



Avec le soutien de la Commission consultative en matière
d'addiction et de la Direction générale de l'action sociale

**Vous présentent les actes du 14^{ème} forum addictions
du vendredi 22 septembre 2006
à la Maison des Associations**

FAMILLE, PROCHES ET ADDICTIONS, QUELLES INTERACTIONS ?

Document réalisé par Christelle Mandallaz
Coordinatrice des forums addictions

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	4
2	SYNTHESE DE MONSIEUR GERALD SAPEY	6
2.1	INTRODUCTION	6
2.2	INTERVENTIONS	6
2.3	CONCLUSION	7
3	INTERVENTIONS	8
3.1	ADDICTIONS ET PRISE EN COMPTE THERAPEUTIQUE DE LA FAMILLE ET DES PROCHES, MONSIEUR BENOIT REVERDIN, PSYCHOLOGUE SPECIALISE EN PSYCHOTHERAPIE DE LA FAMILLE, CONSULTATION DE LA NAVIGATION, HUG.	8
3.1.1	TROIS LOGIQUES D'INTERVENTIONS FAMILIALES DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS	8
3.1.2	ÉTUDE D'ÉVALUATION	10
3.1.3	ARTICULATION ENTRE LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE ET L'INTERVENTION AUPRES DES PROCHES	10
3.1.4	QUELQUES QUESTIONS EMANANT DE LA SALLE	11
3.2	CODEPENDANCE, MADAME CLAUDIA CARNINO, PSYCHOLOGUE PSYCHOTHERAPEUTE F.S.P., MAISON DE L'ANCRE, HOPICE GENERAL (HG) ET A ASSOCIATION DE PSYCHOTHERAPEUTES POUR LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS (A.P.T.A)	12
3.2.1	LA CODEPENDANCE SYNDROME DU SAINT-BERNARD	12
3.2.2	QUATRE PHASES DISTINCTES AU CONTACT D'UNE PERSONNE DEPENDANTE	12
3.2.3	DYNAMIQUE DE CODEPENDANCE	13
3.2.4	CARACTERISTIQUES DE LA CODEPENDANCE « COMMENT TE SENS-TU CHERI ? »	14
3.2.5	COMPORTEMENTS CODEPENDANTS A EVITER	16
3.2.6	TRAVAIL AVEC LE CODEPENDANT	16
3.2.7	CODEPENDANCE ET INSTITUTION	17
3.2.8	DIFFERENTES DEPENDANCES, DIFFERENTES CODEPENDANCES ?	17
3.3	L'USAGER ET SON ENFANT : QUEL LIEN ? – LES TROUBLES ADDICTIFS ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA PARENTALITE. QUELS ENJEUX DANS CES MOMENTS-LA ? MESDAMES LAURE BRUGGIMANN ET GAËL VALLOTTON, PSYCHOLOGUES, LE TRAIT D'UNION SERVICE D'ABUS DE SUBSTANCES DPT DE PSYCHIATRIE, HUG	19
3.3.1	INTRODUCTION	19
3.3.2	ADDICTIONS ET PRATIQUES PARENTALES	19
3.3.3	MERE TOXICOMANE : DU DESIR D'ENFANT A LA REALITE FAMILIALE	21
3.3.4	LA FAMILLE DANS SON RAPPORT A LA LOI	22
3.3.5	VIGNETTE CLINIQUE : DU « DROIT DE RENCONTRER » AU « PLAISIR PARTAGE »	23
3.3.6	LA LOGIQUE DE FILIATION	25
3.3.7	EN CONCLUSION	25
3.4	LA PROXIMOLOGIE, MARTINE RAMEL, CONSULTANTE ET PROXIMOLOGUE	26
3.4.1	UNE RECHERCHE DE PONDERATION AUTOUR DU PATIENT ENTRE LES PROFESSIONNELS DES SOINS ET L'ENTOURAGE DU PATIENT	26
3.4.2	LA MALADIE CHRONIQUE	26
3.4.3	LA PROXIMOLOGIE	28
3.4.4	CONCLUSION	30
3.5	TEMOIGNAGE D'UNE PERSONNE CONCERNEE, NINA	31
3.5.1	TEMOIGNAGE DE SON PARCOURS	31
3.5.2	EN CONCLUSION	36
4	ATELIERS	37
4.1	ATELIER 1 – LES PROCHES IGNORES OU ECOUTES ? ANIMATION : MONSIEUR DANIEL ALHADEFF, PSYCHOLOGUE SPECIALISTE EN PSYCHOTHERAPIE F.S.P. ET SYSTEMICIEEN AGTF (ASSOCIATION GENEVOISE DE THERAPIES FAMILIALES) <u>SCRIBE ET RAPPORTEUR :</u> MADAME MARTINE RAMEL.	37
4.2	ATELIER 2 – ENTRE ENFANT ET PARENTS TOXICODEPENDANTS : LE ROLE DU PROFESSIONNEL. <u>ANIMATION :</u> MONSIEUR ROBERTO REGE COLET, ASSISTANT SOCIAL DU SPMI. <u>SCRIBE :</u>	

