



Collège Régional des Alcooliques Aquitains

Siège social : 139, rue Lecocq 33000 – Bordeaux  
Numéro Formateur : 72 33 06455 33 – SIRET : 482 881 018 000 14

Secrétariat : 40, rue St Julien 33112 – Saint Laurent-Médoc  
05 47 83 90 50 / 06 73 00 07 74 [craa@sfr.fr](mailto:craa@sfr.fr)  
<http://craa.info/>

# **L'alcoolique et l'entourage familial**

Pessac, le 16 octobre 2003

## **PROGRAMME.**

Introduction Gérard Ostermann    Président du CRAA	p. 5	
Images familiales et familiales de l'alcool, Michel Craplet, A.N.P.A.A., Paris	p. 9	
Co-dépendance, dépendance & Co. Daniel Basso-Fin, thérapeute familial, Saintes	p. 15	
La complexité des liens parents-enfants dans les familles aux prises avec l'alcool. Catherine Basso-Fin Bénichou, psychologue., Saintes	p. 26	
Evaluation du fonctionnement familial face à l'alcool et à son usage. Pierre Mainhagu, psychiatre, Bordeaux	p. 39	
Synthèse des ateliers	p. 46	
La Thérapie par phases : Antoinette Mialon-Fouilleul, Psychiatre, Saint Lô	p. 57	
Conclusion	p. 68	
<b>Annexes</b>	<b>Ateliers</b>	
Annexe 1	Alcool et secret de famille	p. 70
Annexe 2	Accueil du couple dans une dynamique comportementale et cognitive	p. 88
Annexe 3	Violences intergénérationnelles et toxicomanies	p. 98

# Ouverture du colloque.

**Monsieur M. HAECK,**

Directeur de la Formation Continue – C.H.U. de Bordeaux

J'ai le plaisir de représenter l'équipe de la Direction du C.H.U. de Bordeaux pour l'ouverture de cette cinquième journée, sur le thème « l'alcoolique et l'entourage familial ». C'est un thème audacieux et, à en juger par votre nombreuse présence, un sujet important et intéressant, mais aussi un sujet complexe. Sa dimension couvre beaucoup de disciplines et des problématiques nombreuses, sur le plan thérapeutique, bien sûr, sur le plan psychologique, sur les aspects sociaux et comportementaux. On a sur ce thème, chacun d'entre nous, des références et elles sont relativement anciennes puisque la problématique « entourage familial et alcoolisme » n'est malheureusement pas un sujet nouveau. Des adages sont bien connus tels que « quand les parents boivent, les enfants trinquent » et on a, chacun, à l'esprit qui un film, qui une œuvre... J'ai par exemple en tête cette photo de Robert Doisneau où on voit un jeune enfant dans une rue parisienne ramener des bouteilles de vin, une à gauche, une à droite, destinées à un parent. Ou ces dessins terribles de Reiser, « mon papa », qui sont vraiment sans pitié à l'égard de ces comportements alcooliques.

Je voudrais dire combien nous sommes sensibles à la qualité de ce programme. Programme de haute qualité, donc, et j'oserai dire à fort degré d'expertise. Je voudrais souligner que ce sujet est, certes ancien, mais aussi particulièrement d'actualité et pas seulement en termes sanitaires mais aussi par rapport à des préoccupations de société. Dernièrement la question a été posée de la taxation des vins et on a vu, aux réactions provoquées, combien le sujet était délicat.

A travers l'ouverture de cette journée, je voudrais saluer l'action développée dans nos établissements sur la problématique sanitaire et sociale posée par ce phénomène, saluer également les initiatives développées par les services de l'état, et remercier la présence de Mademoiselle Dubois aujourd'hui, notamment l'action engagée par les Programmes Régionaux de Santé et les priorités de santé publique développées aux plans régional et local. Pour être complet, je voudrais remercier avec beaucoup de sincérité les membres du C.F.P.P.S. et le Collège Régional des Alcooliques Aquitains à qui revient l'initiative de cette journée.

Sans plus attendre, je voudrais que Madame Morin puisse en quelques mots vous en présenter les contours et vous apporter les informations pratiques et concrètes pour le bon déroulement de cette journée. Merci à vous. A tous et à toutes : bonne journée.

**Madame Marie - Yvonne MORIN**

Formateur – Consultant, C.F.P.P.S. - C.H.U. de Bordeaux.

Aujourd'hui nous fêtons un anniversaire, celui de nos vingt ans puisqu'en 1983 avait lieu ici, au C.F.P.P.S., la première formation sur l'alcoolisme. C'était à l'initiative du Professeur PACCALIN et du Docteur BERTHON. Grâce à toute l'énergie qui s'est développée autour de ce thème, nous avons commencé à dix puis quinze puis vingt personnes, deux sessions puis trois puis quatre sessions, puis un colloque... Aujourd'hui, nous sommes pas loin de quatre cents ! En vingt ans, ceci est un escalier plutôt bien monté ! Merci à vous tous d'être présents car c'est grâce à vous, en définitive, et au thème que nous abordons que les patients et les familles que nous accompagnons doivent sentir que vraiment nous réfléchissons avec eux pour un réel accompagnement.

A propos de l'organisation, ce n'est pas tout à fait très simple et nous allons essayer de faire au mieux. Nous vous avons demandé, lors de l'inscription, de choisir un ou deux ateliers ; un atelier sera retenu. Vous serez inscrit sur des listes auxquelles nous affecterons des salles. Si vous n'avez pas choisi d'atelier, vous pourrez vous inscrire, à condition bien sûr que la salle soit suffisamment grande pour vous accueillir. Si un atelier ne pouvait pas être contenu dans une salle, il y a le parc ! Le soleil est avec nous.

L'attestation de présence sera mise à disposition sur les tables : vous la prendrez et vous la mettrez à votre nom. De la documentation vous sera aussi remise au cours de la journée. Nous pensons que si vous êtes venus si nombreux c'est parce que l'an dernier nous vous avons donné rendez-vous ici aujourd'hui. Donc nous allons utiliser le même système (il faudra peut-être, Monsieur HAECK, agrandir l'amphithéâtre), comme ça vous aurez toutes informations pour l'année 2004, à la fois pour vous orienter peut-être vers des sessions mais aussi pour retenir les grandes dates.

Je vous remercie et nous vous souhaitons une excellente journée. Je passe la parole à Monsieur FLEURY.

**Monsieur le Docteur Benoît FLEURY.**

Alcoologue, C.H.U. de Bordeaux.

Merci Madame Morin, merci à M. HAECK aussi, qui représente la Direction du C.H.U. et qui est le Directeur du C.F.P.P.S.. La famille C.F.P.P.S., on pourrait peut-être dire ? C'est vrai que depuis cinq ans ça marche bien et on est ravi de ce partenariat. Il n'y a qu'à voir le succès d'aujourd'hui. On souhaite vraiment que cela se poursuive, merci de votre aide efficace.

Bienvenue à tous. Merci d'être là si nombreux. Je voudrais excuser Monsieur JUPPE, député-maire de Bordeaux, et Monsieur ROUSSET, président du Conseil Régional d'Aquitaine. Je voudrais préciser que Mademoiselle DUBOIS, dont on a parlé tout à l'heure, représente la D.R.A.S.S. et l'A.R.H. et l'offre de soins. Nous sommes très sensibles à sa présence, ainsi qu'à celle de Madame le Docteur Martine VALADIE – JEANNEL, aussi de la D.R.A.S.S.

### Le choix du thème.

Je crois que Gérard n'y est pas pour rien. Au staff du C.R.A.A., on a eu cette idée qui apparemment rencontre un certain intérêt. Personnellement, je ne suis pas un spécialiste des prises en charge familiales. Je dirai simplement que je suis venu avec ma famille... elle n'est pas là, mais elle n'est pas loin, comme je pense aussi nos familles. Je poserai aussi la question aux gens compétents aujourd'hui : à quelle place nos patients nous mettent-ils dans leur famille ? Bien évidemment quand on accompagne des personnes en difficulté par rapport à l'alcool ou d'autres substances psychoactives, on s'aperçoit très vite de la nécessité d'en savoir plus sur le plan familial et même de prendre en compte cette dimension. C'est pour cela que nous avons organisé cette journée. Il est souvent essentiel aussi de prendre en compte l'environnement professionnel et je salue ici la présence de collègues médecins du travail. Il y a même un médecin généraliste, peut-être plusieurs, bravo à lui ! S'intéresser à la famille va rendre la prise en charge plus complexe. Cela ne peut pas se faire sans une formation solide sur les enjeux, les méthodes, leur efficacité mais aussi leurs risques. Une partie importante de cette journée sera consacrée à ces méthodes, aux techniques utilisées par les professionnels.

Nous avons demandé au Docteur Michel CRAPLET, qui est médecin - délégué de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie d'ouvrir cette journée sur le thème « images familiales et familiales de l'alcool ». Il connaît bien ces sujets-là puisqu'il est aussi clinicien à l'hôpital de Saint-Cloud.

Nous avons fait appel à des experts 'extérieurs', Antoinette MIALON-FOUILLEUL, chef de service à Saint-Lô, que je remercie d'être là, ainsi que Catherine et Daniel BASSO-FIN. Et puis, bien sûr des 'locaux', que vous retrouverez aussi sur les ateliers cet après-midi : Pierre MAINHAGU.

Je laisserai tout à l'heure Gérard compléter la présentation de cette journée. Je voulais simplement dire que, si la prise en compte de cette dimension est fondamentale c'est d'abord la question de la formation, et je crois qu'on a beaucoup à apprendre, c'est deuxièmement la question des moyens, et là je parle surtout à Mademoiselle DUBOIS, cela nécessite du temps, une coordination, un travail en réseau, etc. Et elle nous répondra : « et l'évaluation, dans tout ça ? ». Et c'est vrai aussi qu'il faut qu'on pense à l'évaluation. On a conscience de la pertinence de ces interventions, qui sont extrêmement difficile à évaluer, certainement. Il faut réfléchir à un modèle. En tout cas, on y est attaché.

Je voudrais aussi remercier le staff du C.R.A.A., les orateurs, l'équipe du C.D.P.A. qui nous a accueillis pour nos réunions. Je salue la présence des Alcooliques Anonymes et de Vie Libre. Et je remercie particulièrement le laboratoire MERCK-LIPHA SANTE, son correspondant local Laurent Rougier qui nous a beaucoup aidés à préparer cette journée, mais aussi le staff qui est venu de Lyon, puisque le laboratoire LIPHA est à Lyon : il y a le Docteur JOUANNEAU, qui est le médecin responsable de l'Unité Thérapeutique en Alcoologie, Monsieur GATHIER, Monsieur SCHAAFF, que je remercie pour leur soutien et de leur partenariat.

A toi, Gérard.

## Monsieur le Professeur Gérard OSTERMANN

Psychothérapeute - Bordeaux.

Merci à tous. Nous vous souhaitons un bon anniversaire, Madame MORIN. Grâce à vous, bien des réunions ont lieu et pas seulement sur le thème de l'alcoologie. Aujourd'hui, l'assistance aussi nombreuse est en soi un franc succès. Un proverbe dit qu'on est toujours déçu à la mesure de ses attentes. Nous allons essayer d'être à la hauteur de vos attentes sur un sujet aussi difficile.

Le mot « famille » (je parle sous ton couvert, Pierre MAINHAGU), dans son sens primitif, désignait des esclaves qui vivaient sous l'autorité du *pater familias* pour un service public. On va dire qu'ici, aujourd'hui, la famille est devenue nombreuse et en général, dans une famille nombreuse, il y a des actes de naissance. Et bien là, nous avons un acte de naissance et cela me fait plaisir de vous en faire part : la naissance du **Groupe Régional Aquitaine de la Société Française d'Alcoologie**. François PAILLE, le président de la S.F.A. m'a écrit très récemment pour m'informer que le Groupe Régional Aquitaine est officiellement créé.

Michel CRAPLET nous introduira sur la notion d'images familiales et familiales de l'alcool. Psychiatre, médecin alcoologue, Michel CRAPLET dirige L'Euro Care qui est l'association de prévention du risque alcool à l'échelle européenne ; je dois dire que c'est un homme qui a « de la bouteille ». Mais il a « de la bouteille à l'encre ». Cette encre nous a déjà ravis, il y a trois ans avec un ouvrage, « Passion Alcool », un livre vraiment incontournable, qui nous montre à travers un voyage littéraire, culturel et historique comment l'alcool peut être à la fois le *totem* quand tout va bien et qu'on fait la fête et qu'il devient *tabou* quand tout va mal ou qu'on boit mal. En particulier il insiste beaucoup et avec une grande expertise sur les notions d'alcoolisme chez la femme et chez les jeunes.

Il nous a servi très récemment aux Editions de La Martinière un grand cru, également incontournable, dont le titre est « Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool ». Cela me fait penser à ce vers d'ARAGON, « le temps de vivre, il est déjà trop tard ». Michel nous démontre qu'il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool. Il travaille à l'Hôpital Saint-Cloud et il a transformé l'hôpital - silence en hôpital - parole. Ce que nous développe Michel CRAPLET avec beaucoup de finesse en un ouvrage très illustré, très vivant, c'est comment on devient alcoolique, comment tout cela se passe dans le maillage relationnel. Je crois que, sur le plan théorique, tu nous dis qu'il faut un peu moins croire et davantage connaître et, sur un plan pratique, il faut un peu moins espérer et davantage écouter, écouter tous les points de fragilité psychologique. On a besoin de cette écoute psychologique.

Ton livre, grâce à La Machine à Lire, est présent sur le stand aujourd'hui !

J'annonce également la primeur du livre coordonné par Benoît FLEURY, qui va sortir bientôt chez John Libbey sous le titre « Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge ». Un certain nombre d'auteurs ont participé, Michel CRAPLET, Antoinette MIALLON, moi-même et bien d'autres. L'Association de Prévention est largement représentée puisque Michel CRAPLET est délégué de l'A.N.P.A.A., Benoît FLEURY en est le vice-président, Antoinette MIALLON la secrétaire adjointe et nous avons eu l'occasion d'accueillir ici, un ami de Reims, le Docteur Alain RIGAUD, l'actuel Président de l'A.N.P.A.A.

Vous voyez l'ajout d'un « A » à A.N.P.A., celui de « addictologie ». Il est important de souligner que, dans le champ de l'addiction, toute tension psychologique se résout par un geste qui court-circuite la pensée. Alain RIGAUD insiste sur le fait qu'il ne faut pas répondre, justement, par une sorte de « prêt-à-soigner » type, mais qu'il faut le temps de la réflexion et qu'on ne peut pas tout enfermer dans le sac « addictologie », qu'il y a une spécificité de l'alcoologie clinique dans le champ addictif.

Je tiens à mentionner un autre livre. Pierre MAINHAGU, présent aujourd'hui, a traduit un ouvrage particulièrement intéressant « Constellations fraternelles et structures familiales » de Walter TOMAN. Pierre MAINHAGU a créé, il y a quelques années un Diplôme Universitaire de la Famille : Il est Expert dans le champ des prises en charge familiales.

Alors que j'étais la semaine dernière à Toulouse comme pour apporter « la bonne parole » et j'ai rencontré mon ami Henri Gomez qui vient de sortir un ouvrage qui s'appelle, comme quoi c'est bien dans l'air du temps, « L'alcoolique, les proches, le soignant ». On voit sur la couverture de Dunod le petit fauteuil mais le grand divan, si j'ose dire, le grand fauteuil pour écouter tout l'entourage.

La maladie alcoolique n'est pas une maladie comme les autres puisqu'il faut la prendre au niveau de l'être et non au niveau du système biomédical. Si on prend la dimension familiale, on sait qu'aujourd'hui, pratiquement, « alcoolique » ne doit plus s'appliquer au sujet qui boit en excès, qui abuse de l'alcool et qui en devient dépendant. « Alcoolique » doit désigner tout le système relationnel et familial, avec tout ce que cela peut comporter comme émergence de la distorsion de la fonction parentale, cela a été en particulier mis en lumière dans la dernière revue d'alcoologie par Vangelis ANASTASSIOU, de Saint-Cloud. Il montre que dans toutes ces distorsions, l' peut avoir de la co-dépendance, de la non-différenciation par rapport à la famille d'origine, de la parentification, des alliances illégitimes entre petits-enfants et grand-parents. Autrement dit, depuis les années 70, on change de perspective, on ne se focalise plus sur le sujet alcool-dépendant, on essaie de prendre tout ça dans le maillage relationnel du système familial

CLAVREUL avait montré l'énorme difficulté de créer une relation intersubjective avec le malade alcoolique. On est dans une pièce à trois personnages, largement encombrée d'ailleurs : le sujet dépendant, l'entourage que l'on va regarder et écouter aujourd'hui, le soignant, et l'objet alcool.

On sait, et Michel CRAPLET l'a montré dans son livre « Passion alcool », combien la frontière est ténue entre l'alcool – aliment social ou lubrifiant familial et l'alcool qui devient le poison de sociabilité. Rappelons-nous la figure mythologique de Noé, de ce Noé ivre qui met en scène le scandale et la dérision. Le scandale de la nudité d'un père devant ses enfants, la dérision devant un homme vieux, déchu, nu et quelque part dépossédé de sa fonction de patriarche. Je dirais que c'est précisément dans cet insupportable dévoilement que se noue le paradoxe de la relation à l'alcoolique. Il y a une sorte de lame aigüe entre un sujet qu'on ne peut rencontrer parce qu'il se cache et un buveur exhibé qui ne saurait être un sujet. Pour paraphraser comme François GONNET : « être ce que l'on boit ou ne pas boire ce que l'on est : là est la question ! ».

On pourrait dire aussi : c'est quoi, une famille ? Par rapport aux normes sociales aujourd'hui, on a un prurit de questions. On voit beaucoup de familles dites « recomposées », on a des familles monoparentales, des familles matrifocales autour d'un axe grand-mère / mère, des familles adoptantes, des familles trigénérationnelles qui vivent sous le même toit.

Au point que l' on peut se demander si la famille traditionnelle, monogame, biologique, père – mère – enfants, n'est pas en train de devenir minoritaire. Et de surcroît, est-ce que le mythe de la famille de sang n'est pas en train de devenir obsolète si on en juge par la dimension de la biologie et de la fécondation artificielle ? A savoir qu'on a des pères de plus en plus certains, des mères incertaines... C'est certes un peu provocateur ce que je dis, mais ce n'est pas complètement irréal.

On peut se demander aussi : c'est quoi, une famille normale ? Dans mon expérience de psychothérapeute, je ne sais pas ce que c'est, une famille normale. Au fond, est-ce qu'on a tous une famille unie, aconflictuelle, où les rôles parentaux sont bien desservis, de manière égale et équilibrée ? Est-ce que les investissements en temps, en argent, en affection sont bien équilibrés ? Est-ce que les identifications, en particulier sexuées, paternelles et maternelles, sont bien égales ? Les indépendances par rapport à la famille d'origine sont-elles bien là ? On peut toujours mythifier une image familiale, avec le « cocooning » américain où on voit près d'un feu de cheminée des petits enfants, pré-pubères, roses, qui jouent paisiblement, un papa qui lit son journal tranquillement et une maman toujours disponible et souriante, avec un petit chien qui dort au coin du feu. Bon, c'est quoi, une famille normale ?

Et on peut se demander aussi : c'est quoi, le projet familial aujourd'hui ?

Des questions qu'on peut aussi se poser à nous et qu'on posera d'une certaine manière à la personne dépendante qui vient nous consulter, et c'est au fond inspiré de WINNICOTT : « avez-vous disposé d'une mère moyennement bonne, on peut dire aussi suffisamment bonne et d'un père suffisamment présent ? » Il faut, là aussi, s'interroger. Bien sûr, on a tendance à dire que, dans la majorité des cas, il y a eu « père manquant / fils manqué » de Guy CORNEAU ou selon la belle formule d'Alain RIGAUD « la mère à boire et le père à l'en-verre » pour dire que quelque chose a bien dû se passer dans cette constellation familiale. Mais il faut bien aussi repérer que dans à peu près 15% des cas selon la littérature, l'on a disposé d'un bon cadre familial d'origine.

Le système – alcool, c'est le mobile de Calder, ces masses qui s'équilibrent entre un axe horizontal et un axe vertical, ce que nous avait présenté Lionel BENICHO. Et l'on sait que le système familial est un système puissant, toujours en recherche de son homéostasie, ce qui va aussi expliquer les résistances aux changements. Quand on écarte l'alcool, les repositionnements sont loin d'être faciles et exposent souvent à de grandes souffrances.

Nous aborderons aussi cet après-midi le champ des répétitions transgénérationnelles. Le poète Arthur RIMBAUD écrit cette phrase « Je est un autre ». Vous savez peut-être qu'Arthur RIMBAUD est mort d'une tumeur du genou, je pourrais me hasarder au jeu de mot le « Je » et le « Nous » ; il a d'ailleurs été amputé de la jambe. Il écrivait qu'il était né à Dole et qu'il avait été un fuyard de l'armée. Or, précisément, il ne l'a jamais été et il n'est pas né à Dole. C'est-à-dire qu'il était presque le ventriloque, selon l'expression de Nicolas ABRAHAM, de « quelqu'un d'autre en lui », autrement dit d'un grand-père. En l'occurrence, il est intéressant de voir que son arrière-grand-père a été abandonné par son propre père à l'âge de six ans, son grand-père par son père à l'âge de six ans, le père d'Arthur RIMBAUD par son père à l'âge de six ans... Cela s'appelle une répétition transgénérationnelle. Cela s'appelle aussi, comme le disait Nicolas Abraham, « la crypte et le fantôme ». Au fond, c'est ce qui reste en souffrance, c'est le dépôt du négatif, brut, non pensé, passant sans transformation de génération en génération.



ANASTASSIOU a bien montré à Saint-Cloud, dans la dernière revue d'alcoologie, qu'il y a aussi une transmission transgénérationnelle du manque. Cela peut être du manque de n'importe quoi – amour, argent, notoriété, reconnaissance. Comme s'il y avait une organisation autour de ce manque, et c'est ce qui se transmet. On a alors un paquet bien ficelé, qu'on appelle « la patate chaude », on connaît ce jeu d'enfance. On a aussi les ambiances traumatiques dont parlera Pierre-Marie LINCHENEAU cet après-midi dans son atelier, et les secrets de famille : à la première génération, c'est un non-dit – à la deuxième, c'est un secret de famille – à la troisième, c'est de l'« impensé ».

Alors, comment accompagner l'entourage ? La question c'est qui demande quoi à qui ? On laissera la parole à Antoinette MIALLON. On se rappellera simplement l'introduction : un entretien familial cela ne signifie pas obligatoirement une thérapie familiale. Que fait-on quand on convoque la famille ? Quelles sont les places ? Quels sont les rôles ? Comment vont-ils se redistribuer ? Je crois que, là aussi, une question éthique se pose. Je vous renvoie aussi à la Conférence de Consensus et ce qu'Antoinette MIALLON-FOUILLEUL avait publié en 2001 dans la revue « Alcoologie ».

Pour terminer, deux informations :

- La proposition d'une journée de formation aux Thérapies centrées sur les solutions par le Docteur BETBEZE, de Nantes, qui était venu nous parler l'an dernier. La date reste à définir. J'ai contacté Julien BETBEZE : il est tout à fait d'accord pour venir sur une ou deux journées. A vous de nous laisser vos coordonnées pour éventuellement vous inscrire.

- L'annonce pour 2004 d'un autre colloque « Alcool - Sensualité et sexualité ». Il est préférable de s'inscrire précocement pour les ateliers qui, bien sûr, vont vous intéresser. Nous avons déjà trois orateurs : Michel FARUCH, qui est l'actuel président de la Société Française de Sexologie, Philippe BRENOT, un Bordelais qui est devenu directeur de l'enseignement de sexologie à Paris V, et Emmanuel PALOMINO. Ils ont accepté d'animer la matinée de la journée d'octobre 2004.

Merci pour votre attention. Nous passons maintenant la parole à Michel CRAPLET.

# Séance Plénière.

**Modérateurs :** Mr le Docteur Paul BONNAN,  
Mr le Professeur Gérard OSTERMANN

## Images familiales et familières de l'alcool.

**Monsieur le Docteur Michel CRAPLET**  
**A.N.P.A.A. - Paris.**

### **Lorsque l'enfant boit.**

Je ne vais pas commencer par Noé et le Déluge, ni, dans l'Ancien Testament, avec Loth et ses filles mais par le Nouveau Testament, par la Sainte Famille. Quelle image plus familière en Occident que ces *Sainte Famille*, ces *Vierge à l'Enfant*, ces *Madones*. L'enfant Jésus porte quelquefois une fleur, une pomme, une grappe de raisin ou encore un verre de vin dans cette première image, un tableau flamand venant du musée des beaux arts de Budapest.

*Enfant-Jésus au verre de vin, Joos van Cleve, 16<sup>ème</sup> siècle*

Image familiale... Et le père ? dira t-on. Probablement retiré discrètement dans un détail du paysage. Le père et les autres membres de la famille sont présents sur d'autres images familières de notre société, celles des repas de famille, images païennes et paillardes parfois. On trinque, on boit, on a trop bu (on « biberonne »), un enfant tète le sein. L'un des convives semble ne pas avoir eu assez de ce sein : il s'approche à droite de la femme allaitant et entre en compétition avec le nourrisson accroché au sein gauche.

*Repas de famille, Ecole flamande, 17<sup>ème</sup> siècle*

Plus proche de nous est la photographie de cette tablée que nous pourrions conserver dans nos albums de famille avec des personnages classiques comme l'oncle blagueur qui boit à la bouteille comme on sonne du clairon.

*Repas de famille, Photographie, début 20<sup>ème</sup>*

De la même époque, dans un milieu plus bourgeois, un petit garçon tient une grosse bouteille et rêve de faire comme les grands, de boire comme les grands. Vous savez qu'encore aujourd'hui, en France, l'initiation à l'alcool a lieu dans la grande majorité des cas en famille et dans la grande majorité des cas avec du vin de Champagne.

Famille, Photographie, début 20<sup>ème</sup>

Sur un tableau d'une école du Nord de la fin du 19<sup>e</sup> siècle, l'initiation à l'alcool s'est faite bien sûr à la bière pour ce jeune garçon. Le personnage représenté au fond, peut-être un ecclésiastique, va attraper la chope pour l'empêcher d'en boire davantage, mais le personnage au premier plan, qui boit son schnaps, et les parents derrière sont plutôt complices et fiers de la bonne descente du petit.

Hugo Oehmichen, « Son premier verre », 1894

Tout le monde boit en famille... par exemple la vieille tante qui accepte un doigt de *Byrrh*. Vous remarquerez bien dans quel sens elle met le doigt. C'est un doigt dressé. L'image est tirée d'une série de publicités pour cette boisson populaire à l'époque. Sur cette autre publicité, le petit dernier boit sous le regard extasié de sa maman et l'œil d'envie de ses aînés qui réclament leur verre.

Publicité pour Byrrh, années 30

Souvent, le premier verre venait plus tard, lors de la première communion. Cette cérémonie est remémorée sur cette affiche intitulée, « la première Marie Brizard », celle du premier communiant.

Publicité pour Marie Brizard, années 30.

Les enfants ont disparu des publicités pour l'alcool dans les années 50. Jusqu'en 1990, avec l'entrée en vigueur de la loi EVIN, le thème de la jeunesse était encore très présent. Il a disparu des publicités françaises alors qu'il reste toujours exploité dans d'autres pays.

## Dénonciations implicites ou explicites de l'alcoolisation

Voyons maintenant comment ont été officiellement dénoncées ces alcoolisations des enfants ou de leurs parents. Cette première image est tirée d'une plaquette d'un laboratoire. On voit sur cette photo toute la pesanteur d'un problème alcool sur les épaules d'un petit garçon.

Brochure Riom-Labo

Nous connaissons une autre illustration de l'enfant porteur de bouteille, la célèbre photo de CARTIER-BRESSON -intitulée « *Rue Mouffetard, année 1956* »- symbole du titi parisien, de la joie de vivre de l'enfance. Peut-être, cependant certains spécialistes du syndrome d'alcoolisation fœtale ont repéré les signes du syndrome d'alcoolisation fœtale sur le visage de cet enfant.

CARTIER-BRESSON, *Rue Mouffetard*, année 1956

Repartons en arrière dans le temps pour d'autres images, d'autres dénonciations anciennes du problème d'alcool en famille. Une gravure du 18<sup>ème</sup> siècle de HOGARTH est intitulée *Gin Lane*, la ruelle du gin. Elle montre toutes les misères, tous les drames apportés par cette consommation de gin. Hogarth a réalisé une autre gravure intitulée *La rue de la bière*, où il montre une société épanouie, heureuse. La bière, considérée comme un alcool national était valorisée en Angleterre alors que le gin, venu de Hollande, était censé apporter la misère au cours de ce qu'on a appelé en Angleterre la « *gin epidemy* ».

Cette gravure allemande du 19<sup>ème</sup> siècle, est intitulée *Der blaue Montag* -« le lundi bleu ». En Allemand « bleu », c'est la couleur de l'ivresse. On n'est pas « gris », on n'est pas « noir » quand on est ivre, on est « bleu ». « Le lundi bleu », le lundi de l'ivresse rappelle l'expression française « faire le lundi », qui, dans le milieu des artisans signifiait continuer l'alcoolisation du week-end et ne pas aller travailler le lundi. Cette gravure représente donc un artisan allemand battu par sa femme parce qu'il a continué les libations du dimanche.

*Der blaue Montag, gravure, 19<sup>ème</sup> siècle*

Voici une autre dénonciation, tout à fait officielle, celle de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme, ancêtre de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Cette image de prévention du début du siècle est titrée *Abandonnés un soir de paye à la maternelle*. Elle montre deux enfants attendant sur un banc que leurs parents viennent les chercher.

*Ligue contre l'Alcoolisme, Paris, début du XXe siècle*

A la même époque, la Ligue Patriotique contre l'Alcoolisme, à Bruxelles, illustre les dangers de l'alcool en opposant *Ceux qui en vivent* : les distributeurs et *Ceux qui en meurent* : la famille abandonnée dans une maison où les placards ne contiennent aucune nourriture.

*Ligue contre l'Alcoolisme, Bruxelles, début du XXe siècle*

Dans les années 1950-1960, le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme - le nouveau nom de la Ligue avant l'A.N.P.A.A.- et le Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme, illustraient ce thème avec des affiches titrées *Bois moins, pense à tes enfants...* *Dans le foyer où l'alcool est roi, l'homme est une brute, la femme une martyre, les enfants des victimes*. Ces affiches sombres sont très typiques de cette période.

*CNDCA et HCEIA, années 1960*

Les affiches de cette époque avaient aussi leurs versions ensoleillées montrant des enfants heureux parmi les fleurs, dans le confort « cosy home » des Trente glorieuses ou sous un parasol, sur la plage d'Arcachon peut-être.

On peut facilement distinguer des périodes où étaient utilisées des images sombres et celles des images plus claires et également des pays, où on utilise volontiers des images brutales et des pays utilisant plutôt des allusions sans montrer la brutalité des accidents et des drames de l'alcool. J'ai pris cet exemple sur la couverture d'un magazine danois de prévention de l'alcoolisme, où on montre très crûment, et même doublé par un miroir, une femme enceinte qui boit un verre d'alcool, pour dénoncer cette conduite.

*Alkoholpolitisk magasin, 1998*

En France, nous avons toujours de fortes résistances à parler de certains aspects de la question, par exemple du risque alcool pendant la grossesse. On peut comprendre ces résistances devant cette affiche des « Régionales de la bière » de Lille en 1986 : elle représente une femme buvant de la bière pendant qu'elle allaite son nourrisson.

Affiche, 1986

Terminons avec deux images sur la question de l'alcoolodépendance et du traitement. Il existe beaucoup d'images populaires comparant la bouteille à une femme ou bien le verre à un sein ou à un sexe de femme. J'ai choisi cette affiche de prévention du Haut Comité d'Etudes et d'Informations sur l'Alcoolisme, tout à fait intéressante du point de vue psychopathologique, pour décrire à la fois l'addiction « à la bouteille » et le rétablissement dans le bonheur conjugal.

HCEIA, années 1960

## Débat.

**Paul BONNAN.** Merci Michel CRAPLET. Ces images, scènes de la vie quotidienne représentent bien le fait sociétal, qui n'est pas récent mais qui dure depuis presque l'origine de l'homme, sur les problèmes de consommation et de difficultés de la prévention.

**Gérard OSTERMANN.** Un petit commentaire qui me permet de saluer au passage Lionel BENICHOU. Un jour, il nous a montré une affiche issue des vins de Touraine. Sur cette affiche était écrit *Le vin, c'est la France – l'eau, c'est la souffrance*. « Le Monde » du 16 septembre, sous le titre *Une pochade pour pochards*, présente un article sur un mensuel américain écrit par des ivrognes pour des ivrognes puisqu'il s'intitule *The modern drunkard* (l'ivrogne moderne) ; il se réfère à ce grand picoleur devant l'Eternel qu'est Charles BUKOWSKI et cite Winston CHURCHILL. Je signale que Winston CHURCHILL, qu'on a souvent vu boire, disait lui-même : « le whisky m'a beaucoup pris, mais j'ai encore plus pris au whisky ». Cela montre bien qu'il y a toujours, dans la balance, deux choses : parfois c'est l'alcoolique qui fait l'alcool par la fonction psychoactive qu'il lui donne, mais aussi bien sûr parfois c'est l'alcool qui fait l'alcoolique.

**Benoît FLEURY.** Est-ce qu'on peut trouver ces icônes quelque part, Michel ?

**Michel CRAPLET.** J'espère réunir ces images dans un livre. Il faudra analyser avec beaucoup plus d'attention qu'aujourd'hui ces images signifiantes.

**Q1.** On a tendance à faire goûter aux enfants un peu de vin. Le degré d'alcool n'est pas forcément très important, ni la quantité. Mais il y a cet aspect culturel et social... goûter, cela forme le goût. On ne parle pas forcément de l'alcool dans des manifestations comme « La semaine du goût ». On veut bien faire et parfois les bonnes intentions amènent la catastrophe. Dans quelle mesure la famille est-elle un engagement dans une pathologie alcoolique ?

**Michel CRAPLET.** Je crois que nous sommes tous ici pour un modèle global - psycho-socio-biologique - de l'alcoolodépendance, où aucun phénomène isolé ne peut suffire à expliquer comment quelqu'un devient alcoolique. Je reprends votre mot « engagement », au sens presque militaire. On peut ressentir l'impression d'une sorte de contrainte, pas seulement au niveau des enfants, mais aussi dans la tournée, avec les copains : « on » nous impose de consommer de l'alcool et rien d'autre, « je ne paie pas un verre si ce n'est pas de l'alcool » etc. Dans la tournée, il faut boire la même chose que les copains, au même rythme.

On peut lire de belles pages de COLETTE où elle explique comment ses parents lui avait fait boire les grands crus, en particulier de Bourgogne, à un âge très jeune pour lui apprendre à goûter le vin. Voilà quelques années, l'A.N.P.A. s'était opposée à ceux qui avaient l'intention de faire la promotion du vin dans les écoles, « d'apprendre à boire », comme il disaient. Depuis des générations, on a justement essayé d'apprendre à boire aux Français, avec les conséquences que nous connaissons. Je pense que d'autres matières sont prioritaires dans les programmes d'enseignements. Ailleurs, dans les familles, pourquoi pas ? Si l'ambiance s'y prête. Si on laisse le choix aux enfants comme aux autres. S'il ne s'agit pas d'imposer la consommation d'alcool pour fêter l'anniversaire de l'oncle ou du grand-père, si les habitudes ne deviennent pas de véritables contraintes.

Cette question de l'éducation du goût revient à l'ordre du jour régulièrement dans les écoles de gastronomie, chez les œnologues. Pourtant, il ne suffit pas d'apprendre à boire, à déguster, sinon il n'existerait pas de problèmes d'alcool en France où on apprend à boire depuis des générations.

Or cette consommation régulière apprise n'a pas empêché les complications médicales que nous connaissons, alors que dans d'autres pays, dans le Nord de l'Europe par exemple, où on n'apprenait pas à boire, les complications étaient plutôt sociales. Dans ces pays, où maintenant on boit régulièrement, les complications médicales augmentent. En Grande-Bretagne, par exemple, le taux de cirrhose augmente régulièrement parce que, depuis trente ans, existe une consommation quotidienne de vin, d'abord dans les classes sociales privilégiées, maintenant dans les classes moyennes.

**Q2.** J'ai deux remarques. D'abord, je n'ai pas bien compris le terme d'initiation que vous avez employé. Il me fait penser un peu à l'idée d'une théorie traumatique de l'alcoolisme, à l'image de la première théorie freudienne du traumatisme.

Ma seconde remarque c'est, sur l'ensemble des représentations, que celui qui boit, c'est l'enfant. Je ne sais pas si on pourrait formuler l'idée que celui qui boit, c'est l'enfant dans l'adulte, l'infantile, ce qui, dans l'adulte, ne se développe pas.

**Michel CRAPLET.** Je vous remercie de donner votre interprétation ; je crois qu'effectivement toutes ces images sont un espace de projection sur lequel on peut librement associer d'autres images. Le mot « initiation » est peut-être un peu fort, mais je crois qu'on peut penser aux rites initiatiques, aux rites de passage de certaines époques ou de certaines sociétés avec consommation de produits psychoactifs. Nos sociétés occidentales ont eu aussi leur rites de passage, souvent « affaiblis », comme la première communion, avec *la première Marie Brizard* par exemple. Traumatique ? C'est difficile à dire parce que ce sont toujours des reconstructions a posteriori. Certains patients nous expliquent très bien ce trauma des premiers verres de l'adolescence dont ils parlent assez facilement. Pour des premiers verres plus anciens, il est plus difficile d'en parler. On peut poursuivre cette discussion sur le trauma en reliant le trauma avec la sensorialité. MORENON et RAINAUT ont expliqué comment, au cours des premières alcoolisations, l'alcool en bouche a un effet bien particulier, presque traumatique. L'alcool agit sur la sensibilité mécanique, buccale, sur le nerf trijumeau comme agissent les épices, le froid, les bulles. Les recherches sont à poursuivre sur ce trauma, ou

micro-trauma, des premières consommations d'alcool, qui se répète et sur la recherche de la répétition de ce trauma en bouche par l'alcoolique.

**Gérard OSTERMANN.** Merci Michel, merci aux intervenants. Michèle MONTJAUZE avait écrit que « l'alcool créé la bouche ». Elle dit que l'érogénéisation de la bouche s'est probablement très mal faite ou a été très incomplète chez le sujet alcoolo-dépendant. Dans cette stimulation, existe la recherche de quelque chose à combler, à refaire, recréer cette bouche.

Alors, faillite ? Michel CRAPLET, tu dis dans ton livre *Parler d'alcool* que s'il y a un manque c'est comme si le sujet alcoolo-dépendant ne pouvait pas construire sa maison parce qu'il lui avait manqué du ciment affectif. Parfois dans les couples, il peut y avoir un manque, une faillite du côté du conjoint, qui fait que quand l'alcoolique colle à l'alcool, le malade du « voir boire » colle encore plus au sujet dépendant. On entre là dans le champ des co-dépendances, que vont nous exposer Daniel et Catherine BASSO-FIN.

## Co-dépendance, dépendance & Co.

Monsieur Daniel BASSO-FIN  
Thérapeute familial  
Directeur du CSST SYNERGIE 17 - Saintes.

Bonjour.

Je suis thérapeute familial formé en approche systémique. Je dirige **Synergie 17**, un centre de soins spécialisés pour toxicomanes en Charente Maritime. C'est à partir de cette expérience-là, de la prise en charge des personnes addictes à l'alcool et à d'autres psychotropes que je vais parler de la co-dépendance. Comme le titre l'indique, *Co-dépendance, dépendance & Co*, cela va bien parler de cette espèce d'interaction étonnante, étrange et avec une grande proximité, où on va trouver des jeux relationnels et inter relationnels entre les dépendants et les co-dépendants.

Dans l'accompagnement thérapeutique des personnes addictes, l'approche systémique nous aide à considérer que l'alcoolisation d'un membre de la famille ne peut se résumer à sa problématique individuelle. Elle est identifiée comme le symptôme d'un dysfonctionnement relationnel familial.

Cette relation se construit dans l'interaction entre les personnes dépendantes et leurs proches les plus motivés à les aider : les co-dépendants. Globalement, il est intéressant d'imaginer que **c'est une œuvre collective signée par un seul.**

Il s'agit des parents, des conjoints, des enfants mais aussi des amis, des professionnels engagés dans l'accompagnement. Ces personnes sont motivées, voire très motivées pour aider le dépendant. D'autres encore peuvent être « trop motivées, excessivement motivées, existentiellement motivées ». La dimension problématique est conditionnée par l'intensité et l'excès d'implication dans l'interaction entre dépendant / co-dépendant.

