamique de changement avec la personne qui s'adresse à lui. En effet, les conséquences sociales de la prise d'alcool (emploi, logement, dettes, ...) amènent à proposer un concept d'alcoologie sociale complémentaire aux concepts médicaux habituels.

Pour ce faire avec l'aide d'un collègue assistant social du Calvados, spécialisé en alcoologie, M. Yves Coulombier, nous avons mis en place des groupes Etude de situations afin de donner suite à ce projet.

## Le groupe Etude de situations : objectifs et organisation

La réunion se passe à chaque fois dans un lieu différent :

- pas de monopole de la structure,
- à chacun la liberté de l'accueil.

Le but est d'aider le professionnel dans la prise en charge d'une personne qui pose un problème d'alcool. Le monopole de la compétence n'est pas de mise. Chacun membre du groupe est compétent.

Les études de situation reposent sur certains principes :

- Présentation de chacun par un tour de table,
- Rappel de l'anonymat de la situation (utilisation de prénoms),
- Rappel de l'objectif : aider la personne qui présente la situation et non pas l'alcoolique dont on parle.
- Rappel des règles de fonctionnement :
  - § Discrétion professionnelle,
  - § Le groupe doit faire des propositions pour susciter le changement,
  - § Toutes les opinions peuvent être émises, les propositions doivent être réalisables à court terme et vérifiables,
  - § La seule personne habilitée à dire si les propositions sont réalisables, c'est la personne qui est censée les réaliser,
  - § Suivi de l'évolution au fur et à mesure des rencontres.

## La différence entre ce groupe et une réunion de synthèse traditionnelle

- L'équipe dite spécialisée ne donne pas un avis mais participe à la discussion,
- On ne plaque pas une solution toute faite,
- L'expression est libre.

Seul le professionnel qui effectue le suivi choisit la proposition.

## Conclusion

Après deux sessions de formation qui ont réuni une trentaine de stagiaires, dix-huit mois de fonctionnement des groupes Etudes de situation, le premier bilan érigé à partir des réactions des participants est très positif.

La formation a contribué à faire évoluer les représentations concernant la personne alcoolique. Les contenus pluri-disciplinaires ont apporté ou enrichi les connaissances de chacun et ont permis de bâtir un socle de références communes.

Chacun note qu'il est plus facile désormais de 'voir' l'alcool et d'en parler avec les personnes concernées. Une participante assistante sociale a dit qu'elle avait le sentiment de rencontrer beaucoup d'alcooliques sur son secteur depuis qu'elle avait suivi la formation. Comme il est peu probable que la formation fasse se multiplier le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool, on préfère y voir les signes d'un certain déni des professionnels qui se lève. Ils nous disent, en tout cas, se sentir plus à l'aise avec la question et 's'autorisent' à parler du problème d'alcool avec les usagers.

Dans le même sens, les groupes Etudes de situation permettent de constituer un réseau concret et de faciliter les communications inter-partenariales. Il est plus facile d'appeler les partenaires, de travailler ensemble sur des situations lorsqu'on se voit une fois par mois dans un contexte de travail détendu et chaleureux. De plus, les missions de chacun étant mieux connues, la mise en complémentarité se fait plus efficacement.

Les groupes Etudes de situation constituent un véritable laboratoire d'expérimentation de stratégies nouvelles. Il s'agit de trouver des propositions novatrices pour que le professionnel enlisé dans une situation figée où il a bien souvent usé ses outils traditionnels de l'accompagnement social, puisse provoquer un changement ;

Les regards croisés, pluridisciplinaires permettent de formuler des hypothèses vraiment originales et pleinement adaptées au profil de l'intervenant puisqu'il est le seul à pouvoir dire s'il peut les mettre en œuvre ou non. Ce groupe, rassurant par sa fonction même, offre la possibilité rare d'exprimer ses fragilités, doutes, difficultés de prise de recul. Le support groupal autorise le professionnel à passer le relais lorsque les blocages sont trop importants ou lorsque les enjeux affectifs sont trop forts.