	MADAME GAËL VALLOTTON, PSYCHOLOGUE DANS LE SERVICE D'ABUS DE SUBSTANCES. <u>RAPPORTEUR</u> : MONSIEUR ROBERTO REGE COLET, ASSISTANT SOCIAL DU SPMI.	38
4.2.1	SERVICE DE PROTECTION DES MINEURS (SPMI)	38
4.2.2	QUAND INTERVENIR ?	38
4.2.3	COMMENT INTERVENIR ?	38
4.3	ATELIER 3 – ECHANGE AVEC L'UN DES DEUX AUTEURS DU LIVRE : « QUAND L'AUTRE BOIT : GUIDE DE SURVIE POUR LES PROCHES DES PERSONNES ALCOOLIQUES » <u>ANIMATION</u> : DR CLAUDE UEHLINGER, MEDECIN CHEF ADJOINT AU SERVICE PSYCHOSOCIAL DE FRIBOURG ET RESPONSABLE DE L'UNITE DE TRAITEMENT DES ADDICTIONS. <u>SCRIBE ET RAPPORTEUSE</u> : MADAME CHRISTELLE MANDALLAZ, COORDINATRICE DES FORUMS ADDICTIONS	40
4.3.1	DES INDICES TROUBLANTS	40
4.3.2	MON PROCHE EST-IL DEPENDANT ? QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION	41
4.3.3	LES ERREURS A EVITER	42
4.3.4	LES SIGNES ANNONCIATEURS DE LA RECHUTE	43
4.3.5	ÉCHANGES	43
4.4	ATELIER 3 – PRESENTATION D'UN CAS CLINIQUE <u>ANIMATION</u> : MESSIEURS BENOIT REVERDIN ET JEAN-FRANÇOIS BRIEFER, PSYCHOLOGUES SPECIALISES EN PSYCHOTHERAPIE DE LA FAMILLE, HUG ET LA DRS LILIANA CORREA MEDECIN FMH, CHEFFE DE CLINIQUE AU SERVICE D'ABUS DE SUBSTANCES DES HUG. <u>SCRIBE ET RAPPORTEUSE</u> : MADAME GAËL VALLOTTON, PSYCHOLOGUE, LE TRAIT D'UNION, SERVICE D'ABUS DE SUBSTANCES, DPT DE PSYCHIATRIE, HUG	45
4.4.1	SYNTHESE DU CAS CLINIQUE PRESENTE	45
4.4.2	QUELQUES QUESTIONS SOULEVEES PAR LA SITUATION	46
5	<u>CONCLUSION</u>	48
6	<u>ADRESSES UTILES & SITES INTERNETS</u>	51
6.1	ADRESSES	51
6.2	SITES INTERNET	52
7	<u>BIBLIOGRAPHIE & ARTICLES SUR INTERNET</u>	53
7.1	BIBLIOGRAPHIE	53
7.2	BIBLIOGRAPHIE PROPOSEE PAR MADAME CLAUDIA CARNINO	53
7.3	ARTICLES SUR INTERNET	53

1 INTRODUCTION

Famille, proches et addictions, quelles interactions?

