

ACTES

14, 15, 16 juin 2017
à Rennes

UNIVERSITÉ
**ADDICTIONS ET EXERCICES
DE LA PARENTALITÉ**



PEGASE PROCESSUS
www.pegaseprocessus.fr



Publication des Actes de l'Université:

AUTEURS : LES CONFERENCIERS ET INTERVENANTS DE L'UNIVERSITÉ

- Stéphane BONNET
- Alexandra BRETHOME
- Mireille CARPENTIER
- Line CARON
- Bernard COCHY
- Patricia CONNOLY
- Jean François CROISSANT
- Patrick DELVAL
- Hélène DENIS
- Antoinette FOUILLEUL
- Françoise GEROT
- Bertrand HENNOT
- Sylvie HUGUET
- Josiane JEHANNO
- Anne -Sophie LE BOHEC
- Janick LEROY
- Thierry MALBERT
- Tatiana METAYER
- François MOUREAU
- Sandrine PELTIER
- Fabienne POIRIER
- André PRONOVOST
- Annick RENAUD-BERNA
- Catherine SIMON
- Thomas SCHWAB

COORDINATION : Annick RENAUD BERNA Céline ROUAULT

MISE EN PAGE : Marianne ABILY, Céline ROUAULT

RELECTURE : CAROLINE FLEUR BOISSIERE

PARUTION : 30 SEPTEMBRE 2017

Remarque :

Toute copie des documents est autorisée à condition qu'y figure la source du document et le nom du ou des conférenciers l'ayant écrit.

Par exemple: « Extrait de la conférence de Guy Ausloos. Actes du Congrès Vents d'Ouest 2015, organisé par Pégase Processus »

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

EXPERTS INVITÉS : 6

PROGRAMME 6

CONFÉRENCES_15 OCTOBRE 2015 ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LES MUTATIONS PSYCHOSOCIÉTALES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS : UNE RÉVOLUTION EST EN MARCHÉ 12

MIEUX CONNAÎTRE ET SOUTENIR LES PÈRES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ AU QUÉBEC : DES SERVICES AU RENDEZ-VOUS, ADEQUATS ET EFFICACES 12

LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP AUJOURD'HUI : OU EN EST-ON ? ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

INTERVENIR AUPRÈS DES FAMILLES DANS LES SITUATIONS DE NÉGLIGENCE ENVERS L'ENFANT ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LA FAMILLE AU 21IÈME SIÈCLE : LES ENJEUX SOCIAUX ET LES DÉFIS CLINIQUES ASSOCIÉS AU PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL DE PROXIMITÉ 40

QUE NOUS APPRENNENT LES RECHERCHES RÉCENTES EN NEUROSCIENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF DE L'ENFANT ? ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ATELIERS_15 OCTOBRE 2015 ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

TRAVAILLER AVEC LES ADOLESCENTS EN GRANDE DIFFICULTÉ ET LEURS FAMILLES ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ACCOMPAGNER ET FACILITER L'INNOVATION DANS LES ORGANISATIONS 52

APPROCHE CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS, LES POINTS FORTS ET LES COMPÉTENCES APPLIQUÉE À L'ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF ET SOCIAL ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

PRATIQUES PSYCHO-ÉDUCATIVES ET AIDES À LA RÉSILIENCE CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS 70

ACCOMPAGNER/SOUTENIR LES SOLIDARITÉS DE PROXIMITÉ EN PROTECTION DE L'ENFANCE. 84

L'EXPERIENCE DU SERVICE TIERS DE RETIS EN HAUTE-SAVOIE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

RELAIS-PÈRES. UNE PRATIQUE DE PROXIMITÉ POUR SOUTENIR LES PÈRES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

CONFÉRENCES_16 OCTOBRE 2015 96

DES MOYENS POUR ACTIVER LE PROCESSUS FAMILIAL DE CHANGEMENT (AVEC DES ENFANTS OU DES ADOLESCENTS) ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LA THÉORIE APPLIQUÉE : UNE APPROCHE À L'INTERVENTION AUPRÈS DE DYADES PARENT-ENFANT FONDÉE SUR LES PRINCIPES ET LES MÉTHODES DE L'ATTACHEMENT ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.0

LA SUPERVISION CENTRÉE SUR LES SOLUTIONS. DANS LES COULISSES INGREDIENTS ET ÉTATS D'ESPRIT. ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ÊTRE PARENT AUJOURD'HUI POUR DEMAIN ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

DES OUTILS POUR ASSURER UN CONTINUUM DE SERVICES AUPRÈS DES ENFANTS NÉGLIGÉS OU À RISQUE DE NÉGLIGENCE ET DE LEUR FAMILLE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

CONTRE LA MALTRAITANCE : UNE MISSION SCIENTIFIQUE, PRATIQUE ET HUMANITAIRE. ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

INTERVENIR AUPRES DE JEUNES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT
OU LES PARENTS SONT NOS COLLEGUES ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

EXPÉRIMENTATION DU PROGRAMME TRIPLE P DANS UNE VISÉE DE PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE
ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

LE PROJET SAMVA ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

« LE CARTABLE DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES DES ENFANTS ET DES PRE-ADOLESCENTS (8-12
ANS), UN OUTIL DE PREVENTION » ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ACCOMPAGNER LES ENFANTS TÉMOINS ET VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE ERREUR ! SIGNET
NON DEFINI.

L'INTERCONNEXION ET LA COOPERATION DES PERSONNES INTERVENANT AUPRES DES JEUNES EN
DIFFICULTE ET LEUR FAMILLE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

REUNIR EN GROUPE DES FAMILLES D'ACCUEIL ET DES FAMILLES D'ORIGINE ERREUR ! SIGNET NON
DEFINI.

LA PLEINE CONSCIENCE DANS LA RELATION D'AIDE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

UNE STRATEGIE POUR ASSURER LA CONTINUITE SUITE A UN SIGNALEMENT EN ABUS SEXUEL
ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

TRAVAILLER AVEC LES FAMILLES EN PROTECTION DE LA JEUNESSE AUTOUR DES PRATIQUES PARENTALES
205

ADDICTIONS ET EXERCICES DE LA PARENTALITE



Le terme « addictions » traverse de multiples champs d'intervention : les services spécialisés bien entendu, mais aussi les services sociaux et les divers services de santé ; il traverse aussi les âges.

Les addictions se conjuguent en famille, et quand l'un de ses membres en est affecté, les autres en sont touchés.

L'exercice des fonctions parentales est sensible aux fluctuations de la situation addictive. L'évolution d'une addiction se déroule sur plusieurs années, voire décennies, elle peut aussi se déployer sur plusieurs générations. Les approches systémiques auprès des familles nous mettent au cœur des mécanismes de compréhension des dynamiques familiales et des façons dont les processus addictifs les influencent, réciproquement elles nous éclairent sur la manière dont les mécanismes familiaux influencent les évolutions des situations addictives.

Travailler avec les familles est un incontournable, il ne suffit pas de le décréter, il est nécessaire de s'organiser : les dynamiques individuelles, conjugales et familiales viennent se combiner pour renforcer les processus familiaux qui aliènent les membres de la famille.

Elle est destinée aux soignants de toutes catégories et aux professionnels de la protection de l'enfance, tout autant qu'à ceux de la prévention, ainsi qu'aux bénévoles des mouvements d'entraide qui œuvrent auprès des personnes en situation de dépendance ou d'addiction et auprès de leurs familles.

- ⇒ Comment aider les parents quand leurs jeunes sont dans une dynamique addictive ?
- ⇒ Comment aider les jeunes quand leurs parents sont dans une dynamique addictive ?
- ⇒ Comment les processus psychiques sont affectés par le fonctionnement addictif et comment les processus psychiques autour de la parentalité et de la conjugalité affectent l'évolution de l'emprise addictive ?
- ⇒ Comment aider les équipes socio-éducatives et les équipes de soins à appréhender cette dimension familiale et agir au bénéfice de tous ?
- ⇒ Comment se fait-il que des personnes devenant grands-parents se motivent pour des soins ?
- ⇒ L'efficacité des soins est-elle renforcée par le soutien à l'entourage des patients ou des familles suivies ?

INTERVENANTS INVITÉS :

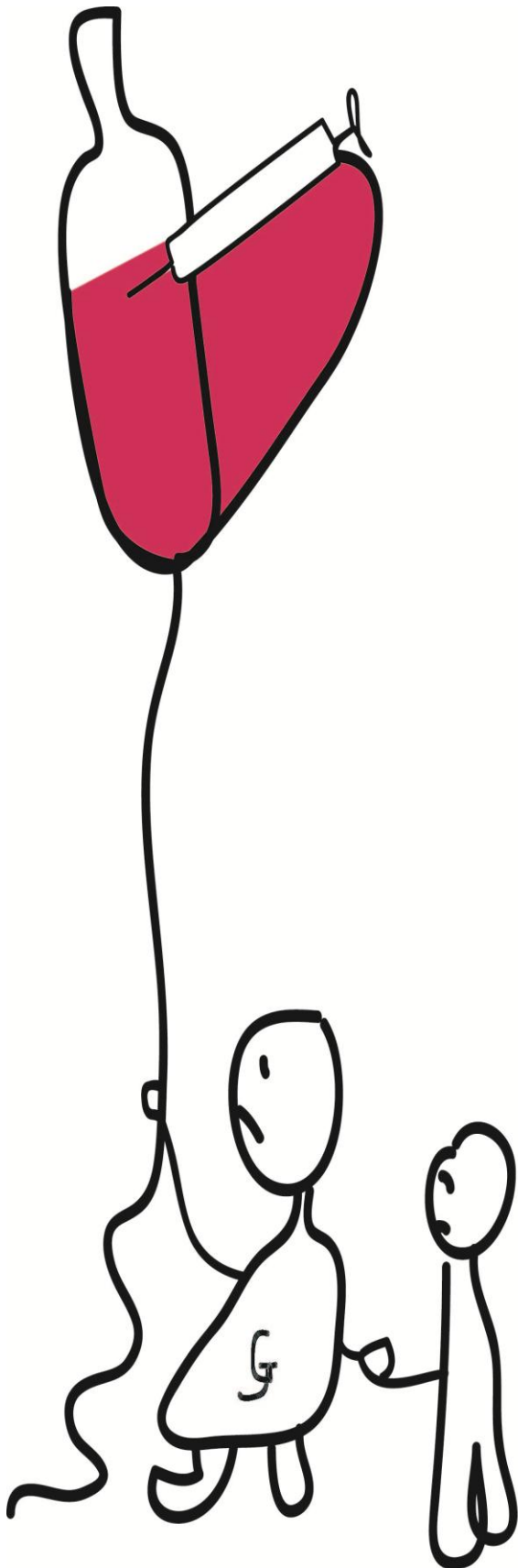


Illustration de Jocelyne Guillon

Stéphane BONNET, *Thérapeute familial, ancien infirmier au service d'addictologie de Nantes, il a animé des groupes de patients, un groupe "Addiction et parentalité",.*

Alexandra BRETHOME (*Association Eeva*)

Mireille CARPENTIER (*Anpaa Basse Normandie*)
Directrice régionale Basse-Normandie

Line CARON *A travaillé pendant 21 ans à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte Nord du Québec où elle a été coordonatrice régionale intersectorielle en toxicomanie et chef du service de prévention et promotion de la santé*

Bernard COCHY (*AAB 44*)

Patricia CONNOLY (*Option*) *Travailleuse sociale et psychothérapeute.*

Jean François CROISSANT *Psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur et superviseur en alcoologie, en thérapie familiale systémique et centrée sur les solutions. Co-directeur pédagogique de Pégase Processus.*

Patrick DELVAL (*Association Le Dire*)

Hélène DENIS (*Réseau Alcool 35*)

Antoinette FOUILLEUL *Psychiatre des hôpitaux, ancien chef de service de l'Intersecteur d'Addictologie du Centre Manche St Lô, ancien superviseur systémique du service Universitaire de Nantes.*

Françoise GEROT *Médecin addictologue en unité d'alcoologie dans un hôpital général. Thérapeute familiale systémique. Thérapeute EMDR.*

Bertrand HENOT (*Hexafor*) *psychothérapeute et responsable de HEXAFOR, un institut de formation à la Programmation Neuro Linguistique (PNL).*

Sylvie HUGUET (*Anpaa*)

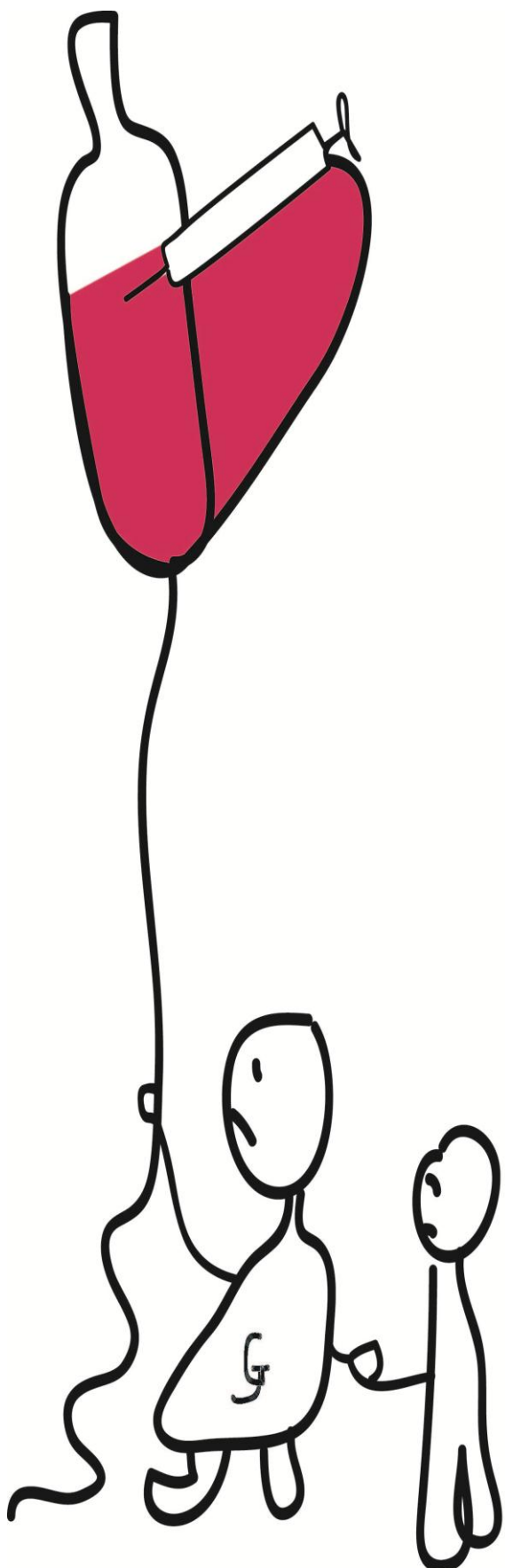


Illustration de Jocelyne Guillon

Josiane JEHANNO (*Association Le Dire*)