En cela, il joue aussi un rôle évident dans la lutte contre l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux.

Pour finir, les participants disent se servir du groupe Etudes de situation comme d'un outil de formation permanente. La rencontre avec les partenaires autour des situations permet d'évaluer les nouveaux dispositifs d'action sociale et d'en mieux comprendre leur fonctionnement sur des cas concrets.

Deux réseaux interprofessionnels :  
alcoologie/insertion/travail social et alcoologie/justice,  
création et mode de fonctionnement

Atelier 9  
Vendredi 8 avril  
15 h 15

Jean-Yves Gaignard, médecin alcoologue, formateur en alcoologie, Centre de Consultations Ambulatoires en Alcoologie, Angers (49),  
Christophe Justeau SPIP 49

## L'OBLIGATION DE SOINS

Une démarche de partenariat menée par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et les Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie du Maine et Loire.

Environ 20% des personnes consultant dans les Centres d'Alcoologie du Maine et Loire sont adressées dans le cadre d'une obligation de soins.

Ce mode de recrutement peut paraître important, il est directement lié à l'histoire des Centres d'Alcoologie. Rappelons que les Centres d'Alcoologie ont été créés en 1975 et que leur première mission consistait à dépister les buveurs excessifs, ce que nous nommons aujourd'hui les consommateurs à risque. Il s'agissait principalement de contrevenants ayant conduit leur véhicule sous l'emprise de l'alcool. Progressivement, les Centres d'Alcoologie ont élargi le champs de leurs interventions, pour aboutir aujourd'hui, à un accompagnement de toute personne en difficulté avec l'alcool.

Ce recrutement, 1 patient sur 5, par l'obligation de soins a amené les intervenants des CCAA à s'interroger, car d'une part cela dérangeait un certain nombre d'entre eux, craignant la confusion entre la justice et la santé ; ils ne voulaient pas jouer le rôle « d'auxiliaires de justice » et d'autre part, la question de la place donnée au patient et de sa propre demande nous embarrassait : Quelle demande un patient pouvait-il exprimer dans le cadre de l'obligation de soins ?

Autour de 1995, en cherchant à évaluer nos interventions, nous avons été surpris par le fait suivant : nous avons remarqué que la régularité des suivis, qui était le principal critère de notre évaluation, était identique quel que soit le mode de recrutement. Nous parlions, à l'époque, de recrutement volontaire et de recrutement administratif. Cela nous a aussi interrogés.

C'est en 1996 que nous avons décidé de mener un travail de réflexion sur l'obligation de soins, en associant nos partenaires du SPIP. Ce travail a donc débuté en 1997 et s'est concrétisé en 1999 par l'élaboration d'une charte.

### Le travail de réflexion

Nous avons tout d'abord constaté des méconnaissances réciproques de nos fonctionnements. Des rencontres ont été organisées et ont permis à chaque service de présenter leurs compétences et leurs modalités de fonctionnement.

Des formations communes, centrées sur les comportements alcooliques et la relation d'aide auprès des personnes en difficulté avec l'alcool, ont permis aux intervenants encore de renforcer cette connaissance

mutuelle. De plus, un langage commun, c'est à dire des définitions communes, a été élaboré au cours de ces formations.

Un formateur nous a accompagnés tant dans nos rencontres que dans nos formations communes, c'est ainsi que nos regards sur l'autre (ou les autres) se sont modifiés. Des représentations, voire des idées reçues, ont été révisées.

En particulier, nous avons retenu qu'une certaine latitude est laissée au travailleur social du SPIP pour mettre en œuvre cette obligation de soins avec la personne suivie. Dans le cadre d'un suivi, la situation de la personne est abordée dans sa globalité, c'est ce qui fait l'intérêt de ce suivi. La question des soins n'est pas abordée de façon isolée.