Vivre avec un parent, un enfant, un conjoint, un proche dépendant génère des sentiments extrêmes. Ces liens affectifs puissants constituent un chemin chaotique, semé de ruptures, de crises, de rechutes, mais aussi de périodes d'abstinence et d'échanges. Ces relations et interactions complexes peuvent être faites de souffrance, d'impuissance, de maltraitance, de codépendance..., mais représentent aussi des opportunités, des ressources possibles pour chacun.

Il était important que les forums addictions se penchent sur cette question et consacrent du temps aux personnes qui gravitent autour de l'individu souffrant d'une addiction, qui sont elles-mêmes prises dans le système. Comment reconnaître la souffrance de chacun et lui apporter de l'aide?

Nous verrons dans ces actes différentes approches thérapeutiques et surtout l'importance fondamentale de travailler avec l'entourage.

Nous saisisons aussi les mécanismes mis en place et la dynamique de la codépendance des proches d'une personne dépendante. Leurs sentiments, leurs valeurs ou leurs croyances peuvent les amener à ignorer les effets négatifs de l'addiction, souvent dans le but d'éviter conflits et oppositions.

Certaines études montrent que les troubles addictifs ont un impact sur la parentalité. Nous verrons alors comment un service conjugué à la fois la prise en compte de parents toxicodépendants en difficulté et la mise en place d'actions de prévention auprès de l'enfant.

La proximologie est l'étude des relations entre le malade et ses proches. Ainsi, on mettra l'accent sur le besoin de reconnaître la valeur du rôle de ces derniers comme acteurs santé à part entière. Cette volonté de mettre en évidence ce nouvel acteur thérapeutique n'est-elle pas due aussi à la période de récession que nous traversons dans le social ? À terme, ne nous retrouverons-nous pas comme dans certains pays européens où les proches remplacent la fonction de professionnels ? Dans ce sens, il est impératif de suivre cette évolution de près pour éviter les déviations. Mais n'est-il pas plus important de prendre en considération la souffrance du proche plutôt que de le charger d'une mission supplémentaire ?

Avec le témoignage de Nina, retraçant son histoire « haute en couleurs », vous passerez à une dimension plus émotionnelle du problème. Son parcours si bien retracé, avec recul et authenticité, vous permettra de mieux comprendre les subtilités et la complexité des interactions liées à la codépendance.

L'atelier no3 vous offrira, nous l'espérons, des outils utiles pour votre pratique professionnelle, avec ses éléments tirés du livre « Quand l'autre boit, guide de survie pour les proches de personnes alcooliques ».

Ce Forum addictions nous montre surtout que le sujet est complexe, qu'il soulève de nombreuses résistances tant de la part des professionnels que de celle des proches. Faut-il inclure ou pas le proche dans la thérapie ? Comment dépasser ce stade où souvent l'entourage est amené à dire : « Je n'ai pas besoin de thérapie, c'est l'autre qui a un problème et non moi ».

La thématique soulève aussi des interrogations quant à notre possible codépendance en tant que professionnel à l'égard de « nos » clients. À méditer...

Pour en savoir plus, je vous laisse le soin de parcourir les actes de ce 14^{ème} forum.

Bonne lecture.

2 SYNTHÈSE DE MONSIEUR GERALD SAPEY

Modérateur du forum, ancien directeur de la Tribune de Genève et de la Radio Suisse Romande.

2.1 Introduction

Pour ce 14^e Forum consacré aux addictions, nous allons nous occuper non plus des produits, ni des toxico-dépendants eux-mêmes, mais de celles et ceux « qui n'y sont pour rien... »

Nous allons nous occuper de celles et ceux qui appartiennent au monde de proches dépendants : pères, mères, frères, sœurs, parents à des degrés divers, amis, tous concernés par l'addiction de ce proche. « Concernés », c'est-à-dire « touchés » et vivant une souffrance.