Anne-Sophie LE BOHEC (*CDAS St Malo*)

Janick LE ROY *Thérapeute Familiale. Cadre socio-éducatif à la retraite, formée à la thérapie familiale systémique et aux pratiques centrées sur les solutions. Elle animait au CSAPA de Rennes des groupes de paroles d'adolescents et entourage-famille.*

Thierry MALBERT *Anthropologie Université de la Réunion*

Tatiana METAYER *Thérapeute familiale, éducatrice spécialisée en Maison d'enfants et intervenante en lieu d'accueil enfants parents.*

François MOUREAU (*Alcool Assistance*) *Président Région Ouest*

Sandrine PELTIER (*CDAS St Malo*)

Fabienne POIRIER *Educatrice spécialisée. Thérapeute familiale systémique dans un centre de soin et prévention en addictologie "La métairie".*

André PRONOVOST (Option) *Psychologue clinicien et formateur à Option*

Annick RENAUD BERNA *Thérapeute familiale, formatrice, superviseur. Éducatrice spécialisée, formée à l'approche systémique et à la thérapie familiale. Directrice pédagogique adjointe de Pégase Processus.*

Catherine SIMON (Elsa)

Thomas Schwab *Psychologue et psychothérapeute, responsable pédagogique de l'IPEC (Aix en Provence)*

PROGRAMME

14 juin 2017 :

Les bases systémiques en addictologie

Introduction par Pégase Processus et l'ANPAA

Matin :

⇒ Plénière : Line Caron

Les transmissions générationnelles des souffrances familiales et leur prévention

Atelier 1 : ANPAA Basse Normandie

Les groupes de prévention des transmissions générationnelles des difficultés de fonctionnement familial

Atelier 2 : Dr Antoinette Fouilleul

Une typologie opérationnelle des systèmes familiaux

Atelier 3 : Jean François Croissant

Les potentiels, des leviers pour le changement

⇒ Plénière : Antoinette Fouilleul-Mialon

Une typologie opérationnelle des systèmes familiaux – Comment composer le système d'intervention et le système thérapeutique

Après-midi :

Atelier 4 : Dr Catherine Simon, CHU de Brest

Parentalité et addictions, causes et/ou conséquences

Atelier 5 : Janick Le Roy

L'intérêt thérapeutique des groupes entourages-familles

Atelier 6 : Line Caron

Les transmissions générationnelles des souffrances familiales et leur prévention

⇒ Plénière: Jean-François Croissant

Des concepts de base pour une addictologie systémique Le travail avec les familles et l'addictologie sociale

⇒ Diffusion du film «Un bateau ivre» de Kristell Menez, par Les films du Balibari

15 juin 2017 :

Le travail des sous-systèmes

Pratiques systémiques et pratiques de groupe

Introduction par Pégase Processus et l'ANPAA

Matin :

⇒ Plénière : Dr Françoise Gérot

La rencontre du fœtus avec l'alcool : 1ère cause de déficience mentale et d'inadaptation sociale

Atelier 7 : F. Gérot et Tatiana Métayer

Alcoolisation foetale, en parler et intervenir auprès d'enfants et d'adultes souffrant de séqueles.

Atelier 8 : Jean-François Croissant :

Un groupe «patients-entourage» en contexte de sevrage complexe

Atelier 9 : Janick Le Roy, Anne-Sophie Le Bohec, Sandrine Peltier (CDAS St-Malo)

Modalités d'animation des groupes destinés aux adolescents dont l'un des parents souffrent d'addiction en Ille et Vilaine

⇒ Plénière : Janick Le Roy

Les groupes destinés aux enfants et adolescents dont l'un des parents souffre d'addiction, 15 ans d'évolution

Après-midi :

Atelier 10 : Fabienne Poirier

Quand l'addiction interroge parentalité, conjugalité: le couple dans la tourmente

Atelier 11 : Thierry Malbert,

L'impact des addictions sur les fonctions parentales

Atelier 12 : Stéphane Bonnet et M. Cochy, président de l' AAB44: *Les groupes de parents dont les enfants souffrent d'anorexie ou de boulimie*

⇒ Plénière : J.-F. Croissant et Bertrand Hénot : *Les apports de l'approche centrée sur les solutions et les thérapies narratives en addictologie*

Introduction par Pégase Processus et l'ANPAA

Matin :

⇒ Plénière : Fabienne Poirier

La thérapie familiale est-elle un simple adjuvant dans le traitement de l'addiction ?

Atelier 13 : Fabienne Poirier, Alexandra Brethome
Orientation sous contrainte judiciaire pour mineurs : une opportunité pour l'exercice de la parentalité ?

Atelier 14 : Hélène Denis Réseau Alcool 35
Situations addictives : intervenir en travail social

Atelier 15 : Association Le Dire et François Moureau,
Alcool Assistance : *Les groupes d'entraide*

Atelier 16 : André Pronovost, Patricia Connolly, Option,
Alcool et violence, intervenir auprès des enfants témoins

⇒ Plénière: Association Le Dire, François

Moureau, Alcool Assistance

Les groupes d'entraide : philosophie et modalités d'aide aux familles

Après-midi :

Atelier 17 : Françoise Gérot
Addiction , parentalité, parentification: des outils thérapeutiques simples, accessibles et créatifs pour travailler avec les familles

Atelier 18 : Thomas Schwab, psychologue
Le jeu de l'oie en groupe thérapeutique

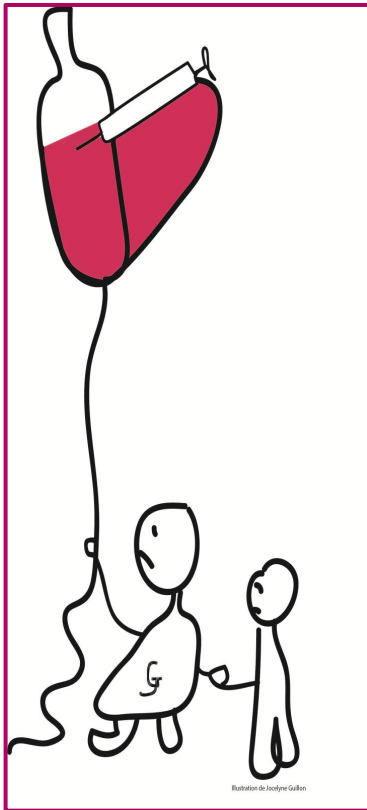
Atelier 19 : Janick Le Roy, Annick Renaud-Berna
et Jean-François Croissant
L'addictologie sociale et ses outils

Atelier 19 : André Pronovost, Patricia Connolly, Option,
Alcool et violence, intervenir auprès des enfants témoins

⇒ Plénière: ANPAA

Construire des passerelles entre le médical et le social. Vers une addictologie coopérative

⇒ Conclusion



CONFÉRENCES ET ATELIERS

LES BASES SYSTEMIQUES EN
ADDICTOLOGIE

14 JUIN 2017

LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION GENERATIONNELLE DES SOUFFRANCES LIÉES À LA FAMILLE

Conférence n°1 Animée Par Line CARON

A travaillé pendant 21 ans à l'agence de la santé et des services sociaux de la côte Nord du Québec ou elle a été coordinatrice régionale intersectorielle en toxicomanie et chef de prévention et promotion de la santé.

La Transmission générationnelle représente la mission qui se transmet dans les générations. Deux questions se posent :

- Quelle est cette mission ?
- Comment se transmet-elle ?

1. LA MISSION

- ⇒ Protéger ma famille pour qu'elle continue d'exister
- ⇒ Diminuer la Souffrance

1. COMMENT SE TRANSMET-ELLE

a. L'épigénétique

Est une science toute neuve, elle permet de comprendre comment l'environnement imprime sa marque sur les gènes.

La croissance et l'organisation du cerveau est un mélange complexe et subtil d'influences génétiques et environnementales. Les parents transmettent leurs gènes par l'ADN et ils influencent l'expression génétique de leurs enfants par leur comportement.

La communauté scientifique reconnaît maintenant que le manque de sécurité et la négligence affective dans les premières relations d'attachement avec les parents constituent des traumatismes considérés comme sévères. = des polytraumatisés familiaux

Mais qu'en est-il des souffrances familiales dont les addictions?

La négligence parentale provoque des **altérations épigénétiques** sur certains gènes du cerveau.

Exemples de répercussions :

La diminution de l'hippocampe qui joue un rôle crucial dans la réaction au stress.

Altération de la régulation du comportement donc une difficulté à gérer les réactions face aux épreuves et aux traumatismes de la vie.

Il n'y a pas de gènes identifiés comme étant celui de la dépendance aux psychotropes ou de la négligence parentale!

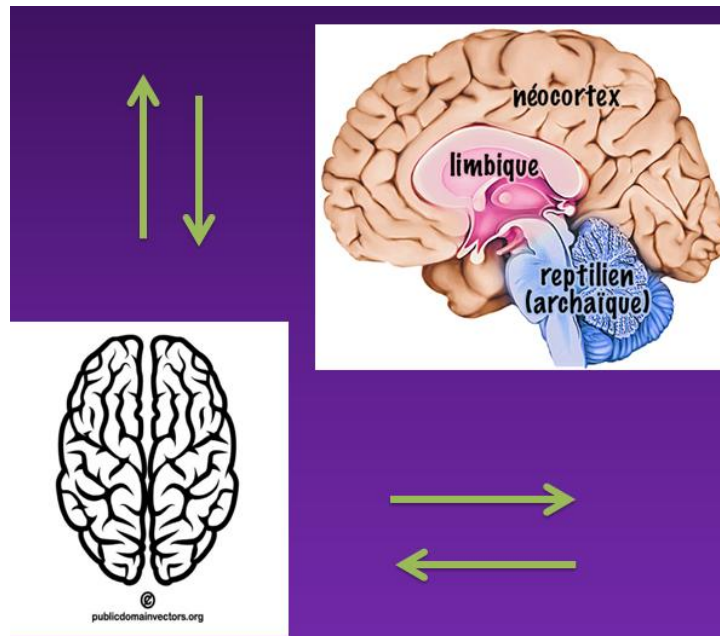
Pas une maladie mais une altération de certains gènes qui augmente les risques de développer une dépendance.

Les enfants de parents dépendants ont donc un risque génétique élevé de développer une addiction par transmission mais ce n'est pas automatique

b. La neuroscience

Les difficultés humaines, résultat d'un défaut de personnalité ????

Les traumatismes de l'enfance, ceux de l'âge adulte et le stress prolongé endommagent le cerveau et créent des altérations dans les réseaux neuronaux qui donnent des souffrances psychologiques persistantes.



LE CERVEAU EST PLASTIQUE
PAS DE DÉTERMINISME
MAIS
UN ESPOIR RÉALISTE !

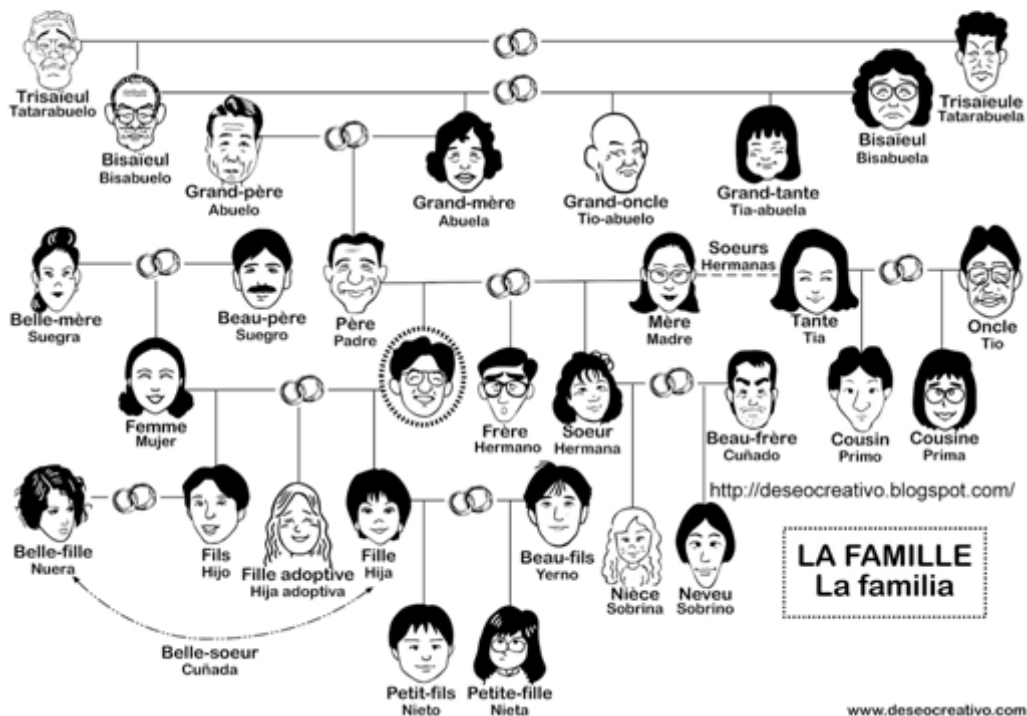
c. Les états de consciences

L'apaisement de l'activité mentale, amenant le ralentissement des pensées récurrentes, donne une sensation de tranquillité intérieure et de détachement permettant aux souvenirs émotionnels chargés d'émerger de façon moins douloureuse

Les techniques qui mènent à des états de conscience élargie :

- La pleine conscience (avec utilisation de sons)
- La centration/méditation

Par où commence-t-on ?