Lors des premiers entretiens, différents points sont abordés :

- le rappel à la personne du cadre de la mesure de justice, les obligations à respecter et les enjeux en cas de non respect de ces obligations
- la situation sociale, familiale et professionnelle de la personne. Ceci permet de créer le lien, en donnant des signes de reconnaissance de la personne dans sa globalité.
- L'infraction ayant entraîné la condamnation. Le bureau du travailleur social va être souvent le 1<sup>er</sup> lieu où la personne condamnée peut s'exprimer sur son vécu et son ressenti, par rapport au processus pénal dans lequel il est rentré. Et ceci sans nouveau jugement.

L'objectif de ces premiers entretiens est d'aider la personne à se positionner comme «sujet responsable ». C'est aussi le temps d'évaluation de la situation de la personne suivie, qui va faciliter une orientation pertinente vers la structure adaptée. D'où l'importance d'une bonne connaissance du partenariat local.

Le lien créé, le temps d'évaluation de la situation et une bonne connaissance du partenariat, sont les 3 éléments favorisant le passage de relais vers les structures compétentes, pour suivre le suivi médico-psychologique.

Cette première étape nous a permis de préciser notre objectif commun, ainsi que nos contraintes. Parmi ces contraintes, citons le mandat judiciaire pour le SPIP, le code de déontologie pour les CCAA et les questions éthiques pour les deux services. Quant à notre objectif commun, il est de construire une relation d'aide avec les usagers, en prenant en compte des contraintes de chacun.

Enfin, un consensus a été recherché pour aboutir à la construction d'un cadre référent, concrétisé par la rédaction d'une charte. Un contrat, avec des engagements réciproques, est devenu le guide dans notre partenariat.

Durant ce travail de réflexion, notre préoccupation principale et omniprésente a été de nous interroger sur la place de l'utilisateur dans cette relation à trois : l'utilisateur, le SPIP et les CCAA. La question centrale de notre réflexion a été la suivante : dans cette relation à trois, quelle est la demande de l'utilisateur et plus précisément, comment aider l'utilisateur à élaborer une demande dans cette relation à trois ? Sans demande de l'utilisateur, pas d'objectifs et donc aucune coopération.

L'élaboration de la demande de l'utilisateur va dépendre en grande partie du contexte ou du cadre de travail, mis en place par les intervenants. Une information sur nos services est apportée à l'utilisateur. Nous éclairons par ainsi, il est souvent dans la confusion par la méconnaissance de nos services. Nous répondons à la question : qui fait quoi ? Un document intitulé Informations aux usagers nous aide pour répondre à cette tâche. Il y est précisé : - la présentation des structures : pour répondre à la question qui fait quoi

- le rappel des obligations de la mise à l'épreuve : l'obligation de se présenter aux rendez-vous fixés par les CCAA et les conséquences du non respect de ses obligations. Le non respect sera signalé au travailleur social.

- les modalités de fonctionnement : les modalités du suivi sont définies avec l'utilisateur par le CCAA. Ce dernier fournit à la demande de l'utilisateur une attestation de suivi. Toute autre information est soumise au secret médical, sauf si la situation présente une dangerosité pour l'utilisateur ou son entourage. Dans ce cas particulier, les 2 services peuvent se concerter, dans le respect du secret professionnel.

Tout en nous faisant connaître et en faisant connaissance avec l'utilisateur, un climat de confiance peut s'instaurer.

Une fois ce cadre bien défini (qui fait quoi ?, les rôles du SPIP et des CCAA), nous aidons l'utilisateur à exprimer sa demande, Que veut-il changer et ne pas changer ? Qu'a-t-il déjà changé ? Qu'y a-t-il de plus important pour lui ? A travers ce mode de questionnement, nous projetons d'amener l'utilisateur dans un contexte de changement. C'est notre seule ambition. Le patient conserve sa liberté de changer ou de ne pas changer. L'usage de cette relation appartient uniquement à l'utilisateur.