Aujourd'hui, nous avons donc choisi d'évoquer un mal peu connu. Et pourtant, il n'y a guère d'exceptions à la souffrance de l'entourage de patients dépendants.

2.2 Interventions

Avec Monsieur Benoît Reverdin, psychologue spécialisé en psychothérapie de la famille, nous avons survolé diverses approches théoriques et mesuré l'importance de la prise en charge de l'entourage des personnes dépendantes. Monsieur Reverdin a bien mis en évidence les diverses étapes de l'intervention, allant de la première réponse à la demande –qu'elle émane du patient ou de sa famille-, puis de l'évaluation de la situation, suivie de la tentative du thérapeute de faire prendre conscience à l'entourage de l'ensemble du problème.

À noter l'étude qui a montré l'efficacité de la thérapie de famille.

Ce fut ensuite Madame Claudia Carnino, psychologue psychothérapeute, qui a disséqué les diverses facettes de la codépendance.

Elle a montré comment ce parcours séquentiel commence par une attention protectrice que l'entourage prête au patient, puis par une tentative de contrôle de la consommation, enfin par une culpabilisation allant jusqu'à l'épuisement et à la rupture.

Madame Carnino a également bien montré combien l'entourage s'engage souvent sur une voie obsessionnelle et compulsive dans sa volonté d'aider le proche dépendant. Cette démarche se caractérise également par une tendance des membres de l'entourage à minimiser leurs émotions et sous-estimer leur propre vécu.

Enfin, elle a mis en garde sur l'intervention inutile relative au contrôle de la consommation et de la volonté de l'entourage de résoudre les problèmes à la place des patients.

Madame Laure Bruggimann, psychologue, a, quant à elle, décrit la situation et la relation des parents dépendants et de leurs enfants. Elle a fait référence au contexte historique qui, souvent, explique cet aboutissement dramatique. Dramatiques comme ne sont pas moins les faits qui accompagnent cette relation difficile : maltraitance, violence conjugale, notamment. Elle a relevé le fait intéressant qu'au-delà de l'application de la loi juridique, celle qu'elle a appelée la « loi symbolique », on peut permettre de restructurer la relation parents-enfants, c'est-à-dire de parvenir à une situation plus normale.

Madame Martine Ramel, consultante et proximologue, nous a sans doute surpris en tentant de nous faire comprendre ce qu'est la proximologie.

Ce terme recouvre indiscutablement une des nombreuses manies contemporaines consistant à classer, réguler, systématiser, normaliser, ordonner des réalités vieilles comme le monde et qui, jusqu'alors faisaient l'objet d'application et de concrétisations naturellement empiriques et non moins efficaces.

Dans le cas particulier, cette notion de proximologie trouve sans doute une de ses justifications dans la prise en compte formelle de l'entourage des personnes dépendantes et de la valeur reconnue des interventions de cet entourage au profit des patients, et ceci dans un contexte social, politique et économique actuel en pleine évolution.

On peut, enfin, voir dans les études pilotées par Novartis une utilisation intelligente de l'argent gagné sur le compte des patients que nous sommes...

Nous avons écouté très attentivement le témoignage émouvant de Nina. Et il est sans doute inutile de revenir sur ce qu'un proche peut vivre quotidiennement au contact de personnes profondément dépendantes.

En revanche, il ne nous a pas échappé les considérations de Nina évoquant non seulement le destin incontournable et la malédiction touchant les proches, mais tout autant la contagion qui peut les atteindre. Cette contagion, faite du mal qui affecte les patients proches est non seulement source de souffrances, mais aussi contribue au parcours et au rôle décalés de l'entourage ainsi atteint.

2.3 Conclusion

En conclusion, cette matinée nous a donné l'occasion de pendre mieux conscience de l'influence dont les addictions peuvent avoir sur l'entourage des patients dépendants, une influence trop souvent ignorée ou minimisée. Mais nous avons également vu qu'il existe des thérapies pour affronter cette dure réalité.