LE PROGRAMME « UNE AFFAIRE DE FAMILLE »

L'approche du programme « *Une affaire de famille* » vise à aider le participant à construire de nouvelles voies neuronales mieux adaptées à la réalité émotionnelle de son histoire pour lui permettre de moins souffrir et de sortir des ornières de la répétition et de la transmission à ses enfants.

UNE APPROCHE PRÉVENTIVE

Posture d'intervention dont le but est d'habiliter à agir sur des éléments précis du fonctionnement familial. Posture différente de la thérapie dont le but est de traiter les problèmes.

Position rassurante pour le participant parce que l'implication personnelle est différente et perçue comme moins menaçante, les mécanismes de résistance au changement entrent moins en jeu.

RIGUEUR ET DOUCEUR

Le programme comprend :

12 ateliers sur des thèmes précis du fonctionnement familial et qui sont gradués en intensité émotionnelle.

Entre les séances une tâche est demandée au participant afin de vérifier le contenu dans son histoire familiale et de soutenir l'intégration neuronale.

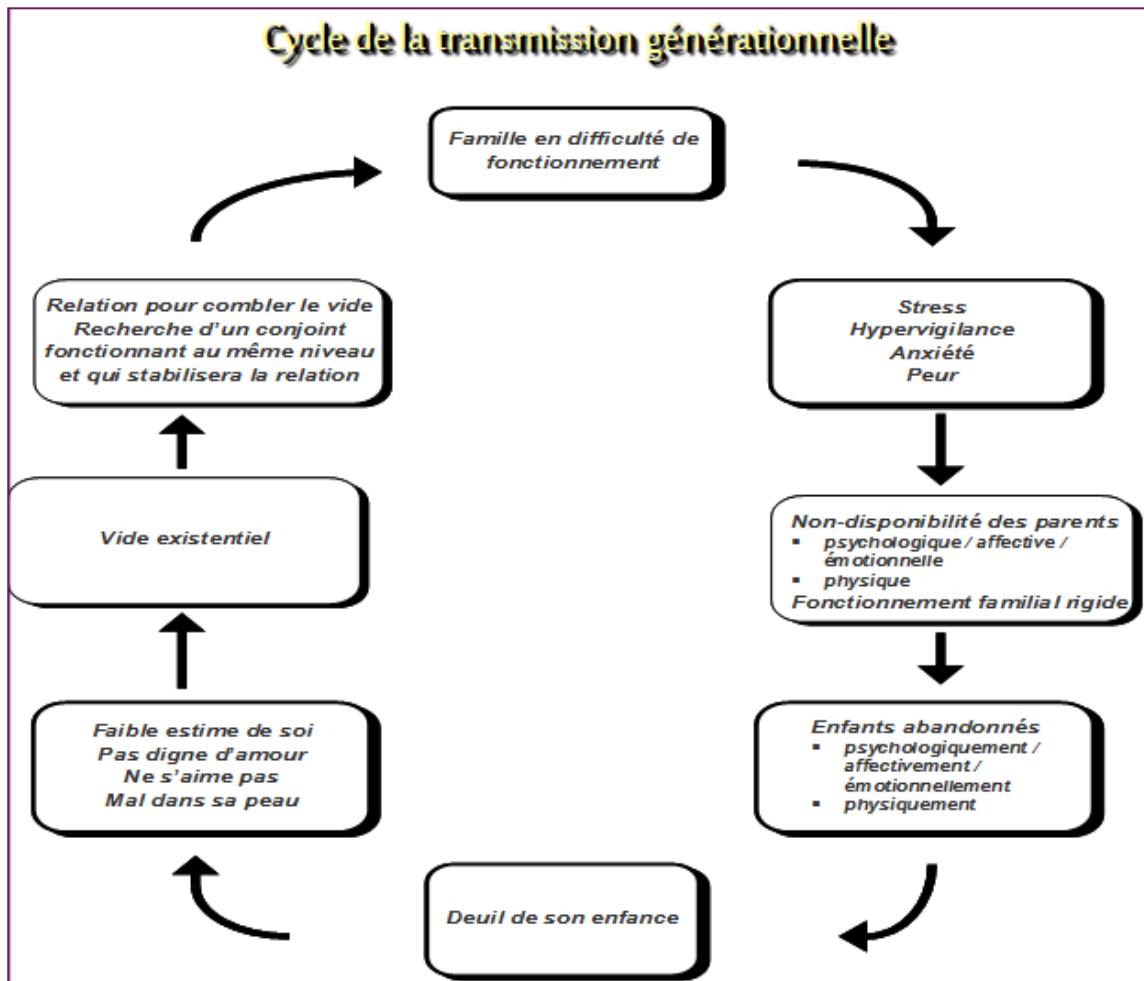
1 rencontre de soutien pour la construction du génogramme.

Suite logique graduée en intensité émotionnelle pour :

1. Comprendre le fonctionnement d'une famille en lien avec la sienne
2. Comprendre les difficultés du fonctionnement familial (toxique, violence, dépression, etc.)
3. Comprendre le phénomène de la transmission générationnelle
4. Trouver des actions pour briser le cycle de la transmission

ÉLÉMENTS DE TRANSMISSION

- ↖ Faible niveau de différenciation
- ↖ Rôles vécus comme une mission
- ↖ Règles qui font force de lois
- ↖ Comportements de survie
- ↖ Parentification
- ↖ Abandon
- ↖ Honte



MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

-Courte séance de « pleine conscience » avec sons pour diminuer l'activité mentale

-Atelier sur un élément de T.G.

- Question précise, émotionnellement graduée, visant à provoquer la montée des souvenirs du passé (H.D.)
 - Réponse écrite afin de susciter une première distanciation (H.D., H.G.)
- Présentation au groupe visant une deuxième prise de distance (H.G., H.D.)
- Enseignement réflexif à partir des réponses des participants visant à activer la fonction réflexive pour créer de nouveaux réseaux neuronaux (H.D.)

LES RESULTATS

Les mots des participants après un an:

« Je suis capable maintenant d'identifier mes émotions, le dialogue beaucoup plus facile avec mon conjoint. 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 vis-à-vis de mes enfants... »

Avant :

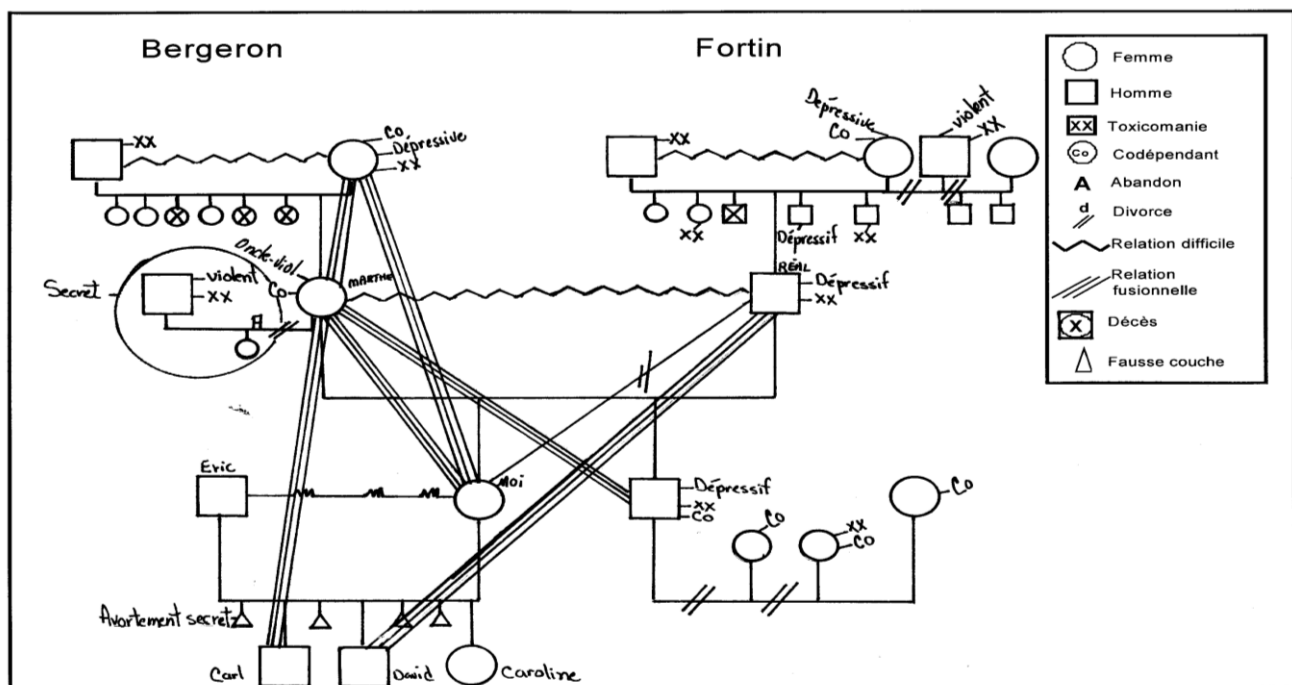
« Pas de compréhension, sur le pilote automatique dans un agir commandé par le non-dit. Une sorte de manipulation subtile. »

Maintenant :

«Être 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. »



Et si cela
résonne en
vous ...



Vous aurez quelques
éléments pour
raisonner !

Merci !

LES GROUPES DE PREVENTION DES TRANSMISSIONS GENERATIONNELLES DES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT FAMILIALE

Atelier n°1 Animée Par Mireille CARPENTIER
Directrice Régionale de l'Anpaa Basse Normandie



Article : Rompre les chaînes du passé

par Mélanie Mermoz

(1) ANPAA de Basse-Normandie
(direction régionale) : 82, boulevard
Dunois – 14000 Caen – Tél.
02 31 85 35 21 – [bassenormandie@
anpaa.asso.fr](mailto:bassenormandie@anpaa.asso.fr) .

Questionner les histoires familiales et leurs dysfonctionnements pour éviter la récurrence, c'est l'expérience initiée par l'ANPAA de Basse-Normandie à la maison d'arrêt de Coutances (Manche). Un petit établissement pénitentiaire qui fait figure de pionnier dans ce domaine.

Derrière les hauts murs de pierre de la maison d'arrêt de Coutances (Manche) vient de s'achever une expérience innovante. Pour la première fois, un « programme de prévention de la transmission générationnelle des difficultés de fonctionnement de la famille » s'est déroulé en prison. Huit détenus de ce petit établissement de 40 places y ont participé. Durant deux mois, toutes les semaines, ils ont questionné pendant deux heures l'histoire de leur famille, son organisation et la place qu'ils y occupent. Un programme animé par Sophie Kerbarch, psychologue, et Lydie Vaultier, assistante de service social, salariées de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) de Basse-Normandie¹.

Une action de prévention, non une thérapie

Avant d'en devenir animatrices, toutes deux ont suivi ce programme baptisé « Une affaire de famille » et élaboré au Québec. « Je me suis formée en 2010 avec un groupe de collègues, relate Lydie Vaultier. Le groupe se voyait tous les quinze jours pour des séances de trois heures. Entre chaque séance, nous devons effectuer un travail personnel : nous avons ainsi travaillé sur notre carte familiale [un arbre sur lequel figurent non seulement la généalogie de la famille, mais aussi les différents types de liens qui unissent ses membres]. Nous avons aussi élaboré un plan

d'action et déterminé sur quoi on souhaitait agir et les moyens pour y arriver. » Cette expérimentation a été suivie d'une formation de deux jours, avec la créatrice du programme, sur sa genèse et ses évolutions. La gestion de groupe a également été travaillée. « Certaines séances peuvent vraiment remuer, poursuit Lydie Vaultier. Avoir soi-même expérimenté le programme est important, car cela permet de comprendre ce que les participants ressentent et de mettre des mots sur ces émotions. » Le cadre est clair : il ne s'agit pas d'une thérapie, mais bien d'une action de prévention. « Il s'agit de mettre à plat ce qui s'est passé dans la famille. Nous sommes là pour aider à poser les choses, à les repérer. Souvent, la personne trouve en elle les ressources pour agir, mais parfois certains éléments font souffrance. Nous l'invitons alors à poursuivre ce travail en thérapie », détaille Sophie Kerbarch. Pour les deux animatrices, l'inquiétude d'aller trop loin dans le thérapeutique peut néanmoins subsister. Après avoir animé cinq sessions du programme, Lydie Vaultier est entièrement rassurée. « Il faut se faire confiance, mais aussi faire confiance aux participants. Ils savent où s'arrêter. »

Une première en milieu carcéral

En six ans, plusieurs programmes de ce type ont été réalisés au sein de l'ANPAA Basse-Normandie. « Tous publics, car ce programme n'est pas ci-

blé sur un type de répétition », insiste sa directrice, Mireille Carpentier. Même s'il peut intéresser un large public, il reste toutefois difficile de constituer des groupes. Des actions d'information ont été menées en direction du public des centres d'addictologie ainsi que dans des foyers de jeunes travailleurs (FJT). Mais c'est la première fois qu'un groupe était monté en prison. « A l'époque où j'ai été formée,

j'intervenais dans une équipe de prévention en détention, je me suis immédiatement dit que ce serait bien d'y réaliser ce programme », raconte Sophie Kerbarch. L'idée trottait aussi depuis des années dans la tête de Mireille Carpentier. « Il y a quinze ans, dans le cadre d'une émission de télévision réalisée par des détenus, j'étais intervenue auprès d'hommes condamnés à de longues peines, se souvient-elle. Et la première question qu'ils m'ont posée était : « Est-ce que l'alcool est héréditaire? » Ils s'étaient rendu compte que l'alcool était présent dans leurs passages à l'acte et exprimaient une inquiétude très forte à propos de leurs enfants. »

Penser la répétition familiale

C'est Catherine Lecaplain, conseillère du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) à la maison d'arrêt de Coutances, qui a proposé l'organisation de ce programme. « J'avais assisté à un compte rendu de celui-ci. Or, dans nos entretiens avec les détenus, les questions

liées à la famille reviennent beaucoup, souligne-t-elle. Il est fréquemment question d'addiction, de placements, de violences conjugales ou sexuelles. En outre, avant d'exercer au SPIP, j'avais travaillé vingt-cinq ans à la protection de l'enfance et l'idée d'intervenir auprès des auteurs me semblait importante. » Il ne lui a pas été difficile de convaincre Yannick Guilard, le chef d'établissement. « De façon empirique, nous nous rendons compte qu'il existe des transmissions intergénérationnelles. Depuis six ans que je suis ici, j'ai pu voir plusieurs fois un père et un fils tous deux condamnés pour des infractions liées à l'alcool et aux stupéfiants », explique le responsable.