Cela démontre ce qui caractérise l'engagement des co-dépendants. Ils ont pour compétence de contribuer à la mise en place d'un processus relationnel d'interdépendance problématique. Nous pourrions dire, de manière caricaturale, que « **le dépendant dépend du produit et le co-dépendant dépend de celui qui dépend du produit** ».

Il va de soi que cette interaction ne peut être réduite à sa dimension problématique car nous serions en situation de considérer l'aide, la solidarité et l'expression du soutien comme négatives ou inappropriées ; alors qu'elles sont nécessaires voire indispensables pour rassurer les personnes et les aider à entrer dans le changement.

Cette aide de l'entourage est également précieuse pour les thérapeutes. Nous considérons que les co-dépendants sont potentiellement des « partenaires thérapeutiques ». Pour ce faire, il est **indispensable que leurs compétences et leur savoirs-faire soient reconnus et respectés afin qu'ils construisent une affiliation suffisante**. Cette affiliation sera très importante dans la suite et dans la logique de l'accompagnement.

Comme pour le dépendant, il s'agit d'aider le co-dépendant à prendre conscience que son existence personnelle, sa réalité propre, méritent qu'il s'en occupe. **Le co-dépendant préfère s'occuper des autres que de s'occuper de lui-même**. C'est une de ses caractéristiques : il est sauveur, bénévole ou professionnel.

Les manifestations de la co-dépendance sont multiples mais la constante observée porte sur **la capacité à créer du non-changement** : c'est ce qu'on appelle l'homéostasie.

Plus la personne co-dépendante s'implique auprès du dépendant, plus elle met en scène implicitement une dynamique relationnelle où elle sera confortée, paradoxalement rassurée par le dépendant. Une modification de comportement du dépendant peut être vécue comme un danger pour le co-dépendant.

### **Quelques traits qui caractérisent les comportements de la personne co-dépendante.**

Il est difficile d'évoquer une généralité à ce niveau, ces quelques traits ne sont pas exhaustifs.

- **Elle cherche à garder le contrôle de la définition de la relation.** On peut imaginer le co-dépendant en position de sauveur et le dépendant en posture de victime. Mais cela peut être l'inverse.



**Elle co-construit avec le dépendant une relation sur le mode de l'interdépendance problématique.** Ce processus de relation se caractérise par l'absence de choix de part et d'autre, il traduit la gestion de l'entrave dans une quête désespérée du lien. Ils sont beaucoup plus dans une logique d'entrave, de non-maîtrise, de non-différenciation que dans une logique de lien, c'est à dire quelque chose qui permet à la fois de tenir et de lâcher.

- **Dépendants et co-dépendants partagent souvent des missions transgénérationnelles. Elles peuvent prendre la forme de :**

- missions de sauvetage et de réparation : à un moment donné, des personnes sont en situation de devoir réparer quelque chose qui n'a pas pu être fait ou vécu à la génération d'avant.

- loyautés visibles ou invisibles. Exemple : « je souhaite que tu réussisses, mon fils » mais implicitement je ne nomme pas dans les loyautés « je souhaite que tu réussisses », « il ne faut pas que tu me dépasses », donc « si tu me dépasses, ça pose problème ». Un exemple de loyauté visible c'est quelque chose qui sera noté comme étant un challenge, quelque chose de l'ordre du défi et en même temps quelque chose des équilibres à trouver.

- injonctions paradoxales.

- **Ces personnes ont peu de protection pour elles-mêmes.** Elles ont des fragilités sur le plan :

- de la personnalité. On trouve souvent un fond de dépression, d'angoisse, de la culpabilité, des déficits de sécurité intérieure, de confiance en soi.

- de leur histoire : deuils non faits, relations non bouclées, ce qui nous parle de leur difficulté à se séparer. Une des caractéristiques des dépendants comme des co-dépendants est une difficulté de se séparer.

- **Elles sont plus compétentes à s'occuper des autres qu'à s'occuper d'elles-mêmes, mais, en même temps, elles s'occupent d'elles-mêmes en s'occupant des autres.** On voit d'emblée la dimension extrêmement paradoxale de cette affaire-là et je crois que c'est vraiment quelque chose d'extrêmement caractéristique des co-dépendances.

- **Les dépendants et les co-dépendants développent des comportements isomorphes, qui fondent cette relation particulière, par exemple :**

- le déni de leur propre souffrance, de leurs propres difficultés, de leurs propres désirs. Déni de leurs propres indicateurs de danger. On voit chez les co-dépendants un déni isomorphe du déni des personnes qui s'alcoolisent avec, notamment, une altération de la perception des indicateurs de danger : ils n'ont plus la maîtrise de ce qui ferait à un moment sens en termes de danger, ce qui est à relier aussi aux protections.

- passer de la toute-puissance à la toute-impuissance. De sauveteur, dans les logiques de victime, on tourne du côté du persécuteur, selon le triangle de KARPMAN. On retrouve beaucoup ces mouvements et ces places dans l'interaction dépendant / co-dépendant.

- faire avec la souffrance, et sur la durée. C'est aussi une des compétences des dépendants.

- faire avec la douleur, y compris la douleur somatique.

- considérer le sevrage comme la résolution de tous les problèmes. Dans le discours dépendants / co-dépendants, les jeux de bras de fer et les jeux de soutien tournent souvent autour de la question « tu arrêtes de boire / tu n'arrêtes pas », sevrage / pas sevrage. La question du sevrage, c'est aussi une capacité à centrer sur le symptôme, à imaginer à partir de ce tiers-alcool, identifié comme ce qui pose problème. Cela fait que, à un moment donné, dépendants et co-dépendants peuvent créer de l'alliance et de la coalition autour du problème-alcool. Cela les amène à être dans une solidarité, sur un temps, avant de se remettre dans les jeux de « pourquoi tu me fais souffrir » et pourquoi, à un moment donné de l'histoire, l'alcool est vécu comme *in corpore*, c'est à dire qu'on ne voit plus la dimension de l'alcool et la personne qui s'alcoolise fait un ensemble cohérent par rapport au co-dépendant.

- inscription dans le processus illusion / désillusion. A partir du moment où le dépendant va accepter de faire une démarche, où il va y avoir un travail de coalition très fort dans une espèce de soutien un peu étrange, dépendants et co-dépendants vont entrer dans l'illusion de « on va en sortir » et, à un moment donné de l'histoire, s'il y a de l'échec, si cela ne réussit pas suffisamment vite (parce que la question de la rapidité entre aussi en ligne de compte), on sera dans un processus de désillusion. Et on retrouve des victimes, des sauveteurs, des postures de toute-puissance, d'impuissance et ensuite les jeux de persécution dont les co-dépendants sont aussi porteurs.

- **Comportements sur le mode action / réaction** ; on trouve de l'intensité dramatique, c'est un peu les miroirs dans les passages à l'acte, il y a peu d'élaboration, on est dans des relations affectives et affectées.

- Un autre point important est la **quête de réassurance paradoxale sur le fait que les choses ne vont pas changer, ne changent pas**. Le paradoxe, c'est « nous voulons que ça change sans rien changer ». Un de mes superviseurs préférés disait qu'il vaut mieux une vieille souffrance qu'on connaît bien qu'un petit bonheur tout neuf. C'est un peu l'expérimentation de cela, de cette capacité à trouver des repères qui rassurent. Y compris dans la souffrance, quand on a la capacité de les visiter et au fond de vérifier que l'important c'est presque de pouvoir anticiper que, même si on est dans l'échec, on savait qu'on allait y être, donc on en crée des sécurités paradoxales. Donc on peut dire que les dépendants et les co-dépendants sont très compétents dans le non-changement, parce que la liberté et la créativité sont vécues comme un danger. C'est un des atouts dans le travail qu'on pourra développer sur le plan thérapeutique, mais c'est aussi une des limites car quelque fois, il faut tirer quelque chose qui est difficile à venir, si tant est que l'enjeu soit de tirer sur quelque chose.

- **Le co-dépendant a une capacité à confondre 'aider' avec 'porter'. Il est persuadé que son équilibre dépend du dépendant. On est dans des jeux de « qui porte qui ».**

## **Le co-dépendant adulte.**

Il s'agit souvent des conjoints, des parents et des proches.

Initialement ils ont mis en place du soutien et de l'aide auprès du dépendant mais, au fur et à mesure de l'ancrage relationnel autour de l'addiction, ils sont passés d'aider à porter.

Ce soutien démesuré est devenu le sens de leur vie. Ce glissement exprime des modalités partagées de survie et de souffrance. Cela aussi, c'est un isomorphisme des co-dépendants et des dépendants : ils sont plus dans une logique de survie que dans une logique de vie.

Les co-dépendants, qui utilisent des substances psychoactives licites, le font souvent pour rester vigilants et mobilisés pour le dépendant, voire pour d'autres membres de la famille. On peut dire qu'ils sont paradoxalement plus fragiles que le dépendant, parce qu'il n'y a pas d'anesthésie, peu d'évitement et peu de fuite. La souffrance peut s'exprimer par les somatisations, des passages à l'acte. Elle s'exprime encore sur un mode de plainte, voire un mode sacrificiel ou un rapport victime – sauveur – persécuteur.

**Le processus illusion / désillusion, de dévalorisation de l'image de soi, fonctionne également pour le co-dépendant, ainsi que le sentiment d'échec.**

## **Le co-dépendant professionnel**

Sous-entendu les professionnels dans une posture de co-dépendance. Sur le plan de la relation d'aide, la recherche de la « bonne distance » nous parle de l'interaction entre dépendant et co-dépendant.

En tant qu'intervenants proches des dépendants et en interaction avec eux et leur système, nous sommes susceptibles d'être pris dans les jeux inter relationnels de co-dépendance.

**La conscience d'être pris dans la co-dépendance nous permet de développer de la ressource et de la créativité thérapeutique dans les différentes phases du processus.**

J'identifie une phase de **dépendance** – c'est à dire comment on réussit à rejoindre les personnes dans la question de la dépendance, comment on accepte aussi qu'ils dépendent de nous à un moment donné de l'histoire. Puis, à partir du moment où on les a rejoints sur la question de la dépendance, on peut développer un travail sur **l'appartenance**. Et dès qu'on travaille quelque chose autour de l'appartenance, on est amené à travailler quelque chose autour de la **séparation**.

Autrement dit, il est nécessaire pour le thérapeute de faire partie du problème pour faire partie de la solution. Cela fait partie des grandes questions du thérapeute.

En fait, les stratégies thérapeutiques qui favorisent l'appartenance permettent d'entrevoir une possibilité d'ouverture vers la séparation, qui est souvent impossible pour les dépendants et les co-dépendants. Là aussi, on est dans une logique d'isomorphisme, les co-dépendants ont autant de problèmes avec la séparation que les dépendants. On pourrait presque dire, certains le disent, qu'au fond la dépendance au produit serait peut-être bien une métaphore des interdépendances problématiques sur le plan relationnel.

**Nous pensons qu'il est nécessaire, pour travailler sur l'interdépendance problématique, d'associer l'ensemble de la famille, dépendants / co-dépendants, dans une démarche thérapeutique globale et de proposer au dépendant et au co-dépendant un espace**

**d'étayage individuel complémentaire**, pour qu'ils puissent se régénérer aussi sur le plan du dialogue interne des différentes parties d'eux-mêmes et notamment des parties souffrantes.

## **Le co-dépendant enfant.**

Sur un plan général, **nous observons à quel point les enfants se sentent concernés et préoccupés par leurs parents**. C'est extraordinaire le temps et l'attention que développent les enfants, et la manière dont ils sont extrêmement attentifs et à ce qui se dit et à ce qui se ressent dans la relation avec les parents.

On peut identifier plusieurs formes de co-dépendance concernant les enfants vivant auprès de parents addicts. Elles s'expriment sous forme de missions et délégations venant de la trans-génération ou de l'entourage familial, ou d'auto-mission (leur capacité à s'auto-mobiliser).

On identifie **les enfants « hyper raisonnables »**. Ils sont en position d'être parent du parent (c'est à dire qu'ils sont parentifiés) et développent un comportement très mentalisé, très coupé des affects. Ils gèrent d'une certaine manière la vie de la famille et contiennent tout ce qu'ils peuvent. Ils occupent les places vacantes de père, d'amant, voire de héros familial, c'est à dire, au fond, la personne qui, à l'extérieur, propose une image réussie, éventuellement au plan scolaire, dans une manière de se positionner, notamment dans cette capacité à être adulte avant l'âge qui peut séduire beaucoup d'adultes. Catherine en parlera, cela peut donner des indications, des signes autres que cette solidité apparente.

Il y a aussi **les enfants qui stimulent les parents par des passages à l'acte et des conduites à risque**. L'hypothèse est que l'objectif implicite est d'obliger le parent à réagir, notamment l'obliger à être parent. C'est en fait un processus de relation fondé sur l'injonction. L'enfant, en adoptant une posture de *victime* et en développant éventuellement des comportements de *danger*, propose de l'impuissance pour stimuler la puissance du *sauveteur – parent*. Il se met en posture de victime pour stimuler le parent sur les postures de sauveteur. On peut dire que c'est une tentative de réintroduction du devoir de parent. Vous me direz que l'écart est un peu compliqué entre des logiques où on active l'impuissance et la toute-puissance et où on réintroduit le devoir, ce qui sous-entendrait une élaboration et une logique de construction. Mais, bon, on n'est pas à un grand écart près dans ces questions-là.

S'il n'y a pas de réaction du parent, on peut observer une escalade de la problématique. Si le petit monte sur la table et que cela n'interpelle personne, peut-être montera-t'il sur la fenêtre. Souvent ces enfants sont dans une situation qui peut entraîner le placement et leur comportement « signal d'appel » interpelle les tiers sociaux. C'est donc quand-même une grande compétence des enfants d'apporter l'éclairage, la lampe de poche, pour qu'on entre à la maison.

Il y a aussi **les enfants co-dépendants qui cherchent à rejoindre les parents sur « leur planète »**, sous entendu « je vais consommer comme toi, comme ça je pourrai voir où tu vas,

et éventuellement être avec toi ». Dans cet exemple, il semble que l'enfant cherche à faire partie du problème, « à entrer dans la forteresse », pour comprendre et pour éprouver ce qui permettrait de trouver le canal relationnel compatible avec le parent. Comment je peux être dans cette langue sourde, cette langue intérieure, analogique, comment je peux connecter quelque chose.

On peut dire que quels que soient les scénarios mis en place par les enfants dans les postures de co-dépendance pour aider le dépendant, **ils sont dans des scénarios à risque.**

En effet, on peut faire l'hypothèse que, si le passage à l'acte de l'enfant réussit à réactiver les postures de parent, l'enfant peut vérifier qu'il a la puissance de modifier la relation, voire de « sauver » le parent. Cette démarche construit un paquet de missions transgénérationnelles de sauveteurs.

S'il ne réussit pas, il est dans le traumatisme de l'échec, de l'impuissance à aider le parent. Il peut aussi mesurer sa « cote » et sa « décote d'amour » au travers de ça.

Certains enfants co-dépendants trouveront leur équilibre de vie à travers cette expérience de vie difficile. D'autres deviendront des professionnels de la relation d'aide dans les domaines médicaux, psychologiques et sociaux. Cela peut faire partie de ce qui nous a motivés dans notre histoire à être ce que nous sommes !

D'autres encore vont vivre un traumatisme très important dans cette posture de co-dépendant et notamment lorsqu'ils ne vont pas réussir « la mission », « le sauvetage », « la réparation ». Dans ce cas, nous rencontrerons des enfants et des adolescents qui reproduisent le schéma, qui sont enfermés dans cette définition de la relation. Ils pourront rejouer les scénarios dans le rôle du co-dépendant, voire celui du dépendant. On aura tous les cas de figures, même alternativement : il est aussi possible de cumuler.

**Ces processus dans lesquels les enfants s'immergent et sont immergés peuvent ancrer pour eux-mêmes de futurs processus d'addiction et de dépression, et de violence, etc.** C'est une petite redondance de ce que je disais tout à l'heure, mais là-aussi, cela fait partie des grands écarts.

On peut faire l'hypothèse que les enfants connectent la part enfant du parent en difficulté. Lorsqu'on explore l'histoire familiale, il s'agit souvent d'une part enfant traumatisé qui a favorisé et conditionné la problématique du parent. On voit la dynamique transgénérationnelle là aussi.

Sur un plan métaphorique, nous pouvons supposer que dans l'interaction dépendant / co-dépendant, l'enfant va donner son « *nounours invisible* » pour rassurer le parent et l'aider à trouver une sécurité intérieure. Peut-être va-t-il donner ce nounours invisible à la part enfant du parent qu'il sent en souffrance. Souvent quand on explore l'histoire des dépendants, il s'avère que, au moment où il fallait bien dépendre, ils n'ont pas bien dépendu. A l'intérieur, il y a toujours le petit qui est en manque, manque affectif, manque de reconnaissance, de place. On peut dire que l'adulte le remplit et le tasse quelque part. L'enfant co-dépendant a cette compétence d'essayer de filer le nounours à cette part enfant dans l'adulte.

En même temps qu'il se dépossède de ce qui le rassure pour rassurer le parent, il se fragilise dans la construction de sa propre sécurité intérieure. Au fond, il sacrifie sa finalité individuelle soit au pro rata de la finalité collective, c'est à dire pour un équilibre global, soit en pensant qu'il a la puissance d'insuffler au parent quelque chose, dans une quête désespérée d'une sécurité que le parent ne peut pas lui donner.

Donc on peut dire qu'une grande démarche dans la logique thérapeutique consiste à aider les enfants co-dépendants à **se dégager des missions et délégations familiales** afin qu'ils puissent **se réapproprier leur histoire et faire avec cette histoire familiale difficile**.

C'est également aider l'enfant à garder ou à récupérer légitimement son « nounours » et ce qui lui appartient.

C'est aussi **aider le parent à remercier l'enfant** de sa générosité et à la lui rendre, c'est à dire aider le parent, dans le cadre thérapeutique, à remercier la posture de co-dépendant, remercier l'énergie développée par l'enfant.

**C'est aider le dépendant à trouver pour lui-même une autre « Winnicotterie » plus acceptable que les drogues ou l'alcool. On y verra le nounours qu'on veut.**

**C'est aider la famille et chacun de ses membres à trouver un autre équilibre dans lequel il est possible de se réaliser individuellement et collectivement.**

## **Débat.**

**Gérard OSTERMANN.** Merci à Daniel BASSO-FIN pour cette intervention magnifique et très dense, qui mériterait d'être commentée, car c'est extraordinairement riche. On peut se donner le temps d'une ou deux questions. Colette LORTET a l'habitude de dire que quand on est thérapeute, en position d'aide, il faut qu'on accepte d'être la bouteille de l'autre. Ce à quoi, Michel CRAPLET, tu as répondu « l'alcoologue est une bouteille qui parle ». Ca aide bien !

**Daniel BASSO-FIN.** J'espère que je ne vous ai pas anesthésiés, cela sous-entendrait qu'on est dans un mode de relation qui ressemble étrangement à celui dont je viens de parler.

**Emmanuel PALOMINO.** Si j'ai bien compris, tu nous suggères dans certains cas d'accepter de rentrer dans le système de co-dépendances, que les soignants deviennent des co-dépendants, un certain temps, pour ensuite pouvoir travailler la séparation. Est-ce qu'il y a des écueils ? Rester trop longtemps dans le système de co-dépendances ?

**Daniel BASSO-FIN.** Oui, c'est tout à fait la question. C'est l'écueil numéro un de la relation aidant / aidé : à un moment donné, on perd la distance et on part dans les affects. C'est à dire qu'on rentre éventuellement dans les postures de sauveteur, dans cette espèce de puissance. Le dépendant peut d'ailleurs nous aider à y entrer, en nous motivant. Je me souviens de gens qui nous disent « ah, oui ! J'en ai rencontré cinq ou six, mais avec vous, quand-même ! Avec vous je vais y arriver. » On entend, bon ! Il paraît qu'on aime aussi être aimé et reconnu. Alors on ne prend pas mais on prend quand-même. La question, la difficulté, c'est comment à un moment donné, quand on a rejoint la personne et qu'on est important pour lui, ce qui sous-

entend qu'il est important pour nous, comment on ne perd pas ses places. Ce n'est pas parce qu'on s'est rencontré dans une humanité partagée qu'on est là pour la même chose. Il est important de pouvoir en avoir un recul, et c'est tout l'intérêt de la supervision, de travailler en double ou en supervision directe.

Effectivement, le risque est omniprésent, c'est le risque d'être dans l'humanité. Même si on reste coincé dans le problème pendant un temps, c'est une étape d'affiliation nécessaire ; on ne peut pas rencontrer l'autre, je pense, si on n'a pas fait ce chemin-là. Ce chemin peut se traduire dans comment la personne dépendante réussit à voir dans notre regard le fait qu'on ne la juge pas, qu'on accepte qu'elle soit dans le problème. C'est ce qui nous permet de l'aider à se dégager des culpabilités, des hontes, à s'autoriser à être et à différencier 'être' de 'se comporter'. C'est aussi comme ça qu'on ré-ancore sa capacité de changement dans son capital d'être. Beaucoup d'addicts confondent ce qu'ils font avec ce qu'ils sont. Notre travail est aussi de les rejoindre au niveau de la dépendance pour les aider à travailler la différence entre 'être' et 'se comporter'.

**Benoît FLEURY.** Est-ce que vous pourriez nous parler de la supervision ?

**Daniel BASSO-FIN.** Il y en a de plusieurs types. Il y a le principe de la glace sans tain : on est en séance et un tiers regarde fonctionner le ou les thérapeute(s) et la famille. Il permet ce recul, cette position un peu « méta » qui permet de tenir compte du système que forment la famille et les thérapeutes. C'est un élargissement du système, la création d'un autre système. L'enjeu est comment quelqu'un, tiers, peut avoir un recul et éventuellement il appelle par téléphone ou par quelque autre moyen l'intervenant, y compris en séance, pour l'aider à élaborer une stratégie, à définir quelque chose. C'est un peu un arrimage, c'est la corde qui permet de travailler. Cela demande un travail lourd.

On peut aussi travailler en supervision en apportant des cas, des génogrammes et ensuite en faisant un travail d'analyse de la pratique ; avec un intervenant extérieur, on va décoder un peu ce qui s'est joué dans la famille mais aussi dans quelles résonances nous sommes pris. C'est ce qui va être tout le temps en toile de fond, qu'on retrouve chez les dépendants et les co-dépendants. La première question est « quel est le problème du client ? », la seconde c'est « en quoi son problème me pose problème ? » On voit bien que cette question qu'on se pose, on pourrait très bien la poser aux co-dépendants :

- « Madame votre mari a un problème avec l'alcool. C'est vrai que ce n'est pas lui qui est là aujourd'hui mais vous êtes là, vous, donc cela a du sens pour vous. En quoi le problème de votre mari vous pose t'il problème ?
- Ah, oui, il ne sait pas que je suis là aujourd'hui, et en même temps, j'en ai marre qu'il me tape dessus »

On aura accès à la problématique du co-dépendant, comme on aura accès à la problématique ou à la question du thérapeute embarqué dans une histoire où, à un moment donné, ça résonne parce que c'est vrai que si on est thérapeute avec un père alcoolique, ce n'est pas pareil. Notamment, ce n'est pas pareil si on ne l'a pas travaillé.

**Claude DESBORDES.** Quand j'écoutais votre description, je me disais qu'il y a beaucoup de familles de co-dépendants et dépendants sans alcool. Quand on rencontre un alcoolique, on éclaire une famille autour et on peut s'apercevoir de dysfonctionnements mais on n'a pas toujours une famille pathologique. Parfois une famille est mise en lumière autour de la mort d'un membre dans les accompagnements palliatifs et on sait combien, à ces moments-là, on peut retrouver ces dysfonctionnements familiaux. Alors est-ce qu'on met systématiquement la famille en soins, d'autant qu'on sait que les possibilités de thérapies familiales sont peu nombreuses ? Vous avez noté qu'il faut aller rencontrer d'abord le patient, en privilégiant parfois un espace individualisé du soin. Comment organiser ensuite l'accueil de la famille ?

**Daniel BASSO-FIN.** Je vais essayer d'avoir une réponse un peu généraliste parce qu'il y a autant de cas de figures que de familles. On peut rencontrer une maman co-dépendante dont il est clair qu'elle est extrêmement motivée pour aider son fils : à partir du moment où on aura entendu cette dame et identifié qu'elle est en souffrance elle-même, on va lui demander si elle peut nous aider . Après, ce sont des stratégies pour faire venir la personne qui est censément dans la problématique. Là on peut demander à la dame qu'elle nous aide à faire venir son fils, notamment pour qu'il vienne nous rassurer et éventuellement rassurer sa mère sur le fait qu'il n'est pas aussi en danger qu'elle le pense. Autrement dit, on a devant nous une co-dépendante qui commence à accepter d'être en difficulté avec ça : soit elle accepte de faire venir le fils, soit elle n'est pas prête et on va travailler uniquement avec la co-dépendante. Si on a accès à la personne qui consomme, elle peut souhaiter une prise en charge individuelle et ne pas vouloir du tout que sa famille soit associée parce qu'elle se dit « ils ont assez souffert – je vais gérer le problème seul », alors on commence un travail avec la personne. Au fur et à mesure, on va essayer de l'aider à identifier d'une part les personnes qui comptent pour elle et d'autre part les personnes qui peuvent être ressources, qu'elle serait prête à faire venir maintenant qu'elle nous connaît mieux. Et tout doucement, on va essayer de faire venir la famille. Cela ne veut pas dire qu'on va faire un travail de thérapie familiale. Pour une thérapie familiale au sens classique du terme, il faut que l'ensemble des membres soient d'accord un minimum. Tout le travail dans les préalables à la thérapie familiale fait qu'à un moment donné chaque membre de la famille, présent ou absent, va pouvoir imaginer qu'il ne va pas bien, qu'il n'y a pas que le porteur du symptôme en difficulté, qu'on peut être en difficulté parce que le porteur du symptôme pose des difficultés en termes d'angoisse, en termes de résonance personnelle.

Donc il n'est pas obligatoire d'aller vers la thérapie familiale mais il est souvent important d'associer les co-dépendants, même si on ne fait pas de thérapie ni d'approche familiale, parce que la compétence des co-dépendants est nécessaire. Un exemple. Une dame essaie pendant dix ans d'aider son mari à sortir de l'alcool ; quand le mari fait une démarche, vous n'associez pas la dame, vous ne la souhaitez pas, ne la nommez même pas. Si vous réussissez à aider cet homme là où elle, avec tout son amour, a échoué, non seulement vous n'avez pas un partenaire mais vous avez peut-être bien quelqu'un qui va vous aider à mettre en place une disqualification de votre travail.

La caricature c'est « ah, il a fait un sevrage super, une post cure super ! On a fêté ça au champagne avec mon mari ! ». Il n'est pas impossible qu'elle développe des sabotages, dans cette fameuse vérification de l'homéostasie, avec un discours tel que « même avec vous, compétent comme vous êtes, il n'a pas réussi ! ». Au fond, c'est « je ne suis pas si nulle ! » C'est aussi une réassurance paradoxale. Donc vraiment je vous invite à explorer les co-dépendants et à vous en faire des alliés, même si ce ne sont pas des alliés thérapeutiques.



**Emmanuel PALOMINO.** En complément à la réponse de Daniel BASSO-FIN, il y a très peu de lieux en France qui proposent des thérapies familiales avec des alcooliques. Mais même accueillir la souffrance de la famille, donner un espace et un lieu d'écoute, il y a encore beaucoup de travail. Je reçois des conjoints qui me disent « cela fait vingt ans que mon mari / ma femme est alcoolique, c'est la première fois qu'on m'invite à parler de ce problème à l'hôpital ». Entre une thérapie familiale systémique structurée et simplement accueillir les familles et les conjoints qui le demandent, il y a de l'espace de travail. Je crois qu'il faut sortir aussi de très vieux schémas. Il y a une vingtaine d'années, les écrits sur les épouses d'alcooliques décrivaient des *hyper-mères / hypo-femmes*, des castratrices, des pourvoyeuses qui achètent l'alcool et après jouent les victimes. Or ces femmes d'alcooliques sont aussi différentes que les femmes... et que les hommes. Il y a dix milles cas de figures plus un. Bon gré, mal gré, la famille a pu être participante de la construction du problème, mais pas toujours, mais ensuite elle est embarquée, toujours, dans le problème. Ecouter ces gens, rien que leur permettre de parler de leur souffrance, cela dégonfle souvent l'intensité des conflits. Décoder les attitudes contre-productives, des choses simples, il n'y a pas besoin de s'embarquer dans une thérapie avec une équipe de thérapeutes familiaux systémiciens chevronnés, il n'y en a pas beaucoup.

**Q3.** J'ai l'impression que vous êtes construit sans manque. Est-ce qu'il faut être construit sans manque pour pouvoir guérir les autres, pour pouvoir les aider ? Je me trompe peut-être mais j'avais pensé plutôt le contraire.

**Daniel BASSO-FIN.** Si c'est ce que vous avez compris de ce que j'ai dit, alors je m'y suis vraiment mal pris. On n'est justement pas construit sans manque. Quand je parlais de se rencontrer sur la dimension d'humanité, c'est que fondamentalement nous sommes tous dans la même quête, une quête d'équilibre avec un réglage permanent sur la question des vides et des pleins. On pourrait dire que de travailler avec des addicts et des familles d'addicts, c'est au fond les aider à essayer de transformer le vide en libre. L'intérêt du manque, c'est ce qu'il y a autour du manque. La ressource c'est ce qui permet de ressentir ce manque. Le manque est peut-être ce qui résonne de la part fragile de soi mais ça parle aussi des parties solides de soi. On peut mettre autre chose dans ce vide intérieur, dans ce *libre en devenir* qui est une énergie, qui a du sens ; on peut mettre autre chose qu'un psychotrope. Mais on peut aussi mettre un psychotrope et cela peut aussi être bien qu'ils le mettent parce qu'on peut considérer la prise de produits comme une solution, problématique, à d'autres problématiques. Quand j'ai terminé ma formation en thérapie familiale, on m'a demandé pourquoi je voulais faire ce boulot et j'ai dit un certain nombre de choses. Et, en conclusion, on m'a dit « peut-être tu es le thérapeute raté de ta propre famille ». Donc au niveau des manques, j'ai peut-être cherché à combler quelque chose, et peut-être que je continue. Mais j'ai un peu plus de recul que je n'en avais quand j'ai commencé.

**Gérard OSTERMANN.** Merci à Daniel BASSO-FIN. Je me rappelle Albert MEMMIES qui disait qu'au fond la liberté c'est de créer du jeu / je dans un réseau d'interdépendances. Le problème chez l'alcoolique, c'est qu'il y a vraiment un « manque à gagner » parce qu'il manque du manque.

# **La complexité des liens parents-enfants dans les familles aux prises avec l'alcool.**

Madame Catherine BASSO-FIN BENICHOU  
Psychologue, alcoologue - Saintes.

Bonjour.

Je suis psychologue et alcoologue et je travaille depuis un peu plus de dix ans dans le cadre de la protection de l'enfance, dans une maison d'enfants à caractère social – ces institutions, éducatives, reçoivent des enfants placés par les services A.S.E et les services judiciaires. Ces enfants ont été reconnus comme étant dans des milieux qui ne pouvaient pas, seuls, les éduquer. Cette institution reçoit beaucoup d'enfants dont les parents ont un vécu d'alcool – c'est un constat et nous travaillons avec cette réalité. Ce travail d'un peu plus de dix ans m'a amenée à tenter d'explorer un champ relativement désertique et à essayer de comprendre les aspects psychodynamiques et les niveaux pathologiques qu'on retrouve chez ces enfants-là.

On estime à un sur dix les enfants ou adolescents qui rencontrent des difficultés liées aux alcoolisations parentales. Ils sont susceptibles de développer avant de rentrer dans l'âge adulte des complications concernant la dynamique de leur développement, des problèmes de

personnalité ainsi que des difficultés d'inscription dans le lien social. Ces chiffres nous amènent à nous interroger sur la question de la prévention, donc sur la question d'un repérage ou d'un dépistage et d'un éventuel accompagnement de cette population d'enfants.

La toxicité des liens est à envisager en fonction de différents facteurs :

- qui est consommateur dans l'entourage de l'enfant. Occupe t'il les fonctions parentales d'éducation ? s'agit-il du père ? de la mère ? – cela n'a pas la même incidence. Y a t'il, dans l'entourage de ces parents qui sont en charge de l'éducation, des personnes qui viennent interagir et mettre en difficulté la famille et l'équilibre familial ?

- le type d'alcoolisation. Je distingue les trois types d'alcoolisation préjudiciables : Dans les *conduites excessives*, on découvre une cohorte de problèmes sociaux et existentiels : difficultés au sein des couples, problèmes financiers, judiciaires parfois (délits routiers avec des retraits de permis donc des difficultés à être dans le monde du travail). On constate, dans ces familles, une mauvaise évaluation des besoins des enfants. En France, cela concerne environ 1,8 million de femmes – susceptibles d'avoir des enfants et d'inscrire dans leur vie quotidienne une déstabilisation et près de 2,5 millions d'hommes qui, par leur comportement, vont porter préjudice à l'équilibre familial.

*La dépendance* est une conduite plus aboutie dans question de l'alcool. On va trouver là des portraits plus souffrants, avec éclatement familial, isolement. Devant l'alcoolisation d'un conjoint, l'autre sera peut-être parti : on trouve alors un enfant « protégé » de l'alcoolisation parentale par la séparation, ce qu'on ne trouve pas forcément dans l'alcoolisation excessive.

Il y a aussi un facteur culturel, M. CRAPLET faisait référence aux alcoolisations en Europe. Dans les pays du sud de l'Europe comme le Portugal, on trouve beaucoup plus de familles avec des alcoolodépendants parce que la question du divorce est moins facilement abordée, moins bien vécue, alors que dans l'Europe du nord, face aux difficultés d'alcool de ce type, il y aura des réponses plus expédiées.

La question de *l'ivresse* est difficile à quantifier – quand c'est visible, c'est souvent tragique – cela fait des dégâts complètement différents parce que cela s'inscrit autrement dans l'histoire des enfants. Autour des ivresses, des événements incroyablement violents peuvent arriver, pas forcément en direction de l'enfant : passages à l'acte retentissants, bagarres, incarcérations liées au fait qu'on a tué en état d'ivresse, accidents de la route. Les enfants sont les victimes à rebondissement de ces situations puisque le père disparaît de sa vie pendant un temps.

- l'âge de l'enfant et le temps passé auprès du parent ou substitut parental qui est en difficulté avec l'alcool. Il faut de quinze à vingt ans pour passer d'une alcoolisation à une dépendance ; c'est beaucoup plus court dans les milieux où il y a des polytoxicomanes, quelques années, on dit jusqu'à cinq ans. Quinze à vingt ans, cela couvre tout le passage à l'âge adulte. C'est tout le temps où les adultes deviennent des parents. Il est intéressant de regarder comment cela s'inscrit dans l'histoire de la famille et du couple parental. On imagine un jeune couple avec des conduites d'alcoolisation excessive et peut-être un des conjoints inscrit dans quelque chose d'un peu plus marqué sur le plan excessif. Un enfant naît. Ce qui va se jouer au niveau des interactions familiales dans la jeunesse de cet enfant ne va pas être quelque chose de très compliqué. Mais peu à peu l'homme – disons l'homme – va s'inscrire dans l'alcoolisation dépendante. A quinze ans, l'adolescent se retrouvera face à un père alcoolodépendant. Les incidences seront complètement différentes pour lui et pour son petit frère, né à ce moment-là et qui, lui, va grandir dans une famille où il y aura déjà un alcoolodépendant. Dans le cas d'une femme qui se remarie avec un alcoolodépendant, cela n'aura pas la même incidence si elle a des enfants jeunes ou des adolescents.

- la position du conjoint et de l'entourage. Ce que Daniel a décrit sur la co-dépendance est tout à fait essentiel là-dedans. Mais certains enfants devenus adultes disent qu'ils ont vécu à côté d'un parent en difficulté avec l'alcool mais que cela ne leur a pas posé problème parce que la position du conjoint avait relativement protégé l'enfant de cela. Les rituels familiaux, le cadre, avaient été maintenus, la famille n'avait pas éclaté et l'alcoolique ne se comportait pas comme quelqu'un qui mettait en danger son entourage (tout alcoolique n'est pas violent, cela peut être une forme d'alcoolisation très soumise, passive, absente, ce qui donne d'autres représentations, quand il s'agit des pères – quand il s'agit des mères, c'est plus compliqué).

- la place dans la fratrie. Pour les questions de la parentification et de l'inscription dans la co-dépendance, c'est différent d'être un aîné ou un enfant unique ou un petit dernier. Les enfants ne développent pas les mêmes difficultés. Dans une famille de quatre ou cinq enfants et des parents en difficulté, les aînés jouent des rôles qui atténuent les difficultés des suivants. Il y a des transferts de fonction parentale sur le grand-frère, la grande sœur qui protège.

Ces facteurs sont des éléments qu'il faut garder en tête pour ne pas créer un amalgame sur alcool = toujours problèmes. On différencie les problèmes à partir de là.

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

- une probabilité de répétition d'inscription dans les conduites addictives multipliée par cinq. Je me souviens qu'il y a quelques années, dans le service d'Antoinette MIALON, on disait qu'à peu près 65% des patients hospitalisés se reconnaissent un parent alcoolique. Donc, quand on a eu un parent alcoolique, il y a un risque de s'inscrire soi-même dans l'alcool-dépendance, risque qui n'a pas toujours été bien saisi et qu'on essaie de comprendre.

- une inscription dans la co-dépendance.
- une immersion dans un vécu douloureux et traumatique autour de comportements que peut développer l'alcoolique et autour d'interactions qu'il peut proposer dans sa position de parent éduquant.

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

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

La grande majorité de ces enfants vivent ou ont vécu auprès de parents qui n'ont jamais accédé à des démarches de soin. Les parents n'ont pas forcément décidé de dire qu'ils avaient un problème avec l'alcool et, surtout, n'ont pas décidé de modifier leur rapport avec l'alcool. Par contre, les enfants sont en relation avec des professionnels du monde éducatif, médico-social ou médical, par le biais :

- de l'éducation nationale : médecins et infirmières scolaires,
- des divers dispositifs médicaux de l'enfance et de la petite enfance : maternité, pédiatrie, P.M.I., pédopsychiatrie, instituts de rééducation
- de l'éducation spécialisée : A.S.E. , P.J.J..

Ce sont des passages obligés, l'école est un passage obligé, la P.M.I. ou la pédiatrie aussi avec les visites obligatoires. Mais ces espaces ne proposent jamais une parole autour de l'alcool des parents et cela contribue à inscrire des enfants dans des

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

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

Je suis partie d'un préalable qui est celui de la toxicité d'une relation alcoolisée.

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

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

### **Alcoolisation des mères.**

**Les effets de l'alcoolisation des mères pendant la grossesse. Tableau 1**

On retrouve deux types de symptômes :

- le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF.) qui correspond à 100 grammes d'alcool (environ dix verres) et plus par jour, pas forcément tout le temps de la grossesse,
- l'Effet d'Alcoolisme Fœtal, aux lésions moins importantes.

Cela signifie qu'il y a eu passage d'alcool dans le placenta, il y a des imperfections de cellules nerveuses.

Les manifestations cliniques du S.A.F. sont des troubles neurologiques, des déficits parfois lourdes, de l'arriération mentale et les déformations dont M. CRAPLET a parlé. Le visage de cet enfant qui portait les bouteilles m'est apparu comme signant un S.A.F. – il y a des marques physiques du passage de l'alcool. On repère les troubles chez les nourrissons ; dans le cadre de leur développement, ces enfants n'ont aucune probabilité de s'inscrire dans une vie sociale telle qu'on peut l'imaginer aujourd'hui dans un système qui demande aussi des performances ; on les retrouve dans certaines structures très lourdes.

Avec l'E.A.F., on a plutôt une réduction des effets d'apprentissage. Ce sont des enfants qu'on rencontre dans les dispositifs sociaux parce qu'ils ne sont pas forcément très bien dépistés ni aiguillés. Puis ils retournent souvent sur les dispositifs médico-sociaux de type I.M.Pro, I.M.E. car ils ont de vrais troubles de l'apprentissage et il y a une espèce d'épuisement aussi à tenter de les accompagner : ils finissent par arriver dans des dispositifs qui les inscrivent du côté du handicap.