3 INTERVENTIONS

3.1 Addictions et prise en compte thérapeutique de la famille et des proches, Monsieur Benoît Reverdin, psychologue spécialisé en psychothérapie de la famille, Consultation de la Navigation, HUG.

3.1.1 Trois logiques d'interventions familiales dans le champ des addictions

1. *Travail sur la demande :*

Dans un premier temps, un travail d'évaluation est à faire de l'entourage et de la personne. Il est important de connaître le degré de dépendance de la personne souffrant d'addictions par rapport à son entourage. Dans quelle mesure l'addiction est-elle son propre problème ou un symptôme d'une situation familiale ? Cela implique deux niveaux différents d'intervention. Quand c'est le patient qui a un problème, il est plus indiqué d'intervenir individuellement et quand il est le problème pour la famille, il est important de travailler avec l'ensemble du système.

Dans cette première phase, Monsieur Reverdin aide l'entourage soit à prendre un peu de distance avec le problème quand les proches sont très investis, soit au contraire il les amène à prendre conscience du problème quand ils ont plutôt tendance à le dénier. Il leur fait notamment prendre conscience que les problèmes addictifs sont une chose, mais que souvent ils sont accompagnés de beaucoup d'autres souffrances, d'autres symptômes. C'est pourquoi il est important de considérer la globalité du problème.

Dans cette première phase, il est important de pouvoir entendre la souffrance de chacun, le point de vue de chacun sans prendre parti, et de faire alliance avec tous les membres du système. Même si le Service d'Abus de Substances ne travaillera plus avec la famille, il est souhaitable qu'elle ait confiance dans le service qui va traiter la personne qui souffre d'addiction. Cet élément facilite souvent la suite du traitement du patient.

2. *Travail sur les attitudes de l'entourage qui contribuent au maintien de l'addiction*

Quand Monsieur Benoît Reverdin cite cette phrase : « l'entourage contribue au maintien de l'addiction », on peut la trouver un tant soit peu provocatrice. Il est bien clair que l'entourage n'a jamais l'intention de maintenir la dépendance

du proche. L'intention est rarement volontaire, mais il se trouve que parfois, par ses attitudes, l'entourage peut contribuer à maintenir le problème.

Le point principal, en tant qu'intervenant, est de ne pas culpabiliser l'entourage. Il faut entendre, comprendre, accompagner les personnes dans les angoisses qu'elles ont par rapport à ce problème.

Il existe à ses yeux deux manières de travailler dans cette logique : on peut soit travailler séparément avec la personne souffrant d'addictions d'un côté et son entourage de l'autre avec lequel on travaille sur la co-dépendance (cf. ci-dessous l'intervention de Madame Carnino), soit on peut travailler avec tous les membres du système.

Comment travaille-t-on ?

Monsieur Benoît Reverdin travaille sur la fonction de l'addiction au sein du système familial (par exemple, l'évitement des conflits parentaux, le maintien du lien de dépendance relationnel du toxicomane par rapport à son entourage, etc...) et sur les boucles de rétroactions qui peuvent entretenir le problème, comme par exemple les comportements qu'adopte l'entourage (manque de soutien, contrôle excessif, etc...) qui participent souvent à la rechute.

En thérapie de famille, ce sont les approches structurales, stratégiques, solutionnistes et narratives qui permettent de travailler sur ces aspects.

3. Travail sur l'histoire du développement de l'addiction dans le contexte où elle est apparue

Il est possible de commencer à aborder ce type de travail lorsque deux conditions sont remplies : lorsque la famille se trouve dans un cadre de confiance, et que le patient n'est plus dans une phase active de consommation. Quand Monsieur Reverdin travaille sur l'histoire de l'évolution de la dépendance du patient, il lui est possible de travailler de façon restreinte, en se centrant sur le patient, mais il peut aussi aller plus loin en remontant dans les générations antérieures. Il peut ainsi comprendre pourquoi dans cette famille ou dans ce couple on a recours à une addiction pour gérer les problèmes.

Le travail consiste à comprendre le rôle que joue chaque membre de la famille, à mettre en évidence les dettes et les mérites de chacun, ainsi que les mythes familiaux et les transmissions intergénérationnelles.