Cette réflexion sur la nécessité de penser la répétition familiale n'était d'ailleurs pas nouvelle à la maison d'arrêt. En dépouillant les registres d'écrou, Laurent Levallois, l'adjoint au chef d'établissement, passionné de généalogie, s'était déjà aperçu qu'y figuraient parfois le père, l'oncle, le grand-père... Entre la fin 2011 et la fin 2012, à son initiative, six détenus multirécidivistes avaient participé à un travail avec Lydie Poisson, une psychogénéalogiste de Cherbourg. « Avec elle, ils se sont penchés sur leurs échecs et ceux de leur famille, raconte Laurent Levallois. Parallèlement, le dépouillement et l'informatisation de 150 000 fiches matricules militaires des archives de Saint-Lô leur ont été confiés, ce qui leur a permis d'obtenir une petite bourse d'études. Le bilan de cette action a été très positif : les surveillants ont constaté que ces détenus étaient plus ouverts, que leurs rapports avec le personnel pénitentiaire, mais aussi avec les autres détenus, avaient changé. Et depuis leur sortie, ils n'ont plus jamais été incarcérés. »

Libre adhésion

Une fois prise la décision de réaliser le programme de l'ANPAA, il a fallu trouver des participants. Catherine Lecaplain a sélectionné 18 personnes pour une première présentation. « Le premier critère de choix était la date

de sortie des détenus, explique-t-elle. Il fallait qu'ils ne soient pas libérés ni transférés avant la fin du programme. » En effet, une maison d'arrêt reçoit des personnes condamnées soit à de courtes peines, soit à de longues peines mais en attente de transfert. Les détenus ne peuvent rester plus de deux ans. « Il fallait aussi qu'ils aient un niveau de lecture et d'écriture suffisant, car le programme implique d'être en mesure d'assimiler des notions théoriques. »

Dans cette ancienne maison d'arrêt construite au début du XIX^e siècle, la promiscuité a été un peu dissuasive. Les détenus vivent à deux ou trois par cellule, voire dans des dortoirs de douze. « Un certain nombre de détenus ne se sont pas inscrits car ils craignaient que les informations évoquées dans le groupe ne restent pas confidentielles. » A l'issue de cette première réunion, huit personnes se sont néanmoins portées volontaires. Un groupe assez hétérogène, qui rassemblait des prévenus et des condamnés, âgés de 25 à 57 ans, certains ayant des enfants, d'autres non. D'emblée, le principe de la libre adhésion a été réaffirmé. Il leur a été rappelé qu'ils pouvaient arrêter à n'importe quel moment. Si le passé familial était l'objet du programme, les raisons de l'incarcération ne devaient, elles, pas être abordées. « Nous avons précisé aux participants qu'ils savaient pourquoi ils étaient en prison mais que nous, nous ne leur demanderions pas », rappelle Lydie Vaultier. Le programme a, en outre, dû être adapté à la détention et à ses horaires fixes : les séances qui

durent normalement trois heures ont ainsi été raccourcies à deux heures. « D'autant que trois heures, cela aurait été trop long en termes de concentration pour les détenus », ajoute Sophie Kerbarch. Il a donc fallu adapter le contenu des séances et accepter d'entrer moins en profondeur dans les notions évoquées.

La construction des séances n'a toutefois pas été modifiée. Chacune commence par un retour sur la pré-

cedente. Les participants peuvent y évoquer de quelle façon ils ont vécu les discussions de la semaine passée. Une question est ensuite posée pour un travail en sous-groupe, telle que : « Qu'est-ce que je fais comme mon père, et comme ma mère ? » Une personne de chaque groupe joue le rôle de rapporteur et écrit sur un *paperboard* le résultat des échanges. A partir de là, un concept (la rigidité des règles familiales, les différents rôles, la codépendance, la différenciation...) est présenté avant d'être discuté en grand groupe. Chaque participant repart avec des documents qui développent les notions abordées. Le classeur qui les regroupe a été différemment investi par les participants. « Pour certains, il permettait de mettre à distance ce qui se passait : une fois la séance terminée, ils le rangeaient et ne le ressortaient qu'à la séance suivante. D'autres, en revanche, s'y replongeaient pour poursuivre le questionnement », a observé Sophie Kerbarch. « Une histoire de famille » propose aussi à ses participants d'utiliser deux outils : la carte familiale (appelée également « géogramme »), qui permet de visualiser la famille et les interactions entre chacun de ses membres, et le plan d'action pour déterminer ce qu'on a envie de changer. « Celui-ci n'a que très peu été évoqué car, en détention, les personnes ne voient qu'à peine leur famille et ne peuvent donc agir », nuance Lydie Vaultier, l'assistante sociale.

Une implication variable

L'investissement des détenus au cours du programme a été assez variable. « Certains sont beaucoup intervenus verbalement lors des séances, tandis que d'autres ont réalisé avec beaucoup d'attention leur carte familiale. » C'est le cas de Stéphane M., 47 ans, père de cinq enfants, tous placés. « J'ai fait mon géogramme en plusieurs fois : la première fois, il me manquait des informations que j'ai obtenues auprès de mes frères et sœurs. Quand il a été terminé, j'en ai refait un pour l'une de mes filles. Elle me l'avait

demandé lors d'un parloir et l'a photocopié pour le donner à son frère, qui est dans le même foyer. » Bernard T., lui, n'a pas éprouvé le besoin de réaliser le génogramme. « Le mien, je le connais, je n'ai pas eu envie de le faire », déclare-t-il, laconique.

Pour les deux hommes comme pour l'ensemble du groupe, le bilan apparaît plutôt positif. « Même si je ne m'attendais pas à ça quand je me suis inscrit, les autres disent des choses, et ça fait réfléchir », reconnaît Bernard T. Le groupe sert d'accélérateur au programme, le contexte de la détention accentuant encore ce phénomène. « Dans ma cellule, nous étions deux participants. En dehors des séances, nous avons beaucoup parlé de ce que nous avons vécu petits, mais aussi de nos enfants », raconte Stéphane M. L'envie d'agir pour protéger les générations suivantes est au cœur de la démarche. « J'ai un petit-fils de 15 mois, et je ne voudrais pas que sa mère - ma fille, qui a été placée à deux ans - lui retransmette ce qu'on lui a transmis à elle », s'inquiète-t-il. Selon lui, le programme l'a mis en mouvement. « Avant d'être incarcéré, je ne voyais pas l'intérêt de lire ou d'écrire. J'ai lu *La famille pour les Nuis* et un autre livre qui avait été conseillé, et j'ai commencé à écrire sur mon histoire, j'ai déjà rempli 40 pages, et je n'en suis qu'à la période de mes 7 ans. 4 ma sortie, j'ai envie de continuer. »

Si l'impact n'a pas été aussi spectaculaire pour tous les participants, l'action est jugée positive par les six détenus qui ont bénéficié de l'entretien final (les deux autres ayant été transférés avant ce bilan). Catherine Lecaplain, l'initiatrice de l'action, en est également satisfaite. « Mon premier objectif était que les participants aillent jusqu'au bout, et aucun ne s'est arrêté en cours, apprécie-t-elle. Je voulais vérifier que le sujet les intéressait et pouvait les aider à avancer sur toutes leurs difficultés. A l'extérieur, on ne leur avait jamais fait cette proposition. » Parmi les six détenus qui ont réalisé ce bilan, deux ont émis le souhait de refaire le programme à l'extérieur, et Stéphane M. s'est par ailleurs engagé dans une démarche thérapeutique auprès du personnel médical de la prison. Du côté de Mireille Carpentier, la conseillère du SPIP, le satisfecit est

identique. « Cela a permis à ces détenus de vivre une expérience de groupe positive, qui passe uniquement par la verbalisation, et pour des personnes qui peuvent avoir des difficultés de communication, c'est important. »

Reste néanmoins à savoir si cette action pourra être pérennisée. Tel n'avait pas été le cas pour l'initiative proposée en 2011 par Laurent Levallois. « L'année suivante, je n'avais pas réussi à obtenir les 9 000 € nécessaires à sa reconduction », déplore-t-il. Plus faible (3 980 €), le coût de ce programme de prévention a été aux trois quarts pris en charge par l'agence régionale de santé, dans le cadre de sa subvention globale à l'ANPAA de Basse-Normandie. Seuls 1 000 € ont dû être demandés par le SPIP à la direction interrégionale des services de l'administration pénitentiaire de Rennes, au titre des fonds disponibles pour la déradicalisation. « Contrairement à d'autres établissements, cette question ne se pose pas à Coutances », commente Yannick Guillard. Mireille Lecaplain espère, de son côté, qu'une nouvelle session pourra avoir lieu en fin d'année.

Genèse

« Une affaire de famille »

Chargée de prévention en santé publique dans le Nord-Québec (Canada), Line Caron raconte : « Dans la région où je travaille, les problèmes d'alcoolisme sont très fréquents, et souvent présents à travers les générations. Je me suis demandé comment rompre la chaîne de transmission. » Une pratique professionnelle qui a rejoint ses interrogations personnelles lorsqu'elle a eu des enfants, l'incitant à travailler sur sa propre famille. En 1996-1997, forte de cette expérience, elle élabore le programme « Une affaire de famille » et constitue un groupe d'une douzaine de personnes, qu'elle rencontre sept fois tous les quinze jours autour des problématiques de dépendances (alcoolisme et toxicomanie). Elle leur propose une approche systémique de

la famille. « L'idée est de mettre des mots sur les fonctionnements familiaux pour permettre aux participants de devenir conscients de leurs émotions. A partir de là, ils peuvent agir sur les dysfonctionnements, et non plus réagir. » Avant d'être reconduit, ce programme a été évalué par une équipe de chercheurs en santé publique. Pour Line Caron, les mots sont importants : « Il est souvent question de « familles dysfonctionnelles ». Nous parlons, nous, de « difficultés du fonctionnement familial ». Cela déculpabilise, car chaque famille a des difficultés. » Au fil des ans, la pionnière a formé des intervenants au Québec et en France, en insistant sur la nécessité de suivre soi-même la démarche. « Si l'on n'est pas au clair dans la relation avec sa propre famille, qu'on est pris dans des difficultés de fonctionnement, la relation d'aide est compromise. » Pour elle, l'originalité du programme réside dans son but : « Prévenir pour la génération suivante ». « Ce qui fait que les participants viennent et restent, même si c'est dur, c'est qu'ils aiment leurs enfants. » ■

UNE TYPOLOGIE OPERATIONNELLE DES SYSTEMES FAMILIAUX : COMMENT COMPOSER LE SYSTEME D'INTERVENTION ET LE SYSTEME THÉRAPEUTIQUE

*Conférence n°2 Animée Par Antoinette FOUILLEUL-MIALON
Psychiatre des hôpitaux, ancien chef de service de
l'intersecteur d'Addictologie du Centre Manche St Lô, ancien
superviseur du Service Universitaire de Nantes*

Pour une typologie opérationnelle
des
typologies familiales dans les
conduites addictives, son intérêt
tant du point de vue
thérapeutique qu'organisationnel



Le contexte d'un Intersecteur d'Addictologie :

- Dispositif à la fois ambulatoire, de liaison avec les dispositifs hospitaliers non spécifiques et d'hospitalisation spécifique
- Dispositif doté d'outils variés pour travailler à partir de hauts niveaux de déni jusqu'aux thérapies engagées vers des changements de 2ème niveau
- Dispositif d'accompagnement global incluant le système familial et social du patient désigné ainsi que tous les leviers d'interaction susceptibles d'introduire du changement dans les jeux relationnels du système.

Une constante: le phénomène addictif est au centre d'un processus gravitationnel qui entretient une légitimité destructive, qui peut évoluer vers de plus en plus d'exclusion.

les typologies de J-P Roussaux (Bruxelles)

➤ Type I : alcoolisme précoce de l'adulte jeune pseudo-toxicomane s'installant avant la réalisation de l'autonomie

➤ Type II : alcoolisme conjugué de l'âge mur rendant le conjoint particulièrement dépendant

➤ Type III : alcoolisme désinséré ou régressif avec destruction psychosociale des liens et le retour vers le ou les parents âgés ou les foyers d'hébergement

Pourquoi cette typologie est-elle aussi pertinente?

- Parce qu'elle distingue les phases du cycle de vie
- Parce qu'elle s'intéresse à quoi « sert » le symptôme
- Parce qu'elle parcourt l'évolution possible d'un processus addictif
- Parce que les orientations et les stratégies thérapeutiques seront différentes selon les types
- Parce qu'elles permettent de clarifier les attentes des thérapeutes, d'évaluer des typologies de patients semblables,
- Parce qu'elles sont simples d'utilisation pour décrire des situations entre les membres d'une équipe ou partager des compréhensions/élaborations auprès des institutions et tutelles (rendre visible et lisible son activité)
- Parce que L'organisation psychique à l'adolescence est marquée par :
 - *Les transformations corporelles et la difficulté à s'éprouver en tant que sujet*
 - *Les transformations pulsionnelles, la « poussée de vie » qui veut aller vers le « dehors ».*
 - *les répétitions agies comme autant d'essais-répétitions avant de réussir à partir.*
 - *Le besoin de construire son Soi, ses propres repères et prendre ses distances avec les modèles d'identification de l'enfance*
 - *des mécanismes de défense tels que clivage, déni, évitement*
 - *le symptôme vient court-circuiter le processus d'autonomisation*

-Parce qu'elle s'intéresse à quoi « sert » le symptôme Construction du processus addictif

l'apprentissage d'un Soi autonome se construit par la sécurité de base puis par la capacité à utiliser ses ressources propres.