## ALCOOLISATION FŒTALE

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

## Les effets de l'alcoolisation des mères d'enfants de 0 à 4 ans. Tableau 2

La *discontinuité des premiers échanges* joue sur la dynamique du développement : troubles de l'attachement et de la différenciation des personnes. Les signes de souffrance (non exhaustifs) sont une vulnérabilité aux changements d'environnement, des enfants qui ne croisent pas le regard, ont des manifestations émotionnelles inappropriées, des difficultés pour accéder au symbolique. Il faut essayer d'imaginer cette discontinuité autour de ce que propose la mère. Avec les alcoolisations, il y a un changement permanent de niveaux logiques. On peut faire appel à ce qu'on a compris de son propre vécu d'alcoolisation pour voir qu'on passe d'un état à un autre. Si les alcoolisations sont quotidiennes et massives, l'enfant doit au long de la journée essayer de s'accrocher à la relation avec une mère qui change constamment. Elle peut être en état de manque et souffrante le matin, puis à sa première alcoolisation se remettre à niveau et peut-être proposer quelque chose qui est du lien, puis de nouveau s'éloigner dans les alcoolisations au fur et à mesure de la journée, retourner sur elle-même et rendre inaccessible la possibilité d'être en ouverture avec son enfant.

On sait que la question de la discontinuité est fondamentale dans les troubles éducatifs et psychologiques des enfants. On la retrouve dans le fait que les personnes qui sont en difficulté avec l'alcool sont aussi dans une forme d'errance sociale : ruptures, changements de vie, etc. Certains accidents de vie font que l'enfant est amené à vivre un certain nombre d'évènements parfois douloureux pour lui mais surtout qui l'obligent constamment à se mobiliser pour essayer de tenir dans une relation avec sa mère. On sait que s'il n'y a pas la continuité du regard, de l'attachement, de l'attention de la mère, l'enfant développe des troubles de l'attachement qui induiront sur la structuration de sa personnalité et son rapport au réel.

Sur la question de la pathologie du premier lien, il y a les problèmes de *sécurité physique*. On sait ce contact que doit avoir la mère avec l'enfant dans sa manière de le tenir. Dans le cadre des alcoolisations, il y a quelque chose d'une insécurité et d'un relâchement qui ne peut pas permettre à l'enfant de se construire et de se mobiliser. Les enfants développent des troubles somatiques – manifestations anxieuses d'une grande difficulté à être en lien avec la mère.

On a beaucoup décrit *la co-dépendance*. Ce qui m'a beaucoup frappée, c'est l'installation de la co-dépendance chez des enfants tout petits. Quand de petits enfants viennent dans le cadre des entretiens familiaux, on est surpris de voir cette espèce d'hyper vigilance qui, en même temps, ne se fait pas du tout de manière active. On vérifie qu'en fait l'enfant est complètement branché sur ce que va proposer la mère. Je me souviens d'un petit garçon de moins de deux ans, dans le cadre d'un entretien familial, il y a quelques années. Il est d'abord resté sur les genoux de sa mère, en position de protection – bien là devant elle. La réunion se passait bien. On parlait du frère aîné pour qui les choses évoluaient bien ; il expliquait son choix de devenir aide-soignant (mère alcoolique, enfant extrêmement co-dépendant), choix qu'on a encouragé car, après tout, il est très intéressant d'utiliser ses compétences – si on sait pourquoi et un travail était fait là dessus. L'enfant a laissé sa mère, il est allé jouer dans un coin de la pièce. A un moment, le frère a interpellé la mère sur la question du soin de l'alcool : elle devait aller revoir un médecin depuis longtemps et ne le faisait pas, le frère utilisait cet espace d'entretien familial pour ça. La mère était incroyablement vide d'émotions pendant tout l'entretien et elle n'a pas manifesté à ce moment là quelque chose qui pour nous était visible. Le petit garçon, lui, a senti quelque chose. Silencieusement il a quitté son jeu et il est revenu s'asseoir sur les genoux de sa mère. Le moment était émouvant parce que on a capté la souffrance dans laquelle était cet enfant, à moins de deux ans. Aujourd'hui je sais que cet enfant ne va pas bien. Le calme et l'hyper vigilance de l'enfant pourraient rassurer l'entourage ; il faut s'en méfier et se dire que dans ce type d'interactions, on ne peut pas se construire ni s'individuer.



## ALCOOLISATION DES MERES CONDUITES D'EXCES ET DEPENDANCES – Enfants de 0 a 4 ans

TOXICITE	CONSEQUENCES SUR LA DYNAMIQUE DU DEVELOPPEMENT	SIGNES DE SOUFFRANCE
<b>DISCONTINUITÉ DES PREMIERS ECHANGES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Troubles de l'attachement et de la différenciation des personnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Vulnérabilité aux changements d'environnement</li> <li>☞ Ne croise pas le regard</li> <li>☞ Manifestation émotionnelle inappropriée</li> <li>☞ Difficultés d'accéder au symbolique</li> </ul>
<p><b>PATHOLOGIE DU PREMIER CONTACT</b></p> <p><b>Pas de sécurité dans la mise en place du lien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- physique</li> <li>- psychique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Interactions affectives pauvres et dysharmonieuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Troubles de l'individuation</li> <li>☞ Problèmes somatiques                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- sommeil</li> <li>- alimentation</li> </ul> </li> </ul>
<b>VIOLENCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Supports narcissiques défailants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Raideur de l'enfant avec décollement du lien : se protège de l'adulte</li> </ul>
<b>CARENCES DES SOINS. PAS DE STIMULATION SENSORIELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Troubles du développement sensoriel</li> <li>☞ Fragilités sur le plan somatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ retard dans les premiers apprentissages</li> <li>☞ retard de croissance</li> </ul>
<b>MISE EN PLACE CODEPENDANCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Hyper-vigilance inappropriée qui témoigne de M.D.D. précoces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Hyper-adaptation associée à une apparente passivité.</li> </ul>

4 à 12 ans, donc jusqu'à la pré-adolescence. Les difficultés liées à la toxicité de la relation concernent tout ce que va proposer la mère dans le cadre de ses difficultés sociales – couple vie sociale, santé – et qui va induire un climat de souffrance familiale amenant les enfants, ou un des enfants, à s'inscrire dans une situation de parentalisation.

La parentalisation, c'est l'inversement des rôles : les enfants occupent la place du parent et s'occupent du parent. Il y a donc abandon du projet individuel au nom d'une unité familiale. Ces enfants sont amenés à remplir des rôles assez déroutants pour nous. Pour reparler de cette famille, Laurent, le grand frère, nous avait annoncé la grossesse de sa mère, qu'elle n'avait pas dite aux services sociaux, par ces mots : « je sais qu'elle est enceinte parce qu'elle n'a plus ses règles ». Il avait treize ans. On s'est un peu inquiétés, on lui a demandé comment il savait ça et il nous a dit qu'il n'avait pas vu de serviettes hygiéniques depuis longtemps. On voit la préoccupation et le rôle que peut prendre un enfant.

*L'altération de la perception du réel.* A cet âge, on repère des troubles de la communication. Ils ont pour base le fait que, dans ces familles où un parent consomme, de par les effets de l'alcool, ce qui est dit n'est pas du réel et les enfants abordent la réalité à partir des périodes alcoolisées. C'est à partir de la parole du parent que l'enfant s'inscrit dans une représentation et une perception du réel et qu'il accède au symbolique. Là, on a des enfants dont la vision du monde est complètement altérée. Quand on les accompagne dans le monde socio-éducatif, on a des enfants agités, des enfants dépressifs. On entend dire « il ment tout le temps ». C'est à relier à 'la vérité de l'instant', ce que l'enfant voit à un moment et non ce qu'il a pu anticiper parce que l'anticipation n'existe pas à cause des problèmes de discontinuité, les ruptures de temps, mais aussi à partir de cette parole faussée – on ne dit pas ce que l'on fait.

Les déficits sont importants sur le plan cognitif mais il y a une autre notion importante, celle d'*hyperactivité mentale*. Les enfants se défendent comme ils peuvent dans ce type de système. Face à des parents qui sont dans une parole dysfonctionnante –familles alcooliques, familles à gros problèmes de couple – les enfants cherchent à comprendre à tout prix ce qui se passe. Ils développent une hyperactivité mentale fascinante : vous n'avez pas fini de penser qu'ils ont déjà compris, eux, où vous vouliez aller. Cette capacité d'intelligence, troublante, n'est pas performante sur le plan scolaire, mais les amène à toujours élever les niveaux d'intensité de la pensée. La problématique est qu'ils deviennent 'addicts' à cette forme de pensée ; ils ne peuvent vivre que dans l'intensité. Ce mode de vie s'inscrit ensuite dans l'adolescence et le reste de la vie. Cela fait partie de la co-dépendance parce que l'objectif est aussi de rassurer le parent : « regardez comme je vais bien » - « ne vous occupez pas de moi, je m'occupe très bien de moi ». Effectivement, les parents et l'entourage considèrent que, vu les difficultés, il n'y a pas trop de dégâts, les enfants vont bien ; on est moins alerté. Il faut pouvoir décoder en quoi ce système est dysfonctionnant.

A ces âges, on commence à voir arriver les *troubles de l'inscription dans le lien social*. L'identification se fait sur des modèles souffrants. On trouve une discontinuité dans le lien généalogique qui nous parle de la question de l'appartenance. Dans les familles où il y a de l'alcool, et depuis longtemps, les conflits amènent à des ruptures de couple mais aussi avec la famille, l'entourage, les amis. Les rituels se perdent, ceux qui raccrochent la famille au groupe social mais aussi les rituels individuels – on ne fête pas les anniversaires, supprimés car ils sont sources d'une grosse alcoolisation. On voit poindre des difficultés au plan psychosocial, alors que chez le petit enfant les incidences touchent plutôt la structuration de la personne.

## ALCOOLISATION DES MERES

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

### CONDUITES D'EXCES ET DEPENDANCES – Enfants de 4 à 12 ans

Toxicité des liens, mauvaise évaluation des besoins, troubles de la communication, non protection sont vécus différemment par un adolescent. Si les alcoolisations arrivent quand l'enfant est adolescent, on voit plutôt des difficultés d'inscription dans le lien social. Bien sûr, s'il a vécu le parcours précédent, les troubles de la personnalité se rajoutent.

## PRE-ADOLESCENTS ET ADOLESCENTS FACE AUX ALCOOLISATIONS PARENTALES

CATHERINE BASSO-FIN BÉNICHOU – 16 OCTOBRE 2003

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

Pendant la grossesse, la toxicité des liens va mettre les mères en difficulté. Certaines savent bien faire et vivent tout ça : pas de problèmes. Mais quand on a des souffrances exprimées en termes de problèmes sociaux, il y a de l'insécurisation qui renvoie la mère aux mêmes difficultés que celles qu'on a vues dans l'interaction mère – enfant. Elle ne peut être mobilisée pour s'occuper de son enfant correctement.

Dans un travail que j'ai fait auprès de familles dont un des membres est incarcéré, j'ai étudié la question de la violence des pères pendant la grossesse. Cette violence peut affecter le fœtus dans le sens où la barrière placentaire est aussi une barrière fragile et que des coups donnés violemment à la mère peuvent entraîner chez le fœtus lésions et fractures, qui ne sont pas forcément identifiées – fractures des côtes ou d'un membre ne sont pas forcément vues à la naissance. Cela veut dire qu'on a des enfants souffrants, douloureux, qui pleurent beaucoup. Ces pleurs renvoient encore plus les parents au fait qu'ils ne sont pas de bons parents. Cela a un impact majeur dans leur inscription dans la fonction parentale. Là, on a des risques graves de décès et de handicap, dont on entend parler dans la presse. Cela veut dire que quelque chose n'a pas été décelé, nommé, accompagné pendant la grossesse.

0 – 4 ans : pas de protection de la mère, pas d'intervention de l'éducation.

On a donc des mères dépressives, indisponibles, et on voit l'altération des premiers liens, etc.

4 – 12 ans : on commence à voir des difficultés d'inscription dans le lien social. Et cette notion de *modélisation*. Ce matin la question a été posée de savoir ce que c'était que « induire de l'alcoolisation en famille ». Tout dépend de ce que voit l'enfant de ce à quoi sert l'alcool pour le parent. C'est vrai que l'alcool est un produit ritualisé, qu'il est intéressant que ce soit partagé la première fois en famille – je préfère que ce soit là, dans le cadre de la communion, plutôt que un pack de bière dans un escalier d'immeuble, je préfère que ce soit nommé autour de quelque chose qui soit porteur d'un signifiant social. Mais dans les familles à transaction alcoolique, ce que vérifie l'enfant c'est que c'est ce produit-là qui, à un moment donné, vient calmer le parent. C'est en cela qu'il peut y avoir problème. Ce qui me venait ce matin en entendant cette question, c'est ce que disait Marie CHOQUET, ce qu'elle a travaillé dans son étude épidémiologique. Elle a constaté que, dans les familles où les messages préventifs ne sont pas relayés, où il y a une vraie banalisation du rapport à l'alcool, les enfants seront plus à même de rentrer dans des alcoolisations à risque.

## ALCOOLISATION DES PERES

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

## Conclusion.

Les difficultés que j'ai décrites inscrivent l'enfant dans une fragilité psychique qui constitue le socle de la personnalité qui a toute probabilité d'évoluer vers des pathologies à l'âge adulte. Plus les alcoolisations concernent des enfants jeunes, plus grande est la probabilité qu'elles entraînent des troubles de l'organisation psychique. La dépression, la difficulté à gérer les affects, la persistance de traits psychologiques infantiles, l'intolérance à la frustration, le manque de confiance en soi, le sentiment d'impuissance à affronter le changement, la pauvreté des projets d'avenir, la fixation primaire à la famille et notamment à la mère sont autant de traits que nous retrouvons chez des adultes qui s'inscrivent dans des alcoolisations excessives ou dépendantes. A chaque étape de l'évolution et de la construction de la vie psychique, l'enfant, et cela jusqu'à son adolescence, aura la possibilité de remanier cet édifice et de retravailler ses représentations.

Les enfants d'alcooliques sont inscrits dans des histoires qui vont conditionner leur évolution et leur structuration. Cette évolution ne s'arrêtera pas avec l'arrêt de l'alcoolisation parentale. Il est important d'entendre une chose : ce n'est pas parce que les parents se soignent que ces difficultés-là vont s'arrêter. Elles sont inscrites dans l'histoire de l'enfant : il faut prendre en considération les enfants et je dirai surtout aussi quand les parents se soignent. Leur histoire est enclenchée et elle peut les entraîner malgré eux dans des souffrances dont ils pâtiront, parfois de manière irrémédiable et qui, leur vie durant, pourront mettre en péril les processus d'autonomisation et d'individuation, ainsi que leur accès à la parentalité.

Soutenir cet enfant qui deviendra adulte avant qu'il ne s'inscrive dans les alcoolisations addictives, lui proposer d'autres supports identificatoires et d'autres modélisations que celles de ses parents en difficulté, l'aider à construire une trajectoire où il pourra faire le choix de s'inscrire dans d'autres relations que des relations souffrantes, c'est ce que nous tentons de proposer dans les différents espaces éducatifs et thérapeutiques dans lesquels nous travaillons.

Comment identifier et accompagner ces jeunes adolescents qui ont une probabilité de s'inscrire dans un vécu douloureux ? Comment permettre à ces jeunes une réorganisation des rapports sociaux et une inscription dans le lien social, sachant que ceux-ci trouvent leurs fondements dans la communication intra familiale, comment aider les parents à se positionner comme des parents éduquants et leur permettre de devenir ou de redevenir des modèles acceptables ? C'est ce qu'on va essayer de travailler cet après-midi dans l'atelier que je vais co-animer avec Jeanne CAELLES et Valérie MARTIN. On tentera d'approfondir cette réflexion et on va parler de deux lieux : le C.D.P.A., qui reçoit des enfants dont les parents sont en soin, et l'institution où je travaille, j'expliquerai comment on essaie de travailler ces questions-là alors que les parents n'ont pas décidé d'entrer dans une dynamique de soin.

**G. OSTERMANN.** Merci beaucoup. Décidément BASSO-FIN and Co auraient pu nous captiver toute la matinée et largement au-delà. C'est tout à fait passionnant. Malheureusement on n'a pas trop le temps pour les questions. C'est regrettable pour cette intervention tellement riche. Nous passons la parole directement à Pierre MAINHAGU, psychiatre, expert en thérapies familiales, qui a créé ce *Diplôme d'Université de la famille*.

# Evaluation du fonctionnement familial face à l'alcool et à son usage.

Monsieur le Docteur Pierre MAINHAGU  
Psychiatre - Bordeaux.

J'ai un message à vous délivrer, qui ne demandera pas plus de cinq minutes.

Je commence par une chose qui me paraît nécessaire, c'est remercier Benoît FLEURY et Gérard OSTERMANN de m'avoir invité ici. Vous me direz, c'est bien normal, je travaille avec eux, mais vous savez que dans les familles, il y a souvent des paradoxes.

Je tiens également à rendre hommage à Madame le Professeur SERIES, qui est ici, pour son ouverture vis à vis de la famille. Je tiens à dire ceci parce que tout à l'heure on parlait d'un anniversaire pour le centre, ici : vingt ans. Pour moi qui suis en fin de carrière, j'estime que vingt ans c'est une période courte pour former une équipe à l'alcoologie et faire quelque chose d'un petit peu cohérent. Et c'est vrai que nous commençons, avec enthousiasme et une certaine difficulté, à nous intéresser d'une manière systématique aux rapports entre problèmes d'alcool et familles. Avec Michel ROCHE et Mathilde, notre assistante sociale prêtée par Benoît Fleury, nous essayons de faire en sorte que, systématiquement, le travail avec les familles soit quelque chose d'effectif au C.H.U. de Bordeaux.

Je vais donc délivrer mon message, comme j'ai dit, ensuite je vais essayer de vous donner quelques clichés, rapides, que je pense importants à vous présenter pour que soit présente à votre esprit la notion de 'récit', ou de 'narrativité' pour employer un terme plus savant qui a été très développé par quelqu'un d'un petit peu difficile à lire qui est Paul RICOEUR. Je commenterai quand même mon titre, c'est la moindre des choses, et je terminerai par quelque chose qui va vous paraître un petit peu curieux, je parlerai du diagnostic médical.

## Mon message

Il est simple, je l'espère, mais peut-être un petit peu difficile à mettre en route.

A mon sens, il n'est pas possible de travailler efficacement avec les familles sans diagnostic, sans diagnostic médical. Et il est très rare. Il est très rare que nous ayons des diagnostics médicaux et que ces diagnostics soient donnés aux familles. Or, pour moi, c'est une des conditions de la bonne qualité des relations que nous pouvons avoir avec les familles.

Quand un diagnostic est délivré adéquatement, quand on le commente, quand on peut s'y attacher d'une manière précise, contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, c'est à dire que la couverture soit tirée vers les médecins, cela permet à l'entourage et même, entraîné par lui, à la personne qui est identifiée comme ayant le problème d'alcool, d'avoir une attitude d'ouverture, d'éviter la majorité des disqualifications telles qu'elles ont été décrites par les deux intervenants précédents.



Mon message étant délivré, je vais essayer de l'étayer face à des gens, vous, nous tous qui sommes des gens compétents, et, si nous ne sommes pas très compétents, en tout cas nous avons tous des idées sur les problèmes d'alcool, nous avons tous à nous confronter à l'alcool, à ce que j'appelle un des meilleurs analysants sociaux, en tout cas, dans nos sociétés, un des meilleurs analysants de la sociabilité et donc de l'intériorité.

### Qu'en est-il de l'évaluation du fonctionnement familial face à l'alcool et à son usage ?

J'ai choisi ce titre parce qu'il annonce trois thèmes, qui peuvent être mis sous forme d'une interrogation car il existe de fortes chances pour qu'ils soient discutés. Ce sont en effet des évidences, et tout le monde a des évidences là dessus, ou des convictions, et on ne s'arrête pas habituellement pour les discuter. Rien n'est plus susceptible d'errance que les thèmes de la famille et de l'alcool. A mon sens, il n'y a rien de plus difficile que de se défaire de ses propres démarches, en tant que soignant mais aussi en tant que sujet ayant un vécu familial.

Le premier thème est celui de l'*usage de l'alcool* ; il très intéressant à conserver dans votre esprit parce que je vais vous mettre quelques doutes. Il faudrait se demander ce qu'il en est de l'alcool, pour les alcoologues d'abord, pour d'autres professionnels ensuite. Sommes nous aujourd'hui certains de parler tous le même langage et de désigner les mêmes phénomènes ? Par exemple, le titre de notre journée, « l'alcoolique ». Moi, je n'emploie jamais ce terme. Effectivement, tout le monde sait ce que c'est, un « alcoolique », moi j'ai quelque difficulté à le savoir, en tout cas, quand je le dis, cela fige une situation et cela ne va pas beaucoup plus loin.

Le deuxième thème est l'*alcool*, indépendamment de son usage. C'est une chose importante parce qu'elle est saisie, à mon sens, par d'autres que les professionnels. Qu'en est-il des effets physiologiques et physiopathologiques de l'alcool éthylique ? Il y a différents niveaux qu'il faut avoir à l'esprit même si on ne les manie pas bien. Il y a le niveau de l'organisme dans son entier, celui des différents organes – le foie alcoolique a eu une carrière assez considérable mais il n'est peut-être pas aussi important qu'on le pense – et le niveau des cellules, les neurones en particulier. Quand on regarde même distraitement la littérature, on se dit qu'on n'est pas très avancé, mais qu'on sait des choses. On sait en tout cas qu'on ignore encore bien des choses. Avons-nous dégagé des constantes suffisamment interprétables, comme le volume globulaire (le volume des globules rouges), ou le taux de gamma-glutamyl-transférase ? Des gens arrivent en disant « mes  $\delta$ GT sont très bien » ; cette interprétation est-elle correcte ? Ce sont quand même des choses extrêmement délicates, c'est une donnée parmi bien d'autres et, même si on est très compétent, on se rend compte que c'est bien difficile à analyser.

Le troisième thème, évidemment vous m'attendez là-dessus, c'est le thème de *la famille*. Je suis obligé de paraître un petit peu abstrait pour quelque chose qui est extrêmement concret. Avant d'aborder ce troisième thème, je vais vous donner les différents clichés que j'ai mobilisés pour vous.

## Quelques clichés

Je ne sais pas si vous avez déjà la possibilité d'avoir des récits de gens qui arrivent avec des problèmes d'alcool, pour des problèmes d'alcool. Ces problèmes d'alcool, on peut ne pas les aborder, c'est bien connu, on peut passer à côté. Mais si on les aborde, comment la personne, le plus souvent, les aborde-t-elle ? Si elle est face à un entourage, un milieu médical, vous êtes à peu près sûr d'avoir, lors de la première entrevue, l'ensemble des deuils de la famille. Plus, comme ce n'est pas assez pour justifier qu'ils viennent vous voir, vous aurez les deuils de l'entourage plus lointain, puis vous allez avoir les deuils à la télévision, etc.... C'est le thème du deuil qui nous est adressé.

Vous me direz que je généralise, que je dis des choses très banales. Pensez à ce qui s'est passé avec l'affaire Marie TRINTIGNANT. Elle est d'une banalité clinique épouvantable. Je pense que tous ceux qui ont eu à faire des expertises médico-légales ont été confrontés à ce problème. Mais, bien sûr, les media en ont fait autre chose. J'aimerais vous donner une référence là-dessus : il y a une très belle description d'une ivresse pathologique dans le livre *Les ivresses*, écrit sous la direction d'Yves PELICIER. Regardez la description de l'ivresse pathologique par un auteur allemand. Il nous conte, je crois que c'est en Bavière, l'histoire d'un instituteur – apparemment il ne boit pas régulièrement, en tous cas il n'a jamais eu d'incident, à mon sens il ne devait pas boire – ; il va à une fête et se réveille le lendemain, les mains ensanglantées par le meurtre de sa femme et de ses enfants Et sans aucun souvenir. C'est une histoire apparemment vraie et à laquelle je suis assez prêt à souscrire.

Un autre cliché, « l'ivrognerie », parce que ce terme a une histoire, comme « alcoolisme » - « alcoolique ». Et cette histoire n'est pas si ancienne que ça, elle remonte aux conflits de la classe ouvrière, au 19<sup>ème</sup> siècle. C'est très bien décrit par Alain EHRENBURG dans un ouvrage au titre très intéressant, *L'individu incertain*. – il a écrit un autre livre au titre magnifique, *La fatigue d'être soi*. On peut ne pas être d'accord avec tout ce qu'il dit mais les titres sont magnifiques. Et sa description de l'histoire de « l'ivrognerie » est très précise, en tous cas quelque chose d'assez nouveau pour nous, en tous cas pour les médecins.

## Le thème de la famille.

Je vais d'abord répondre à la question de Gérard OSTERMANN : qu'est-ce que la famille ? Moi, je la définis très rapidement. Le Diplôme Universitaire de Bordeaux 2 sur la famille auquel je participe est interdisciplinaire et les juristes ont un terme qui me paraît excellent. La parenté est une fiction pour eux. Ils appellent ça une fiction. C'est intéressant et cela veut dire ce que cela veut dire quand on parle de récit. On est parent non pas parce qu'on est parent biologique, contrairement à ce qu'on croit, mais parce qu'on pense que la biologie est à l'origine de la parenté et que c'est plus important que toute autre chose. En fait l'adoption a toujours été un modèle de la parenté. On est parent parce qu'on est adopté, parce qu'on est écrit sur un registre. Tout à l'heure je dirai un mot sur la maternité certaine et la paternité incertaine ; c'est une expression juridique qui remonte au code romain.

Pour moi, il y a une définition d'abord de la parenté – j'ai dit parenté et pas famille. Famille vient de *famulus*, qui était le serviteur dans la famille patriarcale romaine. Cela nous permet de nous interroger sur notre rôle professionnel : ne sommes-nous pas les serviteurs de ces familles, est-ce que nous ne jouons pas le rôle de *famulus* ? C'est un terme venant des Etrusques, je crois, et chez les Romains, les familles de l'élite étaient régies par quelque chose de pyramidal et donc c'étaient des familles étendues.

Nous, nous avons actuellement un modèle assez inédit, qu'un certain nombre d'entre vous pratiquent certainement et qui n'a rien d'illégitime actuellement ; c'est ce que j'appelle *la famille frise* ou *la famille guirlande*. Vous connaissez ce jeu d'enfant où on découpe un bonhomme après avoir plié une quinzaine de fois le papier. C'est un modèle, inédit, de famille étendue. Je veux dire par là que chacun des parents va partir avec un nouveau conjoint, la mère amène les enfants et le père va élever les enfants d'un autre homme. La légitimité des liens parentaux, dans notre situation actuelle, fait que, du fait des pensions alimentaires à verser, il y a certes des conflits mais il y a du lien. Les liens persistent et, souvent, sont plus importants après la rupture de la cohabitation qu'avant, entre les enfants et surtout entre les anciens conjoints. Là nous avons un modèle de famille étendue de manière très horizontale ; c'est ce que Gérard appelait les familles recomposées, c'est le terme des sociologues. C'est intéressant parce que, si on réfléchit bien, cela peut être infini. Cela pourrait rassembler tous ceux qui sont ici, nous pourrions être parents d'une certaine façon.

Pour terminer sur la famille, je dirai qu'elle est comme les problèmes d'alcool. C'est à dire que la famille, en tant qu'institution, est une chose pour laquelle on peut plaider, c'est ce que je fais. On peut plaider à charge ou à décharge, comme les juges d'instruction. La famille a une valeur. Cette valeur est résumée par deux titres : le premier, très connu, *La famille incertaine* de Louis ROUSSEL, et le deuxième, celui d'Alain EHRENBURG, *L'individu incertain*. La famille en tant qu'institution, je tiens à bien le préciser : parler de la famille, c'est parler de l'institution, ce n'est pas parler des familles. C'est tout à fait distinct : pour un juriste, cela ne fait aucun doute.

- La famille est une valeur refuge, et sûrement la valeur la plus élevée dans les enquêtes d'opinion mais aussi dans les faits. Là aussi je me permets d'être un petit peu paradoxal : une manière de montrer l'importance de la famille est certainement le divorce. On divorce par idéal. Il y a évidemment des circonstances mais s'il n'y a pas d'idéal on ne divorce pas. Dans nos pratiques, nous sommes confrontés constamment à ces femmes à qui on dit « mais divorcez donc ! » et qui ne divorcent pas. Et c'est pour nous un étonnement.

- Si c'est une valeur refuge, c'est aussi un vécu dangereux : la famille est vécue comme un danger, et un danger vraiment impérieux, irrépressible, et auquel on ne peut que se référer, souvent de manière là-aussi assez paradoxale. Vécu dangereux aussi pour les cohabitants : vous savez qu'en cas de meurtre, les policiers commencent par une enquête dite de proximité. Ce n'est pas pour rien. Vécu dangereux aussi bien pour les cohabitants que pour les ex-cohabitants : « mes ex », comme on dit, mais aussi « mes enfants » – les enfants quittent la cohabitation et ils la quittent en général avec un récit, un récit de danger, de danger physique. Cela arrive, en particulier quand il y a des problèmes d'alcool, des ivresses pathologiques, cela arrive aussi quand il y a des problèmes relativement minimes mais qu'il faut quitter chez soi.

Une des meilleures façons de prendre des distances par rapport à chez soi, incontestablement, c'est d'avoir des reproches à formuler à « papa et maman » et je pense que la psychanalyse a bien fonctionné de ce côté-là : elle n'a pas tout à fait tort, mais il faut savoir être prudents dans nos démarches quand nous entendons des récits extrêmement négatifs.

Pourquoi être prudents ? Parce que de ce vécu dangereux naît ce que j'appelle un vécu kidnappant : nous sommes des kidnappeurs de tempérament, notre besoin de faire mieux est inhérent à notre place de professionnels, et puis cela justifie notre paye, nos honoraires. C'est normal, notre société fonctionne de cette façon-là et nous avons besoin d'aller dans le sens d'un idéal, même si cet idéal est écorné, et surtout s'il est écorné, nous avons besoin de trouver pires que nous.

- Ce vécu est aussi une réalité. C'est une réalité concrète mais c'est surtout une réalité dans la conception que nous avons de nous-mêmes et des rapports sociaux. Actuellement, ils sont, d'une manière particulièrement 'virulente' – parce que c'est vrai qu'on arrive à des situations très virulentes – régis par ces deux préceptes de notre république que sont l'égalité et la liberté. Comme valeurs, elles conduisent à quelque chose que, je pense, aujourd'hui nous dénonçons tous d'une certaine façon : un individualisme intolérant, intolérant à l'égard des valeurs communes certes reconnues mais affichées sans illusions. L'illusion est ailleurs ; elle est dans la manière de marteler à l'envie que ces valeurs communes ne sont que secondaires – les sociologues et les philosophes ont bien analysé cela – alors qu'elles sont le but de la socialisation et que cela compte en fait bien plus que l'égalité et la liberté de chacun. Le but caché de l'individualisme est de laisser croire que l'individu prime sur le social. Je dis l'individu et non la personne – mais je ne veux pas entrer dans un débat philosophique. Nous devons être conscients de cet individualisme intolérant parce que c'est une réalité qui nous mène très loin. Je reviens au livre d'Alain EHRENBURG, *L'individu incertain*. Ce qui est premier, c'est la responsabilité de soi. Je pense que je ne pêche pas en eaux troubles, il est clair que pour tous ici la responsabilité de soi est fondamentale dans le traitement des problèmes liés à l'alcool. Responsabilité de soi parce que l'alcool est effectivement une molécule donnée en partage à tout le monde et donc il est de la responsabilité de chacun de savoir ce qu'il faut en faire. Et cela pèse très lourd et Alain EHRENBURG, à mon sens, là, est très proche de la vérité, très proche en tous cas de cette réalité qu'il faut peut-être reconsidérer : l'individu se sent écrasé par sa responsabilité de lui-même.

Bien sûr, tout ceci est un résumé. Il explique, je crois, l'état de crise de l'institution familiale. Mais il ne faut pas croire que les familles sont sans ressources. Je veux dire par là que notre fonctionnement, à chacun de nous, dans les couples et dans les familles, nous permet des expérimentations multiples et variées, et souvent d'une grande subtilité.

Pour prendre un exemple hors du champ de l'alcool, il est, dans le domaine scolaire, une activité bien connue qui est le *surbooking* des enfants. L'école dépossédant les familles d'un rôle essentiel qui est celui, pour reprendre le mot de Paul RICOEUR, celui de l'écolage, les familles, nous tous, nous nous en sommes sortis en faisant faire du cheval, du piano, de la danse, etc. qui n'étaient pas proposés par l'école communale avec son idéal d'égalité et de liberté d'accès au savoir.

Vous me direz que je suis allé peut-être un peu loin dans tout ça. Mais les familles, qui ont des ressources, peuvent-elles montrer ce dont elles sont capables ? Ces valeurs qu'elles portent en elles, qui sont des valeurs souvent très pragmatiques – je pourrais vous parler des tâches ménagères, de la sexualité, d'un certain nombre de choses inhérentes au fonctionnement familial et aux répartitions des tâches, y compris sexuelles – est-il possible de les réactiver ?

### Le diagnostic médical

Quand on se présente pour se soigner, il me semble qu'une des meilleures manières de repositionner le problème c'est d'avoir la capacité de faire un diagnostic médical correct. Je dis 'correct' parce que c'est comme ça qu'on dit ; c'est ce qu'on nous apprend dans notre métier ; on se trompe tous les jours mais on fait quand même des diagnostics corrects. A mon sens, il est triple. Je vais le compliquer un petit peu, mais il est connu.

- il faut savoir faire un diagnostic d'ivresse, et d'*ivresse pathologique* en particulier. J'insiste toujours beaucoup sur l'ivresse parce que personne ne m'écoute ou on fait semblant de m'écouter mais on n'en fait rien. L'ivresse comporte, à mon sens, un degré de pathologie à partir de deux éléments. Le premier élément est la perte du contrôle de la prise, le second c'est le trouble amnésique. Quand on n'est pas médecin, mais même quand on l'est, on a tendance à mettre sur le compte de bien d'autres choses le fait de ne plus se souvenir. On se souvient du premier verre. La publicité, faite par la Ligue contre l'Alcoolisme, je pense – *un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts* – est une excellente image de l'ivresse pathologique. On ne se souvient plus, on se souvient du premier verre, et vous aurez souvent des arguments dans ce sens-là. En général quand vous avez la confiance de l'entourage et que le sujet ne se sent pas trop en danger par ces révélations, il explique quand même que ce n'est pas tout à fait le cas.

- le deuxième modèle est celui du *sevrage*. Parmi les symptômes du sevrage, les tremblements et les sueurs sont les plus évidents, mais en fait il y a une très grande angoisse, il y a bien d'autres choses, il peut y avoir élévation de la température, ils ont mal partout... enfin c'est très compliqué. Mais on sait que ça disparaît. Ca disparaît comment ? Quand on reprend de l'alcool. Si on ne connaît pas ce modèle, on ne peut pas discuter avec l'entourage, ce n'est pas possible car eux, ils le savent.

- il y aurait troisième modèle, je l'ai appris parce que j'ai travaillé longtemps au service des urgences, c'est le modèle *ivresse + sevrage*. Pierre-Marie LINCHEAU m'a demandé tout à l'heure si j'avais bu un coup avant de venir, pour aller au travail, pour faire ma conférence. L'ivresse ne vient qu'en second dans ce cas-là, c'est le modèle bien développé par Alain EHRENBURG, encore : il boit pour aller au travail, parce qu'il est mal et s'il ne peut pas travailler, l'argent ne rentre pas. Donc sa femme lui donne à boire, elle apporte de l'alcool plus ou moins directement : par les enfants, ou elle le cache. Il est en période de sevrage parce que la nuit est la période la plus longue où il ne prend pas d'alcool ; nous passons beaucoup de temps à dormir et l'alcool, en plus, aide à dormir. Il va au travail : c'est le second endroit où il ne peut pas boire, il est à nouveau sur la pente du sevrage certes partiel. Puis il doit rentrer, et il passe au bistrot.

Au bistrot, il boit. Il boit pour pouvoir revenir chez lui. Sa femme vient le chercher, bien sûr, et en arrivant chez lui, que fait-il ? Il bat sa femme. Il y a donc un troisième modèle, celui d'une ivresse sur un syndrome de sevrage. Au niveau du cerveau, l'apport d'une nouvelle quantité d'alcool, même en période de sevrage, améliore certes le sevrage mais peut conduire à des actes qui sont de l'ordre de la transformation, de l'ordre de la psychiatrie. Ce sont des troubles psychiatriques qui ne durent pas mais qui existent, et, si vous êtes allés dans un service d'urgences, vous devez savoir de quoi il s'agit.

A côté de ces modèles d'ivresse et de sevrage, il y a les *pathologies organiques*. Il est certain qu'on a beaucoup mis l'accent sur les pathologies organiques. Dans les années 40-50, durant mon école primaire, j'ai effectivement étudié sous l'œil, si j'ose dire, d'un foie cirrhotique. Je crois que cela n'existe plus. Bien sûr, les problèmes organiques existent, mais il faut savoir aussi que, comme on dit, l'alcool pardonne très longtemps même si il peut stigmatiser très vite, en particulier par les atteintes dermatologiques

A ce triple diagnostic médical, évidemment, d'autres s'ajoutent et il est bien certain que les troubles psychopathologiques font partie de notre pratique à tous et en particulier aux psychiatres. Tout à l'heure on évoquait un modèle, celui de l'excitation, chez les enfants d'alcooliques. Personnellement je me pose la question, toujours, de savoir s'il n'y a pas là un phénomène héréditaire d'excitation et de transmission des troubles thymiques qui font partie de notre pratique quotidienne.

En fait les trois diagnostics se tiennent l'un l'autre ; ils se tiennent, je pense, comme une voûte et la clé de cette voûte, c'est le diagnostic médical. Donc, si vous êtes médecin, par pitié, faites des diagnostics et confiez-les aux patients et à leur entourage ; si vous n'êtes pas médecin, demandez à ce qu'un médecin authentifie ce diagnostic. Dans notre 'caste' de psychiatres, nous avons tendance à trouver que bon ! les ivresses, ce n'est pas marrant, donc en général on ne s'intéresse pas à ces gens là, mais on peut voir les gens qui arrivent et qui entourent cette personne. Il est quand même assez fréquent que l'entourage vienne nous voir et je crois que c'est un moment privilégié pour commencer à expliquer, parce que les gens ne tiennent pas compte de vos diagnostics comme ça du premier coup ! Il faut négocier ce diagnostic ! A partir de ce moment-là, en tout cas, dans ma pratique, c'est ce que j'aime le plus faire, il me semble qu'on entame une relation et une relation qui possède une certaine fécondité.

Je suis tout à fait partisan de l'une des expressions favorites des Alcooliques Anonymes. Tant que l'alcool est considéré comme quelque chose de méprisable, on ne va pas très loin. Il faut d'abord accepter que l'alcool soit plus fort que nous. Je pense que, d'une certaine façon, il est également plus fort que nous, alcoolologues.

**Paul BONNAN.** Merci Pierre MAINHAGU. Je ne peux qu'approuver ce préambule que vous avez formulé et sur lequel vous avez conclu, à savoir l'importance, la nécessité du diagnostic, d'autant plus que nous sommes également confrontés, à travers l'ivresse ou les comportements psychopathologiques engendrés par l'alcoolisme, à des formes de placement sous contrainte, notamment les hospitalisations d'office que nous considérons souvent comme non justifiées et qui aboutissent, dans les 24 à 48 heures, au départ du patient de la structure hospitalière sans que cela puisse être posé, travaillé, avec le patient ou avec la famille.

# Synthèse des ateliers.

## Alcool et secret de famille.

Animateur et Rapporteur : Docteur Gérard OSTERMANN  
Psychothérapeute – Bordeaux.

Quelques mots rapides.

On a essayé de préciser ce qu'était un secret de famille. Il est difficile parfois de briser des préjugés et on a des idées un peu toutes faites autour du 'secret de famille'. On sait bien que ce n'est pas simplement un secret qu'on ne dit pas, c'est un peu plus complexe que cela. C'est quelque chose dont on ne parle pas, qu'il est interdit de connaître et qui apparaît douloureux ou qui génère une souffrance chez ceux qui le gardent.