Les niveaux de relations thérapeutiques sont variables. Nous allons voir quelle fonction peut avoir le cadre de travail dans ces relations et pourquoi pas comment des contraintes peuvent devenir des outils thérapeutiques.

Des usagers vont mettre en route plus ou moins rapidement un processus de changement. Les problèmes judiciaires ont alors déclenché la prise de conscience.

D'autres usagers auront comme demande de soulager une crise. Leur demande sera par exemple de récupérer leur permis de conduire ou d'éviter la prison. Accepter cette demande, c'est respecter la définition du problème par l'utilisateur et sa façon de l'aborder.

Enfin, d'autres usagers ne s'impliqueront pas facilement dans cette relation, ils la subissent ou la rejettent sans remise en question de leur comportement. Selon certains usagers, leur problème ne relève pas de notre compétence, « je ne suis pas malade » et ce point de vue est pris en compte. Le véritable demandeur, dans ces situations, paraît être l'intervenant du SPIP, voir le Juge d'Application des Peines. Nous rappelons alors à l'utilisateur quelle est la demande du SPIP, nous nous intéressons à son point de vue sur cette demande, les décisions qu'il peut prendre face à cette demande, les stratégies pour faire ces choix, les conséquences de ceux-ci et sa responsabilité. Et ce ne sera que lorsque cette relation entre l'utilisateur et le SPIP sera bien définie, qu'une relation entre l'utilisateur et le CCAA pourra ou non se mettre en place. Nous mesurons, là, la nécessité de bien connaître les compétences et les modalités de fonctionnement de nos partenaires.

Voilà où nous en sommes dans notre réflexion, ainsi que notre pratique quotidienne dans le cadre de l'obligation de soins. Si cette question de l'obligation de soins est explicitement exprimée avec les usagers adressés par le SPIP, nous la retrouvons très souvent sous-jacente dans d'autres situations. De nombreux usagers consultent sous une contrainte, plus ou moins exprimée d'un tiers, conjoint, entourage, etc.

## Le partenariat SPIP/CCAA

La charte définit les modalités de ce partenariat avec :

- Un objectif commun : la prise en charge (aujourd'hui, nous parlons d'accompagnement thérapeutique) d'un public présentant une problématique de soins.
- Des obligations réciproques telles que :
  - § les informations à partager et à ne pas partager. La négociation sur ce sujet a parfois été difficile.
  - § des modalités d'actions telles qu'une rencontre annuelle pour actualiser notre partenariat. Des rappels ou des compléments d'engagement des équipes sont élaborés lors de cette rencontre. Par exemple, lors de cette rencontre de 2004, il a été proposé d'organiser des rencontres usager-SPIP-CCAA dans la mesure où l'objectif de l'usager le nécessite.

## Conclusion

A partir des contraintes tripartites (usager – SPIP - CCAA) nous avons tenté d'élaborer des contrats à deux : des engagements entre le SPIP et le CCAA, entre l'usager et le SPIP et enfin entre l'usager et les CCAA. Il faudra donc construire la relation autour (Qui demande quoi et pour qui ?).

Ceci a abouti à une charte qui rappelle les principes sur lesquels s'engagent les 2 partenaires : le SPIP et les CCAA, ainsi qu'un document d'information destiné à l'usager.

Ce partenariat représente beaucoup de travail et une implication importante, de la majorité des intervenants du SPIP et des CCAA, tant dans sa construction que dans son maintien.