Lorsqu'une souffrance dépasse les capacités à la transformer, le recours à des mécanismes de défense s'organisent et peuvent être le recours à une Substance Psychoactive ou un comportement addictif

Selon l'âge, la durée, le produit, les conséquences psychosociales vont impacter toute la constellation familiale et avoir une fonction centrale et organisatrice

-Parce qu'elle parcourt l'évolution possible d'un processus addictif

A chaque phase du cycle de vie, des solutions de guérison sont possibles si elles ne sont pas mises en oeuvre, l'organisation addictives va s'amplifier jusqu'à la perte des « haubans sociaux et évoluer vers l'exclusion socio-familiale. D'où l'intérêt de les repérer et de tenter une aide qui évite le passage en typologie III (perte des haubans sociaux)

-Parce que les orientations et les stratégies thérapeutiques seront différentes selon les types :

Typologie I: travail avec l'entourage familial autour du processus de différenciation, ce qui le bloque tant du côté de l'entourage que du patient, ce qui fait stagner dans des états régressifs.

Typologie II: la vie s'est organisée mais des événements de vie ou des questions non résolues du passé ressurgissent à la faveur d'évènements traumatiques.

Typologie III: l'avortement du processus de différenciation ou le basculement d'une vie conjugale et professionnelle viennent rompre les haubans sociaux et c'est l'exclusion ou le retour régressif vers un système d'assistance et de dépendance

I. Orientations et les stratégies thérapeutiques seront différentes selon les typologies

- a) Typologie I : Travail sur la différenciation du Soi et trouver les capacités à organiser un lien qui libère:
- Dégager le jeune des poids qu'il croit devoir porter et oser quitter les avantages régressifs pour se déployer.
 - Aider le système parental à assumer la responsabilité de faire face à ses besoins affectifs et panser ses blessures sans recourir à la triangulation avec son enfant
 - Faire évoluer les liens dans des formes variées

b) Typologie II : Voir l'entourage comme un aidant possible

- « L'un ne va pas sans l'autre », les évolutions doivent être concomitantes car co-dépendantes
- D'où des stratégies de travail concomitantes du travail ensemble et séparément avec une équipe différenciée mais cohérente et complémentaire
- Un travail avec des groupes de couple qui s'apportent de l'auto-support avec la sécurité de thérapeutes
- Un travail avec la constellation familiale sur les traumatismes qui n'ont pas été élaborés.

c) Typologie III : La constellation transférentielle

- la perte des haubans sociaux et le besoin d'un vécu régressif sollicite de nombreux intervenants qui vont constituer une « constellation transférentielle » où les modes relationnels régressifs se rejouent.
- Les intervenants et entourages familiaux sont pris dans cette dynamique
- D'où la nécessité de partager avec la « constellation transférentielle » d'intervenants une compréhension commune pour remettre en jeu le processus de différenciation et la sécurité de base nécessaire pour évoluer vers une certaine autonomisation
- Le recours fréquent aux systèmes institutionnels
- l'organisation de liens inter institutionnels pour redonner du sens à la vie de la personne
- des activités groupales qui retissent du liant social qui ne nécessitent plus, ou moins de recours au produit
- des activités corporelles qui ancrent le corps et le Soi dans la réalité

II. Clarifier les attentes des thérapeutes

Dans les typologies I: l'essentiel du travail s'organise autour du processus de différenciation et donc d'un travail d'abord familo-systémique qui apporte de la sécurité pour oser «réaliser » sa propre vie et pour l'entourage passer à une autre étape.

dans les typologies II: il s'agit de renforcer la relation conjugale et socio-professionnelle pour éviter de perdre ses haubans sociaux

Dans les typologies III: l'absolue nécessité de travailler avec l'entourage socio-familial pour assurer un minimum de « contenance » avec fiabilité, continuité du lien, compréhension de ce qu'est la constellation transférentielle des différents acteurs et son articulation dans la complémentarité, tout cela dans une vision solutionniste et de petits pas au plus près du patient.

III. Evaluer des typologies de patients semblables, d'avoir un langage et des attentes communes

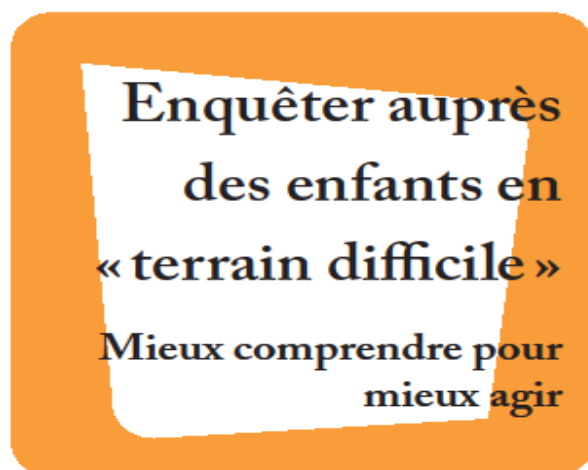
Les outils à mettre en oeuvre sont différents selon les typologies:

- ⇒ Type I: entretiens familiaux, groupes de pairs, lien avec le réseau social, éducatif
- ⇒ Type II: évaluation somatique, entretiens familiaux autour du lien de co-dépendance, de la fonction du symptôme, groupes de couples pour aider à la réorganisation du lien quand le liant addictions a disparu
- ⇒ Type III: aider à la réorganisation d'un réseau de partenaires médico-sociaux avec des repères structurants(logement, insertion sociale, reprise de liens, soins), accompagner la diminution des risques et dommages liés aux addictions. En fait, arsenal diversifié souvent coûteux en temps et structures médico-sociales.

Powerpoint diffusé lors de la conférence : <..\Conférenciers\Textes Actes\14 juin\Antoinette conf Pégase Typologies.pptx>

PARENTALITE ET ADDICTIONS, CAUSES ET/OU CONSEQUENCES

| Atelier n°4 animé par Dr Catherine SIMON, Elsa Chic



Février 2016

*Dossier thématique
coordonné par Flora Bolter,
chargée d'études*

La
documentation
Française



GIP Enfance en Danger



ADDICTIONS, PARENTALITES : CAUSES ET/OU CONSÉQUENCES ?

Catherine Simon, CHRU Brest, ANPAA
Antoinette Fouilleui, Pégase Processus, ANPAA

Les concepts d'« addiction » et de « parentalité » ont tous deux émergé au 20^e siècle, et se situent tous deux à la croisée des champs éducatif, judiciaire, médico-psycho-social et sociologique. Afin d'apporter des éclairages sur l'articulation de ces deux concepts, le présent article pose tout d'abord ses définitions dans le champ psychiatrique. Il s'agit ensuite de clarifier les bases théoriques sur lesquelles nous nous appuyons, en consultation pour mener notre travail clinique. Ceci tourne notre regard sur les addictions à travers le prisme de la parentalité et aussi celui de la parentalité à travers celui des addictions. Nous tenterons enfin de dégager des pistes de réflexion pour penser l'accompagnement de ces familles, de ces parents et de ces enfants.

Addiction et parentalité : concepts et définitions

- ⇒ **L'addiction** est définie comme une impossibilité répétée de contrôler un comportement, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Selon l'approche psychanalytique, il s'agit de processus inconscients assurant une fonction de protection de la vie psychique, pour l'individu. C'est une modalité de résolution de conflits psychiques non verbalisables, non élaborés psychiquement, qui vient soulager une tension interne existante¹.
- ⇒ **La parentalité**, dans le champ de la psychologie, selon Martine Lamour et Marthe Barraco, est un "processus maturatif" qui conduit à des réaménagements psychiques et affectifs. Ces derniers permettent de délivrer à l'enfant des soins corporels qui vont également lui permettre un développement harmonieux de sa vie affective et psychique².

L'addiction, aussi bien dans les conséquences pratiques de l'impossibilité de l'adulte à contrôler son comportement que dans la tension qu'elle pose entre processus inconscients de protection et processus de maturation, peut ainsi impacter un processus de parentalité de l'adulte trop fragile. Cet impact peut se jouer sur plusieurs générations, en raison des conséquences sur les futurs parents que deviendront peut-être un jour aussi leurs propres enfants.

1 Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. *Les pratiques addictives*. Paris : Odile Jacob, 2000; Reynaud M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. *In Traité d'addictologie* sous la direction de Reynaud M., p. 3-11, Ed. Flammarion, 2004.

2 Lamour M., Barraco M. *Souffrances autour du berceau*. Gaëtan Morin Editeur, 1998.

I. Le processus de parentalité : généralités

Pour envisager les impacts possibles de l'addiction sur la parentalité, il faut revenir plus en détail sur les remaniements psychiques rencontrés au cours de la grossesse. Ceux-ci seront examinés aussi bien pour la parturiente que pour le devenant père, et permettront d'évoquer ensuite les différents stades de la construction psychique de l'enfant^{3 4 5}.

A/ Chez la parturiente

Concernant les transformations psychiques de la grossesse, les travaux de Monique Bydlowski à travers ses différents ouvrages, nous éclairent sur le voyage intérieur que peut connaître une femme au cours de la grossesse et plus particulièrement de sa première grossesse[^].

Le concept de « transparence psychique » (par lequel des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience) traduit l'état psychique que connaît alors la parturiente. Cet état permet à la primipare de rentrer en contact avec les conflits primitifs précœdipiens et œdipiens refoulés jusqu'alors dans le champ de l'inconscient⁶.

Cet état peut être ressenti comme un état de fragilité, de vulnérabilité, par la femme enceinte. Il permet une rencontre émotionnelle parfois forte et parfois violente avec la « mère archaïque », représentée par la mère qui délivre les premiers soins de *nursing* et de nourrissage. Cette première relation sert d'ancrage au développement des

Le travail de recherche auprès de personnes présentant une relation de dépendance aux substances psychoactives et aussi parfois des troubles psychiatriques est particulièrement important à développer.

Il ne peut être envisagé qu'en prenant certaines précautions :

- **Vis à vis de la personne interrogée**
 - L'information éclairée et le consentement de la personne interrogée sont indispensables.
 - La démarche doit appartenir à la personne interrogée, c'est elle qui peut venir vers « l'intervieweur ».
 - La problématique de l'addiction doit être déjà posée, discutée et au mieux accompagnée.
 - L'état psychologique et addictologique de la personne interviewée doit être stabilisé.
 - Il peut être intéressant d'introduire dans le guide d'entretien de l'étude une question qui interroge, ce que cet entretien peut avoir comme effet, pour la personne, pour repérer s'il peut être réalisé.
- **Entre la structure partenaire et l'enquêteur**
 - Une identification de l'enquêteur, de son objet d'étude dans la structure où le recrutement des personnes s'effectuera, amènera du lien et de la sécurité pour la personne interviewée.
 - Travailler en concertation le support de présentation de l'enquête est important, car l'objet d'étude est à double entrée, « parentalité/ addictions ». Ainsi, la structure qui accueillera l'enquêteur sera impliquée
 - Prévoir un temps de réflexion pour que les personnes sollicitées puissent réfléchir et se décider à participer à l'étude
 - L'existence d'un espace thérapeutique où l'« éprouvé » de l'entretien peut être évoqué. En effet, honte et culpabilité peuvent émerger en abordant le thème de la parentalité et/ou celui des relations de dépendance.

L'article ci-après reprend des observations cliniques, et ne présente donc pas un dispositif spécifique de recherche. Cependant, sur ce sujet, un rappel des règles éthiques et méthodologiques de toute recherche est particulièrement pertinent.

³Simon C., Tonnelier S., Diserbo C., Bodénez P., Rigaud A. Aperçus préalables de la psychologie d'une femme enceinte alcoolodépendante pour organiser la prise en soins de la mère et de son enfant. *Psychotropes* - Vol. 16 n° 3-4, p. 1/32 ; Simon C. À propos du cas de Marie, les leviers psychothérapeutiques de la grossesse, selon des approches de type systémique et psychanalytique. Mémoire de Diplôme Universitaires de « Théories et cliniques des psychothérapies », Nantes, 2007 ; Simon C. *Alcoolisation fœtale, comment aborder le problème ?* Mémoire de capacité « Alcoologie-toxicomanie », Brest, 2001.

⁴Bydlowski M. (2001-2002). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, vol. 13, p. 41-52 ; Bydlowski M. (2008). *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF ; Bydlowski M. La crise parentale de la première naissance. *Informations sociales* 4/2006 (n° 132), p. 64-75.

⁶*Ibid.* ; Delassus J.M. *Devenir mère, histoire secrète de la maternité*. Edition Dunod, 2001, 236 p.

compétences du jeune enfant. Elle est d'autant plus soutenante et constructive qu'elle est « sécurisée ». L'enfant s'appuie sur cette « mère suffisamment bonne » pour développer ses compétences psychomotrices, relationnelles en interaction avec son environnement. C'est aussi la représentation psychique que l'enfant intégrera⁷.

Dans un second temps, la femme retrouve l'imago maternel, c'est-à-dire celui de la femme de son père qui a inspiré le travail d'identification. Ce travail psychodynamique conduit au développement psychique de la femme dans sa singularité et son identité sexuée.

Le processus par lequel la femme devient mère lui fait donc se confronter à différentes étapes de son propre développement personnel. Tout comme l'adolescence a été une étape de maturation psycho-affective où s'effectue le deuil de l'enfance pour devenir une adulte, la grossesse représente une nouvelle étape dans l'histoire personnelle de la femme, mais aussi dans l'histoire générationnelle

familiale. La femme devenant mère relègue à ses yeux sa mère et sa belle-mère au statut de grand-mères. Ces phénomènes conduisent à une réorganisation psychologique qui conditionne l'accueil réservé à l'enfant à venir⁸ : le lien avec son propre enfant sera possible et harmonieux si la femme porte son regard sur le bébé et la petite fille qu'elle-même a été.

La grossesse est ainsi une étape émotionnelle et maturative dans la vie de la femme où cette dernière change de génération et se forme une nouvelle identité⁹.