En vérité un secret de famille n'est pas un secret qui se transmet comme ça de génération en génération. C'est quelque chose qui fonctionne par l'attitude de non-dits mais aussi de gestuelle, de mimiques et d'émotions. Cela se transmet, pour reprendre la belle expression de Serge TISSERON, *par ricochet*. C'est générateur d'une angoisse contagieuse, puisque l'enfant « victime de ce secret de famille » peut penser qu'il est coupable, que c'est de sa faute. Il peut aussi penser que ses parents ont fait quelque chose d'abominable. Il peut surtout se mettre à douter de sa propre compréhension, ce qui va altérer son estime de lui, et se mettre à fabriquer ses propres secrets. Ces secrets, on le sait, sont parfois des secrets de Polichinelle mais il n'en demeure pas moins vrai que le secret peut *suinter* comme ça de façon très destructurante.

Tout secret n'est pas mauvais, c'est un point important. Il y a des secrets structurants ; le développement psychique de l'enfant se fait aussi autour du secret. Mais il y a des secrets destructurants.

A travers des observations cliniques présentées par Patrick MARLIER et Jean-François MARSAN, on a vu comment le passage peut se faire depuis le côté indicible des choses à la première génération – le non-dit du secret - jusqu'à la deuxième génération où on est déjà dans ce qu'on peut appeler l'innommable – on peut ne plus avoir de mots pour exprimer ce qui est là en jeu – et enfin à la troisième génération où on est du côté de l'impensable, comme on l'a dit ce matin.

La question n'est pas de faire du terrorisme de la vérité, d'ailleurs le secret ne s'oppose pas à la vérité mais à la communication. Ce qui est en question dans ce qui est échangé aujourd'hui c'est de réaliser à quel point, parfois, la dynamique du secret peut répondre à deux logiques, d'une part une logique d'enfouissement, de la crypte, du cercueil, de ce qu'on veut vraiment enterrer et d'autre part une logique de la divulgation. La personne en possession de ce secret est elle-même prise, ambivalente, clivée dans cette opposition.

Tout ce qui se transmet de génération en génération, ce sont les attitudes et les mimiques, l'angoisse au fond qui sourd et qui peut être très déstabilisante.

On a dit aussi bien sûr que tous les secrets sont dans l'alcool, d'une certaine façon.

La question n'est pas non plus de chercher à résoudre le secret mais davantage de faire émerger une parole, de transformer, comme on l'a dit ce matin, l'hôpital silence en hôpital parole, c'est à dire que le soin soit une occasion d'une écoute psychique particulière pour permettre à ce qui était déstructurant dans le secret de peut-être devenir étayant et structurant.



# Le couple

Animateur : Docteur J.-J. CORNU

**Escales Addictologie – Centre Hospitalier Vauclaire –Montpon-Ménéstérol.**

Rapporteur : Docteur Patrick NIVET

**Médecine Interne – Centre Hospitalier de Libourne.**

**Participants** : des médecins, des infirmières, d'autres professionnels de santé, des étudiants.  
JJ CORNU présente son unité qui propose une prise en charge des conjoints, des co-dépendants, parallèlement à une thérapie comportementale brève du patient alcoolique.

## **Un « couple pathologique » c'est quoi ?**

L'idée retenue : un couple devient pathologique quand il y a une souffrance significative. Ce qui est important, c'est le champ dans lequel s'exprime cette souffrance et le rôle de l'alcool dans ce champ. Les conjoints ont des ressentis divers, des demandes diverses :

- certains souhaitent que l'autre se soigne... « de gré ou de force »
- d'autres sont dominés par les bénéfices secondaires et se tiennent à distance

## **Y a t'il beaucoup de soignants pour écouter, rencontrer les conjoints ? rencontrer les co-dépendants ?**

Il semble que ce soit une pratique minoritaire. S'il existe des unités d'Alcoologie des CMP où se rencontrent des conjoints, beaucoup de professionnels les tiennent à distance. Dans le groupe l'accord se fait vite autour de l'idée qu'il est essentiel de rencontrer les conjoints, ne serait ce que pour éviter qu'ils s'opposent aux soins. Les couples ne sont pas seulement le couple homme-femme traditionnel mais aussi les couples père-fille, mère-fils. En outre l'ensemble des co-dépendants est à considérer.

## **Faut il parler d'alcool dans cette rencontre avec les co-dépendants ? Que dire ?**

Il faut sans doute en parler, du moins au début, pour resituer l'histoire de l'intoxication pour le patient et dans le couple, aussi pour informer les co-dépendants sur le produit alcool et ses effets. Mais il faut tenter de se détacher de la question de l'alcool. Il est surtout nécessaire de :

- rétablir la capacité d'écoute et la capacité de parole entre les personnes, ou même *faire en sorte que les gens se regardent* quand ils se parlent et ne se servent pas du thérapeute pour assurer le lien entre eux. Il faut que les patients réapprennent à communiquer
- acquérir une formation, pour les intervenants en alcoologie, à propos notamment de la communication
- tenter de faire retrouver ce chemin du rapport à l'alcool, souvent présent de manière positive, au début du couple
- essayer de dépister les schémas négatifs, les enchaînements cognitifs plus ou moins rigides qui entraînent des sentiments de dévalorisation et qui conduisent à l'alcool. La thérapie consiste à essayer de trouver des interprétations positives et à faire faire de nouveaux enchaînements, au patient et au couple, qui ne conduisent plus à l'alcool

- écouter la souffrance, les doléances. Il faut savoir utiliser les euphémismes, éviter les stigmatisations
- repérer les circonstances émotionnelles de l'alcoolisation, les situations à problème

### **Attitudes fréquentes des co-dépendants.**

*Il est menteur, il n'a aucune volonté, il / elle se cache pour boire.* Le conjoint est souvent intrusif. Il faut donc l'aider à éviter les attitudes de culpabilisation ou au contraire de compréhension excessive confinant à la complicité. Il faut, autant que faire se peut, remplacer le mot *volonté* par le mot *envie*, s'interroger sur les désirs et les souffrances du patient.

Un soignant dit : « Foutez lui la paix! d'autant que vous avez tout essayé... à sa place ». Il est difficile de faire prendre du recul aux co-dépendants vis à vis du sort du dépendant. Pourtant il faut restreindre à un périmètre plus modeste le rôle des intervenants périphériques. Et aussi :

- pousser au réalisme des attentes
- sortir des schémas trop simples : *y a qu'à faire ci ou ça – il faut le guérir, Docteur*

### **Différentes techniques sont à la disposition des thérapeutes.**

- Groupes de parole
- Techniques de résolution de problèmes
- Techniques d'affirmation de soi, les jeux de rôle (éviter les règlements de compte de passif, le dépendant devient agressif avant d'être affirmé)

La mise en jeu professionnelle est multidisciplinaire. Elle se fait en équipes formées. Au bout du compte l'approche thérapeutique est complexe. Avec de faibles moyens, il faut surtout améliorer la communication et définir les itinéraires cognitifs

Au travers de la prise en charge thérapeutique, le couple fait son bilan. Les schémas rigides sont remis en cause (couple pour la vie par exemple). La guérison peut impliquer la séparation ou la restructuration d'un couple (quand des efforts sont faits par les conjoints pour rester ensemble). C'est en tout cas au dépendant de faire sa démarche de prise en charge pour sortir de sa souffrance. « Faut-il alors attendre que le dépendant se décide spontanément ? » s'exclame une intervenante. « J'accepte qu'un patient meure » déclare en écho un thérapeute

### **Place de l'hospitalisation obligatoire, l'injonction thérapeutique, de la loi ?**

Dans tous les cas il faut essayer de passer de la contrainte au désir de soins et se différencier de la justice. Remplacer l'injonction par la rencontre thérapeutique pour proposer un parcours de soins. La violence physique qu'elle vienne du dépendant ou du co-dépendant est dans tous les cas inacceptable, elle implique le signalement à la justice et le rappel de la loi.

Dans la relation thérapeutique, des règles sont à établir : contrat? peut-être! mais la notion de rupture de contrat n'a guère de sens... Il faut travailler avec l'alcool et pas contre l'alcool.. !! Dans tous les cas l'échec en alcoologie est moins de boire ou de reboire que de ne pas en parler. Ne pas se décourager, ni renoncer...

**Antoinette MIALON – FOUILLEUL.** Parmi les outils, avez-vous évoqué les groupes de couples. C'est quelque chose que je pratique. C'est particulièrement intéressant.

**Jean-Jacques CORNU.** On a évoqué les groupes de conjoints, mais on a manqué de temps.

# L'accompagnement infirmier de la famille :

compétences – ressources – collaborations – résolutions.

Animatrices : Madame O. BOURJADE  
**Infirmière – Bordeaux.**

Madame Chantal COURBIN  
**Infirmière – Bordeaux.**

Rapporteurs : Mesdames Chantal COURBIN et Christine  
**Infirmières.**

## **Christine**

L'essentiel des questions a tourné autour de la conduite à tenir avec le patient et la famille.  
Comment faire pour les aider ?

Il en résulte que nous devons faire confiance à nos compétences et à nos ressources, qui se situent essentiellement au niveau des diagnostics infirmiers et des interventions. Ils constituent un langage commun qui est notre base.

Une autre base importante est la relation d'aide – on l'apprend dès l'école – avec la reformulation, la nécessité de décrypter le langage médical pour la famille et de la personne. Nous pouvons faire le bilan des ressources familiales et nous pouvons les booster un petit peu. Surtout, nous prenons le temps, et nous donnons le temps d'évoluer à la personne et à sa famille, ce qui nous a paru essentiel.

## **Chantal COURBIN.**

On a surtout voulu évoquer une nouvelle approche infirmière, puisque dans nos structures institutionnelles un peu lourdes, nous sommes plutôt centrés sur l'approche mécaniste du soin parce que, souvent, nous n'avons malheureusement pas le temps de faire autre chose. De plus, nous travaillons dans ce qu'on appelle le système familial, qui concerne, on l'a dit, le patient, la famille, le soignant ou l'équipe pluridisciplinaire. Nous travaillons dans ce champ commun d'interventions. L'approche systémique nécessite des compétences professionnelles et pose donc la question de la formation, on ne sort pas d'un Diplôme d'Etat Infirmier en sachant tout ça. Mais on peut se former. On peut intervenir dans le domaine de la relation d'aide, comme l'a dit Christine, mais aussi dans des zones qui sont un champ propre : zones de l'élaboration, de la mentalisation, de la prise de conscience et de la symbolisation.

On peut aussi intervenir dans une zone de délégation médicale en collaboration avec les équipes, dans une zone de structuration, avec des techniques thérapeutiques bien particulières. Les infirmières s'ouvrent à des techniques de thérapies comportementales et cognitivistes qui ouvrent des champs nouveaux dans nos interventions et dans la recherche clinique infirmière. Nos champs d'interventions sont basés sur nos concepts de soins, basés sur nos compétences et nos ressources infirmières, sur nos diagnostics infirmiers, parce que nous mettons des actes en place, actes de rôle propre, des actes concertés, élaborés, avec des objectifs de soin, qui peuvent se mesurer et être validés. La culture infirmière propose de travailler autour de cette famille, de ce patient.

Nous avons aussi proposé, c'est une nouvelle démarche, aux infirmières et aux soignants qui le souhaitent, de nous retrouver et de travailler dans cette recherche clinique, de venir nous rejoindre dans une association, comme le C.R.A.A. par exemple.

Dans notre spécificité, ce qui est intéressant aussi c'est que nous travaillons au carrefour du métissage des théories. On possède non pas tout et rien, mais plutôt tout que rien, ce qui nous offre tant de compétences et tant de champs de travail auprès de ces patients et de leur entourage. Avec toutes ces théories, nous pouvons lancer des objectifs, être dynamiques au sein d'une équipe, apporter de nouvelles techniques.

**Michèle ROCHE.** Dans la formation, et dans toutes ces formations, une chose est souvent oubliée, c'est la formation personnelle. Pour pouvoir écouter, il faut avoir été écouté, avoir fait ce chemin-là. C'est avec ce chemin-là qu'on peut travailler avec toutes les autres articulations. C'est une donnée importante à dire

# Les dispositifs thérapeutiques.

Animateurs : Docteur Emmanuel. PALOMINO  
**Psychiatre - Jonzac**

Daniel BASSO – FIN  
**Psychologue - Saintes**

Rapporteur : Martine

Dans un contexte d'évolution rapide de l'alcoologie, qui prend en compte la famille, nous avons abordé le respect de soi, du patient et de son entourage, en sachant qu'il faut faire confiance au patient et poser des limites, dans un but de thérapie efficace.  
Cet atelier a enrichi nos connaissances, nous a donné envie d'en savoir plus sur la thérapie familiale, pour gérer ensemble la notion de crise.

# Les répétitions transgénérationnelles.

Animateurs : Docteur M.. LEMASSON  
Psychiatre - Bordeaux

Docteur Antoinette MIALON – FOUILLEUL  
Psychologue – Saint-Lô

Rapporteur : Martine DUPRAT

## **Les deux intervenants nous ont donné beaucoup d'exemples.**

Au travers de génogrammes, d'histoires, nous avons pu voir ces fameuses transmissions et ce qui pouvait se passer dans une famille. Nous avons évoqués ces non-dits, ce qu'ils deviennent après trois générations, puisqu'il faut travailler au minimum sur trois générations.

## **Les questions du groupe ont évoqué le *co-thérapeute* .**

On parle de la place du soignant mais qu'en est-il de la place du fameux co-dépendant, conjoint ou membre de la famille. On le dit *thérapeute*, mais peut-on parler de soin ? Il n'y a pas forcément un choix, à l'origine, pour la place de co-dépendant. C'est important pour resituer la place du partenaire, dans le couple ou dans la famille, et le soin qu'il peut apporter à un moment pour apaiser la souffrance, avec les moyens qui sont à sa disposition.

C'est là où le thérapeute intervient : le soignant va montrer au co-dépendant que la technique qu'il a mise en place pendant des années ne fonctionne pas, qu'elle est très coûteuse pour la famille, pour lui-même et pour le patient.

## **A propos de la transmission transgénérationnelle.**

On nous a dit que plus on lutte contre, plus on va vers. On lutte contre l'alcool ou d'autres symptômes, et puis on y va. J'ai trouvé que c'était une chose très forte puisque après, il nous a été dit que la compréhension passe par l'expérience. Certains patients passent par l'expérience de l'alcool ou d'autres pathologies pour comprendre peut-être certains membres de leur famille ou même pour se comprendre mieux, ils passent par là pour avoir accès à une certaine connaissance, qu'ils n'acquièrent que s'ils décident, à un moment donné de faire un travail de prise de conscience.

# Violences inter-générationnelles et toxicomanies : réflexions à partir d'une enquête sur une population féminine.

Animateurs : Madame Myriam CASSEN  
Psychologue - Bordeaux

Monsieur Pierre-Marie LINCHENEAU  
Psychologue - Bordeaux

Rapporteur : Madame Agnès MEYER  
Psychomotricienne – Martignas sur Jalle

Madame CASSEN présentait une enquête qu'elle a réalisée auprès de femmes toxicomanes. Elle travaillait à l'époque au C.E.I.D. et donc recevait en consultation des patientes. Elle a initié une enquête à réaliser sur toute la France par une vingtaine d'équipes, sur la question des violences inter-générationnelles dans le contexte de la drogue.

Pierre-Marie LINCHENEAU a noté que la consultation permettait de nommer les choses. Quand on ouvre une consultation, par exemple, sur les TOC, on voit des patients atteints de TOC arriver parce que le trouble a été nommé.

La consultation de Madame CASSEN permettait à ces femmes de parler de leurs enfants alors que jusqu'à présent, on ne savait souvent même pas si elles étaient mères puisque les questionnaires usuels ne font référence qu'aux enfants à charge.

Madame CASSEN a évoqué le modèle que l'on a quand on reçoit des patientes et à la difficulté que l'on peut avoir à entendre, par exemple, les traumatismes sexuels de l'enfance si soi-même on n'est pas prêt à l'entendre. Certains intervenants de santé reçoivent des confidences que d'autres ne recevraient pas, parce qu'ils sont prêts à les entendre. Dans ces modèles de pensée, il y avait par exemple *les grands-parents fautifs*. Les parents de la toxicomanes sont considérés comme fautifs parce qu'ils ont une enfant toxicomane, alors que 75% des enfants de ces femmes-là sont effectivement confiés aux grands-parents. Certains modèles de pensée font référence à la violence des parents drogués alors que l'opium a tendance à calmer. On trouverait plutôt la violence chez les enfants de personnes alcooliques.

### **Une enquête en trois parties.**

- La grossesse. Comment s'est-elle passée, les troubles, le contexte familial ?
- Les antécédents de la mère
- Leurs rapports avec leurs enfants.

A chaque fois des chiffres mais aussi des paroles, par exemple des paroles de ces mères sur leurs enfants.

Parmi les points que j'ai retenus :

- les choses se passent souvent mieux avec le premier enfant qu'avec le second, ce qui est une évidence dans la population générale puisqu'il est plus difficile de se débrouiller seule avec deux enfants plutôt qu'avec un.
- la répétition concernerait surtout la transmission de la séparation mère-enfants et des modes comportementaux violents, plus que d'abus sexuels, par exemple.

Madame CASSEN faisait remarquer que son équipe n'avait pas accès aux dossiers des enfants parce que ces questions en France sont traitées de manière cloisonnée. Il est difficile de faire communiquer, dans un lieu de soin, les parents et les enfants car ils sont souvent pris en charge de façon séparée. A moyens constants, il ne serait pourtant pas si difficile de recevoir parents et enfants ensemble.

Et nous avons évoqué la substitution. Le Subutex ne lève pas le problème de la dépendance. Cependant il donne plus de disponibilité aux parents pour travailler et pour être en relation avec leurs enfants, permet l'expression de la souffrance et permet un éventuel travail psychothérapeutique à propos de cette souffrance.

### **Benoît FLEURY.**

Deux précisions :

- Cette étude sera publiée dans quelques mois dans la revue *Alcoologie et Addictologie*.
- Myriam CASSEN ne travaille plus au C.E.I.D. mais à l'Institut Montaigne à Talence.



# L'enfant face aux alcoolisations parentales/

Animateurs : Madame Catherine BASSO – FIN  
Psychologue – Saintes

Madame Valérie MARTIN  
Psychologue – Bordeaux

Madame Jeanne CAELLES  
Psychologue - Bordeaux

Rapporteurs : Madame Catherine BASSO – FIN  
Psychologue – Saintes

Madame Valérie MARTIN  
Psychologue - Bordeaux

Nous avons pensé qu'il ne s'agissait pas de relater l'ensemble de l'atelier, alors nous avons demandé aux participants de nommer des mots qui les avaient marqués pendant cet atelier. A partir de ces mots, nous avons essayé de refaire des phrases.

Valérie MARTIN et Jeanne CAELLES ont présenté le Centre d'Accueil où elles proposent une consultation pour les enfants. La question a émergé de savoir si l'accompagnement des enfants dont les parents s'alcoolisent devait se traiter du côté de la prévention ou du soin. Il paraît nécessaire que ces enfants disposent d'espaces spécifiques pour poser une parole, que leurs parents soient ou non dans une démarche de soin. Or c'est compliqué, pour des raisons de financement ou autres, ne serait-ce que parce qu'on ne peut en passer que par l'autorisation des parents. Ces espaces pourraient-ils se trouver dans les lieux où les enfants se trouvent habituellement, pourquoi pas l'école ?

Parmi les mots forts, *nommer, parler, honte, déni*. Et *espoir* ; quelqu'un disait qu'il fallait parler d'espoir. Il faut oser nommer l'alcool devant les enfants, pas toujours attendre que ce soient les enfants qui le nomment, on doit leur faire la proposition à l'avance de ce mot-là pour qu'ils puissent s'en emparer et proposer quelque chose, à un moment qu'ils choisiront, eux. Si l'adulte n'a jamais nommé, il n'y a peu de probabilités que l'enfant puisse aller le voir et en dire quelque chose. L'idée est que les enfants puissent ne plus subir cette histoire-là. Se taire serait l'enfermer dans sa honte et ne jamais susciter l'espoir du changement. Le thème de cette journée est aussi la question de comment amener ces enfants à pouvoir imaginer une autre vie.

# **La thérapie par phases : pour une vision intégrative et globale de la prise en charge du patient alcoolique avec sa famille.**

**Madame le Docteur Antoinette MIALON - FOUILLEUL**  
**Psychiatre – Saint-Lô.**

Je présente cette vision intégrative et globale de la prise en charge du patient alcoolique avec sa famille parce que c'est le fruit des dix-sept années passées depuis la création de l'inter secteur d'alcoologie que je dirige. Nous sommes arrivés à avoir pu intégrer vraiment, depuis le premier contact, la famille à la prise en charge et au soin.

## **Mon contexte de travail.**

C'est un secteur géographique de centre-Manche et du Bessin, donc à la fois dans la Manche et dans le Calvados, soit environ 220 000 habitants. Nous avons :

- une unité d'hospitalisation de 18 lits. A l'origine, en 1986, on m'avait donné un projet de 25 lits d'hospitalisation à mettre en place pour des malades à étiologie psychiatrique qu'on devait garder des mois et depuis le départ j'ai saboté ce qui m'avait été donné comme tel. Les hospitalisations devaient prendre sens pour les patients et j'ai eu la chance d'avoir une direction hospitalière qui acceptait que je n'aie que cinq patients dans l'unité d'hospitalisation, au début. Maintenant, bien sûr, c'est toujours plein. J'ai réduit le nombre de lits de 25 à 18 pour pouvoir déployer des moyens pour l'équipe ambulatoire, qui n'existait pas avant. L'unité d'hospitalisation est un outil tout à fait intéressant pour certains moments des différentes phases de la thérapie, en particulier celui de la désintoxication.

- 3 Centres d'Alcoologie Médico-Psychologiques ambulatoire,
- 3 unités de liaison, sur 3 sites hospitaliers : un Centre Hospitalier pivot à Saint-Lô, un hôpital secondaire à Coutances et un autre hôpital à Bayeux.

- une équipe multidisciplinaire, avec psychiatres, addictologues, psychothérapeutes, psychologues, infirmiers, assistantes sociales. Des compétences acquises en dix-sept ans, car l'équipe n'a pas beaucoup changé. Le personnel du début est encore là ; ils ont peu à peu acquis des compétences, qui en thérapie systémique, qui en thérapie individuelle, de groupe, en Gestalt, en P.N.L., en psychodrame, en thérapie cognitivo-comportementale. Cela permet d'avoir une multiplicité et une coordination tout à fait intéressantes et d'agir à différents niveaux. Mon parcours a été d'abord une formation en thérapie systémique avec Jean-Claude BENOIT, de 80 à 85, puis j'ai fait différents parcours en thérapies individuelles – personnellement et en formation – à la fois en psychanalyse, en Gestalt, P.N.L. et psychodrame. Pour les thérapies cognitivo-comportementales, ce sont les membres de mon équipe qui ont mis en place des stratégies thérapeutiques, notamment dans l'unité d'hospitalisation.

## **Les typologies.**

Pour avoir des points communs assez faciles à repérer, nous avons choisi pour base de classer nos patients en trois typologies. Nous utilisons celle donnée par ROUSSAUX, de Bruxelles.

### Typologie 1 : alcoolisme toxicomaniaque du jeune adulte.

C'est l'adulte qui conserve des liens étroits avec sa famille d'origine, qui n'a pas acquis son autonomie –affective, professionnelle et de logement. Cela correspond souvent à un âge de 18 à 30-35 ans, parce qu'on est autonome adulte assez tard actuellement. Il est important de repérer une typologie 1 parce que le travail à faire se situera autour de la différenciation et de la séparation. On sait d'emblée qu'il faudra élaborer un certain type de travail et en particulier associer la famille – comment travailler la séparation sans associer la famille ?

Nous avons mis en place un protocole de prise en charge des typologies 1, assez réglé . Nous savons que nous allons à l'échec avec les typologies 1 si on travaille sans la famille, c'est une constante sauf si le processus de différenciation est déjà avancé.

### Typologie 2 : alcoolisme conjugué.

C'est l'alcoolisme de l'âge mûr, de l'adulte marié qui a fondé une famille, a une insertion professionnelle satisfaisante. C'est pour moi ce qu'il y a de plus facile à traiter. On arrive à établir un consensus vers une désintoxication, puis vers une prise en charge. Ceci même s'il y a la co-dépendance du couple. Nous savons mettre ensemble des couples et – rapport « qualité-prix » – on passe moins de temps. Nous avons actuellement deux groupes de couples qui fonctionnent dans ces typologies 2, après la phase de désintoxication

### Typologie 3 : alcoolisme grave, avec perte des haubans socio-familiaux.

Elle est importante à repérer parce qu'on va d'emblée savoir qu'on s'attaque à un problème extrêmement complexe et long, qui va souvent nous mettre en échec et nous allons devoir élaborer des stratégies un peu particulières associant réseau et famille.

## Pourquoi intégrer la famille dès le début ?

- la famille est **un puissant système d'appartenance**, comme on l'a dit ce matin. La famille, nucléaire ou élargie, le milieu d'origine, est le plus puissant système auquel un individu appartient. Dans les théories du changement, WATZLAWICK dit bien que, dans une famille, le comportement de chacun des membres est lié au comportement de tous les autres et en dépend, que ce soit dans des systèmes pathologiques ou non. Ce postulat est reconnu dans les grandes théories de la communication et les théories du changement. C'est une bonne raison pour intégrer la famille dès le début parce que l'alcoolisme d'un des membres va affecter les autres ; on a vu ce matin comment les autres vont développer des comportements de contrôle, de protection ou de survie. Cela va s'organiser en fonction et autour de ce symptôme alcool.

- l'alcool a une **fonction répétitive et organisatrice** du système, entrecoupée de crises nécessaires pour le changement. Pour que cela se répète, il faut qu'il y ait des crises. La chronicité n'est pas un continuum permanent. A bien y regarder, on voit que, régulièrement, il y a des crises, des moments où aller vers le changement balance avec le non changement et cycliquement revient ou non vers la même chose. C'est une fonction répétitive. L'alcool a aussi une fonction organisatrice, voire stabilisatrice. Ce matin, j'entendais dire *mieux vaut souffrir encore parce que ça je connais, plutôt que le changement que je ne connais pas*. C'est bien là la question : comment aller vers le non connu ? Un certain nombre de patients semblent s'appuyer sur leur bâton de souffrance, parce que c'est quand même un bâton, et on avance avec ça. Pour quitter le bâton de souffrance, il faut pas mal de travail.

La fonction répétitive et organisatrice, entrecoupée de crises, se fait dans un cadre d'évolution nécessaire. Même si on ne veut pas que cela évolue, les enfants grandissent, on vieillit tous les ans, des maladies surviennent, des accidents, des départs, des deuils. Tout cela oblige de toute façon à des réorganisations. Dans le système à transactions alcooliques, il y aura rigidification des règles : on va essayer d'encore moins changer à cause de ces traumatismes, il faudra faire plus de symptôme pour faire face à ces nouveaux événements qui obligeront au changement. Il est difficile de permettre de l'ouverture et de la souplesse pour donner du large, permettre qu'on s'en aille, que ça rentre, ça sorte, etc. L'alcool arrête le temps. On a des patients dont on se dit que ce sont de grands adolescents. Ils ont 35 ans et on trouve qu'ils en paraissent 18 ou 20, même dans leur présentation physique, leur allure.

- le système familial avec addiction a **un faible degré de différenciation** de chaque membre et un fonctionnement rigide. Daniel BASSO – FIN nous a déjà, sur ce sujet, parlé de la co-dépendance et de cette difficulté à être Autre que l'autre. Le faible degré de différenciation fait que chaque membre se **sculpte** sur l'autre, avec des systèmes d'emboîtement qui font que cela ne peut pas évoluer. Chacun s'emboîte à l'autre, se sculpte sur l'autre, autant celui qui utilise l'alcool que celui qui vit autour. L'individu co-dépendant est donc 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.

- le **co-dépendant** cherche longtemps à arranger. Donc il excuse. Et plus la pathologie s'aggrave, plus il montre de l'abnégation mais, en même temps, plus le ressentiment monte en lui du, et s'accumule sans cesse. S'accumulent aussi la colère, la peur, la honte. Et le co-dépendant endosse de plus en plus de responsabilités. C'est un cycle tout à fait infernal.

- l'entourage, et particulièrement les enfants, va chercher à **s'ajuster constamment**, en dépit de ses besoins. Donc il y aura une distorsion émotionnelle pour ne pas ressentir ses besoins, ne pas les voir ou les disqualifier. Cela conduit à des ajustements rigides du système familial et surtout à la négation des besoins propres. A se nier en tant qu'autre. Les enfants se mettent à jouer des combinaisons de quatre rôles : responsable parentifié, transparent, conciliateur et rebelle. Parfois chaque enfant joue alternativement ces rôles, parfois les rôles sont fixés sur un enfant, cela dépend du nombre des enfants et de leur caractère.

Dans le dispositif de soin, j'ai oublié de mentionner le réseau que nous avons mis en place pour les intervenants qui s'occupent des enfants de parents alcooliques. Une petite cellule s'occupe de travailler la reconnaissance de la souffrance des enfants, le dépistage des enfants en souffrance, l'élaboration de stratégies qui permettent d'accueillir les parents, etc.

### **Comment intégrer la famille dès le début ?**

La fiche d'accueil est un outil qu'on a testé, mis en place et qui fonctionne depuis quinze ans. Cette fiche est remplie par la personne qui accueille la demande, directement ou au téléphone.

- qui adresse le patient ? un médecin, l'A.S.E., les services de probation, etc.
- la date de l'appel
- le nom du patient, son prénom, son âge, ses coordonnées
- la profession du patient
- sa situation familiale
- le nombre d'enfants et leur âge
- qui effectue l'appel ? pour quel problème ?
- un exposé de la situation
- date et heure du rendez-vous proposé, avec mention des personnes invitées

Les secrétaires de nos trois centres de consultation font un entretien téléphonique ou un accueil direct et ces renseignements sont glanés au cours de l'échange. Il y a souvent, par les secrétaires, une reformulation de ce qui est demandé. Elles proposent une date et une heure pour un rendez-vous. Dans 80% des cas, ce n'est pas le patient qui appelle mais quelqu'un de l'entourage ou un intervenant social ou judiciaire ou bien c'est la personne qui appelle sous l'injonction de l'intervenant. Alors les secrétaires prendront l'initiative d'inviter au moins la personne qui appelle, sauf si la personne est de l'entourage et demande quelque chose pour elle. Si la personne cherche de l'aide pour elle-même, la situation est différente, même si c'est à propos du patient.

Cette fiche nous permet de prendre en considération l'environnemental, la situation familiale d'emblée. Les secrétaires savent repérer la typologie. Elles repèrent si c'est une typologie 3 et que la personne est divorcée et vit à nouveau avec maman. On a des couples maman de 70 ans et fiston de 50 ans, qui font couple depuis le divorce du fils qu'il ne voit plus ses enfants et a donc perdu ses haubans sociaux et familiaux, ou bien c'est le C.H.R.S. qui prend rendez-vous. Si c'est une typologie 1, elles s'arrangeront pour que les membres du système familial soient invités. Généralement ce ne sont pas les jeunes qui prennent rendez-vous, c'est une fratrie ou les parents, et donc ils sont invités à venir.

Les thérapeutes consultent cette fiche. Il peut nous arriver de demander, de rappeler pour avoir des précisions. Au moment de l'accueil direct ou téléphonique, la question est : *qui demande quoi, pour qui ?* Il y a alors une évaluation de la demande selon le problème défini, la typologie de patient, son état somatique et psychoaffectif et selon sa situation sociale.

### **La thérapie par phases (selon Carole GAMMER).**

J'ai été amenée à repenser le dispositif mis en place depuis dix-sept ans en essayant de cadrer cela dans une dimension longitudinale et chronologique. J'ai trouvé que Carole GAMMER était celle qui avait le plus théorisé là-dessus, et que son modèle correspondait le mieux à ce que nous pratiquions. Elle a travaillé sur la *thérapie par phases*, en particulier dans les thérapies avec les adultes jeunes et a travaillé notamment sur la problématique de séparation. J'ai trouvé tout à fait intéressant de réutiliser les trois phases de sa *thérapie par phases*, dans le dispositif de prise en charge :

1. Phase de résolution.
2. Phase d'extension, de détoxification et d'évolution personnelle.
3. Phase d'intimité (avec soi).

#### **1. Phase de résolution.**

On essaye de résoudre le problème présenté, notamment celui du symptôme, ou en tout cas de l'atténuer. Cette phase de résolution se fait d'abord par un diagnostic à deux niveaux. Il y a un diagnostic sur l'état somatique, la typologie du patient, son état psychoaffectif, mais nous le faisons avec deux visions.

- La vision *grand angle*. Elle prend en compte toute la dimension familiale élargie : qui sont les ressources ? qui sont les soutiens ? qui vit autour ? On évalue où en est la hiérarchie des pouvoirs, la structuration du système, les frontières générationnelles, les modes de communication. Est-on tout le temps sur le mode du blâme ? y a-t'il le triangle persécuteur – victime – sauveteur ? y a-t'il une reconnaissance des conflits ? une négation ? où sont les doubles liens ?

- Le *zoom sur le symptôme*. Son apparition, sa persistance, les interactions familiales qui l'accompagnent comme les effets produits. Autour d'une ivresse, par exemple, énormément de choses se passent : comment est-elle survenue ? que se passait-il ? qui réagit ? comment ? comment en sort-on ? comment se réorganise-t'on ensuite ?

On est dans la phase de l'*évaluation* et de l'ébauche du premier *diagnostic*. Il s'agit d'obtenir des objectifs en vue de la disparition ou l'atténuation du symptôme ; c'est fondamental en matière d'addiction. Autant, dans d'autres pathologies, on peut prescrire le symptôme, autant, dans le cadre des addictions, je ne me vois pas le faire. Mais je peux demander à observer le symptôme, le regarder avec précision, en restant dans le non-jugement : où boit-on ? quoi ? comment ? à quel moment ? Cela permet d'aboutir à des objectifs précis qui, éventuellement, vont permettre de trouver des ressources et des solutions qui ont déjà marché et qui pourraient peut-être être amplifiées.

Cette phase peut comprendre tout le travail autour des alternatives de choix et de rechange, qu'on peut élaborer soit avec le patient, soit avec le groupe familial. Certains sont *acheteurs de solutions* : donne t'on des solutions ? attend-on qu'ils deviennent co-acteurs du soin ?

Cette phase de diagnostic peut demander vraiment du temps, plusieurs entretiens, avant d'arriver à la phase de détoxification et d'évolution personnelle. Elle va jusqu'au moment où il y a, éventuellement, un sevrage ambulatoire ou hospitalier. On travaille avec eux la fonction du symptôme dans le système, comment ce symptôme était solution à une souffrance. Il faut d'abord voir comment ce symptôme, qui était solution, est aussi problème ; si on enlève la solution, il faut bien regarder ce que la famille, ce que le patient peut mettre d'intéressant à la place de ce symptôme.

Cette phase dure un certain nombre de semaines, de mois, voire d'années. Parfois, notamment avec les typologies 3, tout notre parcours de thérapeutes avec eux se situe dans cette phase de résolution, où il y a alternance d'arrêts et de reprises de l'alcool, qu'on n'imagine pas l'accès à un travail plus élaboré, dans une phase d'extension.

Dans cette phase de résolution, on utilise divers outils, aussi bien systémiques que cognitivo-comportementaux. On peut travailler en groupe la prise de conscience de scénarios répétitifs, l'introduction d'alternatives de choix autre que l'alcool, il y a des groupes de parole, etc.

## **2. Phase d'extension.**

Elle a pour objectif l'amélioration des autres dyades ou triades relationnelles du système. C'est d'autant plus important que c'est quand même le symptôme qui cristallisait les efforts et les liens à son propos dans tout le système familial. Si le symptôme disparaît, il faut qu'il y ait un réajustement de l'ensemble du système. Comment chacun va t'il y trouver son compte ? Il faut un réaménagement relationnel vaste ; on va donc élargir la prise en charge familiale à diverses questions : résolution de conflits, frontières générationnelles, départ des enfants du nid familial, contacts extra-familiaux, relation avec les familles d'origine, avec les deuils non faits, les secrets de famille, etc. Le travail varie selon la typologie de patients.

L'essentiel du travail avec la typologie 1 porte sur le processus d'individuation - séparation, qui amène souvent le couple parental à devoir aller résoudre des problématiques non résolues ou inachevées, pendant que le jeune patient doit s'atteler, lui, à sa responsabilisation et à son projet personnel.

Dans cette phase, on ne maintient pas forcément un travail avec le groupe familial ; on voit souvent déjà s'introduire, avec certains membres de la famille, une prise en charge plus individualisée. Déjà dans la phase de résolution, le patient peut éventuellement être allé en cure de désintoxication et avoir besoin d'une thérapie personnelle.

Dans la phase d'extension, on va avoir besoin d'équipes pluridisciplinaires pour faire face à ces besoins : suivi personnel, groupes de conjoints, groupe d'entourages, qui viennent compléter le travail familial. On n'a pas la prétention que le travail avec la famille ne doit être fait qu'avec toute la famille ; à certains moments, on va travailler avec les sous-systèmes.

Pour les patients de la typologie 2, on peut avoir travaillé avec l'ensemble de la famille, avec les enfants qui se plaignaient de l'alcoolisation du parent et qui ont pu être moteurs dans la demande de soin. A un moment, ils vont éventuellement venir en groupes de couples après la désintoxication, ce qui leur permettra de se ré-interroger sur leur vie de couple. Les groupes de couples ne sont pas une thérapie de couples : ils échangent sur la réorganisation de leur vie sans alcool. On est amené à aborder la question du départ des enfants

Dans les typologies 3, on arrive assez rarement – pour le moment, je dois dire que nous ne sommes pas performants, c'est difficile et que d'autres équipes ont les mêmes difficultés que nous – à susciter des changements d'une grande profondeur où le symptôme n'aurait plus sa place. Il revient sans cesse et se répète ; c'est pour nous une recherche parce que nous ne savons pas comment arriver à faire mieux avec les typologies 3.

Avec les typologies 1 et 2, on utilise des outils variés : prescription de tâches, sculpture, génogramme , jeux de rôles.....

### **3. Phase d'intimité.**

On va dans le sens de l'exploration et du travail sur le passé non résolu. C'est le moyen d'amener à des changements intra psychiques profonds et durables qui vont permettre la transformation des relations. Cela va permettre d'accéder à l'histoire des familles au cours des générations, d'évacuer les fantômes et les croyances qui contribuent aux répétitions transgénérationnelles ; on peut commencer à travailler sur « ce qui m'arrive, mes enfants ne vont-ils pas répéter la même chose ? »

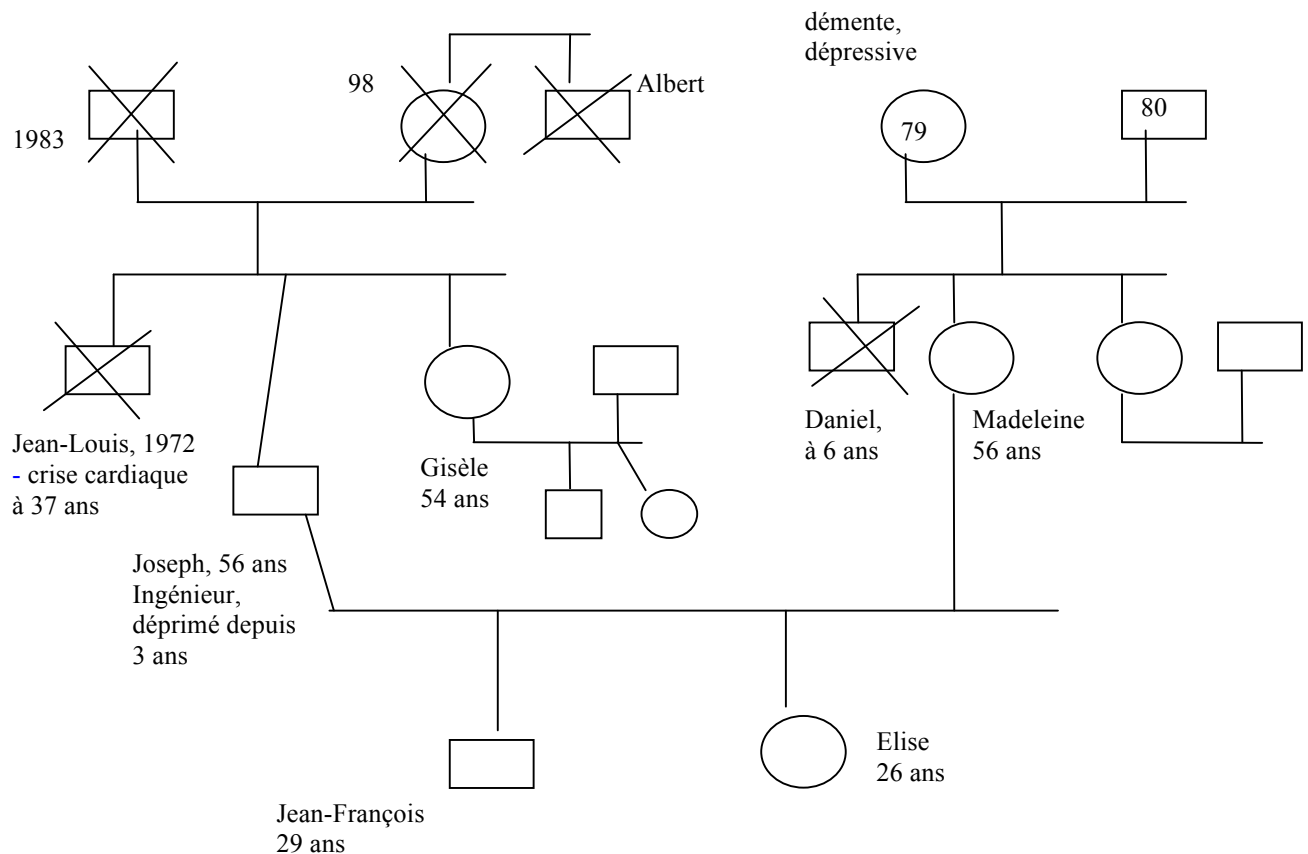
Dans la typologie 2, les parents qui ont des enfants, font des réajustements de relations, de rôles, et vont souvent mettre en évidence la problématique avec le conjoint. Un exemple. Un homme est abstinent depuis un an, il a retrouvé une meilleure place dans son entreprise, Madame qui l'accompagne en consultation, confirme la satisfaction conjugale ; elle est enceinte d'un troisième enfant ; je ne vois pas lieu de continuer à les voir, pourtant ils continuent à me demander quelque chose et Monsieur dit « oui mais c'est pour Sandrine ». Oui ? « Sandrine est plutôt triste en ce moment ». On s'aperçoit que Sandrine, au cours de sa grossesse, revit quelque chose de son histoire familiale et, à ce moment, émerge une demande de travail sur elle et pour elle. Il y a un travail plus personnalisé, pour elle, que je ne ferai pas puisque je suis le thérapeute du couple depuis longtemps . Un psychothérapeute prendra en charge la jeune femme et, effectivement, il y avait plein de choses à travailler sur son histoire. Cette phase aboutit vraiment à des changements profonds, qui sont de l'ordre de l'intimité *avec soi*.