## Remerciements

Sans une longue coopération de l'A.N.P.A.A. 35 et de Pégase-Processus qui date de plus de 15 ans, sans leurs actions communes en alcoologie et leurs applications en travail systémique, cette idée de congrès n'aurait pu trouver une concrétisation aussi rapide.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce congrès. Nous citerons tout particulièrement :

- tous les intervenants sollicités, venus du Québec, de la Suisse, de la Belgique, de Bretagne et d'autres régions de France. Ils ont accepté avec chaleur et enthousiasme de partager leurs savoir-faire et compétences,
- l'A.N.P.A.A., à ses administrateurs et dirigeants qui par leur soutien actif et leur engagement ont contribué au rayonnement national de ce Congrès,
- les nombreux participants qui ont témoigné au travers de leur présence leur intérêt pour ce thème et, nous l'espérons, leur motivation à mettre en place des actions alliant des compétences encore trop dispersées,
- les décideurs qui ont encouragé ou facilité les inscriptions des participants. Parmi les nombreuses sollicitations dont ils font l'objet, ils ont choisi de prendre en considération l'ampleur, encore partiellement méconnue, de la dimension familiale des alcoolismes,
- les financeurs de l'A.N.P.A.A. 35, et particulièrement l'URCAM, la DDASS et le Conseil Général d'Ille et Vilaine qui, sollicité, a apporté une subvention et un fort contingent de participants,
- le Laboratoire Lipha Santé qui nous est venu en aide au travers d'une subvention,
- la Maison du Québec à Saint-Malo qui a pris l'habitude de nous ouvrir ses portes et de rendre hommage à nos cousins québécois,
- les familles avec qui nous travaillons et qui nous guident dans nos apprentissages,
- les secrétariats de nos deux équipes.

Merci à chacun d'avoir rendu ce congrès possible...

## Table des Auteurs

Amacker Marie-Claude	Responsable de projets de prévention, Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne, Suisse	Communication page 188
Audoin Fabienne	éducatrice jeunes enfants, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37), France	Communication page 52
Basso-Fin Catherine	Psychologue clinicienne, alcoologue, directrice d'un établissement pour adolescents, Pons (17), France	Communication page 57
Bénard Jean-Yves	Psychiatre alcoologue, médecin chef du Centre Louis Sevestre, La Membrolle sur Choisille (37), France	Communication page 52
Berger-Billon Isabelle	médecin, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37), France	Communication page 52
Biny Nathalie	assistante sociale, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37), France	Communication page 52
Bouron Michel	Directeur du Centre Bocquet, soins de suite et de réadaptation en alcoologie, Alençon (61), France	Communication page 170
Caron Line	Chef d'équipe en prévention et promotion de la santé, Agence de santé et de services sociaux de la Côte Nord, Baie Comeau, Québec	Communication page 32
Cerclé Alain	Professeur, Psychologie de la santé, Université de Rennes 2	Communication page 71
Chayer Gélineau Paulette	Psychothérapeute en clinique privée et en institution, conceptrice et coordinatrice d'un programme de traitement pour alcooliques toxicomanes et la famille, Québec co-auteur de l'ouvrage Guérir d'un parent alcoolique	Communication page 47 Communication page 89
Coulombier Yves	Assistant de service social spécialisé en alcoologie auprès du Conseil Général du Calvados	Communication page 133
Craplet Michel	Psychiatre, alcoologue, Hôpital de Saint-Cloud, unité d'alcoologie, (92) France, médecin conseil de l'A.N.P.A.A., Paris, France	Communication page 87
Croissant Jean-François	Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur et superviseur en alcoologie et en thérapie familiale systémique, directeur pédagogique de Pégase Processus, Saint-Brieuc (22), France	Communication page 14 Communication page 161
De Bisscop Erwin	Psychothérapeute, responsable du traitement des alcooliques, Hôpital Saint-Jean, Bruges, Belgique	Communication page 99
Delamare Michel	médecin de liaison, Centre Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille (37), France	Communication page 52
Dodeman Christine	Infirmière en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation en alcoologie, Alençon (61), France	Communication page 170
Drapier Benoît	Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur, Clinique médicale Le Sablier, Lille (59), France	Communication page 113
Faoro Kreit Blandine	Psychologue, psychanalyste, responsable d'unité assuétude, Centre La Chapelle aux Champs, Belgique, co-auteur de l'ouvrage L'alcoolique en famille	Communication page 64 Communication page 141
Fournier Jean-Michel	Educateur, consultant familial, centre de suite et de réadaptation Les Métives (85), France	Communication page 155 Communication page 189
Gaignard Jean-Yves	Médecin alcoologue, formateur en alcoologie, directeur des centres de consultations ambulatoires en alcoologie du Maine et Loire, Angers (49), France	Communication page 193
Guévremont Clément	Thérapeute conjugal et familial, directeur de l'institut Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, Montréal	Communication page 149
Halley Monique	Infirmière, thérapeute familiale, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50), France	Communication page 104 Communication page 183
Hélie Pierre	Infirmier alcoologue, Unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61), France	Communication page 190