B/ Chez le devenant père

C'est la mère qui lance le père dans le processus : d'abord dans le projet de couple et ensuite en lui annonçant qu'il est le père de l'enfant à venir.

Les remaniements psychiques chez le devenant père sont donc sous-tendus par les interactions avec la femme devenant mère. Ils se font également à travers son histoire singulière et son propre développement psychique¹⁰.

Certains psychanalystes¹¹ rapportent le désir de grossesse de l'homme à une identification préœdipienne à la mère : le petit garçon, ne pouvant pas porter d'enfant physiologiquement, surinvestit le pénis et la virilité pour accepter ce désir refoulé.

⁷ Winnicott D. W. *Le bébé et la mère*. Paris : Payot, 1999.

⁸ Simon C., Tonnelier S., Diserbo C., Bodénez P., Rigaud A. *Aperçus préalables...* *Op. cit.*

⁹ Delassus J.M. *Devenir mère...*, 2001. *Op. cit.* ; Delassus J.M. Nature de la maternité psychique. *In La maternité aujourd'hui : un état des lieux*, Actes des journées d'études et de réflexions de l'unité de formation et de recherche de la Formation pour l'enfance. Fondation de France, UNESCO, Paris, Déc. 1994, p. 68-77, Edition Fondation pour l'enfance ; *Ibid.* ; Simon C. *À propos du cas de Marie...*, 2007. *Op. cit.* ; Simon C. *Alcoolisation fœtale...*, 2001. *Op. cit.*

¹⁰ Simon C., Tonnelier S., Diserbo C., Bodénez P., Rigaud A. *Aperçus préalables...* *Op. cit.* ; *Ibid.*

¹¹ Assoun P.L. Fonctions freudiennes du Père. *In Le Père, métaphore paternelle et fonctions du Père : l'Interdit, la filiation, la transmission*, Collection Espace Psychanalytique, Ed. Denoël, 1989 ; Naouri A. *Une place pour le père*. Paris : Ed. Le Seuil, Collection Points, 1985, 365 p. ; Revault d'Allones C. Le désir d'enfant en question. *In Maternité aujourd'hui : un état des lieux*. Actes des journées d'études et de réflexions de l'unité de formation et de recherche de la Formation pour l'enfance. Fondation de France, UNESCO, Paris, Déc. 1994, p. 4-16, Edition Fondation pour l'enfance.

D'autres auteurs¹² placent plutôt l'homme comme procréateur « naturel » et instinctif. L'enfant se retrouve alors comme un prolongement de l'être masculin et de l'espoir de la réalisation de soi. Ceci induit le désir de filiation.

Dans tous les cas, la grossesse de sa compagne est l'objet d'un investissement psychique de la part de l'homme. La « couvade », décrite depuis le début du XX^e siècle, est une manifestation de cela, qui permet à l'homme d'exprimer ses préoccupations et son investissement envers la grossesse¹³.

Cette dernière est une étape durant laquelle peut naître une ambivalence paternelle envers l'enfant et la mère, soutenue par un sentiment d'incertitude. Une des manières de gérer cette ambivalence est de créer une « couverture protectrice » autour de la mère et de l'enfant. C'est à travers celle-ci que le père adopte son enfant et établit le lien de filiation¹⁴.

Devenir père est donc un cheminement personnel qui ramène l'homme à son histoire personnelle et aux modèles auxquels il s'est identifié.

Par ailleurs, le regard que l'homme porte sur sa compagne et le soutien qu'il peut lui apporter, ou non, conditionne en large mesure le déroulement de la grossesse. Il suscite par ailleurs la capacité de la femme à être mère.

Alors même que les devenant-parents ouvrent un espace psychique où la parentalité prend forme, le fœtus finit par développer, lui aussi, *in utero*, une instance psychique.

C/ Chez le fœtus et le nourrisson : de l'évanescence de la psyché

Cette instance psychique est liée à celle de la mère qui porte l'enfant en son corps et à celle du père qui le porte dans son appareil psychique.

Ce sont les canaux sensoriels qui sont sollicités à ce stade à travers une transmission transliquidienne. À partir du 6^e mois de grossesse, les stimulations auditives participent ainsi au développement de la psyché intra-utérine¹⁵.

À partir de la naissance, les capacités réceptrices de l'enfant s'accroissent et sa mémoire engrène des stimulations visuelles en plus des corporelles et auditives. L'enfant se construit avec les structures mentales des personnes qui l'entourent. C'est la pensée pré-langagière de Didier Dumas caractérisée par la pensée en image.

Cette pensée en image s'enfouit pour partie, dans l'inconscient à l'acquisition du langage et du « je », vers l'âge de trois ans, au profit de la pensée langagière.

¹² André J., Chabert C. *L'oubli du père*. Edition PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse, 2004, 175 p. ; Delaisi De Parceval G. *La part du père*. Ed. Du seuil, 1981, 320 p.

¹³ Missonier S., Golse B., Soulé M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. PUF, 2004.

¹⁴ Simon C. *À propos du cas de Marie...*, 2007. *Op. cit.* ; Simon C. *Alcoolisation fœtale...*, 2001. *Op. cit.*

¹⁵ Szejer M., Stewart. *Ces neuf mois-là*. Ed. Réponse- Robert Laffont, 1994, 308 p. ; Tavernier N. *L'Odyssée de la vie*. France 2, Transparences productions, 17 juin Média, 2005.

Ainsi, l'enfant débute son évolution vers l'autonomie, psychique, motrice, affective et émotionnelle au fil du temps, avec l'héritage que son environnement lui offre. La phase verbale est aussi celle où un apport psychoaffectif harmonieux et sécurisant permet une maturation psychique par le développement de notre système de représentations. Ceci induit qu'à l'évocation par le langage d'un mot ou une idée, un lien s'effectue avec la conscience pré-langagière, la conscience sensorielle (sa « peau de sensation »¹⁶) et la pensée en images. L'enfant intègre ainsi son entité psychocorporelle.

C'est ainsi que se sculpte la pensée au fil du temps, à la fois, par les sensations corporelles, sensorielles (ouïe, goût, toucher et vue) et le langage¹⁷.

II. La parentalité en contexte d'addiction

Les conséquences psychopathologiques possibles sur les processus de construction psycho-dynamique d'un individu évoluant dans un système familial « addictogène » peuvent être dégagées à travers une revue non exhaustive de la littérature.

Un tel individu est soumis à des règles de communication, de loyauté qui parfois peuvent conduire le sujet vers une répétition de génération en génération. Mais il est important de noter qu'une prise de conscience par un accompagnement sécurisant et apaisant peut aider à s'en libérer et à trouver les chemins d'une autonomie avec une grande liberté.

A/ Parentalité et traumatismes

La notion du (des) traumatisme(s) psychiques est un élément identifié et corrélé avec l'apparition d'une relation de dépendance aux produits.

Ces traumatismes peuvent être de différents types : abandon, deuil, séparation précoce, carences affectives et éducatives, maltraitements physique ou par négligence, violences...

Ces traumatismes ont un impact psychologique d'autant plus grand qu'ils exposent à un risque vital, et notamment pendant la phase préverbale. Dans cette situation, la pensée pré-langagière inscrit des images, des représentations qui peuvent ressurgir lors de prises de produits, ou lors de certains contextes de vie, notamment dans les milieux où se trouvent de l'alcoolisme, des toxicomanies, des troubles des conduites alimentaires, des violences¹⁸.

Comme cela a été rappelé, l'enfant a besoin d'une relation parentale fiable et « sécurisée » pour rassurer ses besoins matériels et émotionnels, ce qui lui permet de développer une relation de confiance en soi et en l'autre. Cependant, certains

¹⁶ Dumas D. *L'ange et le fantôme, une introduction à la clinique de l'impensé généalogique*. Editions de minuit, 1985.

¹⁷ Dumas D. *Et si nous n'avions toujours rien compris à la sexualité ?* Paris, 2004.

¹⁸ *Ibid.*

parents *addict*¹⁹, qui ont connu des carences, attendent de leurs enfants l'amour et l'attention qu'ils n'ont pas reçus de leur(s) propre(s) parents défaillant(s). Il y a alors une inversion des rôles. C'est alors le processus dit de « parentification » de l'enfant qui s'installe. L'enfant, pour conserver le lien d'attachement, valide ce processus en déniait ses propres besoins (parole, ressenti, relations sociales....) et assume ce rôle qui lui est attribué. Le déni s'instaure dans ce cadre comme mode de protection psychique (ne pas dire, ne pas voir, ne pas ressentir, s'isoler). Ceci explique aussi en partie la difficulté pour les enfants et les futurs adultes à demander de l'aide²⁰.

Ces traumatismes ont un impact différent d'un individu à l'autre et dépendent de la rigidité ou de la souplesse des lois de non-dit, non-ressenti et des secrets du système familial qui peuvent conduire au déni individuel ou collectif. Ces mécanismes viennent alors empêcher la mise à jour de la souffrance du groupe, en particulier en lien avec des deuils non élaborés, des secrets autour d'internements, d'incarcération, d'absence prolongée. Ces deux modalités, tabou et déni, soumettent l'individu à une loi du silence, en vertu de laquelle toute infraction conduit à exclure l'individu du système²¹.

La question des traumatismes familiaux peut aussi être abordée selon une approche transgénérationnelle, en particulier autour du sentiment de honte qu'il faut resituer dans l'histoire du sujet et de sa famille. La question de la honte est liée au regard social lorsque, par exemple, la fonction parentale est regardée au prisme des conduites addictives des parents. Elle est liée à la perception d'une indignité qu'il faut cacher sous peine d'opprobre et/ou d'exclusion (de la communauté sociale ou familiale)²².

Cette « honte » au cœur de l'histoire familiale est très souvent liée à des événements non élaborés où les thèmes de la mort et de la sexualité sont impliqués. Cela conduit au tabou, à l'isolement et au secret, par peur permanente d'être jugé. Les conduites addictives peuvent permettre des remises en scène de scénarios du passé non élaborés par le langage, mis en acte car difficiles à verbaliser²³.

Ainsi, l'absence d'élaboration, de communication, ou de verbalisation entraîne une impossibilité à penser la situation, tout en recherchant une solution ou un apaisement dans la conduite addictive. C'est là le ressort de l'agir, du passage à

¹⁹Note des **éditeurs** : Cet adjectif anglais d'usage courant en addictologie française, désigne une personne en situation d'addiction. Il est à noter que les termes addiction/*addict* par opposition à toxicomanie/toxicomane envisagent le phénomène plus sous un angle de santé globale que dans une optique psychiatisante (manie = folie) ; ils sont aussi plus larges que l'usage courant des termes toxicomanie/toxicomane, souvent réservés à l'usage de substances psychotropes illicites (alors que les notions d'addiction et de dépendance renvoient à une diversité de substances et comportements). Certains auteurs privilégient la notion d'addiction/*addict* à la notion de dépendance/dépendant, privilégiée par l'OMS, parce que la première envisage le phénomène au-delà de la situation d'usage des substances concernées.

²⁰ Ancelin Schützenberger A. *Aïe, mes aïeux !* Ed. La Méridienne, 16^e éd., 2009.

²¹ Dumas D. *Et si nous n'avions toujours rien compris...*, 2004. *Op. cit.* ; Fouilleul A. Psychopathologie familiale des conduites d'alcoolisation. In *Traité d'addictologie* sous la direction de Reynaud M., p 314-319, Ed. Flammarion, 2004 ; Monjauze M. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris : Press Editions, 2011 (3^e éd.), 208 p. ; Tisseron S. *Secrets de famille, mode d'emploi*. Edition poche Marabout, 2013- 132 p.

²² Rigaud A. Réflexions sur la problématique alcoolique à propos d'une contre-attitude soignante : l'opprobre (die Verponung), Colloque de l'Association Freudienne en Belgique sur le thème : « Alcoolisme : approche psychanalytique », Bruxelles, 1^{er} et 2 juin 1985, *L'Information psychiatrique*, 1987, 63, 1, p. 35-41.

²³ Tisseron S. *Secrets de famille...*, 2013. *Op. Cit.* ; 29. Tisseron S. *La honte*. Paris : Ed. Dunod, 3^e édition, 2014, 219 p.

l'acte. Ce dernier devient le mode paradoxal d'expression émotionnelle de l'individu, et également d'expression de ses besoins. Le manque de mots explique aussi la difficulté à reconnaître et nommer ses propres besoins et sensations d'ordre émotionnel, ce qui est aggravé par la non-appropriation de l'entité psychocorporelle de l'individu.

De tous ces mécanismes ressort une difficulté du sujet à se raconter ou à raconter son histoire familiale par manque de récit familial, de « trous » dans la transmission orale.

Devenir parent est comme un miroir de son propre parcours de maturation psychologique. L'image qui s'en dégage en reflet peut mettre en exergue des manques et/ou des abus parfois difficiles à regarder. Cela peut rendre complexe l'inscription dans la chaîne verticale des générations ou mettre en évidence des loyautés inconscientes.

B/ Parentalité et inscription dans la chaîne des générations

La notion d'inscription générationnelle est une pierre angulaire pour la compréhension d'un système *addict*.

En effet, la dimension verticale n'étant pas intégrée dans les modalités de fonctionnement de ce système, un « lissage » générationnel s'opère, dans lequel la loi de l'interdit de l'inceste n'est pas posée. Tout travail d'élaboration psychique de deuil est également rendu impossible²⁴.

L'inscription dans un lien de filiation, lorsqu'elle devient inexistante symboliquement et parfois aussi civilement, participe à cette indifférenciation générationnelle.

C'est le cas par exemple avec un père *addict*²⁵ dont la place symbolique et/ou physique est reléguée à celle de l'absent, du « soumis » qui vit dans une quête éternelle de reconnaissance de la part de son épouse alors même que, à l'inverse, celle de la mère peut alors devenir « toute puissante », qui est en charge de gérer « les cordons de la bourse », le budget du ménage et l'éducation des enfants entre autres. Tout ceci s'articule dans une dynamique relationnelle conjugale déséquilibrée où la conjointe prend une importance prédominante.