Dans les typologies 1, le jeune patient va mieux. Fréquemment, il s'active à son autonomie et fait comme s'il nous confiait ses parents pour continuer le travail avec eux pendant que lui, est parti faire sa formation ou une activité professionnelle.



## Exemple d'un travail en typologie 1.

### Le génogramme.



Le jeune patient, c'est Jean-François, il a 29 ans. La fiche téléphonique nous dit que la maman téléphone pour Jean-François, qui a un problème d'alcool, il ne travaille plus depuis quatre ans, il a fait des études – une maîtrise de sciences économiques. Il a monté un bar qui est en faillite, il a des dettes. Il s'alcoolise surtout le week-end, il a cassé trois voitures. Ce sont la mère et la sœur, Elise, qui doivent venir à la consultation.

### Qui demande quoi, et pour qui ?

La mère et la sœur demandent que Jean-François soit soigné. Jean-François pourrait-il venir avec elles, et avec le père qui est un ingénieur et qui est déprimé depuis trois ans ? Selon elles, « *il ne voudra jamais, cela fait déjà un moment qu'on lui en parle...* » Je dois travailler d'abord à les convaincre que ce serait intéressant de convaincre Jean-François de venir. Et cela les surprend : ils viennent au rendez-vous tous les quatre et elles me disent « *cela n'a pas été difficile de le convaincre de venir !* » Il faut voir comment, dans les entourages, il y a cette croyance que « *ça ne va pas être possible* ». Et lui, tout de suite, il est très à l'aise dans cette première consultation. Il reconnaît, ce qui les étonne, qu'il boit. Il boit de manière épisodique, il n'en est pas à une alcoolodépendance mais, quand il commence, il ne peut pas s'arrêter.

### Phase de résolution du symptôme.

Nous allons explorer la situation familiale, et nous enquêrîr de la place et de la fonction du symptôme. Le symptôme n'est pas que l'alcool, il est « comment Jean-François s'invalide pour garder au fond de lui quelque chose qu'il sent mais qui est en panne parce que ses parents ont un projet pour lui ». On découvre que le père, un brillant ingénieur, a déposé des brevets au nom de son fils et qu'il veut monter une boîte pour exploiter les brevets. Il y a comme une substitution d'identité et Jean-François se rend incompétent au possible pour ne pas s'engager dans le projet du père. Comment être loyal à son père, ne pas le disqualifier tout en étant loyal à son être profond, ce qu'il veut, lui ? L'alcool était un bon moyen ; c'était une fonction positive. Il se met tellement en panne que sa mère gère son compte, il y a les grands-parents qui donnent de l'argent à Jean-François quand il a cassé une voiture pour en racheter une. Tout le monde contribue pour protéger, sauver, essayer d'arranger les choses et éviter les conflits. On va donc travailler avec Jean-François sur la fonction de ce symptôme-là et, en particulier, comment ça s'inscrit dans la dynamique familiale et dans ses loyautés.

Il a 29 ans mais n'a aucune couverture sociale. Dans cette famille, on n'est pas au RMI ; il a été gérant de cette société en déficit, etc. La situation est compliquée mais l'assistante sociale comprend qu'il n'est plus assuré social et qu'il va falloir trouver une formule si, à un moment donné, il a besoin de soins, éventuellement hospitaliers. Il y a donc un premier travail autour de sa identité sociale : ce qu'il fera avec l'assistante sociale.

### Phase d'extension.

On va étendre assez rapidement vers les générations au dessus. On a dit dans les ateliers qu'il fallait travailler avec trois générations. Assez vite, ils nous font un génogramme et nous expliquent dans quel contexte ils vivent. Ils vivent auprès des parents de Madeleine, la mère. Quand elle nous présente qui elle est dans sa famille, elle s'effondre et nous dit qu'elle « ne peut pas prononcer le nom ». Celui du frère aîné qui est mort de diphtérie quand elle avait cinq ans. Il a été ramené il y a quinze ans de la région parisienne dans la voiture, le petit cercueil... et il est enterré près de la maison des grands-parents et du couple, Joseph et Madeleine.

A ce moment, on voit qu'on aura affaire à quelque chose d'un peu plus lourd et qu'il faudra retravailler un certain nombre d'éléments de l'histoire familiale autour de Madeleine, de ce deuil, de cette culpabilité.

On travaillera du côté de Jacques la mort de son frère, décédé de crise cardiaque.

On étendra aussi horizontalement à propos d'Elise. Au moment du premier rendez-vous, elle venait de rentrer d'Angleterre. Elle avait pris son autonomie, puis elle a été prise d'attaques de panique dès qu'elle quittait le domicile des parents – des symptômes qui la retenaient auprès des parents.

Voyant les difficultés de séparation générationnelle des deux enfants et leur individuation problématiques, nous suggérons à Elise de trouver un psychothérapeute individuel pour elle-même.

Nous avons du travailler de manière assez conséquente avec Madeleine et Joseph les relations avec les parents de Madeleine, qui vivent à côté et qui ont une emprise très importante sur Madeleine. Elle verra comment elle n'a jamais pu faire pour honorer ses besoins propres – vie de couple, vie personnelle : la prise de conscience est par moments très douloureuse pour elle.

Entre temps, Jean-François a demandé à venir en soins, de lui-même ; il est venu en cure. Quand on a formulé la fonction du symptôme comme une loyauté à l'égard des parents, cela l'a assez bousculé, il a pu voir ça de manière positive. Il nous a dit qu'il voulait être dans l'Aéronautique mais que, pour ça, il faudrait qu'il passe des concours. Il s'y est attaqué ; il a été reçu à aux écoles de la Météorologie et de l'Aéronautique. Il est parti à Toulouse et il est devenu aiguilleur du ciel.

Nous avons clos la prise en charge familiale, qui a duré quatre ans, il y a deux à trois semaines avec Jean-François, sa sœur et ses parents. Nous avons peu vu Jean-François, il n'a pas eu de thérapie particulière. En revanche, nous avons dû soutenir le père et la mère, et Jean-François nous disait « ce qui me rassure, c'est que vous continuez à travailler avec eux ». On pourrait dire qu'il nous avait amené en travail thérapeutique ses parents, pour être sécurisé et, lui, pouvoir faire son projet personnel. Dans la *phase d'intimité* les parents ont vraiment travaillé leur relation de couple, leurs relations aux familles d'origine. Madeleine est engagée dans un travail de relaxation pour elle, où elle trouve du bénéfice, etc. Ils sont maintenant en retraite.

De tels cas sont des situations abouties. Même si on peut imaginer que Jean-François ait des problèmes, je sais qu'il saura aller chercher des ressources et faire face. Je sais qu'Elise est en thérapie avec une Gestalt - thérapeute ; elle mène sa barque. Elle nous raconte les niveaux de différenciation et comment elle revient ou ne revient pas dans sa famille. Les parents commencent à avoir des projets personnels.

De plus, ils nous ont beaucoup aidés dans la mise en place d'un groupe de parents pour les jeunes adultes avec des problèmes d'individuation et d'autonomisation. Comme ils étaient assez avancés, ils ont accepté de faire partie du groupe pour un peu travailler avec d'autres parents dans la même situation.

Au cours de la phase d'intimité, on utilise l'approche familiale ou de couple, des psychothérapies de groupe ou individuelles selon les besoins.

J'entendais ce matin : fait-on de la *thérapie familiale* ? Je dirais qu'on travaille avec les familles. Dans cette situation-là, on a fait vraiment un travail de thérapie familiale parce qu'ils avaient conscience, chacun, au bout d'un certain temps, qu'ils participaient tous à l'ensemble du système et que chaque élément qui changeait effectivement introduisait des changements pour l'autre.

## **Conclusion.**

C'est vrai que ceci est possible parce que je travaille dans la structure d'un Inter secteur d'Alcoologie ; je dispose effectivement de moyens multiples et variés. Cela fait dix-sept ans que nous travaillons avec les familles pour activer le système, pour qu'il puisse trouver, ou retrouver, ses compétences, sa créativité hors de l'addiction.

C'est vrai qu'il faut une synergie et un ajustement créateurs des différents soignants par un travail clinique commun, des remises en cause régulières, une supervision et la poursuite de nos formations. C'est un travail important parce qu'il faut ajuster en permanence à la fois le travail familial et le travail individuel ; nous avons besoin d'un travail d'analyse clinique commun régulier pour donner sens à la contribution des différents membres de l'équipe.

Si on a établi des protocoles pour les typologies 1 et pour les typologies 2, et si on a réalisé cette intégration des familles dans un système par phases, je voudrais dire qu'on a encore des manques par rapport aux typologies 3, qu'on pourrait sans doute intégrer davantage et mieux les familles notamment dans l'unité d'hospitalisation qui a encore sans doute encore beaucoup de progrès à faire. Pour autant, cela commence à être un travail relativement satisfaisant, ce qui n'arrête pas l'enthousiasme de l'équipe.

**Benoît Fleury.** Est-ce qu'on peut aller visiter Saint-Lô ?

**Antoinette MIALON – FOUILLEUL.** On est assez visité. J'ai les étudiants du D.U. d'alcoologie en stage pour quinze jours. Je souhaite ne pas avoir trop de monde à la fois, mais on a reçu des gens de Clermont-Ferrand, de Reims, de Bretagne... On a l'habitude d'accueillir mais un ou deux à la fois sur plusieurs jours d'affilée, pour voir à la fois le travail de consultation et comment cela s'articule avec le travail d'hospitalisation. C'est très difficile à vous transmettre comme ça, il faut le vivre vraiment. Je crois que c'est intéressant de voir comment s'articulent les divers niveaux. Si quelqu'un vient en stage, je l'emmène à la consultation de Coutances, je le fais assister aux entretiens familiaux ou je les enregistre ou j'utilise la salle avec la glace sans tain. Les familles sont extrêmement gentilles, elles ne refusent quasiment jamais les intervenants extérieurs ou les stagiaires.

# Conclusion.

## **Monsieur le Professeur Gérard OSTERMANN – Psychothérapeute - Bordeaux.**

Pour paraphraser Antoinette MIALON – FOUILLEUL, je dirais qu'il y a eu trois phases, trois points dans la journée :

- une première phase ce matin, où on a touché les représentations. On a vu comment nous pouvions être bénéficiaires mais aussi victimes de nos représentations, de nos croyances. Il y a eu un gros travail de « décapage », si j'ose dire. On a découvert aussi la richesse des interventions de Catherine et Daniel Basso – Fin, ce qui me laisse à penser qu'il faudrait aussi vraiment faire une journée par rapport au type de travail qu'ils mènent, qui est extraordinairement fin sur le plan clinique.

- il y a eu la deuxième phase, les ateliers, où beaucoup de choses se sont échangées, avec, toujours dans ces journées-là, une interrogation. On a l'impression qu'il y a une myriade d'outils et on se dit que l'outil, oui mais à quel moment ? avec quelle formation ? avec quelle rigueur clinique ? Où est la psychanalyse dans tout ça ? On parle aussi d'autres thérapies, les thérapies systémiques. Je crois qu'il serait intéressant de confronter cela, de mettre un peu en lumière les outils et comment on les utilise.

- Troisième point, on se dit que, manifestement, on est obligé de changer de perspective en vous écoutant, et je crois qu'on l'a fait tous. On se dit qu'on ne peut plus méconnaître toute cette dimension de l'entourage familial, pour montrer à quel point la distorsion de la fonction parentale peut avoir de l'importance.

Merci aux orateurs de nous avoir apporté des informations d'une très précieuse qualité et merci à vous tous. Merci pour votre attention. A l'an prochain.

Je voudrais vous annoncer que maintenant se déroule la réunion du Collège Régional des Alcoologues Aquitains, dont nous allons poser les statuts. Je formule le vœux que beaucoup viennent à cette association, infirmiers, médecins, psychologues, paramédicaux, étudiants, etc. et de différents départements pour que cette structure puisse vivre avec des projets. En sachant qu'elle sera reliée d'ailleurs, à la Société Française d'Alcoologie – Groupe régional Aquitaine.

## **Monsieur le Docteur Benoît FLEURY – Médecin Alcoologue - Bordeaux.**

Merci à Madame MORIN, qui a fait un travail formidable. Merci à Laurent ROUGIER, des Laboratoires MERCK-LIPHA Santé. Sans eux deux, on ne serait pas là.

**Notre prochaine journée annuelle se déroulera ici le 14 octobre 2004.**

# Annexes.

Nous disposons du contenu de trois des sept ateliers de cette journée, soit qu'ils aient pu être enregistrés, soit que l'animateur nous en ait fourni une trame – en l'occurrence le Docteur Jean-Jacques Cornu, que nous remercions.

Ces textes vous sont présentés en annexe.

- annexe 1

Alcool et secrets de famille.

**Animateurs**

**Gérard OSTERMANN**, psychothérapeute, Bordeaux

**Patrick MARLIER**, psychiatre, Bordeaux

**Jean-François MARSAN**, alcoologue, Bordeaux

- Annexe 2

Le couple.

**Animateur**

**Jean-Jacques CORNU**, Escales - Addictologie

Centre Hospitalier de Vauclaire

- Annexe 3

Violences inter-générationnelles et toxicomanies :  
réflexions à partir d'une enquête sur une population féminine.

**Animateurs**

**Myriam CASSEN**,

Psychologue clinicienne, thérapeute familiale

Responsable de l'Institut Michel Montaigne, Talence.

**Pierre Marie LINCHENEAU**

Psychologue, Bordeaux

# Alcool et secrets de famille.

## Animateurs

**Gérard OSTERMANN**, psychothérapeute, Bordeaux

**Patrick MARLIER**, psychiatre, Bordeaux

**Jean-François MARSAN**, alcoologue, Bordeaux

**Gérard OSTERMANN.** Merci d'être ici si nombreux, même si cela nous pose un problème parce que cela n'a plus tout à fait l'allure d'un atelier mais presque d'une séance plénière autour des secrets de famille. Cela change un petit peu la donne : en général, un atelier c'est un échange où, à partir de son expérience et de questions personnelles, on essaie d'aborder comment on peut se positionner face à ce qu'il est convenu d'appeler « le secret de famille ». Pour m'aider à cet atelier, vous, d'abord, et j'espère que vos questions seront nombreuses, mais plus que des questions, des témoignages, des histoires, du récit, que nous essaierons de commenter ensemble. Et à côté de moi, le Docteur Patrick MARLIER, psychiatre, qui s'intéresse aussi, et depuis des années, à l'alcoologie et le Docteur Jean-François MARSAN, qui travaille maintenant à Charles Perrens et qui aussi s'intéresse à l'alcoologie depuis de nombreuses années. Mais aussi, dans la salle, Colette LORTET, qui nous aidera sur l'approche psychodynamique et psychanalytique, et Michel CRAPLET, qui parle aussi des secrets de famille dans son dernier livre.

## Introduction sur le secret de famille.

Dans la transmission transgénérationnelle, Anne ANCELIN – SCHUTZENBERGER avait évoqué le travail de Nicolas ABRAHAM et en particulier l'effet 'ventriloque'. Ce matin on a parlé du 'nounours' ; imaginez que j'aie le nounours là, dans ma main, et à un moment on a l'effet 'ventriloque', c'est à dire que le nounours se met à parler sans que l'on me voie parler. C'est cet effet 'ventriloque' que l'on peut observer en clinique ; quand certaines personnes se mettent à parler, on a l'impression qu'il s'agit de quelqu'un d'autre, à l'intérieur, une sorte de fantôme qui se met à parler. Ça, c'est l'effet ventriloque', avec cette fameuse crypte et ce fantôme, comme on a dit ce matin.

### **La notion de secret.**

En aparté, Colette LORTET me disait que 'secret' était un beau mot parce dans 'secret', il y a aussi 'se créer'. L'étymologie est moins réjouissante ; ça vient de *cernere* qui veut dire autant séduction qu'excrément. On est dans une autre problématique parce qu'il y a bien une problématique de séparation, d'enfouissement et aussi une phase, l'on peut dire d'excrétion.

### **Le secret de famille.**

Cela mérite d'être posé. Est-ce que tous les secrets sont des secrets de famille ? Non. On a quelques idées toute faites. Par exemple, un secret est quelque chose qu'on ne dit pas. Mais il y a des tas de choses que l'on ne dit pas dans la famille, sans pour autant que ce soit des secrets de famille. Pour qu'un secret soit vraiment considéré comme un secret de famille, il faut plusieurs conditions réunies :

- Ce dont on ne parle pas
- Ce qu'il est interdit de connaître
- Ce qui apparaît douloureux ou source de souffrance chez ceux qui gardent le secret.

Exemple. Ce qui ne se dit pas et qui est interdit de connaître : le type de rapports sexuels qu'on a avec son conjoint, on n'en parle pas à ses enfants : ce n'est pas pour autant un secret de famille. Mais dans la mesure où quelque chose n'est pas dit, qui est interdit de connaître et qu'en même temps, il y a une souffrance chez ceux qui le gardent, alors là, cela peut faire effectivement l'objet d'un secret de famille.

Il est important de rappeler que tout n'est pas secret de famille et que tout secret n'est pas forcément mauvais parce que le fond du secret est ce qui nous permet psychiquement de grandir. Quand un petit d'homme réalise qu'il peut penser des choses au fond de lui et que ses parents ne voient pas ce qu'il pense en lui, cela permet la structuration psychique. Comme l'écrit CYRULNIK, le moment où il commence à mentir, ça fait partie aussi de sa structuration psychique. On n'est pas dans le secret de famille au sens pathologique. Un secret n'est pas non plus ce qui s'oppose à la vérité ; c'est quelque chose qui s'oppose à la communication.

### **Modes de transmission des secrets de famille.**

À ce propos, Serge TISSERON n'aime pas le terme de transmission transgénérationnelle, qui paraît un peu mystérieux, il préfère le terme de *ricochet*. On va y revenir. Quelqu'un qui aurait un secret, quelque part pour lui irréprésentable, en partie non symbolisable, et que, par essence même il ne dira pas ou essaiera de le cacher, cela va générer des attitudes, des mimiques, des comportements. Ces non-dits, avec ces mimiques, avec cette part qui « suinte » c'est à dire qui arrive quand même à passer (ce qu'on appelle le suintement du secret), c'est ça qui va faire ricochet sur les générations suivantes. Et là on a l'impression d'être dans la mythologie grecque, ces drames qui arrivent à se répéter de façon transgénérationnelle, on le retrouve aussi d'ailleurs dans l'Ancien Testament. C'est cette notion où une parole a manqué et on a l'impression qu'il y a une malédiction sur la famille. Mais si on regarde bien de près le texte, on voit qu'une parole a manqué. C'est ce qui se passe là : quelque chose n'a pas été pensé, quelque chose n'a pas été symbolisé, on pourrait dire quelque chose n'a pas été « psychisé ». À la première génération, c'est un non-dit, à la deuxième c'est un secret de famille, à la troisième, c'est de l'impensé, avec tout ce que cela va apporter comme conséquences.

### **Pourquoi l'angoisse est-elle aussi contagieuse.**

Il y a une distinction importante à faire entre le pressentiment de l'existence d'un secret et le pressentiment que peut avoir l'enfant du contenu du secret. On peut pressentir qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez ses parents et on peut aussi pressentir une certaine forme de contenu. Quelques exemples : Un père, au moment où il a son enfant sur les genoux, regardant à la télévision certaines scènes qui évoquent une histoire dramatique, écarte l'enfant, le pose. Il peut le reprendre après mais manifestement toute sa mimique, son expression est modifiée. L'enfant ne comprend rien à ce qui se passe, il se dit que peut-être c'est lui qui est en cause, il se passe quelque chose. Une mère est avec son enfant, lui sourit ; brutalement, parce que dans son théâtre intérieur, elle pense une chose, sa gestuelle, sa mimique, son expression changent. Ce non-dit, cette part non verbale des choses, c'est ce qui va se transmettre, faire le ricochet du secret transgénérationnel, avec des conséquences extrêmement importantes. L'enfant a plusieurs possibilités. D'abord, il peut se dire que c'est de sa faute et s'inventer des scénarios de culpabilité. C'est ce qu'on voit le plus souvent. Il y a aussi la situation où l'enfant pense que son père, sa mère a fait quelque chose d'abominable.



Anne ANCELIN – SCHUTZENBERGER raconte très bien à quel point parfois les secrets aujourd'hui nous feraient sourire, il faut les situer dans leur contexte. Par exemple la tuberculose, à une époque, était un secret. A une époque aussi le cancer. Aujourd'hui, le SIDA. A une époque on taisait un divorce. Il y a eu les histoires de faillites frauduleuses. L'alcool, bien évidemment. Mais parfois, Serge TISSERON le dit très bien, les secrets ne sont pas aussi majeurs, aussi dramatiques. Il n'en demeure pas moins vrai que, dans ces non-dits, dans ce côté impensé des choses, cela finit par entraîner des tas de comportements chez l'enfant. Bien sûr il peut s'imaginer des actes abominables, mais il peut aussi, et c'est assez fréquente en clinique quand il y a des secrets de famille, puisqu'il ne comprend rien, finir par douter de ses propres capacités psychiques. Il y a alors un trouble de l'estime de soi qui peut apparaître de façon extrêmement forte. Exemple. L'enfant allume la télé, le père arrive, l'émission concerne quelque chose qui le touche lui au fond, clac il arrête, il zappe, il fait autre chose... l'enfant se dit quoi ? qu'est-ce que cela veut dire ? l'enfant peut se mettre à ce moment à douter de ses propres capacités psychiques. Un secret de famille peut se transmettre par tout, la mimique, une recette de cuisine, une lettre qui a circulé d'une génération à l'autre mais aussi par exemple par un morceau de musique. C'est l'histoire d'un jeune homme qui à chaque fois qu'il écoute du jazz, voit que cela rend ses parents mécontents alors que les musiques des années 70 et 80 leur plaisent. Il se dit qu'ils n'aiment pas le jazz mais ne comprend rien à ce qui se passe. Puis il se dit que ses propres goûts musicaux sont peut-être discutables... Bon, il est en question. Un jour il comprend ce qui est du domaine du secret. Sa grand-mère paternelle à la libération était sortie avec un soldat américain et elle était tombée enceinte : la question de son propre père était en point d'interrogation. Face à son angoisse, son père avait tout fait pour étouffer ça. Donc tout ce qui concernait de près ou de loin le jazz, les Américains, et tout ça, bien sûr était 'crypté'. Cela peut se transmettre par quelque chose d'aussi simple qu'une attitude, dans la mesure où elle est non explicitée et non parlée. Cela fait un beau secret de famille.

Non seulement l'enfant se met à douter de tout, il perd ses capacités psychiques, de confiance en lui, d'estime de lui mais il peut aussi se mettre à fabriquer des secrets. Puisqu'on a commencé à fabriquer des secrets, on continue à en fabriquer.

Souvent ce sont des secrets de polichinelle, des petits secrets de rien du tout. N'empêche que, comme dit Serge TISSERON, quand on est en présence de personnes qui développent des secrets de Polichinelle, on peut être quasi sûr qu'il y a eu des histoires de secrets de famille. Mais ce n'est pas si facile à remonter et à comprendre. Et que faire devant un secret ? Quelle attitude ? Quelle attitude préventive en tant que parents ? Quelle attitude thérapeutique dans la relation d'aide quand on est en présence d'un malade alcoolique où on pourrait dire qu'au fond tous les secrets sont dans l'alcool ? Il y a une racine hébraïque qui est la même entre le secret et le vin, d'ailleurs.

### **Le langage.**

Je disais que le secret est à la fois bon et mauvais, il peut être structurant ou déstructurant. La langue française montre combien il peut-être déstructurant.

- Au début, on peut dire *garder un secret*. On garde un secret, c'est une part active de quelque chose. A la limite, il peut être structurant de garder un secret.

- On peut aussi *mettre quelqu'un dans le secret*. C'est quand quelqu'un vient vous dire « je vais te confier un secret, surtout tu n'en parles pas ». On est prisonnier du secret qu'on nous confie, c'est un peu plus aliénant et beaucoup plus difficile à tenir.

- *On met au secret.* Une personne qu'on met au secret, c'est une façon de dire qu'on la fait disparaître. Là il ne s'agit pas de faire littéralement disparaître quelqu'un, encore que parfois dans des histoires familiales il y a eu de véritables mises au secret. Le plus souvent, ce qu'on met au secret c'est l'événement : on fait disparaître les traces, tout de ce qui a pu être la part honteuse d'une histoire familiale. C'est véritablement une mise au secret. Actuellement j'ai l'histoire d'un couple, histoire absolument dramatique. Ce sont des gens de théâtre qui, alors qu'ils vivaient en Allemagne, ont adopté une petite fille de trois ou quatre mois. Le couple n'est pas marié. La petite fille a grandi, elle porte le nom du père. Il y a une certaine dissonance physique : les parents sont très petits et la fille très grande. Elle a déjà posé quelques questions autour de sa non ressemblance sans que les parents aient parlé. La consultation est venue du fait qu'à lui, qui a une cinquantaine d'années, on vient de découvrir un cancer de la prostate métastasé. Il avait quelques conduites d'alcoolisations, liées à une très forte culpabilité. Il me dit « je ne sais pas quoi faire car notre fille, Freyja, n'est pas au courant qu'elle a été adoptée, on lui a même raconté les conditions de sa naissance. On ne sait plus ce qu'il faut faire ». Lucide sur le pronostic de sa maladie, il dit « quand où je vais disparaître, on ira sûrement du côté des livrets de famille, des actes de naissance, en Allemagne. Je pense qu'elle va faire des recherches. Que faut-il faire ? Faut-il dire maintenant ? Faut-il révéler quelque chose ? » Il s'est effondré en en parlant parce qu'il y avait un désaccord avec sa compagne. Lui aurait aimé en parler il y a beaucoup plus longtemps. Tous les secrets ne sont pas aussi lourds ; celui-ci est très lourd. On va avoir une espèce d'oscillation de la personne qui garde le secret qui voudrait l'enfouir, l'oublier, le faire disparaître et en même temps, une espèce de propagation qui suinte dans les mimiques, les attitudes. Cette oscillation n'est pas toujours efficace pour maintenir le secret « bien gardé » et ce clivage est à la source de ce qui va se passer psychologiquement.

Imaginons l'histoire d'une jeune fille qui développe, à quinze ans, une phobie des pieds nus quand elle apprend le décès de son grand-père. Il s'est pendu et elle ne sait pas que son grand-père s'est suicidé. Tout le monde garde bien le secret de ce suicide, mais elle a dû capter vraisemblablement des choses autour de la disparition du grand-père. A la première génération, on n'a rien dit, c'était de l'ordre de l'indicible. A la deuxième génération, on peut imaginer que cette jeune fille, devenue femme, a un enfant. Ayant la phobie des pieds nus, on peut imaginer ses difficultés dans le toucher de son enfant, avec les graves troubles que cela peut entraîner dans la structuration psychique de ce bébé. Ce bébé, qui sera un jour homme, pourra avoir des enfants. Que va t'il se passer ? On est du côté de l'impensable. Et si, à la troisième génération, on a quelqu'un qui a effectivement de gros troubles psychologiques, des troubles du schéma corporel par exemple, il sera difficile au soignant de dire « si vous en êtes là c'est parce qu'on n'a pas dit à votre mère que son grand-père s'est suicidé ». Il y a un moment où il est extrêmement difficile de remonter la chaîne du secret. Pour rappeler que les secrets de polichinelle qu'on peut avoir sur des générations sont souvent à mettre en lien avec de véritables secrets des générations précédentes.

### **Illustration clinique. Jean-François MARSAN.**

Une observation, tout à fait incomplète, vous verrez, où il y a beaucoup de secrets, probablement qu'un secret peut en cacher un autre. Quel est LE secret, je n'en sais rien et je ne suis pas sûr d'en jamais rien savoir. Cette observation a pour titre « j'ai quelque chose à vous dire ». Cette parole est une double parole, dans le sens probablement mais aussi plus prosaïquement puisque ce sont des jumelles qui un jour m'interpellent à la sortie de la chambre où je viens de m'entretenir avec leur mère en me disant : « nous avons quelque chose à vous dire ». La première interrogation qui me vient en réécrivant cette courte observation concerne la finalité de cette interpellation : une manière de m'éclairer pour permettre une prise en charge ? la recherche du soulagement dans l'aveu du « secret » ? ou, et je suis enclin à penser que cette dernière hypothèse est la bonne, inclusion d'un nouvel intervenant dans le cercle du secret, avec la question en lieu et en place de qui ? Qu'y avait-il donc à dire ? Il y avait à dire : *Maman boit*.

La patiente a 71 ans. Je l'avais aperçue de temps à autre, une petite femme plutôt souriante. Son contact est plutôt superficiel, fugace, à tel point qu'à la fin de la journée, on se souvenait d'avoir rencontré ses filles, son mari (elle était toujours accompagnée de ses filles ou de son mari), mais on ne se souvenait pas forcément de l'avoir vue, elle. Je me suis rappelé, alors, que j'avais aussi soigné sa mère en maison de retraite, un tableau de démence extrêmement douloureux – persécutions délirantes, somatisations douloureuses – probablement un tableau de dépression mélancolique très intense, très profonde et qui avait sa source dans un abandon conjugal qui avait eu lieu cinquante ans auparavant.

La patiente est hospitalisée depuis quelques jours pour une chute survenue à son domicile. A 71 ans, elle a le droit de tomber, personne ne comprend plus que ce qu'il y a à comprendre. Bizarrement, au bout de quelques jours d'hospitalisation, s'installe un syndrome confusionnel. Là non plus, personne ne comprend. Le traitement est chaotique puisque personne n'évoque l'étiologie, on la surdose, etc. Il y a quelques jours de réelles difficultés vitales à cause d'un surdosage médicamenteux. Finalement elle émerge et une de mes collègues ne trouve rien de mieux que de la mettre sous Aricept (Alzheimer), c'est dire les difficultés de diagnostic.

Il ne faut pas oublier que la scène de cette hospitalisation, de ce syndrome confusionnel, se déroule sous le regard des deux filles, qui restent muettes et à aucun moment ne vont dire l'habitus de leur mère. Ce que Gérard évoquait avec la tentative d'enfouir le secret.

Lors du premier entretien avec la patiente, je vois une personne en état de sub-excitation, cohérente, de contact agréable, qui raconte l'épisode récent avec vivacité tout en disant régulièrement « je ne comprend pas ce qui est arrivé ». Il y a quand même cet état de sub-excitation, avec manifestement une attitude d'aguets en permanence – elle n'est pas à l'aise –, une instabilité émotionnelle. A la fin du premier entretien, je me dis qu'il y a manifestement autre chose là-dedans, ce n'était pas bien difficile à deviner. Sur le pas de la porte, je rencontre donc les deux filles, les jumelles, et c'est là qu'elles me disent « il faut qu'on vous parle ». Mais pas ici, on prend rendez-vous et on se retrouve le lendemain dans mon bureau.

Et là, disons que c'est « l'aveu ». De quoi ? Je ne sais pas, mais en fin un aveu au moins, dans un grand état de tension ; une des jumelles pleure, l'autre réagit sur un mode sténique, dans une tension beaucoup plus musculaire, plus maîtrisée. Et finalement, je ne sais plus laquelle des deux, probablement celle qui pleure, me dit « Maman boit. Elle boit depuis longtemps. On voulait vous le dire, elle a toujours bu ». Beaucoup de choses s'expliquent, de ce qui n'avait pas été dit, au moins pour la prise en charge initiale. En fait, depuis 35 ans, cette femme boit, quotidiennement, à son domicile. C'est le secret qu'on me donne ce jour-là.

Depuis qu'elles ont huit ans, ses deux filles connaissent sa démarche mal assurée, la nécessité pour leur mère de prendre des appuis le soir pour ne pas se casser la figure mais aussi, chaque soir, le retour de leur père. Je les cite : « jamais il n'a rien dit. Il le savait, lui, jamais un mot, rien. » En effet, durant toute sa vie, le père va cacher les alcoolisations de sa femme. Non seulement il va les taire mais, comme le disent les filles après la mort de leur père, il va même ne pas les voir. « Et pourtant, il savait, lui » disent-elles. Par ailleurs, le père est omniprésent auprès de cette épouse abandonnique et il construit, à coup d'entrain, de bons mots, d'implication sociale dans tous les sens, un monde factice, manifestement socialement efficace.

Pourquoi boit-elle ? Illusion de la raison unique... Que peut-on évoquer ? La dépression de sa propre mère, probablement, une histoire d'amour avortée avec un bel aviateur qu'elle évoque encore avec une certaine émotion voire même quelques émois, la castration de l'hystérectomie précoce... Mais dans son discours, telle que j'ai pu la voir sur deux entretiens, rien de la souffrance de l'enfance, rien d'une notion de traumatisme, rien de la répétition. Là aussi, il y a secret. De toute façon, les choses n'ont guère évolué depuis la mort de son mari, il y a deux ans. Les alcoolisations n'ont pas augmenté, manifestement c'est un épiphénomène.

Pourquoi vous rapporter cette histoire aujourd'hui ? Parce que mon étonnement vient d'une chose. Certes, il y a culte du secret dans cette famille, mais les jumelles, qui ont 45 ans, ne se sont jamais avoué entre elles l'alcoolisme de leur mère. Elles n'en ont parlé que dans les derniers mois écoulés. Pendant toute leur enfance, pendant toute leur adolescence, pendant toute leur vie d'adulte, ces deux jumelles – que je connais depuis quinze ans et que je suis infichu de différencier tellement elles se ressemblent, tellement elles sont ensemble – n'ont jamais, jamais évoqué entre elles le fait que leur mère buvait. Je crois que cela montre l'intensité du secret intra-familial et l'intensité des liens qu'il recouvre probablement. J'ajouterai que l'époux d'une des jumelles est au courant mais que l'époux de l'autre, je cite « ne se doute de rien ». Les enfants des filles, donc les petits enfants de la patiente, ne sont au courant de rien et je ne pense pas qu'ils le seront avant longtemps. J'ai l'impression que le secret de l'alcoolisme de la mère n'est pas le seul, qu'il y a là la répétition de quelque chose, peut être de transgénérationnel. En tout cas, il y a possibilité que ce secret devienne lui-même transgénérationnel. C'est probablement ce qui est en train de se faire.

Les raisons de ce secret ? Je ne sais toujours pas. S'agit-il d'éviter une situation socialement génératrice de honte, l'alcoolisme de la mère ? S'agit-il d'éviter, dans le déni, la souffrance de la mère et l'incapacité qu'on a à y répondre ? S'agit-il d'être fidèle à l'image paternelle, pourtant inductrice de mensonges patents ? Je ne sais pas, les questions sont posées. En guise de conclusion, vous vous en doutez, je n'ai jamais revu la patiente en consultation, ses filles n'ont jamais pu me l'amener.

**Q1.** Est-ce que cette hospitalisation n'était pas un moment à saisir pour que ce secret puisse être dit ?

**Jean-François MARSAN.** Lorsqu'elles m'ont parlé, je leur ai proposé en effet d'aller immédiatement auprès de leur mère, dans un premier temps simplement pour lui dire qu'elles étaient venues me voir en dehors de la présence de leur mère car, déjà cela, elles ne voulaient pas le dire. Elles n'y sont pas allées. Les couloirs dans une clinique sont grands, elles se sont perdues dans les couloirs. Quand au fait qu'elles n'amènent pas leur mère en consultation, je crois que c'est la préservation du secret qui est en jeu. Je ne sais pas pourquoi elles ont commencé à me dire quelque chose et maintenant elles s'arrêtent. Je pense que quelque part, à un moment, elles m'ont sollicité en lieu et place du père. Pour cette hypothèse, j'ajouterai que tout ça se passe dans un établissement où je travaille et elles également et qu'il était dit que je devais aussi, moi, garder le secret. Je pense que c'est comme ça que pour elles les choses se sont posées, sans que j'aie accès au véritable secret qui est derrière.

**Claire SERIES.** Problème éthique dans la relation d'aide. Peut-on accueillir une famille sans que le patient soit au courant ?

**Gérard OSTERMANN.** Je partage complètement l'attitude de François GONNET là-dessus : rien ne doit être dit ou fait le concernant sans que le patient en soit informé, sinon c'est prendre le risque d'une collusion implicite.

**Q2.** La personne recevant un patient ayant un problème d'alcool peut-elle recevoir la famille, parallèlement ?

**Colette LORTET.** Je ne reçois jamais une famille sans le patient. Par contre il m'arrive souvent de recevoir une famille, si le patient le demande, ou si parfois on arrive à se dire avec lui qu'il serait bien que la famille soit au courant de certaines choses. Et quand je reçois la famille, je dis toujours à cette famille « voilà cette personne a quelque chose à vous dire, est-ce que vous voulez l'entendre ? » Mais jamais je ne reçois la famille sans le patient. Et je crois que, de toute façon, cela ne peut se faire qu'après un temps assez long, on ne peut pas au départ recevoir une famille.

Je voudrais revenir sur l'observation. Je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de secret ! En fait c'est un secret qui était quand même très, très partagé : le mari savait, les filles savaient depuis longtemps... c'est surtout une non circulation de la parole en jeu, beaucoup plus qu'un secret. Et la non circulation de la parole, est-ce que parfois cela n'évite pas la folie ?

**Jean-François MARSAN.** Je pense qu'il y a, dans cette famille, une absence de mentalisation. Je m'interroge sur la structure du père, je pense qu'il est pas mal altéré.

**Colette LORTET.** Je pense que c'est une protection.

**Jean-François MARSAN.** Oui.

**Gérard OSTERMANN.** Sur la question posée. Il y a pour moi une situation piège, un peu délicate : on vous appelle au téléphone et on vous dit « c'est vous qui suivez untel, je voudrais avoir des nouvelles et je voudrais vous dire... » J'interromps tout de suite. J'informe que je ne réponds pas par téléphone et que si la personne veut me voir ou en parler, c'est bien volontiers mais à la condition expresse qu'elle en parle au patient concerné. Je crois que cela limite bien des dérives et des collusions potentielles.

**Colette LORTET.** De toute façon, surtout dans l'alcoolisme, on dit souvent qu'on est à trois dans la thérapie au départ : le patient, le thérapeute et la bouteille. On veut essayer de mettre la bouteille dehors et si nous, nous réintroduisons une autre personne, on reforme un triangle.