Hers Denis	Psychiatre, chef de service psychiatrie, Cliniques de l'Europe, directeur centre La Chapelle aux Champs, directeur médical du Centre d'Aide et de traitement du Solbosch (communauté thérapeutique), Bruxelles,	Communication page 6 Communication page 166
Jaquet Catherine	Responsable des programmes thérapeutiques, Fondation des Oliviers, centre spécialiste en alcoologie et autres dépendances, Le Mont/Lausanne, Suisse	Communication page 142
Jaquet Philippe	directeur-adjoint pédagogique Fondation des Oliviers, centre spécialiste en alcoologie et autres dépendances, Le Mont/Lausanne	Communication page 142
Justeau Jean-Christophe	SPIP 49	Communication page 193
Keighan Solange	Psychologue, spécialiste des questions de délinquance, toxicomanie et psychiatrie, chargée de cours à l'université de Montréal, Québec	Communication page 120 Communication page 178
La Belle Frédéric	Thérapeute familial, conjugal et de groupe, formateur senior en thérapie familiale, Montréal, Québec	Communication page 88 Communication page 187
Le Peltier Christiane	Infirmière alcoologue, unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61), France	Communication page 190
Lepage François	Travailleur social, responsable clinique, institut Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, Montréal	Communication page 149
Letouzé Chantal	Infirmière, thérapeute familiale, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50), France	Communication page 104
Levaque Cédric	Psychologue, co-responsable de l'unité d'assuétude, Centre La Chapelle aux Champs, Bruxelles, Belgique	Communication page 65
Martinay Catherine	Psychologue clinicienne, Centre Louis Sevestre, La Membrolle sur Choisille (37), France	Communication page 52
Mialon-Fouilleul Antoinette	Psychiatre, Chef de service, intersecteur d'alcoologie, Centre Hospitalier Bon Sauveur, Saint-Lô (50), France	Communication page 40
Moreau Fabienne	Secrétaire général adjoint, A.N.P.A.A., Paris, France Psychothérapeute en clinique privée et en institution pour alcooliques/toxicomanes et la famille, Québec, co-auteur de l'ouvrage Guérir d'un parent alcoolique	Communication page 47 Communication page 89
Moureau Monique	Alcool Assistance - La Croix d'or, Rennes, France	Communication page 81
Pioline Gaëlle	Assistante sociale alcoologue, unité d'alcoologie de liaison, Maison des addictions, Centre Hospitalier de Flers (61), France	Communication page 190
Quercron Valérie	Psychologue, intervenante systémique centre de suite et de réadaptation Les Métives, (85), France	Communication page 155 Communication page 189
Regnault Bruno	Médecin généraliste, Président du réseau médecins-pharmaciens pour toxicomanes, Granville, (50), France	Communication page 136
Rigaud Alain	Psychiatre des hôpitaux, médecin chef de service, responsable de l'intersecteur d'alcoologie de Reims (51), France, Président de l'A.N.P.A.A., Paris, France	Communication page 87
Tenailleau Marcel	Directeur du centre de suite et de réadaptation Les Métives, La Roche/Yon (85), France	Communication page 189
Touffet Robert	Alcoologue, Directeur Départemental, A.N.P.A.A. 35, Rennes (35), France	Communication page 157