C/ Parentalité et loyauté

L'organisation familiale est telle que les relations intrafamiliales sont soumises, le plus souvent à l'emprise des parents ou des grands-parents ainsi qu'à des représentations transmises par héritage, de manière inconsciente, à leurs descendants.

Ces représentations sont exprimées par exemple lorsque sont charriées des représentations de la femme comme n'ayant pas de « morale » autonome au niveau de la vie sexuelle, et que l'existence de cette dernière comme sujet n'est donc pas

²⁴ Dumas D. *L'ange et le fantôme*. 1985. *Op. cit.* ; *Ibid.*

²⁵ **Note des éditeurs** : Dans la suite du texte, les exemples présentés semblent partir du point de vue d'une dyade parentale comportant un homme *addict* et une femme qui ne l'est pas. Ce fait est à rapprocher du constat fait par les auteurs du fait que peu de ressources existent s'agissant des pères et devenant-pères *addict*.

proprement reconnue. Dans ce système de représentations, la figure maternelle est en revanche toute-puissante. C'est aussi parfois l'homme qui peut être considéré avec mépris par la femme²⁶.

Si comme le dit Catherine Ducommun-Nagy, la loyauté à nos origines est « une force pour la vie », elle peut aussi être vécue comme une emprise et une aliénation. Ainsi, un moyen de dépasser cette emprise, quand elle est destructrice, est la rupture des liens, en espérant qu'elle soit une solution au conflit de loyautés dans lequel l'individu se retrouve. Pour qu'elle soit salvatrice, cette mise à distance doit être exprimée et choisie en toute sérénité.

C'est la prise de conscience de l'effet limitant voire destructeur de ces loyautés qui permet de se libérer de ces dernières pour se relier à d'autres aspects plus constructeurs et à une autre compréhension de ses ascendants et de leur histoire. Sinon, elle peut faire le lit de ressentiment, de violences et d'un sentiment d'injustice voire d'une reproduction du mode relationnel du milieu familial originel. Ainsi, il est important de mesurer comment un enfant peut être empêché par ses loyautés d'exprimer ses propres besoins et son propre avis. Il peut se retrouver dans un conflit de loyautés entre ses deux parents ou entre un parent et son conjoint, voire- plus grave- dans des loyautés clivées où l'enfant se structure sur le mode du clivage pour survivre²⁷. Et ceci l'empêche de faire des choix respectueux vis à vis de lui-même.

III. Quel accompagnement pour des parents en contexte d'addiction ?

Tous ces éléments d'analyse ouvrent des pistes de réflexions sur l'accompagnement des familles et des parents qui connaissent une addiction au cours de leur parcours de vie. L'ouverture qui doit guider la réflexion sur l'accompagnement de ces familles doit être centrée sur le processus d'individuation du parent et de l'enfant.

A/ Les outils de l'accompagnement

Les outils permettant cet accompagnement sont de deux ordres :

- une technique d'intervention directe auprès du parent ou de l'enfant : le génogramme.

Le génogramme²⁸ semble pertinent pour les professionnels des champs médico-psycho-éducatif et sociaux.

²⁶ Roussaux J-P., Faoro-Kreit B., Hers D. *L'alcoolique en famille*. Bruxelles : De Boeck Université, 2000.

²⁷ Ancelin Schützenberger A. *Aie, mes aïeux !...*, 2009. *Op. cit.* ; Ducommun-Nagy C. *Ces loyautés qui nous libèrent*. Ed JCL Lattes, 2006 ; Fouilleul A. *Psychopathologie familiale...*, 2004. *Op. cit.*

²⁸ **Note des éditeurs** : Le génogramme est un outil thérapeutique créé par le courant des thérapies familiales systémiques dans les années 1970, introduit en France dans les années 1980. Il consiste en une représentation graphique de la famille sur plusieurs générations précisant les différents liens entre les individus et les événements marquants. Une présentation plus détaillée de cet outil peut se trouver par exemple dans *L'évaluation en protection de l'enfance*, de Francis Alfoldi, Paris, Dunod, 1999.

Il aide à la prise de conscience des répétitions des modes relationnels, des liens de loyautés qui peuvent empêcher d'avancer²⁹.

Il est aussi important de reconnaître ce que le parent a connu comme carences ou injustices ressenties, pour qu'il puisse alors regarder autrement et s'approprier les ressources qui s'en sont dégagées³⁰.

Tout ceci est un travail de réflexion, un espace d'élaboration qui l'aide à ouvrir son regard sur lui-même. Il doit se faire, en sécurité et avec bienveillance. Ceci ne peut donc s'effectuer qu'avec des professionnels formés et supervisés³¹.

- des modalités de fonctionnement institutionnel : la supervision et l'intervision

Institutionnellement, certaines pratiques s'appuyant sur la supervision et/ou l'intervision offrent des possibilités intéressantes de réflexions professionnelles.

La supervision est un outil qui ouvre l'attention des équipes éducatives, judiciaires et soignantes à ne pas reproduire les règles de peur, de clivage, de jugement qui empêchent de faire parler et de réfléchir. L'idéal est aussi que cette supervision soit pratiquée avec un regard extérieur dans la plus grande neutralité et objectivité possibles. Pour ce faire, l'intervention d'un prestataire extérieur est indispensable³².

L'intervision est une instance interprofessionnelle et/ou interinstitutionnelle qui vise à organiser un accompagnement d'une famille ou d'une personne de manière cohérente et respectueuse. Ce respect doit exister dans la limite des obligations de chacun (secret professionnel) et dans la limite des compétences de chaque partenaire. Le respect doit aussi et avant tout, être réservé à l'entourage et à l'usager accompagné. Aussi, elle repose sur des règles (charte) de fonctionnement posées et concertées par chaque partenaire, y compris l'usager.

B/ Le partenariat inter-institutionnel

Développer un partenariat est indispensable pour permettre un accompagnement plus constructif. Les partenaires appartiennent notamment aux champs :

- Médico-psycho-social (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA))
- Social (Secteur, Conseil Général avec les services de Protection de l'Enfance)
- Judiciaire (Juge des Familles et des Enfants, Protection des Jeunes Mineurs)

Ce partenariat est particulièrement important dans les démarches recherche.

²⁹ Ancelin Schützenberger A. *Aïe, mes aïeux !...*, 2009. *Op. cit.*

³⁰ *Ibid.*

* *NW.*

= *NW.*

C/ L'importance de la recherche

La recherche notamment universitaire, constitue en effet, un outil primordial d'observation et d'analyse. Cette dernière offre par une méthodologie validée une évaluation qui permet de faire évoluer les pratiques et de les valider dans leur efficacité.

L'A N PA A (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) assure la gestion et la coordination de 90 établissements médico-sociaux dont une majorité de CSAPA, sur le territoire français. C'est une association unitaire et déployée sur l'ensemble de la France. Via son organisation interne (Commission des Pratiques Professionnelles, Commission de Développement et de Recherches), elle peut être un terrain d'observation et de développement de modèles partenariaux, ce qui représente un atout pour l'ensemble des établissements concernés.

C'est la recherche qui peut permettre une meilleure prise en compte de questions qui restent à approfondir, notamment celle du genre (différence homme/femme) qui reste entière.

Si la fonction maternelle reste un levier de consultation, un motif d'orientation (peur du placement par incompetence, mise en danger d'autrui), elle est aussi un frein pour l'hospitalisation et les soins.

Les femmes enceintes sont très étudiées, à l'inverse des devenant pères. Ces derniers restent encore trop souvent considérés comme périphériques par les intervenants alors que les aider à trouver leur juste place et découvrir avec eux d'autres rôles plus constructeurs peut modifier et assouplir la dynamique relationnelle autour de l'enfant.

Aussi chaque partenaire peut gagner en efficacité, en connaissances et en évaluation par ce travail et ce partage de compétences

Conclusion

Nous pouvons conclure que le champ de la parentalité et celui des addictions sont des champs à explorer. En effet, les évolutions sociétales, les évolutions des familles, les évolutions des symptômes addictifs sont permanentes et constantes. Cependant, la sécurité, la bienveillance, la parole, l'écoute et l'attention restent des bases de la relation humaine qui aident au développement de tout individu.

Elles doivent rester les règles d'or de tout fonctionnement institutionnel qu'il soit soignant, judiciaire, éducatif ou social.

L'INTERET THERAPEUTIQUE DES GROUPES ENTOURAGES-FAMILLES

Atelier n°5 animé par JANICK LE ROY

Thérapeute familiale. Cadre socio-éducatif à la retraite, formée à la thérapie familiale systémique et aux pratiques centrées sur les solutions. Elle animait le CSAPA de Rennes des groupes de paroles d'adolescents et entourage-famille.

Présentation d'une expérience de groupe de parole ENTOURAGE - FAMILLE

I. De quoi parle-t-on ?

- Comme le dit le Dr FOUILLAND : « **d'une rencontre** » : une ou des personnes viennent nous demander quelque chose, le plus souvent, c'est une femme, à propos de son conjoint, de son fils, de sa fille, mais ce peut être un mari(plus rarement), un fils, une sœur, un père « cette personne parle de l'autre, de celui qui n'est pas là »
- A bien écouter au delà des « il » elle dit « **je** ». Elle parle d'elle
- « c'est insoutenable » » je n'en peux plus » »j'ai tout essayé » »j'ai besoin de conseils »
- Suivent des évènements récents, anciens, livrés pêle mêle, ponctués de larmes, d'émotions fortes, d'anecdotes parfois dramatiques...

II. De qui parle-t-on ?

- De ceux que nous nommons **l'entourage**
- Tout ce qui entoure pour orner (est ce bien cela ?)
- Personnes qui vivent habituellement auprès de quelqu'un
- Entourer c'est aussi témoigner de la sympathie, des soins à quelqu'un, être auprès de lui

Et pourtant cet » entourage » mis à mal, fracassé :

- Souffre
- Se culpabilise de ne plus « entourer »
- Souffrances physiques propres
- Souffrances psychiques propres, le plus souvent réactionnelles

C'est le lien affectif qui est attaqué et le sens à être ensemble qui chavire. L'amour se transforme en prise en charge anxieuse, en emprise conjointe : il ne faut pas confondre:

amour et dépendance,

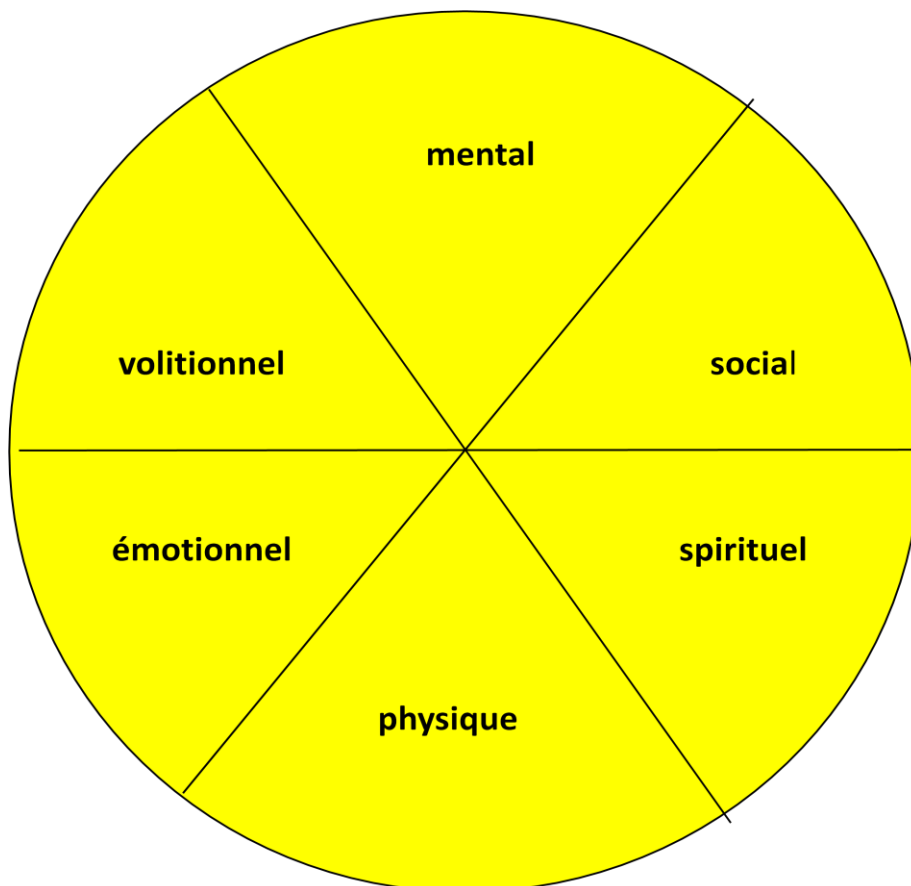
de la même façon :

la **distance** n'est pas synonyme de **rejet**



III. Un GROUPE : Pour qui, Pour quoi ?

LE CERCLE DES POTENTIELS
Ce cercle a été repris par Sharon WEGSCHEIDER –CRUSE en alcoologie...



Le cadre théorique de notre démarche s'inspire d'auteurs comme Melody Beattie, Pia Melody et Earnie Larson (1968)

D'abord, nous retenons la définition de la **co-dépendance** par Melody Beattie (1987) :

« l'individu co-dépendant est celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu, et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne »

Nous complétons avec Pia Melody (1969) qui précise les difficultés majeures inhérentes à la dynamique de la co dépendance



Elle nous démontre que la co dépendance prend naissance dans la famille d'origine, le milieu familial n'a pas validé ce que Melody Beattie appelle les caractéristiques naturelles d'un enfant : sa valeur, sa vulnérabilité, son imperfection, sa dépendance et son immaturité

L'individu adulte développe alors des attitudes et des comportements de survie en regard de ces caractéristiques non validées, construisant ainsi sa propre dynamique de co-dépendance :

- Par rapport à sa valeur: son attitude se situe dans un caractère d'infériorité ou de supériorité l'amenant à vivre avec une estime de soi inappropriée
- Par rapport à sa vulnérabilité : elle s'exprime par un état trop vulnérable ou invulnérable
- Par rapport à son imperfection : elle se vit dans le registre de la rébellion ou de la perfection
- Par rapport à la dépendance : la personne développe un comportement de survie dans le fait d'être trop dépendant, anti-dépendant ou sans besoin et sans désir
- Par rapport à l'immaturité : la personne adulte est soit très immature ou trop mature. Elle a de la difficulté à vivre et à exprimer sa réalité de façon modérée

Pour sa part, Earnie Larson nous démontre, par la théorie des systèmes, que l'ensemble de la famille est affectée par les comportements de chacun de ses membres

Nous constatons que les personnes expriment au moins deux besoins

- Que le problème trouve une solution
- Que leur souffrance soit prise en compte

Comme le souligne le psychologue J.M. Figéard :

« les participants expriment un soulagement de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls »

Le groupe est alors investi comme une ressource thérapeutique, « sorte d'enclave provisoire de lien » où puiser : aide, écoute, conseil et affection.