**Q3.** Vous parlez de structure, cela me rassure parce que pendant toute la matinée, il n'a pas été question de psychose, de névrose ni de perversion et on ne peut pas traiter de ce qu'on pourrait raconter comme un phénomène suivant qu'il s'agit d'un patient mélancolique, par exemple, ou bien d'une hystérique, disons pour simplifier. Le silence n'est certainement pas du même ordre, n'a pas la même fonction et ce qui peut paraître regrettable pour certains, peut-être pour une hystérique, qu'elle ne parle pas, peut être tout à fait opérant, efficace, pour quelqu'un qui par exemple serait mélancolique. Je suis psychologue clinicienne au centre de post cure de Sainte Foye La Grande. Il me semble que beaucoup de gens passent chez nous sans avoir jamais décompensé, peut-être grâce à l'alcool. Je crois qu'il y a beaucoup de psychoses qu'on pourrait peut-être appeler ordinaires, qui n'ont pas eu l'occasion d'être diagnostiquées et qui sont traitées de curieuse manière, comme s'il s'agissait de névroses. Je suis contente que cette notion soit avancée, parmi toutes les hypothèses et les remarques de cette journée ; on peut faire des erreurs grossières quand on prend un psychotique pour un névrosé.

**Gérard OSTERMANN.** Ce que vous dites est, je crois, tout à fait essentiel. Le mot alcool ne dit rien, ne nous renseigne en rien ; il nous dit simplement que quelque chose ne va pas dans l'économie personnelle, pulsionnelle, familiale, relationnelle, mais il ne renseigne pas sur le sujet et sur sa structure. Je partage assez volontiers les hypothèses là-dessus de Michèle MONJAUZE qui trouve que dans la pathologie, dans les souffrances alcooliques, il y a souvent quelque chose qui est effectivement plus proche de la psychose, ce qu'elle appelle *la psychose associative* pour bien différencier des psychoses dites dissociatives. C'est comme si le moi était construit de bric et de broc, l'individu est dans un corps d'adulte, avec une apparence d'adulte, mais au fond cela ne s'est pas constitué. Devant ces troubles profonds, l'alcool aura une fonction tout à fait essentielle et la réponse qui serait tout simplement d'écarter l'alcool sans comprendre ce qu'il en est de la structure derrière peut amener des catastrophes.

**Q3.** Tout à fait ravageant. On n'a pas beaucoup d'échos de ceux qui s'en vont de chez nous, mais je me souviens d'un monsieur qui s'est tiré un coup de fusil très peu de temps après sa sortie, il aurait peut-être mieux valu qu'il se remette très vite à boire.

**Gérard OSTERMANN.** L'abstinence n'est pas le but du traitement. Elle est un outil de rétablissement. Michel CRAPLET insiste dans son dernier éditorial d'alcoologie, sur la conjugaison abstinence et plaisir. L'abstinence ne doit pas être vécue comme une amputation ou une mutilation : l'abstinence s'inscrit dans un jeu relationnel créatif où elle a une fonction réelle. Quand il y a des défauts majeurs, quand ça ne tient pas ensemble vraiment, il faut bien reconnaître que dans certains cas il vaut mieux accepter des réalcoolisations qui permettent que ça aille cahin-caha mais que ça fonctionne. Vous avez raison de soulever cette question, qui est un peu à côté du secret, mais ce sont des choses importantes à dire.

**Q3.** Cela a à voir avec la parole en tout cas, ce qu'on soutient de la parole, ce qu'on extorque éventuellement de la parole et qui serait aussi une catastrophe.

**Gérard OSTERMANN.** Je dis volontiers que « qui gagne l'aveu perd l'alcoolique ». Vouloir extorquer quelque chose d'une personne qui est dans la dépendance amène une perte de la relation. Personne n'a obligé la personne dépendante à mettre de l'alcool dans son verre et personne ne peut l'obliger à mettre autre chose que de l'alcool dans son verre. Si on ne lui rend pas ce choix, cette « liberté », possible, on est soi-même dans un paradoxe de fonctionnement plutôt aliénant. On va l'exhorter à quelque chose qui est finalement le miroir de quelque chose qu'il n'arrive pas à faire. Mais il faut quand même à un moment poser le verre pour entrer dans la relation. On doit avoir cette écoute psychique des points de fragilité, de cette honte fondamentale, Michel Craplet parle aussi de la pudeur.

Beaucoup de personnes alcooliques qui viennent demander de l'aide sont dans une identité quasi excrémentielle : ils se vivent comme des déchets, ils se rendent minables.

J'ai en soin actuellement un de nos collègues qui dit « si ma vie était une ligne de métro, je monterais à une station, la deuxième s'appellerait 'semi-pompette', la troisième s'appellerait 'pompette' et la dernière serait de toute façon toujours la station 'serpillière' et encore, c'est le contrôleur qui me réveille tellement je me mets minable ». Il le dit avec un certain humour mais on sent à quel point il le vit comme une honte totale, cette honte extrêmement forte qui s'enracine. Elle me pose question au niveau psychanalytique parce que, quand on parle de honte au sens freudien, on parle de pulsion partielle, de réveil de la pulsion partielle. Là, on a l'impression que c'est une honte d'être, beaucoup plus enracinée encore. Dans cette digression, vous avez raison de dire, Madame, que ce qui reste au centre ici c'est bien la parole, comment la dire et aussi comment l'écouter, comment entendre au delà des paroles de l'alcoolique et de son entourage.

**Q4.** A propos de la honte, que pourriez-vous dire de l'articulation entre secret et déni ? N'y a t'il pas quelque chose à articuler là ?

**Gérard OSTERMANN.** Bien sûr on peut expliquer la notion de déni par la fameuse opprobre sociale, ou par ce que FOUQUET a appelé l'a-psycho-gnosie, on pourrait même dire a-psycho-somato-chrono-gnosie. Mais je considère que s'il y a quelque chose d'essentiel dans le mécanisme du déni, c'est ce qui est lié à la honte fondamentale. Et cette honte fondamentale est aussi parfois la résultante de quelque chose qui est du côté du secret, dans ce qui s'est transmis comme « il y a de la souffrance et je ne comprends rien, je ne sais pas ce qui se passe mais ça vient vivre en moi et résonner émotionnellement ». Un éclairage du déni, c'est ça.

**Q5.** Je travaille à Pau, en alcoologie et toxicomanie. Honte, secret, excréments. Effectivement dans la clinique, il y a des gens qui vous disent pendant *x* séances « il faudrait que je vous dise quelque chose, mais je n'y arrive pas » et ils vous appâtent comme ça assez longtemps. Je me garde bien de faire du forcing là-dessus. Ambivalence qu'on peut voir dans la honte. Souvent il y a ce mélange de honte et d'exhibition. Ils ont énormément honte mais, comme le secret qui suinte, ils en laissent aussi suffisamment à voir, parfois même à exhiber. Dans le côté excrémental, il y a le secret mais c'est aussi leur butin et leur richesse : ils n'ont quasiment que cela. Le problème c'est qu'une fois qu'ils vous l'ont transmis, ils se retrouvent très vides et très pauvres ; tant qu'ils avaient cette carte en mains, ils pouvaient avoir un argument pour expliquer qu'ils ne réussissent peut-être pas dans la vie. Une fois ce secret confié – secret en général très connu même s'il en cache peut-être d'autres, inconnus – ils se retrouvent encore plus vides qu'avant. Et très mal. Une fois qu'ils ont dit ça, ils ont 'out dit'. Au moins pour ces structures narcissiques, un peu a-structurées, justement.

**Gérard OSTERMANN.** Comme quoi, le secret a une fonction d'étayage. C'est important. Ce matin on n'a pas eu le temps de discuter après les exposés des BASSO-FIN. Chez l'alcoolique, chez la personne alcoolique puisque le 'alcoolique' reste un peu un mot guillotine qui trie, juge et condamne, j'ai l'impression qu'il y a quand même une difficulté, cette double peut-être pas personnalité, mais ce double élément, la part alcoolique et la part non alcoolique comme dit MONJAUZE. Moi je dirais qu'il y a la part alcoolophile et la part alcoolophobe. Ces deux aspects, Dr Jeekyll et Mr Hyde, ne se rencontrent pas. C'est le problème avec l'entourage, c'est la difficulté dans la co-dépendance. Quand il est alcoolophile, il y a une transaction avec le co-dépendant, quand il est alcoolophobe, il s'en passe une autre. Effectivement on retrouve le triangle de Karpman avec persécuteur - victime - sauveteur mais qui dit vrai ? Comme quoi, la question du secret n'est pas celle de la vérité.

Quand quelqu'un a bu, quand il est alcoolisé, il dit des choses : quelle part de vérité ? Est-ce quand il n'est pas alcoolisé qu'il dit le vrai de lui ? Est-ce quand il est alcoolisé ?

Cela aussi cela pose question sur le sujet lui-même. Je crois que nous mêmes devons tenir cette double position de la part alcoolophile et de la part alcoolophobe du sujet dépendant. Le soin consiste surtout à renforcer la partie saine, non alcoolique, il ne s'agit pas d'extirper, d'exorciser même la part alcoolique comme on diabolise d'alcool. Il suffit de regarder les revues médicales pour comprendre qu'on est encore dans ce mythe d'extraction, extirper. Une revue anglo-saxonne s'appelle *The Lancet*, la petite lance pour extirper le mal. Certains continuent à fonctionner comme ça par rapport à l'alcoolique : on veut extraire le mal. Si ce qu'on extrait est ce qui permet de tenir debout, comme disait Madame tout à l'heure, on fait peut-être des erreurs. *Primum non nocere*.

### **Illustration clinique. Patrick MARLIER**

Sans qu'on se soit concerté, mon cas clinique complète assez bien le cas exposé précédemment. Il y a moins de notion évidente de secret mais il illustre davantage comment les choses peuvent se transmettre sur plusieurs générations. S'il y a secret, il n'y a rien qu'on puisse repérer de manière concrète : il y en a sans doute mais il y a davantage, comme disait Gérard, un ou des secrets qui suintent. Il s'expriment à travers les symptômes développés par les gens sur trois générations. Cela illustre davantage les notions de liens familiaux qui privilégient la dépendance, qu'on retrouve souvent dans les familles et qui étaient je pense aussi présents dans l'exemple donné tout à l'heure, des rapports de fusion, les difficultés d'accès à des espaces personnels, intimes, des empiètements des espaces de chacun, le flou des rôles familiaux et puis ces climats incestuels qui sont assez fréquemment retrouvés dans les familles où il y a des problèmes d'alcoolisme et qui suintent. Et c'est peut-être par là que suinte l'idée de quelque chose de plus franchement agi dans les générations précédentes.

Il s'agit de trois générations de femmes ; il n'y a pas beaucoup d'hommes, le seul homme parfois je me dis que c'est le psychiatre que l'une d'elle rencontre.

La patiente, celle qui est soignée, celle qui boit, est une dame d'une quarantaine d'années, divorcée avec deux enfants, deux filles de onze et neuf ans. La première consultation se passe au sortir d'un séjour en clinique psychiatrique pour la prise en charge d'un épisode qui s'est étalé sur plusieurs semaines et qui a été massif, très invalidant. Au décours de ce séjour en clinique, elle cherche un interlocuteur pour un suivi. La demande est de cet ordre, comme si cela paraissait couler de source après avoir été hospitalisée.

Pour situer son espace de vie. Elle vit dans le même immeuble que sa mère, elles ont des appartements séparés. Pendant tout le temps où elle s'alcoolisait et où elle a été hospitalisée, la mère s'est occupée des deux filles, la remplaçant totalement. Bien que la patiente soit rentrée chez elle, cette mère reste hyper présente. Elle a les clés de l'appartement, elle ouvre le courrier, elle est là en permanence, elle est complètement indispensable. Si elle n'est pas là physiquement, elle téléphone sans arrêt, jusqu'à dix-huit fois par jour, m'a dit la patiente. Donc il y a quelque chose d'extrêmement interdépendant et avec, après que la patiente ait été pendant plusieurs semaines très invalidée, très peu de place pour elle au plan de la vie familiale.



Dans les trois premiers mois, il y a deux rechutes massives, très importantes, avec une imprégnation majeure et tout le système classique, les bouteilles cachées, elle ne tient pas debout du matin au soir. De temps en temps, quand elle a un peu moins bu, elle vient en consultation. Une fois même, sa mère l'amène en consultation au comble de l'alcoolisation, pour vraiment montrer le tableau, exhiber à quel point elle est complètement invalidée. Donc il faut deux autres séjours en milieu hospitalier, absolument indispensables pour sortir de cette situation bloquée, pour refaire des sevrages. C'est d'ailleurs difficile parce que ça se répète : le troisième séjour, en trois mois, est difficile à obtenir. C'est indispensable aussi pour la mettre à l'abri parce que physiquement, cela commence à prendre des proportions catastrophiques.

Après le troisième séjour, elle commence à émerger et elle commence à se plaindre de l'envahissement de sa mère et aussi de son ex-mari – il y a quand même quelques hommes mais ils sont un peu éloignés, un peu dans le fond du décor – sa mère est elle même divorcée, son père est mort. Elle se plaint de son ex-mari, de vingt ans son aîné, chez qui ses filles ne veulent plus aller car il ne s'intéresse pas à elles. Classiquement, il les reçoit le week-end et ne manifeste pas grand intérêt pour elles. Il habite un studio où tout le monde est un peu entassé, bien qu'il soit d'un milieu socioprofessionnel relativement aisé. Il se balade nu devant elles, il y a des tas de choses comme ça très floues, on ne sait pas trop où il est, ce qu'il entend, lui, apporter à ces filles au cours de ces visites et elles n'en attendent plus grand chose semble t'il.

Elle se plaint de l'envahissement de sa mère, de toutes ces choses dans sa vie qui ne vont pas très bien. Elle reconnaît en même temps qu'il ne lui est pas possible de se passer brutalement de sa mère, qui gère quand même beaucoup de choses mais elle en est très encombrée. A propos du climat incestuel, elle raconte comme une anecdote que le compagnon actuel de sa mère lui a fait des propositions à l'insu de sa mère, quand elle buvait, quand elle était en situation de fragilité.

Petit à petit, elle arrive à se dégager de l'emprise de sa mère, cela prend quelques mois, on en discute. Cela prend une forme nouvelle, à son rythme, tout à fait à ses initiatives propres, elle déménage, elle change de quartier. Sa mère se met à déprimer, bien sûr, et consulte un psychiatre, pour dépression, tout en n'ayant 'rien à dire', elle qui jusqu'ici était 'saine', la fille portant les symptômes seule. S'il y a un secret, il est sans doute du côté de la mère, qui ne va mal que quand les autres vont bien et, quand elle va mal, qui n'a pas grand chose à dire. Compte tenu des autres éléments, ce climat incestuel, des choses que la mère tend aussi à maintenir, à orchestrer, on peut supposer qu'il y a quelque chose de cet ordre dans l'histoire de la mère mais il n'en paraîtra sans doute jamais rien, puis que dès qu'elle est un peu mieux sur le plan de la dépression, bien sûr elle arrête de consulter le psychiatre qu'elle voit. Donc cette patiente s'améliore, elle a repris sa place de mère, elle a remis sa mère à une place de grand-mère, elle a fait tout ce travail, lentement. Elle est complètement abstinente, il y a près de deux ans maintenant. Elle a récupéré aussi un statut professionnel correct. Tout va donc pas mal.

Troisième génération, ce sont les deux filles. A ce moment là, la fille aînée, qui a douze ans, se met à ne plus travailler à l'école, à mentir, à manipuler sa mère, à la voler. On en est là actuellement. Bien sûr elle va aller voir un pédopsychiatre, qu'elle ne veut pas aller voir. Je ne sais pas trop ce qui va se passer.

Cela me semble en phase avec ce qui nous intéresse aujourd'hui – ces trois générations où les personnages principaux sont des femmes, où les rôles et les statuts se confondent, se heurtent plus ou moins. Quand l'une se dégage de l'alcool et assoit sa place, quelque chose de ses propres défaillances refait un symptôme au niveau d'une enfant, la fille aînée, qui ne semble pas non plus bien savoir ce qui est d'elle, ce qui est d'autrui, à quelle place est vraiment sa mère et encore moins son père et quels espaces peuvent s'aménager entre elle et ses deux parents. Je ne sais pas s'il y a vraiment un secret qui suinte à travers cette histoire, mais il me semble. Ou alors il s'agit du secret des rôles familiaux, des liens entre générations qui semblent ici demeurer pour une grande part une énigme.

**Q1.** Suinter est un mot qui revient souvent et je me dis que cela a peut-être à voir, comme l'étymologie le veut, avec le suint, qui est la graisse qui fait coller la laine et qui, si on ne l'enlève pas, empêche de filer la laine. Il ne peut pas y avoir de tissage tant qu'on a le suint.

**Gérard OSTERMANN.** Intéressant !. Il peut, à la limite filer un mauvais coton et aller « de mal en psy », mais on ne peut pas filer la laine. Patrick, est-ce que tu pourrais nous dire si, par rapport aux entretiens que tu as eus, est-ce que, toi, tu as pensé très vite 'secret de famille'. La question implicite derrière tout ça, c'est comment on fait pour pister, remonter un secret.

**Patrick MARLIER.** Je n'y ai pas pensé d'entrée de jeu, je ne sais pas d'ailleurs s'il faut vraiment le pister, en l'occurrence. Il a l'air d'être comme ça dans un coin, pour l'instant il ne dérange pas trop. Peut-être qu'à un moment ce sera nécessaire effectivement d'interroger davantage.

**Gérard OSTERMANN.** Pour les alcooliques qui sont là : est-ce que c'est une chose que vous rencontrez fréquemment dans votre pratique ?

**Michel CRAPLET.** Il y a deux ou trois ans, j'avais été invité, sur Télé 5, à l'occasion d'une série sur les secrets de famille. Il y avait cinq émissions, toxicomanie, inceste, SIDA, etc. Les producteurs de l'émission étaient très étonnés de ne pas trouver de témoignages à propos de l'alcool. Ils trouvaient tout ce qu'ils osaient espérer, les histoires les plus dramatiques, mais sur la question de l'alcool, ils ne trouvaient personne. Les Alcooliques Anonymes voulaient bien témoigner dans la pénombre mais personne ne voulait, à visage découvert sur un plateau, venir parler du secret. Il y avait pour eux une ambiguïté : ils voulaient des cas d'alcoolisme explicables par un secret de famille. Je leur ai dit qu'ils avaient du mal à trouver des témoins parce que l'alcoolisme, en lui-même, est un secret. Donc on ne peut pas en parler.

Un deuxième point. Je reviens d'un séminaire européen, très scientifique, très médical, sur le traitement de l'alcoolisme dépendance. C'était un séminaire à Vienne où, évidemment, tout ce que j'entends aujourd'hui à Bordeaux, n'était pas abordé. On était dans un traitement moléculaire, cognitivo-comportementaliste de la question et pas du tout psychothérapique. J'avais l'impression que ces psychiatres, collègues, étaient rassurés par cette prise en charge médicale et refusaient une prise en charge plus psychothérapique : même à Vienne, il était difficile d'en parler. Je me disais qu'ils étaient dans une vision très particulière de la psychothérapie ou de la psychanalyse où cela veut dire à tout prix 'révélation d'un secret'. Ils sont eux dans la perspective des TCC ou d'autres méthodes type Alcooliques Anonymes, dirigées vers l'avenir – mise en place de procédures contre l'alcool – et pas du tout dans une rétrospective d'être à la recherche d'une origine, d'une explication.

Probablement ont-ils en tête l'idée que ce qu'il faut trouver, c'est un secret, qu'il n'y a rien d'autre à trouver. Pas du tout dans l'hypothèse que la psychanalyse, le plus souvent, arrive à dénicher non pas des secrets incroyables mais des banalités, peut-être les plus difficiles à encaisser – complexe d'Œdipe ou autres, qui ne nous sont pas extraordinaires, depuis cent ans que cela a été décrit. Ces collègues ont cette vision, je crois, populaire de la psychanalyse et de la psychothérapie que, si ce n'est pas pour dénicher un secret extraordinaire, cela ne vaut pas la peine, qu'il ne faut surtout pas le faire. Alors qu'on sait que la psychothérapie, c'est d'aller dénicher le banal, ce qui est à la base de nos conflits psychiques depuis très longtemps. Je vous remercie, tous, de ces échanges depuis ce matin, tellement loin des neuromédiateurs et tellement plus fructueux.

**Colette LORTET.** Depuis tout à l'heure, je remue deux mots dans ma tête à propos du secret, *structurant* et *déstructurant*. Je me demande si on n'a pas tous, ce que tu disais, Michel, des secrets déstructurants qui ne sont pas très importants. Ce que l'on transmet, c'est cette aura autour des secrets déstructurants. Ce sont des secrets que l'on ne peut pas métaboliser, qu'on ne peut pas contenir. Tout le travail n'est-il pas de les transformer en secrets structurants, c'est à dire permettre à la personne de les faire siens et, par là même, de s'individualiser ? On va travailler avec ces secrets, mais avec ces secrets innombrables. Ils ne sont pas très importants pour la famille, mais c'est l'aura autour qui joue.

**Michèle ROCHE.** J'ai beaucoup pensé au funambule, la nécessité de garder l'équilibre entre les secrets et les parts qui apparaissent, la nécessité d'aller de l'un vers l'autre. Notre travail est peut-être de faire passer du côté de la réalité des choses qui sont obscures et gardent des charges d'angoisse telles qu'on a l'impression d'avoir de très gros secrets. Je n'ai pas entendu le mot *sexualité*, mais je sais que c'est le prochain colloque ; entre honte et secret, il y a beaucoup d'histoires de sexualité. J'ai le souvenir de deux ou trois patients dont le secret était leur rapport à l'homosexualité. Il a fallu du temps mais une fois que c'est sorti, les choses ont commencé à se construire et le rapport à l'alcool a pu se mettre petit à petit de côté.

**Q1.** Je voulais revenir sur ce que disait Madame LORTET et sur le premier cas clinique. Je me demandais si le besoin des jumelles de venir parler de ce secret n'était pas un moyen pour elles de dire et structurer quelque chose et si elles n'étaient pas venues plus pour elles que pour leur mère. Pour revenir à la question de savoir si on parle avec la famille sans en parler avec le malade, est-ce que ce n'était pas plus pour elles qu'elles venaient ? On peut peut-être quelque part les distinguer ou prendre le problème pour ce qu'il est – leur besoin à elle d'en parler – sans que ça ait un retentissement sur la prise en charge du malade.

**Jean-François MARSAN.** Vous avez tout à fait raison. Sans vouloir être cynique, je dirais qu'il y a de la souffrance à tous les étages, que la mère l'a résolue : elle boit, et que les filles sont beaucoup plus en difficulté. Ce sont de vraies jumelles mais elles sont suffisamment dissemblables pour qu'actuellement l'une ait commencé une thérapie et que l'autre ait repris le sport de manière intensive. Après une intervention brève auprès des jumelles, entre deux portes, une rapide intervention qui est l'espoir de nos administrateurs.

**Q2.** Nous avons une petite équipe et, devant la souffrance de l'entourage et les demandes qui nous sont souvent adressées, la difficulté est aussi de répondre à la hauteur des attentes. Comment, avec notre peu de moyens, répondre ? On a fait le choix d'un groupe de parole pour essayer de répondre à un maximum de personnes avec un minimum de personnel. Je me pose la question de la pertinence d'un groupe de parole pour évoquer des choses souvent intimes.

**Gérard OSTERMANN.** Qu'est-ce que vous appelez 'groupe de parole', qui entre dans ce groupe de parole ?

**Q2.** Pour l'entourage. La prise en charge des patients est individuelle.

**Gérard OSTERMANN.** C'est effectivement difficile parce que la réalité du terrain est souvent le manque de personnel et de moyens. Je crois qu'il faut, oui, être vigilant à maintenir au moins la relation singulière dans une relation thérapeutique avec le patient, quand c'est lui-même qui le demande. On connaît des situations où lui ne demande rien du tout : c'est le conjoint, le co-dépendant qui vient demander de l'aide. Emmanuel PALOMINO dit qu'il a vu des patients, des patientes en l'occurrence, exprimer leur souffrance et accepter une demande d'aide psychothérapeutique, relationnelle, de soutien et où il dit qu'il y a eu une telle évolution de la personne face aux représentations de l'alcool, aux transactions, etc. que la personne alcoolique s'est sevrée de l'alcool sans qu'elle ait à faire, elle, un travail thérapeutique. Cela rejoint, de façon un peu caricaturale et c'est probablement assez rare, le fameux mobile de Calder dont je parlais ce matin : si quelque chose est touché, est en demande et fait un travail, tout le système en bénéficie ou, si cela se passe moins bien, en est déstabilisé.

Ce qui importe, c'est que la parole circule. Je sens votre initiative plus thérapeutique que posant problème. La question reste effectivement la confidentialité, le côté bien privé de la relation avec la personne en demande d'aide, de façon à éviter toutes ces contre-attitudes de collusion, de parentification. Comme dit François GONNET, des parents, il en a plein autour du ventre, ce n'est pas la peine d'en rajouter, et c'est vrai qu'ils nous mettent souvent dans ce piège là.

**Patrick MARLIER.** On a évoqué ces situations délicates dans lesquelles nous mettons les familles. On est tous d'accord sur les principes, on a tous des formules à répondre aux familles pour se protéger de leur intrusion dans l'espace thérapeutique. Il y a de temps en temps des situations où on est quand même coincé, essentiellement quand il y a un danger, suicide, alcoolisation trop massive. Ça, c'est très, très difficile à traiter... Il m'arrive de déroger aux principes. Donc je vais vous demander comment vous vous débrouillez de ce type de situations, avec beaucoup d'angoisse de la part de la famille qui nous arrive dessus par le biais du téléphone en général, il faut répondre vite, on est occupé ailleurs. Il m'est arrivé de faire le choix de privilégier le danger, qu'on a du mal à apprécier, en plus, dans ces cas-là, ou de privilégier quelque chose qui venait directement de la famille à l'insu du patient, pour essayer de prévenir un danger qui me semblait imminent. En général ça se termine mal, d'ailleurs, mais on se dit qu'on a évité le danger.

**Colette LORTET.** On parlait des thérapies familiales ce matin. Le travail du secret ne peut pas se faire dans n'importe quel lieu. On a un peu mélangé, mais il y a une très grande différence entre entretien familial, thérapie systémique, thérapie familiale analytique. Les mêmes choses n'y sont pas dites et les mêmes personnes n'y sont pas invitées.

**Gérard OSTERMANN.** Je ne suis pas un thérapeute systémicien ou familial.

**Michel CRAPLET.** Je peux revenir sur l'expérience de Saint-Cloud. Pendant très longtemps nous avons été considérés comme une équipe qui hyper protégeait le malade et qui ne voulait pas entendre parler de la famille, ni de prise en charge familiale systémique. Je pense que ça a été une époque de l'alcoolologie où des services, des centres ambulatoires, ont été des espaces refuges pour ceux qui étaient repoussés par l'ensemble de la société, pas acceptés par les soignants. L'envers de la 'bonne' écoute que nous avons de l'alcoolique, c'était de l'écouter lui et de ne pas entendre la famille considérée comme un bruit de fond, un bruit parasite qui allait nous gêner dans notre travail. On a changé voilà dix ans, peut-être plus, en commençant à travailler par exemple avec Vangelis ANASTASIOU en thérapie familiale. Ce changement a eu lieu aussi dans d'autres sphères.

Je définis le problème d'alcool dans l'entourage social en général. Pour moi, l'alcoolique c'est celui qui fait un mauvais usage de ce qui est considéré comme un bon produit par la société. C'est là que l'ensemble de la société est dans un secret : il y a de très bons produits et il y a des malheureux, des pervers, des salopards qui font un mauvais usage de ces très bons produits. La société a beaucoup de mal à le supporter. Avec salopard, je fais référence à *Arsène Lupin, gentleman dégustateur*, un film de soi-disant prévention, fabriqué par les producteurs d'alcool. Dans une parodie d'Arsène Lupin, on voyait un alcoolique, un alcoolo, qui pénétrait dans la cave d'un château et qui allait boire goulûment, comme un salopard. Il ne savait pas boire. Et il fallait savoir boire : c'était le message. Le drame de ce film c'est qu'il faisait partie d'une mallette pédagogique gratuite envoyée dans les lycées de France, et bien acceptée parce qu'elle était gratuite. Au niveau social, il y a ce grand secret, comment on passe du totem de l'alcool autour duquel on danse tous au tabou parce qu'il y a ceux qui ne peuvent pas faire un usage 'admirable' de ces produits exceptionnels des boissons alcoolisées.

**Gérard OSTERMANN.** Je vais tenter de répondre à la question de Colette sans connaître les exactes définitions, donc je serai peut-être un peu en porte-à-faux.

Pour moi, l'entretien familial n'est pas une thérapie structurée : c'est la mise à disposition d'un cadre d'écoute, de l'écoute la moins armée possible, la moins encombrée possible des préjugés. Nous sommes tous victimes et bénéficiaires de nos représentations. Quand on parle de psychopathologie, on parle souvent de mères trop captatrices, trop rejetantes, de pères absents psychologiquement ou physiquement : on a déjà ses propres représentations. Ce n'est pas toujours le cas. Il faut essayer d'être à l'écoute de la souffrance de ceux qui sont en position de demande et de plainte : on essaye d'instruire la plainte du mieux possible pour essayer de faire, peut-être, un tout petit peu bouger les choses. Bouger, pas au sens de psychanalyser mais de psy-canaliser. Là où il y a de la souffrance, peut-être dire « vous pourriez aller voir un tel ». L'entretien familial, pour moi, ça peut être ça, sachant qu'il y a des écueils. Si on convoque, par exemple, les enfants à un entretien familial, pour ce père alcoolique, que fait-on ? Comment va-t-il se retrouver dans sa position de père ? Il y a là un problème éthique important et qui n'est pas résolu.

Si on regarde maintenant la notion de système familial. Depuis les années 70, on commence à repérer la dimension alcoolique comme quelque chose, un maillage relationnel, qui n'est pas la cause en tant que telle mais qui la scène d'une conduite d'alcoolisation. La question n'est pas de dire à qui c'est la faute. Il s'agit de voir qu'il y a des transactions qui sont articulées, qui fonctionnent autour de l'objet alcool. Il est frappant d'écouter un co-dépendant et de lui demander ce qu'il en pense, comment il vit les choses : la personne est incapable de parler d'elle, elle vous ramène toujours à ce qui se passe par rapport au malade alcoolique. Elle est à côté de sa propre vie. Si les transactions familiales fonctionnent par rapport à l'alcool, tous les rituels familiaux tombent ou sont abîmés, toutes les fonctions parentales sont distordues, etc. Alors des gens se sont intéressés au système familial, beaucoup à partir des travaux de l'Ecole de PALO-ALTO.

Cela a été très bien dit par Daniel BASSO-FIN : qu'est-ce qui fait problème ? en quoi cela fait-il problème pour vous ? en quoi cela fait-il problème pour nous ? qu'avez-vous fait pour essayer de résoudre le problème ? Avec les thérapies centrées sur les solutions : ne cherchez pas à réparer ce qui n'est pas cassé – ce qui marche bien, faites plus de la même chose – ce qui ne marche pas, arrêtez de le faire. On voit souvent que dans les transactions familiales, c'est comme si on voulait toujours enfoncer la porte dans le même sens alors qu'il faudrait la tirer. Cela fonctionne en cercle. L'approche systémique est une approche de circularité, je crois. On cherche à faire retrouver la circularité. On veut trouver les ressources de la famille et stimuler ses compétences, redonner les rôles, redonner les identifications. C'est le travail systémique familial. Il y a en général une série de dix à douze séances en un an.

On redonne la vie au couple, on propose même un certain nombre de tâches, on voit, on expérimente et l'on en reparle. C'est un travail très interactif où chacun est presque un peu co-thérapeute.

Un travail familial plus d'inspiration psychanalytique est une recherche autre, presque d'une causalité, au sens psychanalytique. C'est une autre approche psychodynamique, plus centrée sur les structures des uns et des autres. Elle demande une organisation, une sorte de contrat de travail, de psychothérapie, qui est plus lourd.

Il ne faut pas tomber dans le piège de qui dit alcoolique dit-on s'occupe du système parce que c'est le système qui est alcoolique'. Il est peut-être alcoolique dans le maillage relationnel mais attention à ce qu'on fait. Comme disait cette psychologue clinicienne de Sainte Foye la Grande, il faut envisager le type de structure sur laquelle on travaille. Si vous appréhendez ce que j'appelle l'*alcoolisme – béquille*, de bric et de broc, pas si loin parfois d'une dimension un peu psychotique ou l'alcoolisme plutôt névrotique où la multiplication des thérapeutes peut renforcer le clivage qui existe déjà. Parfois un thérapeute seul peut faire très bien avec une personne qui est plus dans une dimension névrotique. Les gens qui sont plus proches des états-limite, un peu anaclitiques, qui ont besoin de s'appuyer sur l'autre, hyperémotifs, avec de l'impulsivité, sont des gens que j'appelle ON/OFF, une fois on les voit, une fois ils ne sont pas là. ON/OFF aussi dans leur tête. Ils ont une telle avidité relationnelle, ils sont tellement assoiffés que être seul thérapeute c'est bien difficile, et être plusieurs thérapeutes, ça sert bien de contenant pulsionnel au symptôme.

On ne peut pas à partir de « malade alcoolique » définir un algorithme qui irait jusqu'à l'entretien familial, si non alors thérapie familiale. A partir des premiers entretiens, ce qu'on aura entendu, ce qui nous aura touchés peut nous donner une indication sur le type de travail. Il n'y a rien de systématique et ce qui a été dit ce matin a le mérite considérable de nous éveiller à tout ce maillage relationnel, si important dans le transgénérationnel. On a vu avec Catherine BASSO-FIN la souffrance des enfants.

**Claire SERIES.** La question du diagnostic. J'adhère tout à fait à l'idée que l'alcool peut être l'étayage d'une pathologie psychiatrique ; on le voit de la même façon chez les anorexiques qui, quand on les fait grossir, décompensent sur un mode encore plus grave. L'alcool peut éviter des catastrophes encore pires. Il faudrait des diagnostics psychiatriques. En pratique c'est difficile d'avoir les deux, un diagnostic médical et un diagnostic psychiatrique.

**Gérard OSTERMANN.** J'entends bien ce que nous dit Pierre MAINHAGU là dessus. Mais, en pratique, la clinique nous dit presque le contraire, à savoir que le soin du malade alcoolique est un pied de nez à la démarche habituelle diagnostic – traitement. Cela ne fonctionne pas du tout comme ça, je crois. Pas comme le modèle bio-médical classique. Deuxièmement, sur le plan de la structure, du diagnostic de structure. Quand les gens ont été alcoolisés un moment, il y a aussi l'effet psychotrope alcool et parfois il va falloir du temps avant que ne se révèle justement une dimension structurelle plus réelle. Donc je ne sais pas si on peut le poser en tant que tel comme préalable à ce que j'appellerai un accompagnement. Je pense que ces choses vont émerger au cours de l'accompagnement. Il est certainement important de prendre en compte la structure. Mais d'emblée, comme ça, je pense qu'on est bien en difficulté pour dire qu'il s'agit de telle structure.

**Claire SERIES.** Je crois que c'est difficile pour nous, médecins somaticiens, de voir des malades comme cela qui vont, de fait, être aggravés par le sevrage, par la privation d'alcool.

**Gérard OSTERMANN.** Parfois la démarche de sevrage va révéler des choses et faire apparaître des souffrances. D'ailleurs notre propre parole fait apparaître des souffrances, dans la mesure où elle vient révéler quelque chose. Comment ça va se repositionner à l'intérieur de la psyché du patient, comment ça va se psychiser, comment ça va être pensé.

C'est là peut-être où on va voir des étayages très différents de ce qu'on avait pensé au départ. On s'aperçoit que finalement, pour la structure, c'est peut-être plus lourd que ce qu'on avait pensé. Cela ne peut s'inscrire que dans un continuum de soins, de vie, pas dans une position préalable. Autant je suis d'accord sur ce que Pierre disait sur les ivresses pathologiques : c'est très important. Autant sur le diagnostic de l'arrière-plan structurel pour l'accompagnement du malade alcoolique, je crois que on part, on part ensemble et on va voir.

**Claire SERIES.** C'est ce qu'on fait en pratique, bien sûr.

## **Comment résoudre un secret de famille ?**

### **Gérard Ostermann**

Formulation outrancière. Il est bien évident que, lorsque les parents ont préservé un secret de famille, il peut arriver à un moment qu'ils décident d'en parler. Que faut-il faire ?

Il n'est pas question de tout dire. Il est essentiel, je crois, de donner à l'enfant le droit de questionner. Un enfant qui grandit dans une famille à secret développe une extraordinaire capacité à étouffer ses questions autour du sujet douloureux. Il est essentiel que les parents lui disent qu'il n'est pas responsable. Il faut une parole claire là dessus, pour lui dire qu'il n'est pas responsable de ce secret, de ce qu'il a pu pressentir. Il faut aussi laisser à cet enfant le temps, le rythme de sa propre maturation dans ce qui se veut une tentative de résolution d'un secret de famille.

Que faire quand nous, thérapeutes, nous sentons en présence d'un secret, quand on se pense concerné, victime d'un secret ? Comme le dit TISSERON, il faut répartir ses forces. Plutôt que dire de manière agressive « il y a un secret dans la famille », je crois qu'on peut dire « il me semble que dans cette famille, il y a un secret ». C'est un truc des thérapies systémiques : faire de la résonance en circularité. On est tous ensemble, les enfants, le conjoint, l'alcoolique : « tiens, il me semble qu'il y a de la tristesse – je sens de la tristesse ». Et quelqu'un répond « oui, c'est mon père qu'est triste tout le temps, qui dit que... ». Là on suggère que quelqu'un a peut-être caché quelque chose dans cette famille. Parfois les langues se délient un petit peu. Comme l'a dit Patrick, il faut renoncer à connaître la vérité. La question n'est pas vraiment de connaître l'absolue, l'exacte vérité. Il ne s'agit pas tant de chercher à extraire le secret – on n'y arriverait probablement pas – que de questionner sa propre mémoire. Questionner les moments où on a vécu ça, dans une dimension narrative, pour essayer de retrouver ce qui a fait qu'à un moment notre personnalité a été tordue, ficelée. Comment ce paquet de mémoire, de mémoire cachée – la fameuse patate chaude – est venu nous tordre. Pouvoir mettre des mots là dessus, pouvoir exprimer, est une grande partie de la résolution du problème. Et puis toujours, évidemment, privilégier l'échange sur le silence.

**Q1.** Vous donnez l'exemple d'un enfant. Qu'en est-il pour un adulte ?

**Gérard OSTERMANN.** Pour un adulte, comment se mettre dans une situation où il peut y avoir une ébauche d'échange ? J'ai le cas d'une patiente qui avait voulu résoudre un problème de secret par rapport à ses parents et ça s'est très mal passé parce que l'entourage était rigidifié complètement. Cela a déclenché de grosses émotions mais cela a fait bouger un peu. Il y a eu

une circulation, même émotionnelle. Cela n'a peut-être pas dit son dernier mot encore. Ici, on parle de secret déstructurant : le pire est de rester enfermé dans un silence mortifère.

**Michèle ROCHE.** C'est un film d'il y a trois ou quatre ans, que j'avais traduit comme une histoire d'inceste entre un frère et une sœur. Une jeune fille ne sait pas qui sont ses parents et se met à un moment donné en recherche, elle retrouve sa famille. Elle tombe dans un problème psychiatrique très important. Mais tout au long du film, il n'y a qu'une image qui fait penser à l'inceste, c'est tout à fait au début où on voit le frère serrer la sœur. Jamais il n'y aura révélation du secret d'inceste entre le frère et la sœur. Ce film parlait vraiment du secret. Le problème du secret c'est ce qu'il rigidifie quand on se met à le chercher et qu'il n'est pas travaillé. Sinon le secret tient quelque chose.

**Q1.** Quand on cherche à résoudre un secret de famille, est-ce qu'il n'y a pas le danger de se dire parfois qu'on va trouver quelque chose de caché, donc forcément délétère. Trouver une cause à une situation problématique.