3.1.2 Étude d'évaluation

Stanton et Shadish en 1997 ont réalisé une méta-analyse qui porte sur 15 études randomisées regroupant 1571 situations et impliquant 3500 participants. Ils comparent l'efficacité de la thérapie de couple ou de famille avec trois autres types de prise en charge :

- a) Le counseling ou la thérapie individuelle
- b) Les groupes de pairs
- c) L'intervention familiale psycho-éducative

En résumé, cette analyse démontre que la thérapie de famille est plus efficace que le counseling ou la thérapie individuelle, les groupes de pairs, et les interventions familiales psycho-éducatives. Elle est aussi efficace pour des adolescents que pour des adultes. Elle permet un bon niveau d'engagement et de rétention dans le traitement.

Ces deux notions sont centrales, car dans le traitement des addictions, l'engagement et la rétention en traitement sont souvent difficiles à obtenir et ils sont des indicateurs déterminants quant à l'efficacité du traitement.

3.1.3 Articulation entre la prise en charge individuelle et l'intervention auprès des proches

Prise en charge de façon intégrée

Il est démontré que les traitements intégrés entre prise en charge de l'addiction et traitement des comorbidités associées dans une même équipe sont plus efficaces que les traitements séquentiels (l'un après l'autre) ou parallèles (en même temps, dans deux équipes différentes). Le principe est le même entre traitement individuel et prise en charge familiale. Les résultats sont meilleurs lorsque la même équipe peut travailler de façon intégrée ou simultanée individuellement avec le patient et avec son entourage. Ce principe est valable, que la prise en charge individuelle consiste en un traitement de substitution, un traitement psychiatrique, une psychothérapie ou un traitement résidentiel. Le traitement intégré permet une meilleure cohérence et moins de perte d'énergie dans un travail de réseau lourd et difficile. Cela implique toutefois un travail en équipes interdisciplinaires où les compétences de chacun sont bien différenciées et reconnues.

Prise en charge principale ou secondaire ?

La prise en charge familiale doit-elle être considérée comme principale ou secondaire ? Souvent le risque est de penser que l'intervention auprès de l'entourage est secondaire par rapport à une logique d'intervention individuelle.

Effectivement, dans certain cas, il est envisageable de concevoir les choses ainsi. Mais la plupart du temps la prise en charge familiale doit-être principale, et c'est autour d'elle que doivent s'organiser les autres interventions.

Souplesse :

Dans les structures où l'on traite des addictions, il est important d'avoir une certaine souplesse dans l'aménagement du cadre, de manière à ce que, pour certaines situations, la prise en charge familiale soit centrale et pour d'autres, elle soit secondaire.

Monsieur Reverdin précise qu'il n'est pas nécessaire de voir l'entourage dans tous les cas, certains patients peuvent très bien faire un chemin sans être reçus en famille. Il est toutefois très important qu'il y ait cette possibilité.

3.1.4 Quelques questions émanant de la salle

Comment gérez-vous la confidentialité ?

Quand on travaille dans une équipe pluridisciplinaire, il est important que les patients sachent qu'on travaille en équipe et qu'on partage les choses. L'idée n'est pas de tout relater mais s'il y a des éléments qui sont importants pour la compréhension de la situation, il faut que cela puisse être discuté avec le thérapeute individuel ou avec les autres membres de l'équipe.

Quand l'entourage contribue au maintien de l'addiction par différentes voies, comment intervenez-vous ? Pouvez-vous nous donner des exemples ?

1. Il existe des situations de sur-investissement du problème de la toxicomanie. Le patient et son symptôme attirent toute l'attention de la famille. Dans un climat d'hyperanxiété, il est difficile pour la personne toxicodépendante de progresser. Dans ce cas, il va tenter de décentrer la famille par rapport au patient désigné.
2. Dans d'autres cas, la famille prend conscience du problème bien tardivement, alors que la personne dépendante donne des signes que l'entourage ne veut pas voir. C'est ce que l'on appelle la cécité familiale. À ce moment, il est essentiel, en tant que thérapeute, de travailler sur le déni de l'entourage car par ce moyen le patient peut également sortir de son déni à lui. Il est essentiel de faire prendre conscience du problème à la famille.