Faire partie, c'est se reconnaître dans le groupe, être en lien, participer et s'identifier pour trouver réassurance, protection, sécurité et identité...

Nous croyons que les personnes peuvent reprendre le pouvoir sur leur vie et sortir des impasses de la co dépendance par un processus de redécision

Rompre la solitude et aussi reprendre goût à l'existence

« temps projeté où les séances scandent le soin »

Petit à petit, les personnes vont apprendre ou réapprendre à prendre soin d'elles, à exprimer ce qu'elles ressentent, comprenant qu'elles ne peuvent pas changer l'autre. Mais elles ont tout le pouvoir pour se changer **ELLES**. Le travail se fera sur des objectifs petits, concrets, réalisables...

Le groupe constitue pour ses membres, un lieu de ressource et d'aide permettant l'expression des chagrins et des angoisses, mais aussi d'un retour à une vie sans penser à l'alcool de l'autre, un lieu d'identification...



Le détachement, ce n'est pas se détacher de la personne qu'on aime, mais de la torture, de l'investissement en autrui...

Voici pour conclure une fable, en relation avec la thérapie, de Scott Égletons, professionnel de la Santé Mentale :

*« Il était une fois, une femme qui s'installa dans une grotte dans la montagne, pour recevoir l'enseignement d'un gourou.
Elle voulait, disait elle, apprendre tout ce qu'il y avait à savoir. Le gourou lui procura des piles de livres et la laissa étudier seule.*

Tous les matins, il revenait à la grotte pour évaluer ses progrès. Il tenait à la main une lourde canne de bois.

Tous les matins, il lui posait la même question : » As tu appris tout ce qu'il y a à savoir ? ».

Et tous les matins, la femme lui faisait la même réponse « Non, pas encore »

Là dessus, le gourou lui assenait un coup de canne sur la tête.

Ce scénario se poursuivit pendant plusieurs mois. Un jour, le gourou entra dans la grotte, posa la question habituelle, reçut la même réponse et leva sa canne pour frapper la femme

Mais cette dernière l'intercepta à mi course

Soulagée d'avoir mis fin à son châtement quotidien, mais craignant des représailles, la femme regarda le gourou et eut la grande surprise de le voir sourire

« Félicitations », lui dit il » tu viens de réussir l'examen. Maintenant tu sais tout ce que tu as besoin de savoir

Comment cela ?, demanda la femme

Tu as appris que tu ne sauras jamais tout ce qu'il y a à savoir. Et tu as appris à faire cesser la souffrance »

Voilà ce qui est question ici :

Mettre fin à la souffrance, et

reprendre le contrôle de sa vie

Powerpoint diffusé lors de la conférence : <..\Conférenciers\Textes Actes\14 juin\Atelier 5 famille csapa.pptx>



ADDICTIONS ET EXERCICES DE LA PARENTALITE

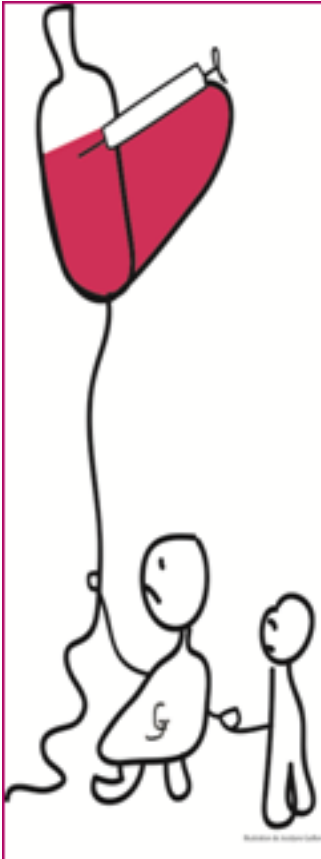


LES TRANSMISSION GÉNÉRATIONNELLES DES SOUFFRANCES FAMILIALES ET LEUR PRÉVENTION

| Atelier n° 6 : Animée Par Line CARON



Annexe : page



CONFÉRENCES ET ATELIERS

LE TRAVAIL DES SOUS-SYSTEMES PRATIQUES SYSTEMIQUES ET PRATIQUES DE GROUPE

15 JUIN 2017



LA RENCONTRE DU fœtus AVEC L'ALCOOL : 1 ERE CAUSE DE DEFICIENCE MENTALE ET D'INADAPTATION SOCIALE

*Conférence n°3 Animée Par Docteur Françoise GÉROT
Médecin addictologue en unité d'alcoologie dans un hôpital général.
Thérapeute familiale systémique. Thérapeute EMDR. Expérience
professionnelle en IME et CMPP.*

La rencontre du fœtus avec l'alcool

Dr Françoise GEROT

2017

(Voir annexe page)



ALCOOLISATION FŒTALE, EN PARLER ET INTERVENIR AUPRES D'ENFANTS ET D'ADULTES SOUFFRANT DE SEQUELLES

| Atelier n°7 Animée par Dr Françoise GÉROT et Tatiana METAYER

I : ALCOOLISATION FOETALE

1) Savoir de quoi on parle

Considérons tout d'abord le SAF: Syndrome d'Alcoolisation Foetale

- Alcoolisation pendant la grossesse
- Retard de croissance avant et après la naissance
- Anomalies spécifiques du visage
- Troubles Neuro Développementaux Liés à l'Alcool: TNDLA (atteinte du cerveau)
- D'autres malformations peuvent être associées

De nombreux enfants auront cependant un tableau clinique de TNDLA sans tous les signes classiques du SAF.

Les signes cliniques du tableau des TNDLA sont des signes, pour la grande majorité, observables également dans des troubles divers et non liés à l'alcoolisation foetale comme lors de troubles ou particularités du développement de l'enfant qui n'ont pas de lien avec des atteintes neurologiques, ou lors d'atteintes neurologiques d'une autre origine que l'alcool.

Les liens d'attachement, l'environnement, les particularités innés de chaque enfant etc... sont autant de facteurs dont il faut tenir compte dans l'observation du développement de l'enfant.

Chaque foetus a une sensibilité particulière à l'alcool et particulièrement sur le plan neurologique (comme les adultes). A quantité égale d'alcool, le tableau clinique pourra être très différent d'un enfant à l'autre. Certains enfants ne présenteront pas de signes identifiés, pour d'autres les inquiétudes de l'entourage apparaîtront lors de la scolarisation (socialisation, apprentissages), pour d'autres les difficultés seront importantes dès la naissance avec parfois des séquelles gravissimes.

Les lésions neurologiques sont définitives dans leur constitution mais la neuroplasticité est maximale chez le jeune enfant.

Connaître les particularités de ces enfants, orienter vers des suivis et des aides précoces, apporter un cadre émotionnel bienveillant, travailler en partenariat avec les familles et l'environnement de ces enfants peut apporter une différence positive.

Parler de séquelles d'alcoolisation foetale avec certitude suppose... une certitude... et doit tenir compte de l'impact de l'annonce d'un tel diagnostic qui est souvent différent de celui de l'annonce d'un handicap lié à une maladie génétique.

A dose égale d'alcool l'expression clinique peut être très différente



2) Garder toujours l'objectif d'une différence positive

pour l'enfant, sa mère, la famille et pour les grossesses futures. Chaque cas est unique. Ne pas oublier la relation mère-enfant et les conséquences de l'annonce de ce diagnostic pour la femme en tant que femme, mère, épouse. Quelle femme a eu l'intention de nuire à son enfant et les pères, les mères savent ils que l'alcoolisation foetale est la première cause de déficience mentale et d'inadaptation sociale ?

Bienveillance, humanisme.

Boite à outils indispensables

- Prise en charge précoce
- Pas de rupture de lien et de soins
- Prévention pour les grossesses futures (transmettre l'information de façon pédagogique)

La priorité est de savoir si les rencontres vont dans ce sens et la priorité ne me paraît pas l'annonce d'un diagnostic. Cette annonce suppose déjà une certitude diagnostic.

S'adapter au contexte et reconnaître les limites humaines et contextuelles des deux côtés, accompagnant et accompagné.

3) Points forts et ressources

La neuroplasticité de l'enfant

- Les potentiels des enfants et des adultes environnants l'enfant
- Il n'est jamais trop tard pour aller mieux

Le potentiel neuronal est maximal à la naissance et est plus important avant 6 ans. Le cerveau « bébé » humain est extraordinairement « plastique » et équipé pour construire des voies d'apprentissages autant sur le plan cognitif que sur le plan émotionnel. Les différentes expériences précoces vont agir sur la formation, le renforcement et la suppression de réseaux neuronaux pour optimiser le fonctionnement cérébral.

4-Accompagnement précoce : le retard de prise en charge constitue un sur-handicap.

Qui peut faire quoi ? Les obstacles sont ils à considérer comme des murs ou comme des guides pour changer de direction ?

Les familles : les familles d'origine ou d'accueil sont en première ligne dans les interactions avec l'enfant. Un éclairage bienveillant et éclairé sur les particularités de l'enfant peut limiter le niveau d'incompréhension et de stress pour l'enfant et sa famille.

Aider à un environnement stable

Les professionnels: soignants, éducateurs, éducation nationale, justice (ex : au Canada)..., explorer les ressources des professionnels de l'environnement de l'enfant.



Penser à la vérification précoce de la vue et de l'audition pour éviter un sur-handicap

Suivi régulier en cas de doute et prise en charge précoce souvent pluridisciplinaire : importance du bilan neuro-psychologique, orthophoniste, psychomotricien(ne), psychologue clinicien(ne), psychologue scolaire, éducateur(trice), PMI, médecin généraliste, pédiatre etc.

CMPP, CMPEA, SESSAD, IME...Faire précocement des demandes pour les suivis en raison des délais d'attente ainsi que des dossiers à la MDA si besoin.

5-Aider l'enfant et les familles

- aider les familles à mieux comprendre l'enfant
- aider l'enfant à mieux se comprendre
- aider les mères (auprès de leur enfant et pour des soins en addictologie si nécessaire)
- aider l'entourage
- penser aux thérapies familiales et aux approches systémiques.

Portage du bébé en période de sevrage, en inconfort neuro-émotionnel. Les troubles liés à l'alcoolisation foetale peuvent entraver l'accordage mère enfant. Unité kangourou...à maintenir au domicile, éviter les trop grandes stimulations sensorielles.

Répéter, répéter... les consignes.

S'assurer que les enfants ont bien compris ce qu'on leur demande.

Proposer des consignes simples, fractionner les consignes complexes, mots simples en évitant le langage abstrait, supports visuels (horloge, cahier de liaison, planning...).

Aider l'enfant dans la planification des actes au quotidien.

Etre un détective observateur de ses réactions sensorielles et émotionnelles . Aider l'enfant à mieux se connaître dans sa réactivité émotionnelle et relationnelle. Expliquer cela à l'entourage. Eviter les sur-stimulations (stress).

Expliquer à l'enfant l'aide apportée par les prises en charge. « Les petits chemins » (neuroplasticité), nous avons tous des cerveaux différents. Donner des exemples simples et concrets.

Ces enfants peuvent avoir des difficultés à faire les liens de cause à effet et à reconnaître les émotions sur le visage des autres. Ils ont peu de flexibilité mentale et ceci malgré un QI satisfaisant pour bon nombre d'entre eux. En tenir compte dans leur orientation scolaire et professionnelle (petits groupes , pas de sur stimulations ...)

AVS en milieu scolaire.



Canada : écoles spécialisées, enseignants formés, programmes adaptés (histoire écrites et dessinées par l'enfant pour qu'il comprenne ce que l'on attend de lui, représentation graphique de ce qui est compliqué et de ce qui fonctionne bien, de ce qui peut l'aider...)

6-L'accompagnement des patients adultes:

Il est *parfois* possible d'en parler simplement au patient quand il évoque ses difficultés et les consommations d'alcool de sa mère. Cela peut l'aider de mieux comprendre le pourquoi de ses difficultés. Savoir être empathique pour sa mère. Tenir compte des loyautés.

Certains adultes l'évoquent spontanément.

Informations et explications des séquelles d'alcoolisation foetale aux soignants qui entourent la personne. Faire un dossier à la MDA si nécessaire, pour la reconnaissance du handicap.

Réflexion: le problème principal qui fait que cela reste si fréquent, se situe t'il au niveau de la consommation d'alcool des femmes ou au niveau de l'absence d'une prévention claire et au niveau de freins personnels, éthiques, sociaux, professionnels...face à ce sujet ?

safrance.com

vivreaveclesaf.fr

images correspondant à fetal alcohol spectrum disorders *disponible sur google*

livre : Votre cerveau n'a pas fini de vous étonner (Albin Michel)

9 septembre : journée internationale du syndrome d'alcoolisation foetale

II : ECHANGES

Tatiana METAYER, Educatrice spécialisée. Thérapeute familiale. Maison d'enfants à caractère social (MECS)

Comment amener une différence positive dans nos pratiques professionnelles ?

Boite à outils indispensables

- Diffusion des connaissances, formations des professionnels
- Prise en charge précoce
- Pas de rupture de lien et de soins
- Prévention pour les grossesses futures (transmettre l'information de façon pédagogique)



ADDICTIONS ET EXERCICES DE LA PARENTALITE