**Gérard OSTERMANN.** Cela a été dit tout à l'heure et redit par Colette. Effectivement, il ne s'agit pas d'être dans une attitude inquisitrice, de faire le terrorisme de la vérité, d'extraire quelque chose. Il s'agit davantage de permettre un espace de parole. Quand je piste, le mot est discutable, quand je flaire qu'il y a une dimension de secret de famille, avec les patients alcooliques, c'est souvent après un travail où je fais dessiner la famille. Il ne s'agit pas du génogramme bien posé. Avec un paperboard, des marqueurs, et je leur demande de me dessiner leur famille. C'est intéressant, je suis halluciné de la façon dont les gens représentent leur famille. C'est toujours différent. J'ai eu tout, y compris la table de la cuisine avec les places de chacun. Parfois les ascendants sont posés en dessous, parfois au dessus, parfois à côté. Parfois le sujet lui-même a disparu de l'arbre généalogique. Cela amène des discussions. C'est à partir du dessin, d'un jeu un peu créatif, que se crée cette dynamique, faisant parler l'un ou l'autre. Je me dis « tiens, on ne parle pas de celui-là ». Petit à petit, on se dit qu'il y a quelque chose d'un peu voilé. C'est ça qui peut évoquer la dimension du secret. Je l'ai dit, c'était outrancier : il n'est pas question de chercher à résoudre le secret comme tel.

Le couple de parents dont j'ai parlé qui, eux, connaissent très bien ce qu'ils ont caché à leur fille. La question c'est que vont-ils faire ? Pour l'instant, ils sont déchirés tous les deux. Lui dit absolument qu'il faut le dire. Elle dit qu'il y a une très faible probabilité pour que la fille accède aux papiers confirmant qu'ils ne sont pas les vrais parents, biologique, et que ce qui compte c'est qu'ils ont été de vrais parents, même si ce n'est pas la famille de sang. Je n'ai pas donné de conseils parce que je suis moi-même partagé. Freyja avait demandé, il y a quelques années, à avoir des éclaircissements ; donc elle a pisté quelque chose. Freyja est le nom d'une déesse dans la mythologie nordique.

**Claire SERIES.** A travers les maladies somatiques, je fais de temps en temps des études génétiques. Dans mon expérience j'ai fait apparaître deux fois que le père n'était pas le père. Donc je n'en fais plus. Là, c'est une situation où il y a un risque qu'un jour un médecin un peu curieux fasse apparaître que ce n'est pas compatible.

**Gérard OSTERMANN.** J'ai dit à ce couple, tel que je le pensais : « je pense que votre fille sait quelque chose, qu'elle pressent quelque chose. » Elle a déjà posé des questions ; elles n'étaient pas, à mon avis, anodines. Il y a des transmissions curieuses. A. ANCELIN-SCHUTZENBERGER, dans un colloque l'an dernier sur les secrets de famille et les répétitions transgénérationnelles, racontait une famille adoptante, parce qu'ils sont porteurs d'une maladie génétique, opérée par un chirurgien de Paris, décide d'adopter un enfant d'extrême orient. L'enfant arrive, porteur de la même maladie génétique et il a été opéré par le même chirurgien. C'était bien leur enfant, c'est tout ce qu'on peut dire ! Michel CRAPLET écrivait « le destin conduit quand on accepte – le destin entraîne quand on refuse ».



# ACCUEIL DU COUPLE DANS UNE DYNAMIQUE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

**Jean-Jacques CORNU**  
Escales – Addictologie  
Centre Hospitalier de Vauclaire  
24700 Montpon

- Contexte :
  - **Unité hospitalière d’addictologie**
  - **Orientation cognitivo-comportementale**
  - **Travail conjoint (concerté) avec un mouvement d’aide aux familles ALANON.**
  - Expérience : depuis 1998.
  - 16 lits (prévisionnel 20 lits) – 5 places d’hôpital de jour - activité ambulatoire
  
- Conditions de l’accueil du couple :
  - ⇒ Pour chaque patient hospitalisé, demande d’entretien individualisé avec le conjoint (et les enfants, mais ce n’est pas le sujet ici), si le patient est d’accord. Cet entretien se fait en la présence du patient. A l’issue de l’entretien, la participation du conjoint au groupe d’accueil famille est systématiquement proposée (fréquence 1 à 2 fois par mois). Le patient, s’il le souhaite, peut participer à ce groupe.
  - ⇒ Par ailleurs, plusieurs rencontres peuvent être faites en individuel avec le couple, soit durant l’hospitalisation, soit après l’hospitalisation dans le cadre de l’hôpital de jour ou du suivi ambulatoire.
  - ⇒ Un groupe spécifique destiné aux patients est animé par Alanon afin de donner des informations sur l’alcoolisme vu par l’autre
  - ⇒ Le groupe ALANON intervient également dans le groupe accueil des familles.
    - au début les réunions étaient conjointes
    - elles sont actuellement devenues successives.

- **Que faire en groupe ?**

- Entendre la souffrance de l'autre, la laisser s'exprimer.
- Expliquer la maladie et répondre aux questions.
- Expliquer le co-alcoolisme
- Repérer les dysfonctionnements : surveillance, bouteilles interdites, hyper protection,...
- Expliquer la nécessité de laisser le choix du patient.
- Aborder la violence → plainte le cas échéant
- Orienter vers un groupe d'accueil plus spécifique.

## **GENERALITES SUR LES THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES**

### 3 VARIABLES COGNITIVES

Cognitions (pensées automatiques, imagerie mentale)  
Distorsions (entraînant les cognitions ci-dessus)

Croyances (schémas cognitifs les plus profonds) : croyances sur la vie, tyranniques et excessives (la véritable vision du monde du patient)

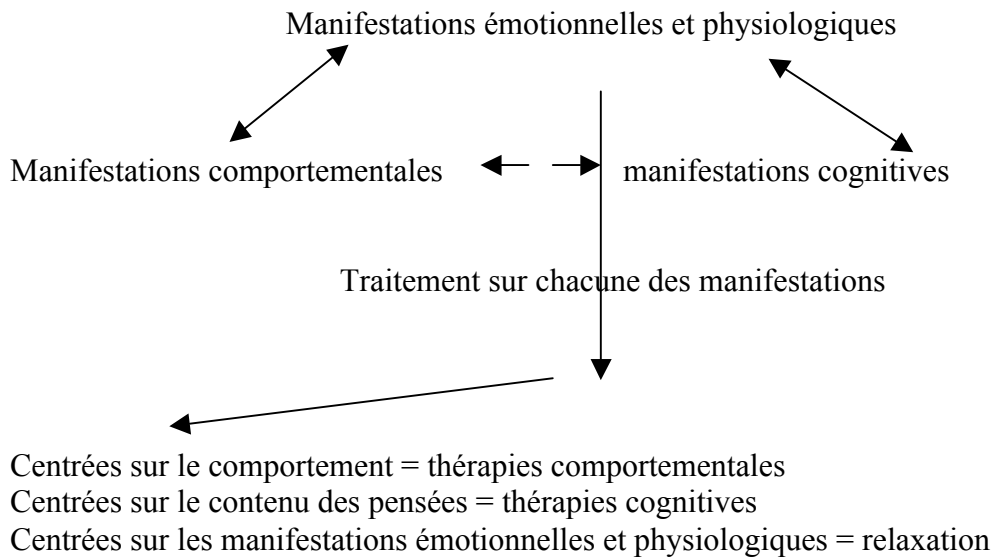
### APPRENTISSAGE

**Pavlovien** = stimulus présent au moment de l'événement. Sera associé à l'état qui était présent au moment de l'événement. Schéma S-R (stimulus-réponse)

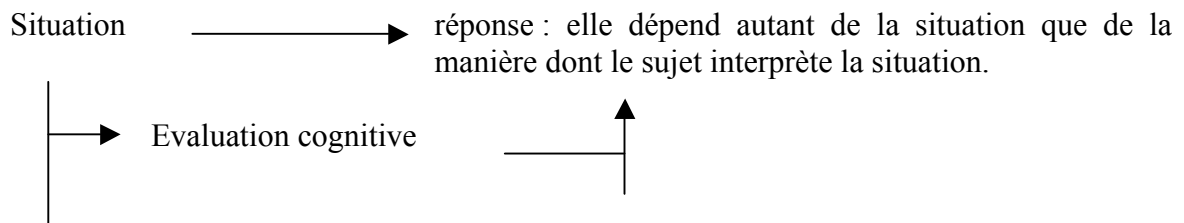
**Opérant** (Skinner) : les comportements sont renforcés par les conséquences. Schéma S-R-C (stimulus-réponse-conséquences)

**Social** (Bandura) : on peut apprendre un comportement sans l'avoir expérimenté par soi-même, sans en avoir testé les avantages et inconvénients, par la simple observation d'une personne ayant ce comportement → imitation par observation de modèle (vicariant )

## TECHNIQUES



### **Restauration cognitive**



## BASE DE TRAVAIL DE L'ATELIER

- Les rencontres du couple = TCC
- Mais on peut discuter aussi du cas où le conjoint demande un entretien au médecin, souvent d'ailleurs téléphonique.  
→ Que faire ?

### • **Contact à l'insu du patient**

- Pour donner des infos (« il a rechuté ce week-end ! »)
- Pour s'assurer que tout va bien (« comment se comporte-t-il ? »)
- Pour avoir des résultats (« et ses GGT ? »)

- Surveillance
  - Obstacle dans la communication
  - Facteur de ré-alcoolisation
  - Expression de la non-confiance → ravive une blessure relationnelle.
  - Parfois désir inconscient d'une poursuite d'alcoolisation pour ne pas remettre en cause le fonctionnement du couple.
- Souvent demande d'action commune là où le thérapeute ne peut le faire = interpeller le patient, l'obliger à avouer.
  - Refuser le rôle de thérapeute tout puissant.
  - Associer le conjoint à la conduite thérapeutique et demander qu'il dise au patient qu'il a appelé – consulté.
  - Le médecin informe le patient que le conjoint a parlé de lui.

- **Le conjoint accompagne le patient**

- Ceci permet de faire le point sur l'histoire du couple, les difficultés, les habitudes, le vécu du conjoint, sur la place de la confiance.
- Donner des infos sur le malade alcoolique et sur les pièges à éviter.

- **Le conjoint demande une aide pour lui.**

- Parler de la souffrance dans la relation.
- Des possibilités d'améliorer la manière d'être et de faire.

→ PIEGES :

- Ne pas recevoir le conjoint → renforcer les contrattitudes envers le patient ; destruction du travail thérapeutique par ressentiments envers les soignants.
- Parler du patient au conjoint en dehors de sa présence (=vécu de trahison).
- Question : « quel taux de GGT ? , quelle alcoolémie ? » ; réponse : « demandez le lui, je l'en ai informé. »
- Entretien ≠ séance d'accusation ; dans ce cas interpeller le conjoint sur ses dysfonctionnements.
- Entretien piège : le conjoint accompagne pour continuer à surveiller l'autre.

# COUPLE ET THERAPIE COGNITIVE

## I INTRODUCTION :

- **La façon de penser et de raisonner** d'un individu influence ses sentiments et son comportement.

Ex : si il interprète que telle situation est dangereuse → anxiété et besoin de s'échapper. Ses pensées et images mentales dérivent de croyances, d'attitudes et de suppositions qui se sont développées durant l'enfance.

- Les désordres psychologiques sont issus d'erreurs constantes et spécifiques dans la pensée : **les désordres cognitifs** :

- façon de juger et de prendre des décisions
- interprétations correctes ou inexacts des actions d'autrui.

- **Thérapie cognitive** :

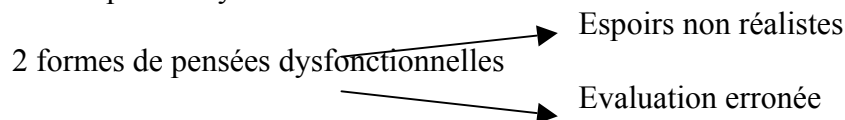
- recherche et modifications de structures cognitives de l'individu, y compris le contenu des idées, d'images et de souvenirs conscients, mais aussi d'autres processus tels l'attention, le raisonnement, la mémoire et l'anticipation.
- L'individu est formé par les structures cognitives ou les processus qui se développent durant l'enfance. Les problèmes psychologiques seraient causés par des processus tels que fausses connaissances, conclusions inexacts basées sur une information inadéquate ou inexacte et une incapacité de distinguer entre imagination et réalité.
- L'individu, ayant fait des suppositions erronées dans son enfance formule des règles, des normes qui sont rigides et absolues :
  - Les schémas qui déterminent de quelles façons les idées seront perçues et conçues, pour s'adapter et renforcer les notions préconçues. Cette déformation du vécu est maintenue grâce à des erreurs caractéristiques dans le traitement de l'information :
    - ◇ Les distorsions cognitives ( inférence arbitraire / abstraction sélective / surgénéralisation / minimisation - maximalisation / personnalisation / pensée dichotomique / fausses désignation.
- Deux personnes en conflit communiquent inefficacement et donc s'isolent l'une de l'autre.

◇ T.C → approche le style général de la pensée, les croyances fondamentales, les relations humaines, la nature des interactions actuelles entre conjoints.

- **Concept de la T.C de couple.**

- Vise les cognitions vues comme les constituants de la mésentente et qui contribuera au mécontentement subjectif de chaque individu quand aux relations interpersonnelles.
- Approche : examen de la difficulté relationnelle :
  - problèmes cachés
  - problèmes actuels évidents, plus que les traumatismes de l'enfance.Permettre l'expression des craintes fondamentales.

- Ellis – Dysfonctionnement → les époux gardent des espoirs non réalistes sur le mariage, et font des évaluations très négatives quand à leurs espoirs → ce qui mène à la pensée dysfonctionnelle



3 approches de la TCC

- Modifier les espoirs non réalistes dans la relation
  - Corrections d'attributions erronées dans les interactions de couple.
  - Procédés d'auto-instructions pour diminuer l'interaction destructive.
- Beck – Aborder les schémas de couple ou les croyances sur les relations en général et en particulier les pensées sur leur propre relation. Dès l'enfance, on apprend des croyances fondamentales sur les relations et la nature de l'interaction du couple venant des sources primaires (parents, médias, anticipations qui viennent des premières expériences aux RV avec l'autre sexe). Ces croyances ne sont pas toujours claires dans l'esprit mais peuvent exister comme de vagues concepts de ce qui devrait être.
    - Viser les attentes de chaque conjoint sur la nature de la relation intime – mais aussi la fausseté ou les déformations des évaluations appliquées par un époux à ces attentes. Les attentes non réalistes peuvent diminuer la satisfaction du couple et provoquer des réponses dysfonctionnelles.
      - Ex : début d'une relation → « l'amour est spontané et existe à jamais sans aucun effort ultérieur. »
      - ⇒ la satisfaction diminue quand les conjoints concluent qu'il leur faut faire de grands efforts.
      - ⇒ Attributions inexactes = « nous n'étions pas fait l'un pour l'autre dès le début »
    - L'adhérence aux croyances non réalistes à propos de la nature des relations intimes est prédictive du niveau de malaise dans la relation.
      - ⇒ le contenu cognitif doit être exploré

→ Les distorsions cognitives sont parfois évidentes dans les pensées automatiques que les conjoints racontent et peuvent être découvertes par interrogation systématique ou socratique sur la signification donnée par la personne à un événement particulier.

→ Conclusions sur les causes des événements agréables et désagréables entre eux.

## II EVALUER

- Interview des conjoints
- Interview individuelle
- Questionnaire de couple (évaluer les attitudes et les croyances par rapport à la relation, identifier les pensées dysfonctionnelles, les problèmes de communication, les comportements agréables et désagréables,....)

### **Interview initiale → avec les 2 conjoints**

- Obtenir des renseignements sur le passé
- Comment se sont-ils connus ?
- Depuis quand sont-ils mariés ?
- Mariages ou relations intimes antérieures
- Enfants des relations antérieures, etc...

>>>>> Conceptualisation de l'attitude des 2 conjoints envers leur relation et la cause de leur conflit ; même si les événements du passé sont importants dans le schéma conjugal, il n'y a pas besoin d'une compréhension détaillée des raisons pour lesquelles les conjoints se sont choisis ou ont eu des problèmes dans les relations antérieures.

>>>>> Ce qui est important : l'information nécessaire pour guider et faciliter une interaction plus harmonieuse.

### **Séances suivantes avec chaque époux** (pour éviter l'inhibition si les 2 sont présents).

- Viser ce qui plaisait particulièrement dans la personnalité du (de la) conjoint(e).
- Pensées automatiques de l'époux sur les problèmes relationnels = croyances fondamentales (schémas)

Ex : « ma conjointe est incapable de changer » : interrogation socratique sur les pensées automatiques à l'égard de cette affirmation pour découvrir le postulat fondamental qui régit les pensées automatiques concernant les relations et le changement.

Poursuivre jusqu'au bout les pensées automatiques (P.A.)

Puis aider chaque époux à re-examiner ses P.A. (P.A alternative).

### **Puis séance commence :**

Pour passer en revue les pensées, les croyances soucis de chaque époux par rapport à la thérapie

#### **Questionnaires :**

◇ Questionnaire d'attitudes conjugales – révisé - comment chaque époux voit les difficultés de leur rapport (pensées dysfonctionnelles)

◇ Questionnaire des croyances sur le changement.

Affirmations à cocher : croyances défaitistes

croyances autojustificatives

argument de réciprocité

problèmes avec le conjoint

etc...

A ré-évaluer au cours de la thérapie

## TECHNIQUES :

### ○ **Apprendre au couple le modèle cognitif des relations interpersonnelles.**

- Avoir connaissance des pensées dysfonctionnelles → conflits dans les interactions.
- Attente que les conjoints apportent par rapport à la nature de leur intimité et de leur rôle.

→ Croyances irrationnelles, attentes non réalistes }  
d'eux mêmes ou de leur relation

→ Attribution de comportement du conjoint >> attitude généralisée négative.

→ En général les conjoints visent les comportements négatifs de l'autre sans remarquer les actions positives → spirale continue d'interaction de conflit : dispute, ignorance de l'autre.

- T.C → Changer et élargir les perspectives des époux en interprétant les significations et les causes des comportements.

### ○ **Déterminer les distorsions cognitives (Cf. p 96)**

- Faire reconnaître et corriger les P.A au couple à haute voix durant la séance.
- Flèche descendante pour vérifier les P.A et lier les émotions aux P.A.
- Emploi d'images (yeux fermés – se rappeler une situation) et identifier les émotions et P.A. (situation – émotion – P.A)
- Examiner et questionner les P.A en évaluant l'évidence existant en leur faveur (pour ou contre, autre explication au comportement).
- Ecrire des réponses plus rationnelles aux P.A (pensée alternative).

### ○ **Mettre à l'épreuve les prédictions = interroger ses croyances**

- Recueillir de l'information pour appuyer ou non les pensées et les croyances. Interroger la personne, l'entourage.
- processus de correction pour renforcer un changement dans les pensées.



○ **Le recadrage :**

- Au début du traitement, les époux maintiennent une attitude négative ou peu désirable l'un vis-à-vis de l'autre.  
→ ils se voient dans un cadre défavorable, ce qui influence la façon dont l'autre voit son conjoint ; même les traits positifs peuvent être considérés avec dédain.
- Recadrage  
→ reconsidérer les traits négatifs ou peu désirables d'un point de vue plus positif.  
Souvent au début de l'union les traits négatifs étaient ce qui attirait les conjoints l'un vers l'autre. Cependant, aujourd'hui ces traits aliènent le couple.  
→ travailler avec le contraire des réponses négatives → incorporer des explications alternatives.

○ **Mettre en évidence les distorsions (voir travail sur distorsion p. 95).**

Ex : mari : a collé du papier peint,

Sa femme : « as-tu fait les raccords comme il faut ? »

Pensées automatiques du mari : « je ne fais rien de bien. »

- Pensée dichotomique : blanc ou noir – succès ou échec (fréquent)

- Référence arbitraire : conclusion sans preuve.

Ex : la femme arrive ½ heure en retard = « elle a une liaison amoureuse »

- Abstraction sélective = on enlève l'info de son contexte et on souligne seulement certains détails sans tenir compte d'autres info importantes.

Ex : la femme dit bonjour à son mari le matin.

Le mari ne répond pas.

La femme : « il m'en veut de nouveau. »

- Sur-généralisation : on interprète 1 ou 2 incidents isolés comme représentatifs de situations toujours semblables qu'elles soient liées ou non.

Ex : une femme refuse à un homme de sortir avec lui : « toutes les femmes sont pareilles, elles me rejettent toujours ».

- Maximalisation / minimisation : une circonstance est aperçue comme plus ou moins importante qu'elle ne l'est en réalité.

Ex : le mari fait des comptes → le montant des chèques n'est pas celui de la banque = « on est ruiné ».

- Personnalisation : s'attribuer à soi même des événements externes alors qu'il n'y a pas d'évidence à cette conclusion.

Ex : la femme voit son mari repasser une chemise qu'elle a repassée « il n'est pas satisfait de ce que j'ai fait ».

→ Identifier et étiqueter la distorsion

→ Ecrire les pensées négatives à propos de l'autre et étiqueter les distorsions.

Les situations de distorsions sont courantes sur des situations chargées d'émotions ou dans les tensions.

○ **Entraînement à la communication :**

Obstacles fondamentaux : interrompre, écouter passivement, parler de façon circulaire.

Entraînement :

➤ Ecouter (= comportemental) ≠ entendre (= compréhension du message).

- être attentif : regarder dans les yeux, indiquer qu'on entend (« hum, hum »)
- ne pas interrompre.
- Clarifier ce qui est entendu : résumer ou clarifier à la fin d'une phrase pour vérifier si l'on a bien compris : « si je comprends bien ... »
- réfléchir à ce que l'on entend
  - aspect positif de la clarification si besoin
  - démontrer à l'autre que l'on comprend ce qu'il sent (= miroir)

➤ Parler :

- essayer d'identifier les besoins de l'interlocuteur pour que celui-ci puisse comprendre le message.
  - parler attentivement (yeux – posture)
  - poser des questions significatives : questions ouvertes (et non fermées).
  - Ne pas trop parler : aller à l'essentiel.
  - Accepter le silence.
  - Ne pas contre-examiner. : éviter de poser un tas de questions pour apprendre quelque chose.
- Résumer la conversation pour éviter de laisser des questions sans réponses et s'assurer que les 2 comprennent ce qui a été dit (positif pour une direction plus constructive).

○ **Apprentissage de la résolution des problèmes**

○ **La thérapie** : 10 à 15 séances (en général communes) avec tâches assignés.

1 fois par semaine au début

puis espacer – avec rappel tous les 3 mois (bilan, crises éventuelles)

# **Violences intergénérationnelles et toxicomanies : Réflexions à partir d'une enquête sur une population féminine.**

**Animatrice : Myriam CASSEN**

Psychologue clinicienne, thérapeute familiale –  
Responsable de l'Institut Michel Montaigne, Talence.

**Co-animateur : Pierre-Marie LINCHENEAU**

Psychologue, Bordeaux.

## **Myriam CASSEN**

Dans le cadre du Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue, mon travail de thérapeute familiale m'a amenée à développer l'enquête que je vais vous présenter. Malgré l'apparence, c'est un travail clinique, issu de questions relatives à la prise en charge des toxicomanes. Elle est à paraître dans la Revue de la Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie.

## **Toxicomanes et parents.**

Dans les années 80, on ne travaillait pas avec toxicomanes et parents ensemble, au point qu'il y avait un centre pour les toxicomanes et un centre pour les parents. Quand c'était dans les mêmes locaux, les gens qui recevaient les toxicomanes ne recevaient pas les parents, de peur sans doute de confusion ou de contamination. Lorsque, au CEID, j'ai pris ce poste d'accueil des familles, je me suis rendu compte qu'il ne s'agissait pas des familles, on ne voyait pas deux générations en même temps. A cette époque, je caricature à peine, on avait coutume de dire que les toxicomanes étaient victimes des parents, de mauvais parents, des parents fautifs. Evidemment les mères en particulier étaient jugées responsables. Dans les articles des pys (hommes), c'étaient toujours les mêmes caractéristiques depuis la mythologie – mères dévoratrices, comme on l'a vu pour les mères de jeunes filles anorexiques ou les mères de schizophrènes, y compris de la part des Systémiciens qui s'intéressaient à la lecture familiale de la toxicomanie. Sans doute, il y a des dysfonctionnements familiaux, mais il y avait cette transmission culturelle de l'idée que le toxicomane était une victime des parents. Même si on a amélioré le soutien aux parents, on a eu beaucoup de mal à imaginer que le toxicomane pourrait devenir un parent.

A l'heure actuelle, dans les CSST, très peu de consultations familiales fonctionnent pour les toxicomanes, alors même que l'âge moyen du toxicomane est de 28-30 ans, âge d'être parent. A moyens constants, ce ne serait pas si difficile d'ouvrir ces consultations, avec quelques pys formés à l'approche familiale.

Quand on a commencé à travailler avec les toxicomanes sur le devenir de leurs enfants, on s'est rendu compte qu'on n'avait pas grand chose comme données. En particulier, on ne savait pas grand chose sur les antécédents des femmes toxicomanes en matière de violences, d'abus sexuels, de séparations. Pire, on ne savait parfois pas si elles avaient des enfants ou pas.

L'enquête INSERM, une enquête annuelle, la seule en France à recueillir des données sur les enfants de parents toxicomanes, a comme item « enfant à charge » et non « enfant ». On ne peut pas savoir si une femme dont les enfants sont placés est mère. Il y a des équipes qui ont découvert, par notre travail, que certaines de leurs patientes suivies depuis quatre ou cinq ans étaient mères, avec des enfants placés qu'elles ne voyaient pas.

Si on crée une consultation spécialisée, on voit des patients arriver. Depuis qu'on parle de TOC, des patients arrivent avec des troubles obsessionnels compulsifs. On ne les a pas créés, on les a nommés et ils arrivent. Dans les centres de soins aux toxicomanes, s'il n'y a pas une consultation « parentalité » ou « aide à la relation avec les enfants », ils ne vont pas venir forcément nous en parler, d'autant que la modalité d'entrée dans un CSST, c'est le « T », la toxicomanie. On sait qu'ils sont toxicomanes et ils viennent nous parler de leur toxicomanie. Bien sûr, on leur parle d'autres choses, mais quand même, on va surtout parler de leur relation au produit, de leur histoire, leur parcours thérapeutique ; la question de la parentalité n'est pas systématiquement posée.

### **La question transgénérationnelle.**

Avec le constat précédent, j'ai eu envie de développer une enquête régionale pour savoir combien de toxicomanes étaient mères, combien d'enfants étaient placés, combien de fois elles avaient elles-mêmes été placées. En tant que thérapeute familiale, la question du transgénérationnel m'intéresse, ce qui se transmet et ce qui ne se transmet pas. Beaucoup d'ouvrages ont paru à ce sujet. On a des discours théoriques très intéressants, mais on n'a pas de chiffres. Qu'en est-il de notre concept, de notre représentation de ce qui se répète ou ne se répète pas ? En fait, on n'en sait rien. Chacun y va un peu de son idéologie, de sa culture, de sa sensibilité, ou peut-être de son optimisme ou de son pessimisme. On voit certains services de maternité, qui ont beaucoup évolué depuis quelques années, mais qui initialement plaçaient systématiquement les enfants, parce que la mère était toxicomane.

### **Un double objectif.**

Nous avons été alertés par certaines statistiques manquantes. En 97, nous avons lancé au niveau régional cette première enquête centrée sur les femmes, non pas que les hommes toxicomanes n'intéressent pas les thérapeutes familiaux, mais il fallait spécifier un peu les choses. J'ai beaucoup aimé ce matin l'intervention de Madame BASSO-FIN qui, cliniquement, est fine parce qu'elle saisit aussi la caractéristique de la féminité. La parentalité, ce n'est pas la même chose chez un père et chez une mère. Même si la loi englobe les deux, dans le travail avec les familles, on sait bien qu'on ne va pas travailler sur les mêmes choses mais sur la spécificité des différents rôles. L'un des intérêts de l'exposé de ce matin, c'est aussi de mettre en place quelques pistes de réflexion autour de la femme. Autour des femmes toxicomanes, c'est d'autant plus intéressant qu'elles n'ont pas du tout les mêmes représentations culturelles. Quelle que soit l'époque, on va choisir, quand on ne va pas bien, des symptômes déterminés culturellement. Aujourd'hui, une jeune femme qui va mal sera plus souvent anorexique que toxicomane, selon qu'elle aura recours à une pathologie plus spécifiquement féminine. Chez les jeunes hommes anorexiques, on a tendance à penser qu'en plus de la problématique anorexique, il y a une problématique liée à l'identité sexuelle.

Pour les femmes toxicomanes, c'est un peu la même chose. Depuis les années 85-90, elles représentent de 25 à 30% de nos files actives. On l'a vu augmenter dans les années 80 – cette revendication pour que les filles aient les mêmes droits que les garçons, donc aussi le droit de se piquer à l'héroïne – mais cela s'est tassé. On en reste quand même en gros à un tiers. Donc la question de la femme toxicomane m'intéressait.

L'autre aspect était de permettre aux CSST, qui hésitaient encore à mettre en place des consultations familiales, d'avoir des chiffres, une représentation la plus « objective » possible pour pouvoir faire évoluer les pratiques cliniques. Il fallait affiner nos données. Quand on est psychothérapeute, on a évidemment une idée de ce qui a pu se passer mais on ne sait pas ce que cela représente statistiquement. On peut avoir aussi un biais. Par exemple, à un moment, j'étais, dans l'équipe des thérapeutes, la spécialiste des histoires d'abus sexuels. Le thérapeute a dans la tête ce qui fait qu'il peut entendre ou pas le viol ou l'abus sexuel. Si on travaille en se disant qu'un des facteurs de la toxicomanie chez les femmes c'est le viol ou l'abus sexuel, on va construire l'entretien en fonction de cette possibilité et on va sûrement entendre des éléments qui vont permettre au moins de poser la question aux patientes. Le fait de construire un entretien de cette façon là permet aux patientes de dire les choses, plus que si on n'y est pas prêt. Dans le travail autour de l'inceste, on voit bien aussi que les enfants ne parlent pas à n'importe qui. Il y a des travailleurs sociaux à qui ils vont dire plus facilement qu'à d'autres parce qu'ils sont plus facilement prêts à entendre. A un moment, on se demande si c'est nous qui induisons ce type d'histoires ou s'il s'agit d'une réalité clinique

## **L'enquête 2001.**

A partir de l'enquête régionale de 97, le projet a été proposé à l'INSERM, en l'occurrence à Françoise FACY. Elle est chercheur en mathématiques et épidémiologiste sur la question des toxicomanies et elle a accepté de faire un échantillon représentatif sur le territoire français. En 2001, on a donc travaillé à l'échelle nationale

### **Le groupe clinique et les structures participantes.**

Ce sont tous ceux qui m'ont rejointe pour finaliser le questionnaire que j'avais construit, en vérifier les manques et en corriger les maladresses. 22 équipes ont participé, sur toute la France. Les structures avaient à rendre un nombre de questionnaires déterminé par leur taille.

### **Le questionnaire.**

Il était fait en trois parties :

- une enquête sur la mère même, la femme toxicomane : toxicomane depuis quand ? avec quel produit ? etc.
- les antécédents familiaux pour elle : est-ce qu'elle a été placée, est-ce qu'il y a eu de la maltraitance, des abus sexuels, etc.

- un questionnaire par enfant. On s'intéressait aussi au devenir de l'enfant. Le travail présenté ce matin par Mme BASSO-FIN était très intéressant parce qu'elle donne des parlars d'enfants avec la pathologie des parents, donc elle peut extrapoler en termes de prévention. On évalue le nombre de femmes toxicomanes en France entre 40 000 et 60 000, en âge de procréer. A peu près la seule statistique qu'elles aient en commun avec la population générale, c'est d'avoir un peu moins de deux enfants (ici, 83% des mères ont un ou deux enfants). Cela nous donne quand même beaucoup d'enfants avec une mère en grande difficulté, sans que ces enfants-là soient visités, sans qu'aucun soutien spécifique ne soit prévu.

Aux Etats-Unis, on a déjà réalisé des enquêtes sur les répétitions autour de la toxicomanie. On obtient une première génération de jeunes de 18 à 22 ans dont les parents étaient toxicomanes. Certaines enquêtes arrivent à 80% des enfants de parents toxicomanes qui sont toxicomanes. Ce chiffre doit sûrement être modulé mais il a le mérite d'attirer notre attention sur ce qu'on pourrait intituler *chronique d'une répétition annoncée*. C'est comme dans le roman de Garcia Marquez, sans que personne se mobilise, on va au drame sachant que tous les intervenants sont peu ou prou au courant. La difficulté n'est pas la rigidité du soignant mais plutôt la capacité à mobiliser dans des structures des systèmes de soin un peu différents. Ce n'est pas de volonté individuelle qu'il s'agit là mais d'inertie du système.

## **1. La femme toxicomane**

### Les données socio-démographiques.

L'âge moyen est de 33,5 ans, pour une population de 19 à 53 ans.

Déjà on voit apparaître des facteurs de précarité sociale, puisque 10% sont mariées et 36% vivent en union libre, moins de 25% ont le niveau bac, 64% sont bénéficiaires de la CMU, un tiers seulement a des activités professionnelles et 70% tirent leurs ressources essentielles des systèmes sociaux d'assistance. Et presque la moitié d'entre elles (40%) ont été incarcérées et on verra que l'incarcération n'est pas forcément liée à la toxicomanie. C'est, pour beaucoup d'entre elles, le cas aussi des tentatives de suicide.

### La toxicomanie.

Elle a 15 ans d'évolution en moyenne, avec le plus souvent héroïne, cocaïne et cannabis. Toutes sont ou ont été héroïnomanes. L'alcool n'apparaît pas là, il est en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> place. Et on a le tabac évidemment, massivement. La substitution a changé les choses. Mais l'âge des enfants étant en moyenne de 5-6 ans, si 83% des femmes sont sous substitution au moment de l'enquête, seulement 35% l'étaient pendant leur grossesse.

La substitution change tout. Un pédiatre obstétricien parisien, Claude Lejeune, voyant arriver dans son service beaucoup de mères toxicomanes dont on plaçait les enfants, a trouvé cela absolument insupportable. Il a développé très vite des suivis de grossesses sous substitution. Il a vu s'effondrer le nombre des placements, des signalements, des ruptures des interactions précoces. Il a publié, en 2003, une dernière étude qui montre que sont corrélés positivement la substitution et le suivi de la grossesse, lui-même corrélé positivement aux interactions mère-enfant précoces. Les patientes ne se perdent plus dans la nature, elles peuvent être suivies et surtout elles peuvent dire qu'elles sont toxicomanes. Dans notre enquête, une sur deux n'avait jamais dit qu'elle était toxicomane pendant sa grossesse, à aucun soignant.

### L'état de santé.

Plus de la moitié de nos patientes présentent des antécédents de TS et 10%, c'est énorme, ont été hospitalisées en psychiatrie dans l'année de l'enquête et pour des durées qui tournent autour de 7 à 8 mois.

La séro-prévalence déclarée VIH est de 9%.

## **II. La toxicomane mère.**

### Grossesse et enfants.

Les premières questions dans l'enquête portaient sur la grossesse. On a volontairement dissocié la place du premier enfant de la place des autres enfants. Au plan épidémiologique, on a pensé que ces places étaient différentes et, effectivement, ces bébés sont vécus différemment.

Ces 171 mères ont eu 302 enfants, avec 10 enfants morts et un total de 290 questionnaires exploitables – un questionnaire est inexploitable quand il recèle beaucoup d'incohérences, ce qui annule les réponses de la mère. Un des défauts du questionnaires c'est qu'on ne sait pas de quoi sont morts les enfants. Parfois la mère mentionne la mort subite du nourrisson. Il peut s'agir aussi de complications dues à la grossesse, à la toxicomanie.

### 1<sup>er</sup> enfant.

L'âge moyen de la mère est de 23,5 ans lors de la première grossesse et l'âge de l'enfant est en moyenne de 8,5 ans au moment de l'enquête.

La grossesse s'est bien déroulée dans 60% des cas, selon ces mères, mais dans 40% des cas, aussi bien les relations conjugales que les relations familiales sont décrites comme mauvaises ou inexistantes pendant la grossesse.

75% d'entre elles ont tenté d'arrêter la drogue pendant la grossesse mais plus de la moitié n'y est pas parvenue. Donc elles ont continué avec, on le verra, un fort sentiment de culpabilité qui empêche sans doute aussi de dire qu'on est toxicomane quand on attend un enfant. Un tiers a continué les injections par voie intra-veineuse. Poursuite aussi de la nicotine (90%) et un quart a continué de prendre de l'alcool. On peut supposer raisonnablement que ces chiffres sont un tout petit peu minorés, qu'il est possible qu'elles n'aient pas dit systématiquement qu'elles se défonçaient pendant la grossesse. Mais je pense qu'on a quand même des chiffres assez fiables.

On avait une question ouverte : *Comment s'est passée votre grossesse ?* A l'INSERM, ça dérange : c'est intéressant bien sûr mais on ne voit pas ce qu'on va en faire. On l'a traitée comme on a pu, on n'a pas encore d'enquête qualitative sur ce qui est dit.

J'ai choisi quelques « paroles de mamans » sur la façon dont elles avaient vécu la grossesse, en mettant de côté volontairement le plus extrême du côté de la violence ou du pathologique, pour que ça ne fasse pas trop happening.

Voilà quelques paroles de mères, pour illustrer la sécheresse des chiffres sur la grossesse.

- *Difficultés physiques, très fatiguée, très déprimée*
- *Elle s'est bien passée, j'ai essayé de diminuer le Subutex*
- *Ca s'est très mal passé (elle est toxicomane au moment de l'enquête) je prenais des cachets, de l'alcool parfois et surtout dans l'errance, j'étais SDF(3% de notre population est SDF) en conflit avec ma mère.*

- *Grossesse mal acceptée par les parents – début de la drogue régulière – elle est passée au « fix » après la naissance. On voit l'impact de la problématique familiale. Cela rejoint ce qu'on a effleuré ce matin, la question de la résilience. Si la toxicomane est dans un entourage familial qui à un moment se mobilise, alors il se passe des choses plus positives que ça. Là, je pense que c'est après la naissance que les parents l'ont rejetée. C'est assez fréquent.*

En effet, faire un enfant est une façon pour la mère toxicomane, qui a déjà des difficultés avec ses parents la plupart du temps, d'essayer de se racheter à leurs yeux. Et alors l'enfoncer dans la toxicomanie est une réponse des grands-parents. Et si nous, soignants, nous nous sommes dit que les grands-parents ont été responsables de la toxicomanie de la jeune femme, nous n'allons surtout pas leur confier la responsabilité des petits-enfants. Dans la réalité, dans 75% des cas, ce sont les grands-parents qui s'occupent des petits-enfants. On peut en penser ce qu'on veut mais il va bien falloir prendre en compte cette dimension-là quand on va aider les familles à fonctionner. Ils sont confiés parfois par la justice mais parfois pas du tout, ce sont des arrangements dans les familles.

- *Anxiété maximale, crainte de perdre l'enfant – cette patiente a accouché d'une petite fille prématurée et venait de faire une fausse couche juste avant la grossesse.*

- *Bien, j'ai été aidée par la PMI. Il y a des patientes qui ont été aidées par les dispositifs sociaux.*



- *Mal par rapport à la violence du père et la crainte d'être séropositive*
- *Mal, tout le temps malade, fatiguée*
- *Très stressée, énervée*
- *Merveilleuse, à part un mois où j'ai dû rester alitée. On se dit en voilà au moins une pour qui cela n'a pas été l'horreur.*
- *Honteuse, relation sado-maso avec le père de mon fils qui est resté en Angleterre.*
- *Panique d'abord. Au début. Enceinte alors que j'avais d'abord trompé mon mari – puis tentative de suicide puis enceinte et héroïne en même temps. A l'hôpital, on a cherché de l'aide*
- *Cela a été difficile, ce qui s'est passé ; le père était incarcéré à 6 mois de grossesse, j'ai pris des produits, je m'étais caché beaucoup de choses. L'incarcération des pères est quand même très fréquente.*

### **Questions.**

**Q1.** A t'on interrogé ces mères sur la possibilité d'un recours à l'IVG ?

**Myriam CASSEN.** Oui, et on a trouvé que, majoritairement, elles désiraient l'enfant et que, majoritairement, le père aussi désirait l'enfant.

**Q2.** J'ai l'impression qu'un certain nombre de femmes ont commencé à se droguer pendant la grossesse. Est-ce vrai ?

**Myriam CASSEN.** Non. Toutes ces mères étaient toxicomanes avant leur grossesse. Mais certaines ont changé de produit, quitté la cocaïne pour passer à l'héroïne, etc.

### L'accouchement.

Cela fait partie des chiffres que Lejeune a réussi à faire effondrer, ceux des problèmes à la naissance. Une grossesse suivie évite la prématurité (23% dans notre étude), les enfants tout petits (26,5%), qui sont des problèmes assez fréquents pour les enfants de mères toxicomanes qui souvent n'ont pas une hygiène de vie telle qu'on peut la souhaiter pour attendre un enfant, sans parler du problème de la drogue elle-même.