3.2 Codépendance, Madame Claudia Carnino, psychologue psychothérapeute F.S.P., Maison de l'Ancre, Hopice Général (HG) et à association de Psychothérapeutes pour le traitement des Addictions (A.P.T.A)

3.2.1 La codépendance syndrome du Saint-Bernard¹

Il est très douloureux d'admettre que la personne aimée s'enfonce dans une dépendance. C'est si douloureux que le conjoint va adopter souvent le rôle du Saint-Bernard. C'est une image très commune pour les proches des personnes dépendantes.

Par pitié, par amour mais aussi par adhésion à un idéal d'amour, le codépendant va avoir toutes sortes d'actions qui contribuent à cacher les effets de la consommation de son conjoint, à supprimer les conséquences négatives, à éviter les conflits, à avoir la paix à tout prix...

3.2.2 Quatre phases distinctes au contact d'une personne dépendante

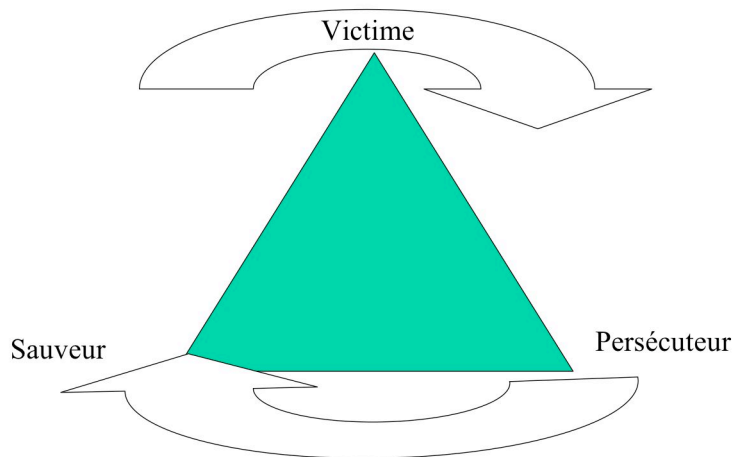
1. Protéger, minimiser, excuser, dénier (ex. il est fatigué, stressé)
2. Contrôler l'autre pour réduire sa consommation (ex. cacher les bouteilles d'alcool, séquestrer les cartes bancaires)
3. Reprocher, accuser, menacer (les menaces sont rarement menées à exécution)
4. Épuisement, maladie, désespoir, rupture

Quand nous sommes dans une telle configuration, cela signifie que le circuit de la codépendance est en route.

¹ Chiens qui secourent les personnes qui sont enfouillie sous la neige.

3.2.3 Dynamique de codépendance

Triangle de Karpman, outil qui nous vient de l'analyse transactionnelle.



Celui qui sauve est parfois ressenti comme un persécuteur par le sauvé qui devient du coup une victime. Furieuse de s'être sentie persécutée, celle-ci devient agressive et victimise son ancien sauveur.

Cet outil pédagogique est employé dans les traitements pour des personnes avec des problèmes de codépendance.

Quelques exemples

1. Une mère s'exprime à son thérapeute : « l'inscription de ma fille dans une école privée m'a coûté une fortune. Je l'ai fait car je voulais qu'elle réussisse dans la vie. Mais ma fille m'en fait le reproche, ce n'était pas ce qu'elle voulait. Je n'ai jamais été une bonne mère pour elle ».
2. Madame X téléphone au travail de son mari pour justifier son absence. Dans ce cas elle fait du sauvetage. Puis elle se met en colère d'avoir dû mentir. Du coup, elle va cacher les bouteilles qui se trouvent dans la maison. À travers cet acte, elle se transforme en persécuteur. Son mari se sentant persécuté, donc victime, va lui reprocher son manque de confiance. Avec une telle attitude, comment peut-il prouver qu'il est capable de s'abstenir ? Le ton monte, sa femme redevient victime. A ce moment-là, il consomme, l'insulte et d'une certaine façon, il la sauve de sa culpabilité et la libère de tout questionnement sur ses propres comportements !