L'accouchement s'est déroulé sans difficultés dans les deux tiers des cas, mais des problèmes sont survenus chez le nouveau-né dans un cas sur deux et il a dû être hospitalisé dans près de 40% des cas. Dans les raisons de l'hospitalisation, souvent c'est la question du sevrage, d'un poids trop petit ou de la prématurité. Il y a des choses plus graves, mais elles restent rares, peu représentatives.

### Sortie de la maternité et séparation – placement des enfants.

On s'est intéressé au nombre de mères qui sont sorties avec leur enfant de la maternité. Au moment de la sortie de la maternité, pour le premier enfant, 90% des mères sont avec leur enfant. Ce chiffre est encourageant, on s'attendait à moins. Cinq ans plus tard, un enfant sur deux est placé. C'est moins encourageant. Moi, je trouve cela énorme.

Des équipes évaluent la qualité des interactions précoces positives au point de laisser la mère sortir avec l'enfant dans 90% des cas, comment cela peut-il se dégrader à ce point ? On ne va pas être parents à la place des parents de toxicomanes, mais il faut au moins qu'il y ait des services qui traitent de la parentalité. Dans 40% des cas, la garde d'un enfant au moins a été retirée à ces mères au moment de l'enquête. Ces enfants sont pour 75% confiés à la famille – les grands parents maternels essentiellement. Quand le père est là et qu'il a reconnu l'enfant, les grands parents paternels sont présents. Les autres enfants sont placés en familles d'accueil ou en institution. Au total, 37% des enfants étaient effectivement séparés de leur mère au moment de l'enquête.

On a voulu voir, non pas seulement au moment de l'enquête mais sur l'ensemble de la vie de l'enfant, combien de fois la mère en avait été séparée. Les pourcentages sont plus élevés. Les enfants font des va et vient entre les familles d'accueil et la mère, pour maintenir le lien.

90% des mères font état d'expériences notables de séparations avec au moins un enfant. La durée moyenne des séparations est de 33 mois. Les séparations peuvent être événementielles (incarcérations : 20%, hospitalisations de la mère : 14%). On se rappelle le taux de ces mères hospitalisées dans l'année pour une durée de plusieurs mois. Il n'y a pas de réseau familial étendu qui permette de garder l'enfant à la maison à attendre la maman. On le confie à l'ASE qui fait comme elle peut avec des familles d'accueil. Les séparations peuvent correspondre aussi à des mesures plus durables de placement.

### **Enfants suivants.**

Les taux de placement sont plus importants pour le deuxième enfant que pour le premier. Tout va plus mal pour le deuxième. Ces chiffres démontrent aussi l'intérêt de développer des choses pour le soutien. Cela ne commence pas si mal que ça pour le premier enfant mais que se passe t'il ensuite ? On sait bien que quand on n'a pas de ressources, ce n'est pas si simple de se débrouiller avec un enfant. Alors quand on en a deux ou plus, qu'il y a des aînés, quand en plus on est seule, il est facile de perdre les pédales. Il y a des enfants secoués, ou qui ont alerté les services sociaux. On a peu de violence physique chez les toxicomanes, d'ailleurs, même chez les hommes toxicomanes. Cela arrive mais contrairement à une idée peut-être répandue, la maltraitance physique est assez rare. Une des raisons, peut-être pas la seule, est que l'héroïne, qui est un opiacé, calme. L'alcool est un excitant et, en état d'imprégnation alcoolique, les gens ont plus facilement des conduites violentes.

L'âge moyen de la mère au moment de la grossesse pour les enfants suivants est de 26,5 ans et l'enfant a 6 ans au moment de l'enquête.

Globalement la grossesse, l'accouchement, la période néonatale se sont moins bien passés que pour le premier enfant. Le devenir est également plus péjoratif : plus d'hospitalisations (44% contre 38%), plus de gardes retirées (60% / 40%).

Il y a plus souvent des difficultés scolaires et comportementales des enfants. On a posé ces questions aux mères car on ne peut pas avoir accès aux enfants directement. En France, ces choses sont séparées ; l'ASE a des fichiers sur les enfants, d'autres des fichiers sur les parents.

Si on veut accueillir ensemble la mère et les enfants, il y a des difficultés administratives qui empêchent la globalisation des prises en charge. Alors on demande alors aux mères : « d'après vous, est-ce qu'il a des difficultés scolaires ? ». Pour le 1<sup>er</sup> : 28% , pour le 2<sup>nd</sup> : 32%. « des difficultés comportementales ? ». Pour le 1<sup>er</sup> : 33% , pour le 2<sup>nd</sup> : 48%.

### **Question :**

**Q3.** Comment faites-vous pour critiquer ces chiffres, estimer que c'est plutôt plus ou plutôt moins que ce à quoi on pouvait s'attendre ?

**Myriam CASSEN.** Si on dispose d'enquêtes préalables, on compare. Sinon, on le mesure à sa propre subjectivité. On travaille sur la question depuis 15 ou 20 ans, on assiste à des congrès, colloques, journées nationales d'associations, on entend des choses qui circulent...

On a parfois des surprises. Par exemple, dans l'enquête régionale, un tiers des pères de ces mères toxicomanes sont décédés. Vous avez vu leur âge moyen : 33 ans. A 33 ans, un tiers d'entre nous n'avait pas perdu son père ! C'est une vraie interrogation, si on travaille sur la répétition et la prévention : comment une femme qui a grandi sans père peut-elle trouver un père à son enfant ? Sans doute c'est possible, mais il y a là un vrai facteur de risque surtout si le père est mort de façon précoce par assassinat, des suites de l'alcool ou de la délinquance. C'est un facteur de risque, pas une causalité.

Là, on a des chiffres sur les gardes retirées : 1<sup>er</sup> enfant : 4 sur 10 , 2<sup>ème</sup> enfant : 6 sur 10.

Globalement, l'avis des mères sur leur enfant est aussi moins positif (55% contre 62%). La dernière question était « que pouvez-vous nous dire sur votre enfant ? » ; on voulait tester la représentation que les mères avaient de l'enfant suivant. Pour l'INSERM, on a classé les réponses en représentations positive – négative – mitigée. On a surtout repris des « paroles de mères ». Le premier enfant est plus investi positivement, il pose moins de problèmes.

### **III. Les antécédents de la mère toxicomane.**

Il nous intéressait de voir ce que ces mères elles-mêmes avaient vécu avant comme situation familiale. Est-ce qu'elles ont été placées ? Est-ce qu'elles ont vécu des violences familiales ?

Ces mères ont elles-mêmes vécu des expériences de séparation et / ou d'abus :

Les parents d'un tiers seulement d'entre elles vivent encore ensemble lors de l'enquête. Par rapport à la population générale, c'est peu. 20% avaient perdu leur père – on était à 30% dans l'enquête régionale. 9% avaient perdu leur mère : c'est très, très élevé à un âge moyen de 33 ans. Donc certaines ont déjà perdu les deux.

Près de la moitié d'entre elles ont des antécédents de séparation pendant leur enfance. On leur demandait de détailler les séparations. Une fois elles avaient été placées en famille d'accueil, une fois, suite à de la maltraitance physique, elles avaient été en foyer... Il y a des parcours très chaotiques. Elles mêmes ont eu un placement chez les grands parents et 25% faisaient l'objet d'une mesure AEMO.

60% des mères signalaient des violences intra-familiales : maltraitance psychologique (40%), physique (30%), abus sexuels (20%). On suppose que ces chiffres sont minorés. Les enquêtes américaines font état d'abus sexuels comme facteur de risque pour une plus grande gravité de la toxicomanie pour les femmes toxicomanes et selon les enquêtes, cela va de 40% à 60%. Sans doute la définition d'abus sexuel aux Etats-Unis, culturellement, n'est-elle pas la même que chez nous ; elle est sûrement plus large. Là, tel que les femmes l'entendaient, c'est de viol évidemment que l'on parle et non de harcèlement.

Un chiffre qui nous a fait un peu froid dans le dos, c'est que pour 43% d'entre elles, cette enquête était la première occasion de parler de ces violences. Dans l'équipe, on me disait que cela allait être terrible, qu'on n'allait jamais pouvoir poser des questions sur les antécédents d'abus sexuels, de viols, etc. On me suggérait de faire passer les questionnaires. Au début, j'ai accepté mais je n'ai vu aucune patiente sauf les miennes : elles ne venaient pas au rendez-vous pour passer un questionnaire d'enquête. Dans les autres centres, cela a été pareil. Donc ce sont les référents qui finalement ont fait passer les questionnaires. Ils disaient que c'était difficile d'entendre ça. Après en avoir beaucoup parlé – il faut des mois pour qu'une équipe soit prête à passer une enquête comme celle-ci – ils se sont rendu compte que finalement ce n'était pas si difficile. Pour certains, cela a été troublant parce que c'étaient leurs patientes qui ne le leur avaient pas dit. Certains entretiens, prévus de 45-60 minutes, ont duré deux heures car les patientes s'effondraient complètement. Parfois on proposait de les revoir ; il y avait pour cette enquête, dans toutes les équipes, des cellules de suivi psychologique particulières. Les patientes pouvaient passer le questionnaire en plusieurs fois, certaines l'ont emporté chez elles, quand elles n'avaient pas envie d'en parler directement.

Dans la violence intra-familiale, il y a les maltraitances physiques, psychiques et les abus sexuels. Qu'est-ce que la maltraitance psychique ? Elle a été définie par l'insulte – *t'es qu'une pute, une salope* – et les humiliations. Ce n'est pas la maltraitance psychique comme on pourrait l'entendre dans un milieu déjà sécurisé. Certaines cumulent, bien sûr deux types de violence, voire même les trois.

On a regardé, en termes de corrélations, ce qui aggravait vraiment la toxicomanie. On a pris les critères de gravité de la toxicomanie tels que l'INSERM les définit. Entre autres :

- l'âge précoce. En moyenne les femmes sont plus jeunes toxicomanes que les hommes toxicomanes. Un homme toxicomane commence par le hasch, par pleins de choses et arrive à l'héroïne à 21-22 ans. A 18 ans, les femmes toxicomanes sont héroïnomanes. On comprend pourquoi avec des histoires fracassées comme celles-là.

- les tentatives de suicide.

On s'en doutait, l'antécédent d'abus sexuel chez la mère quand elle est enfant est corrélé de façon positive à la toxicomanie, de même que les antécédents de violence intra-familiale.

La représentation qu'on avait, tous, c'est que la violence physique était plus un facteur de risque pour la toxicomanie que la violence psychique ; mais ce n'est pas le cas, ici. Dans notre enquête, c'est l'inverse. Cela nous alerte sur leur capacité à banaliser la violence : elles sont tellement habituées à prendre des claques, des coups, que finalement ce n'est pas si grave. Par contre les humiliations, les insultes arrivent à percer l'espèce de carapace physique qu'elles se sont faite. Des enquêtes demandent aux femmes violées dans l'enfance si elles ont été violées à l'âge adulte. Chez les femmes toxicomanes, elles sont 23%. Elles récidivent parce qu'elles n'ont pas su se construire des modalités de vie qui les protègent, alors elles se retrouvent dans des contextes d'intimidation qui vont faire qu'elles sont à nouveau victimes.

Les antécédents d'abus psychologique sont un réel facteur d'aggravation de la toxicomanie mais aussi tout ce qui est de l'ordre de la séparation inter générationnelle ; l'existence de séparations entre la mère et ses parents est corrélée de façon significative avec les séparations ultérieures. C'est un vrai facteur de risque : celles qui ont été séparées d'avec leurs parents sont plus souvent séparées d'avec leurs enfants. On l'a vérifié au plan épidémiologique.

### **Paroles de mères.**

J'ai souhaité donner un peu la parole à ces femmes car elles sont très souvent anonymes

- *Pleine de sentiments contradictoires pendant la grossesse – je l'aime comme mes autres enfants. Je serai là le jour où il aura besoin de moi. Il est au courant de la situation (sauf pour le viol) mais il est très heureux dans sa famille. Pour moi, les difficultés ont été longues à surmonter.*

- *Je pense que j'ai eu énormément de chance car elle s'en est très bien tirée avec la vie que j'ai menée. J'ai toujours beaucoup parlé avec elle, jamais de mensonge. J'ai toujours essayé de les préserver de ma toxicomanie.*

- *Elle me manque – le père de l'enfant est incarcéré.*

- *Sylvie est une personne fragile, timide, respectueuse. Enfant, elle a fait une syncope de quelques minutes en faisant une chute. Elle était très menue, très sage, très soignée pour tout ce qu'elle faisait. Elle adore le dessin, la lecture, elle a tout fait pour oublier (mais je sais que ça ne se peut pas). Elle a été attouchée par un homme qui s'était fait passer pour un médecin. Elle avait 9 ans. Elle avait très peur des hommes. Elle a réussi en suivant ses études. Alain – son conjoint – et moi étions là pour l'encourager et l'écouter si elle voulait nous parler de ses problèmes. Son père ne l'a pas soutenue. Aujourd'hui elle travaille, elle vit dans une solitude avec son ami qui boit.*

- *Il a sûrement souffert de mon incapacité certains jours à m'occuper de lui. Je dormais des heures, personne ne pouvait me réveiller et il devait se débrouiller tout seul.*

- *C'est ma raison de vivre.*

- *Il est en milieu spécialisé.*

- *Il est grand, je sais pas, ça fait sept ans que je l'ai pas vu. Je sais qu'il a passé son permis.*

- *Actuellement, son père est incarcéré – c'est le grand-parent paternel qui garde le plus grand, le plus jeune reste avec sa mère.*

- *J'aimerais pouvoir les récupérer dans de bonnes conditions.*

- *J'ai peur qu'elle me rende responsable de la mort de son père. Je n'ai pas beaucoup d'autorité.*

- *Je désire maintenir le placement ; j'ai peur d'être violente sur l'enfant. – dimension qu'on ne travaille absolument pas, nulle part.*

- *J'aurais jamais dû faire de gosse, j'étais pas assez mûre. J'ai gâché ma vie. J'ai déjà peur quand elle grandira, elle va m'en faire voir de toutes les couleurs. – voilà une maman qui ne doute pas de la répétition.*

Il y a du travail à faire du côté de leur sentiment d'être de mauvaises mères alors qu'elles peuvent faire des choses très positives avec leurs enfants. Comme celle-là qui dit :

- *Je voudrais le voir plus souvent mais j'ai peur de l'avoir 24 heures sur 24. Je ne suis pas assez solide.* Elle a trouvé un équilibre, finalement – *il est chez ma mère la semaine et chez mes beaux-parents le week-end. Je ne sais pas si je dois l'emmener voir son père en prison.*

- *J'ai mieux vécu le rapport à la séropositivité avec cet enfant-là. On m'a fait moins peur, le suivi de contrôle est moins lourd. J'ai mieux vécu le regard en tant que femme sous méthadone. Les hôpitaux commencent à s'habituer. Je suis plus cool, c'est parce que c'est le deuxième enfant.*

- *En ce moment, j'ai des problèmes avec la bouffe. Il est obèse – là on voit des éléments de répétition autour de l'oralité. Il mange toute la journée en regardant la télé. Si je le lui interdis, il pique des crises.*

- *Il est mignon, c'est la meilleure chose qui me soit arrivée. Je ne regrette pas les sacrifices passés et présents pour le protéger de tout.*

- *Je souhaiterais plus de formation des personnels des maternités pour traiter les femmes toxicomanes.* Elle s'est sentie traitée, lors de sa présence en maternité, différemment que les autres femmes.

Une femme demande : *on a combien de temps ?* Elle pourrait parler de son enfant pendant des heures, il n'y a pas que les mères toxicomanes qui peuvent faire ça. *C'est la plus belle chose que j'aie dans ma vie. Il a changé ma vie. Je positive maintenant. Avant je m'apitoyais sur mon sort, maintenant tout ce que je fais c'est pour qu'il ait la vie la mieux possible. Je veux qu'il ait la vie la mieux possible. Je veux qu'il ait une bonne image de ses parents, qu'ils s'entendaient bien, qu'ils s'aimaient, qu'il retienne que de la joie, de l'amour. J'ai confiance, confiance, je le veux tellement et je ne suis pas la seul à le vouloir.*

Ou bien : *après tout ce qu'elle a vu et entendu, elle est intelligente – c'est ce qui a été dit ce matin sur l'hyper précocité des enfants – et elle a bien compris le sens de nos vies.*

Et enfin : *je suis super contente, c'est une petite beauté, je suis comblée.*

## **Débat.**

**Pierre-Marie Lincheneau.** Merci, Myriam CASSEN. Je suppose que vous avez plein de questions. Je veux revenir sur un point abordé, la question de 'nommer les choses'. Cette enquête a été un facteur qui a au moins permis à ces personnes-là de dire les choses comme elles les ont dites.

**Myriam CASSEN.** D'ailleurs si vous travaillez en dehors de la toxicomanie et de l'alcoologie, vous voyez à quel point les questions sur la parentalité sont devenues contemporaines, tout en sachant que le mot 'parentalité' n'existe pas dans le dictionnaire et n'existe pas dans la loi.

La loi du 2 janvier 2002 impose aux institutions de placer la famille en collaborateur du soin apporté à l'enfant. Actuellement beaucoup d'institutions n'en sont pas là, on commence à organiser la vie institutionnelle en donnant une place aux parents. La question est de nommer les choses et aussi de mettre en place le cadre qui va permettre d'en parler. Les deux sont liés. Certaines équipes d'écoute spécialisée jusqu'à l'an dernier passent actuellement seulement à l'aspect de formation en psychothérapie familiale. L'institut dont je suis responsable fournit des formations sur la parentalité et on a de plus en plus de demandes d'institutions pour cela. Je pense en particulier aux institutions qui gèrent les mesures d'AEMO. Jusqu'alors la notion de 'suppléant parental' telle qu'elle est vécue par les institutions de la justice pour les enfants fait peu de cas des ressources éducatives des parents. Contrairement à une idée répandue, la justice ne se substitue pas au parent, elle le supplée. La loi précise aujourd'hui qu'elle supplée en mettant les parents en position de collaborateurs. Cela signifie que dans le regard qu'on porte sur la famille, on considère que cette famille, stigmatisée par la justice comme une mauvaise famille – puisqu'il y a une décision AEMO, a quand même des ressources, peut-être pas suffisantes, mais des ressources pour évoluer et pour accompagner l'enfant dans son développement. Donc on oblige les équipes à travailler sur le soutien à la parentalité. Et là, on voit bien que c'est très discriminé selon que c'est la mère ou le père, on ne va pas attendre du tout la même chose. C'est particulièrement net avec des enfants en difficulté, pré-délinquants, les sollicitations sont différentes selon qu'il s'agit du père ou de la mère.

**Q4.** Je voudrais poser une question par rapport à l'alcool. Vous citez une enquête américaine où on voyait la répétition parents toxicomanes – enfants toxicomanes. Pour les antécédents que vous avez étudiés, avez-vous posé la question de parents alcooliques ?

**Myriam CASSEN.** C'est une question qui est déjà posée par l'enquête INSERM, qui a lieu tous les ans. Dans les antécédents, qu'il s'agissent des hommes ou des femmes toxicomanes, des questions sont posées sur les pathologies alcooliques. On considère comme facteur de risque pour les hommes comme pour les femmes l'alcoolisme du père et la dépression de la mère, cliniquement significatifs. Les facteurs de risque qui se rajoutent pour les femmes sont du côté des abus sexuels ou des violences familiales. On a des générations parents alcooliques et enfants toxicomanes. C'est une modalité des loyautés familiales dont on parlait ce matin ; on reste dans la règle de la transgression autour de la consommation d'un produit, qu'il soit licite ou illicite.

**Q4.** Souvent les personnes alcooliques s'inquiètent de savoir si leurs enfants vont devenir toxicomanes. Ou malades alcooliques, mais aussi toxicomanes.

**Myriam CASSEN.** On commence à voir arriver, avec beaucoup d'émotion, les enfants toxicomanes des toxicomanes qu'on a soignés... ou qu'on n'a pas réussi à soigner. Il y a deux ans est arrivée la première fille... on connaît sa mère, qu'on a accompagnée des années sans qu'il y ait le moindre progrès. On a évité qu'elle soit trop mal soignée pour la séropositivité. Elle a des enfants placés ; l'aînée chez les grands-parents maternels, les autres en foyer ou en familles d'accueil. J'ai suivi l'aînée en 85, en tant que thérapeute familiale. J'allais chez les grands-parents voir cette petite fille de 5-6 ans. Je m'en souviens d'autant mieux que c'était ma première prise en charge familiale dans le cadre du CEID. Il y a deux ans, elle est entrée au Centre sous une fausse identité. Elle était toxicomane ++ et au cours des entretiens, elle a révélé au thérapeute qui la suit qu'elle était.

**Pierre-Marie Lincheneau.** Ton exemple est intéressant. Ce matin on a évoqué l'alcoolique qui devient parent, la mère en particulier – sa façon de porter le bébé et de l'élever. Quand il devient parent, l'alcoolique engendre tout un ensemble de difficultés sur le plan cognitif et sur le plan affectif. Et on n'a pas parlé de génétique. Tu présentes quelque chose où, même si le propos n'est pas énoncé, il me semble que ce qui est en jeu, c'est la question du lien. Au début de ton exposé, tu as dit qu'autrefois on écartait les parents alors qu'en réalité ce sont eux qui s'occupent des enfants de leurs enfants. Mais ces grands-parents, puis qu'ils avaient produit des enfants toxicomanes, couraient le risque – à la lecture de l'époque – d'élever à nouveau des toxicomanes. Et tu conclus en disant que finalement cette petite fille qu'on a soignée, aidée et qui a été élevée par les grands-parents, se retrouve à son tour, sous une autre identité peut-être pour vous protéger, dans un centre de toxicomanie. Cela pose vraiment la question du transgénérationnel. Qu'est-ce qui se transmet ? Est-ce de l'éducationnel ? de l'héréditaire ? est-ce que ce sont des modèles ? Ces modèles, aux yeux de la spécialiste que tu es, peut-on les infléchir ? par de l'éducationnel ? par quel biais ?

**Myriam CASSEN.** Je me réfère aux travaux de Claude LEJEUNE parce que, en France, ce sont eux qui apportent le plus clairement des éléments de réponse. La distorsion du lien précoce entre un enfant et sa mère toxicomane est davantage liée aux aspects de précarité – sociale, affective, psychologique – qu'à l'usage des produits. Une mère sous substitution aura une relation de bien meilleure qualité qu'une mère qui prend des molécules assez proches sans être substituée, car autour se mettent en place un certain nombre de soutiens, de suivis, ce qui va permettre au lien de s'établir. Ce que les enquêtes démontrent, celle-ci en particulier, c'est que ce n'est pas tant que la prise de produits qui est un risque pour le lien mais tout ce qui est autour : la dépression de la mère, l'isolement, la précarité sociale, être SDF, avoir été battue, violée. La toxicomanie est, la plupart du temps, de l'automédication, pour les hommes et pour les femmes. Ils parlent de 'lune de miel' au début mais il y a ceux qui vont s'accrocher au produit et ceux qui ne vont pas s'accrocher. On a tous rencontré l'alcool et on n'est pas tous devenus dépendants. Certains rencontrent l'héroïne ou la cocaïne sans devenir accros. C'est l'histoire individuelle qui détermine la dépendance. Le cas clinique évoqué corroborerait tout à fait ce qui était dit des parents de toxicomanes : comme ils étaient toxiques pour leur fille, ils sont devenus toxiques pour la petite-fille. Mais en fait, la petite-fille a grandi sans père ni mère, dans un contexte extrêmement toxique. Sa mère l'avait récupérée, au moment où elle a eu les deux autres enfants. Le père est le même pour les trois enfants, c'est assez rare. Ils ont vécu un moment tous les cinq, sans toxicomanie. Les choses se sont à nouveau dégradées et, en urgence, on a remis l'aînée chez les grands-parents et placé les autres enfants. On peut imaginer que cet aspect-là aussi de l'histoire de l'enfant a son poids.

**Pierre-Marie LINCHEAU.** Est-ce qu'on ne pourrait pas retourner ces approches de la dynamique du secret familial, sur de multiples générations. Globalement, une souffrance familiale est tue par rapport à la génération originelle, les grands-parents on va dire. Il y a une non-transmission, on transmet quelque chose de non su, de non dit, mais l'éducation va s'organiser autour. En troisième génération, on retrouve des enfants en difficulté. Les grands-parents, qui ne sont pas à l'origine de la souffrance, quand ils continuent d'éduquer l'enfant, ne vont-ils pas continuer d'être sur le même modèle relationnel ?

**Myriam CASSEN.** Avec le secret de famille, ce n'est pas seulement parce qu'il n'est pas dit qu'il y a un problème. Parfois il peut être dit et il y a quand même un problème. Dire ne suffit pas à éviter l'apparition des symptômes. Là, ce qu'il y a à interroger quand le secret est dit, c'est la modalité relationnelle qui, elle, se transmet.



Vous êtes bien placés les uns et les autres pour savoir à quel point on a du mal à se défaire de ce qui nous a construits. Les choses positives, on n'a pas besoin de s'en défaire. Les modalités relationnelles, si elles ont été plus ou moins violentes, plus ou moins rejetantes, vous aurez tendance pas forcément à les répéter mais à vous attendre à ce qu'on vous traite comme ça, et parfois à vous comporter de façon telle que du coup les autres vont vous traiter de cette façon-là. On le voit avec des patients qui se comportent de façon telle qu'en deux ou trois entretiens, on n'a parfois plus envie de parler d'eux mais plutôt de les rejeter. Ils fondent des interactions aux quelles ils sont profondément habitués. Le travail de soutien c'est alors d'interroger ces modalités-là d'interactions pour leur en faire d'abord prendre conscience pour ensuite pouvoir faire évoluer ça. Sans doute, autour du secret, y a t'il du travail comme cela.

**Q5.** Dans ce cas clinique, l'aînée est confiée aux grands-parents et les autres sont placés dans des foyers. On sait que c'est mauvais de séparer les fratries. Est-ce que ce n'est pas aussi une chose à travailler ? Elle est séparée d'avec la fratrie en plus d'être séparée d'avec ses parents.

**Myriam CASSEN.** A voir ce que devient cette jeune fille, on s'interroge sur les facteurs causaux. La systémie ne travaille jamais sur la linéarité, la relation cause – effet. Il faut partir du principe que les choses sont extrêmement complexes. Pour elle, qu'est-ce qui va faire qu'elle est toxicomane ? que sa mère l'ait été ? son père ? les séparations ? L'enfant peut choisir une hyper précocité, ne pas poser de problèmes, être bon à l'école. Sans doute, il y a là des facteurs de contexte, c'est à dire de construction des relations et des interactions. Vous connaissez ce livre *Tout se joue avant six ans*. Non ! On évolue en fonction de son aptitude à construire des relations. En systémie, l'histoire nous intéresse, bien sûr, mais aussi tout particulièrement les ressources des personnes dans l'état actuel de leur vie pour construire des modalités de relations qui évitent de répéter les choses

**Q6.** L'arrêt de la toxicomanie chez la femme ne modifie pas obligatoirement le lien pour éviter la répétition de la toxicomanie.

**Myriam CASSEN.** L'arrêt de l'intoxication est bien sûr un facteur de pronostic très positif. En clinique, on voit que beaucoup de femmes vont mieux après avoir été assistées. En particulier il est évident que beaucoup de patients vont mieux sous substitution. Notamment, on voit des couples faire un travail parental pour récupérer leurs gosses. La substitution ne règle pas tout. Mais c'est une aide extraordinaire. Les gens peuvent se lever le matin, aller travailler, amener les enfants à l'école... En psychothérapie, cela change aussi les choses. J'ai vu des gens travailler avec leurs enfants. Avant, les gens passaient leur temps à courir derrière l'héroïne, il n'y avait pas de place pour ça. Le manque n'organisait pas le discours. Contrairement à ce à quoi certains pouvaient s'attendre, le fait de ne plus avoir le manque du produit permettait de mettre en mots la souffrance.

On a des histoires cliniques qui sont moins tristes que celle-là. Une patiente de 35 ans, dont je me suis occupée assez longtemps en thérapie. Elle a un passé de violences graves – enfant, elle a été hospitalisée plusieurs fois avec des membres cassés. Elle a voulu un enfant, avec un homme toxicomane – il est mort depuis d'une overdose. Ses parents la laissent complètement tomber après la grossesse, encore pire que ce que c'était avant. L'enfant leur est confié. Elle est désespérée à un point tel qu'elle devient prostituée. Le profil de toxicomane prostituée est le profil le plus grave de femmes en difficulté. Elle se sait mourante.

Dans la prostitution, elle a un enfant dont elle ne connaît pas le père. L'expérience à la maternité est alors abominable – elle signe un abandon sous X et on lui enlève l'enfant, parce que les grands-parents ont refusé de s'en occuper. A 30 ans, elle décide de se soigner. Elle se sort de la prostitution avec un ami de la famille qui un jour la trouve –comme dans les romans – et l'enferme dans une chambre pendant un mois et demi. Ce qui la soigne, sans doute, c'est cette attention bien traitante, non violente et non rejetante – elle dit que sans cet ami, elle ne s'en serait pas sorti. Elle fait un travail pendant quatre ans et récupère son fils; elle peut refaire des liens avec ses parents. On a terminé la thérapie au moment où elle a invité ses parents à aller au restaurant avec son fils. Au regard de son histoire, c'est quelque chose qui était inimaginable quatre ans auparavant. La justice m'a demandé mon avis sur sa capacité à récupérer son fils le week-end, ce que j'ai soutenu. L'assistante sociale aussi. C'est un pari qui a vraiment fonctionné. Elle avait une capacité à nous faire vivre des choses – on parlait d'humanité ce matin – on avait vraiment envie qu'elle s'en sorte. Ça ne suffit pas, évidemment, mais là cela a permis qu'elle s'en sorte et son fils ne va pas si mal que ça. Malgré l'histoire chaotique qu'il a vécue, il a accepté de connaître sa mère – les grands-parents s'étaient chargés de lui dire que c'était une pute et qu'elle se droguait. Je les avais au téléphone, eux sachant que je soutenais leur fille dans son désir de récupérer son fils le week-end. Donc on a réussi à faire tout un travail sur l'histoire.

**Q7.** Le développement de la substitution a permis d'améliorer la qualité du soin aux femmes toxicomanes et de faciliter la création du lien avec leurs enfants. Dans l'étude, j'ai retenu qu'à 83% elles ont été un moment sous substitution, mais uniquement 35% pendant leur grossesse. Est-ce cela s'explique par le fait que ce sont des politiques relativement récentes et qu'elles n'ont pu bénéficier de substitution pour leur première grossesse ? Ou ces femmes ont-elles arrêté leur substitution en cours de grossesse ? Cela peut être un enjeu lié à leur représentation du sevrage du nouveau-né.

**Myriam CASSEN.** En 97, c'est la première enquête, peu de substitutions étaient possibles, il y avait des files d'attente. Dans notre échantillon, très peu de femmes ont arrêté la substitution en cours de grossesse. Une majorité d'entre elles n'ont pas bénéficié de substitution parce que à l'époque le recours à la méthadone était très peu développé. Le ministre SCHWARZENBERG a été évacué de son gouvernement, après 9 jours, pour ses prises de position sur l'euthanasie et surtout parce qu'il venait de déclarer qu'il fallait donner de la méthadone aux toxicomanes.

**Pierre-Marie LINCHENEAU.** Sur ce qu'écrit Colette CHILAND sur ce qui se joue avant six ans, tout n'est pas joué... pour certains. Et pour d'autres, c'est peut-être joué. Mais ça vaut le coup, effectivement, de tenter le soin. Avant six ans, il y a peut-être des choses fondamentales qui malheureusement se sont jouées là.

**Myriam CASSEN.** On travaille tous avec des croyances.

**Pierre-Marie LINCHENEAU.** Ce n'est pas une croyance.

**Myriam CASSEN.** Que les choses seraient fixées...

**Pierre-Marie LINCHENEAU.** Oui. La grande question serait de savoir comment il se fait que des gens qui ont vécu des choses difficiles, pendant la Shoah par exemple, reviennent et puis vont bien. Globalement ils vont bien. Et d'autres continuent à aller mal. Et on dit que tous les parents maltraitants ont été des enfants maltraités. C'est parce que la statistique est faite à l'envers. On a des enfants maltraités et on va voir les parents. Il faudrait voir tous les enfants maltraités et voir leurs enfants. On s'apercevrait que tous les parents qui ont été maltraités dans leur enfance ne deviennent pas maltraitants. Mais la plupart de ceux qui sont maltraitants ont été maltraités. Il n'y a pas de causalité directe entre être maltraitant et avoir été maltraité mais il n'y a pas de causalité directe entre avoir été maltraité et devenir maltraitant. Et donc la grande question est de savoir comment celui qui a été maltraité n'est pas devenu maltraitant. C'est là l'idée de résilience, l'idée que tout n'est pas forcément joué pour tout le monde. Donc cela justifie notre présence, notre travail. Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer. Il faut le faire, et les gens qui pourront s'en saisir s'en saisiront. Mais on ne peut pas écarter l'idée que, pour certains, les choses sont jouées très tôt. C'est quand même l'idée que tu nous montres et ce que nous a montré Catherine BASSO-FIN : il y a des risques que les choses soient jouées.

**Myriam CASSEN.** Je pense que ça, c'est de l'ordre de la croyance. Je n'ai que des croyances, je n'ai évidemment pas de certitudes. Je suis très proche de l'école du « constructivisme » qui part de l'hypothèse que la réalité, en soi, n'existe pas : c'est la réalité qu'on se raconte. Quand des équipes hospitalières me font superviser une situation avec un patient, je ne supervise pas la réalité mais la façon dont le soignant a perçu le patient. Un autre soignant aura une autre histoire et un autre superviseur construira une autre histoire, en fonction de ce qu'il est.

**Pierre-Marie LINCHENEAU.** Oui. Le soignant et le superviseurs donnent une réalité. Ce n'est pas le réel.

**Myriam CASSEN.** C'est rétrospectivement qu'on va raconter une histoire. On peut raconter l'histoire qu'on est devenu maltraitant parce qu'on a été battu enfant, et vérifier l'hypothèse qu'il y a des choses qui ne peuvent pas se surmonter quand on est enfant. Mais on peut aussi se raconter l'histoire qu'il a été battu enfant et que ensuite, dans ce qui s'est passé, les choses ont permis que la répétition survienne. On peut travailler sur les ressources du système ou sur les ressources des relations. Cela ne veut pas dire que je suis une optimiste naïve qui pense qu'il suffit de travailler sur la relation pour que les gens n'aient pas de difficultés. Je pense que, quelque soit le stade des difficultés de la famille, on a un espace de réaménagement et qu'en tout cas si le soignant n'a pas ça en tête, alors on ne peut pas aider la famille. Et souvent les familles sont assez désespérantes, quand elles viennent vous voir et qu'elles ont fait quatre, cinq, six services et qu'elles sont toujours dans la même position.

De ce point de vue, je me sens assez proche de quelqu'un comme Guy AUSLOOS, professeur de psychopathologie à l'Université de Montréal et qui, alors que la loi en France n'a instauré la famille comme collaboratrice des prises en charges de l'enfant qu'en 2002, a publié en 1984 un livre remarquable, *La compétence des familles*. Cliniquement, il a créé lui-même un centre où des enfants sont placés pour des troubles du comportement et où il fait appel aux familles quand les enfants sont en crise. Pas forcément la famille des enfants en crise mais, par exemple, les parents des copains de l'enfant en crise. Il y a une maison où les familles peuvent venir pendant trois ou quatre jours aider les équipes à travailler avec les enfants. Ça, c'est travailler sur les ressources et les compétences des familles, ce n'est pas seulement le dire.

Il crée un cadre qui va aussi mobiliser les familles, qui sont vues de façon extrêmement péjorative depuis 10 ou 15 ans et à qui, on ne demande rien. ‘De toute façon, elles sont nulles, on ne va quand même pas leur faire confiance’. Même sans tomber dans cette caricature, les familles elles-mêmes s’enfoncent dans des modalités d’auto dépréciation très grandes. La construction de cadre thérapeutiques différents a permis parfois, pas tout le temps, de faire émerger aussi des situations différentes. Guy AUSLOOS viendra à Bordeaux l’an prochain pour commenter ses travaux sur la compétence des familles qui ont fait école ; il y a beaucoup de gens dans les pratiques qui considèrent les familles non pas comme des obstacles au soin , parfois elles le sont, bien sûr, mais comme de nécessaires partenaires. Mon sentiment en tout cas est que je ne vois pas comment on peut faire autrement que penser qu’il y a encore des possibilités de changement.

**Q8.** L’atelier s’appelle « Violences intergénérationnelles », vous avez parlé d’abus sexuels pour les mères toxicomanes – elles ont subi des abus sexuels dans l’enfance. Est-ce que vous avez travaillé sur la répétition de ces abus, par rapport à leurs propres enfants ?

**Myriam CASSEN.** Non, il aurait fallu qu’on ait accès aux enfants, ce qui n’est pas encore le cas. On ne peut pas, en recherche, en France, on n’a pas les moyens de mettre en place une recherche qui, pour être plus complète, aurait dû traiter cela. Ce qu’on a mis en valeur, c’est l’aspect des séparations et des violences qui amènent la mère à se faire violence elle-même, à se séparer de ses enfants. L’aspect de la répétition des abus sexuels, non.

Ceci dit, les statistiques montrent qu’il y a aussi des modalités culturelles des pathologies dans les conduites. Les femmes me semblent un peu moins abusives que les hommes – c’est de la croyance. Peut-être des enquêtes montreront-elles que, pas du tout, elles répètent autant.

Pour compléter ce que Monsieur LINCENEAU disait, on a des enquêtes européennes telles que CYRULNICK les demande, sur un panel d’enfants maltraités : sont-ils devenus des parents maltraitants ? Ces enquêtes ont été faites dans certains pays européens : le résultat est de 30%.

**Q9.** Comment vivez-vous le genre de situations que vous avez décrites dans votre vignette ? Vous avez dit que c’était douloureux mais le vivez-vous comme un échec ? L’impossibilité d’enrayer cette roue infernale ?

**Myriam CASSEN.** La prise en charge du père, de la mère, etc. s’était terminée. Ils n’ont plus été toxicomanes pendant quelques années, on ne les a plus vus. Mais on aurait pu continuer le soin et qu’elle devienne quand-même ce qu’elle est devenue ; on n’est pas du tout dans la toute-puissance. On trouve ça difficile, sans forcément le vivre comme un échec personnel.

En tant que soignants, il faut faire la différence entre l’échec personnel et le fait de trouver une situation douloureuse. Monsieur BASSO-FIN disait ce matin qu’en systémique, on est placé dans une espèce de proximité avec les patients ; on ne peut pas sortir du système pour essayer de le changer.

**Q9.** Vous avez déclenché votre enquête parce que vous pensiez que la parentalité n’était pas bien prise en compte. Et là, dans cet exemple là...

**Myriam CASSEN.** Elle ne l’est toujours pas...

**Q9.** Alors qui peut se faire ? Vous avez tiré la sonnette d'alarme, vous avez fait bouger les choses...

**Myriam CASSEN.** Les résultats de notre enquête ont été présentés pour la première fois en février de cette année dans le cadre d'une journée organisée par l'INSERM et l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie. Dans la salle, il n'y avait que des gens de CSST. Cela a été une des questions : qu'est-ce qu'on fait ? Il me semble qu'à moyens constants actuels, il est très facile d'introduire dans l'accueil des patients toxicomanes la question de la parentalité. Avez-vous vos parents ? Avez-vous des enfants ? Où sont-ils ? Est-ce qu'ils sont placés ? Il faut être un peu formé mais un certain nombre d'entre nous, dans les structures sont formés. Selon les disponibilités des assistantes sociales, des infirmières, on peut faire des consultations tous les quinze jours, une fois par semaine pour les parents. Des choses simples mais qui peuvent permettre à des mères en difficulté de venir parler. La collègue qui dirige l'unité de méthadone au CEID me conseillait de venir une matinée par semaine pour que les patientes profitent de la prescription de méthadone pour parler de leurs enfants. Il n'y a pas besoin d'avoir beaucoup de moyens, dans les équipes, il y en a toujours que ça intéresse. Une infirmière peut très bien faire ces consultations. Encore faut-il s'autoriser, idéologiquement parlant, à la faire, c'est à dire penser si sur la question d'être parent ou pas on a des choses à dire à nos patientes et non pas se réfugier dans l'attitude 'on ne se mouille pas' – 'on ne sait pas' – 'on ne dit rien'.