Dans ces exemples, nous pouvons voir comment les deux acteurs entretiennent sans le savoir cette dynamique de dépendance.

Comment briser ce triangle ? Pour la plupart du temps, c'est le codépendant qui est plus à même de prendre conscience de son mal-être et donc d'entreprendre un travail.

La codépendance qui s'installe suite à ce processus peut être définie comme une dynamique relationnelle qui implique sur le plan de la pensée une obsession envers le comportement d'un autre, doublée d'une action de compulsion de l'aider à n'importe quel prix, même au détriment de sa propre santé. C'est aussi une adaptation à une situation pénible qui découle du comportement d'un autre.

Une image parlante pour Madame Carnino

Le codépendant est celui qui a mis sa main entre la tête du dépendant et le mur de la réalité.

Comment faire pour que la codépendance cesse et que le comportement addictif ne trouve pas matière à être maintenu ?

Un travail va être effectué avec la personne codépendante pour qu'elle puisse ôter sa main et donc se faire moins mal. Bien sûr, il va falloir qu'elle accepte que le dépendant se tape la tête contre le mur !

Pour une famille, cela peut-être très dur surtout quand il y a des enfants et qu'on veut garder une unité familiale. Il est difficile de laisser l'autre se cogner...

Dans ce soutien inconditionnel ce sont souvent les codépendants qui aident le dépendant à aller chercher une aide professionnelle.

3.2.4 Caractéristiques de la codépendance « Comment te sens-tu chéri ? »

- Méconnaissance de ses propres émotions
- Centration sur l'autre
- Faible estime de soi
- Besoin de reconnaissance
- Refus des compliments
- Crainte du rejet
- Idées suicidaires

La psychothérapeute américaine Mélodie Butti fut la première personne à parler de codépendance.

La femme codépendante est celle qui à son réveil va demander à son mari comment il doit se sentir dans sa journée. Dans cette situation, au lieu de demander à son mari «comment tu te sens aujourd'hui ? », la femme aurait pu tout simplement observer, prendre un peu de temps pour deviner l'état d'esprit de l'autre.

Une des caractéristiques principales de la codépendance est une hyper-empathie (centration sur l'autre), c'est-à-dire une capacité à deviner, voire à devancer les faits et gestes du proche.

Par exemple

Une femme vient consulter avec son compagnon. Elle explique que ce dernier souffre d'une addiction sexuelle. Au cours d'un entretien avec le couple, la femme dit avoir des intuitions, qu'elle sent même en étant loin de lui, qu'il est en train de se passer quelque chose, que celui-ci regarde des images pornographiques sur un site Internet ou bien qu'il est en train de regarder une autre femme. Alors, elle téléphone sur son portable pour l'interroger sur ses activités.

Dans cette situation on voit combien il y a une centration sur l'autre, s'accompagnant d'une véritable anesthésie par rapport à ses propres besoins et sentiments. Ceci est bien sûr accompagné d'un besoin de reconnaissance et d'une crainte énorme du rejet. Il est important d'échanger sur ces comportements. Si ce circuit continue, les idées suicidaires sont souvent présentes.

Boris Cyrulnik a bien parlé de cette capacité à observer l'autre, cette espèce de pénétration de l'observateur que la personne a élaboré au court de son développement. Il dit dans son ouvrage « Les nourritures affectives » que les enfants maltraités deviennent des virtuoses de l'observation des parents. Leur vigilance glacée leur permet sans un mot de relever le moindre indice comportemental chez ceux qui capturent leurs corps et leurs consciences ».

Il est vrai que dans le suivi des personnes aux prises avec une codépendance, on trouve souvent une histoire où ils ont dû prendre en charge un parent malade, déprimé ou colérique.

3.2.5 Comportements codépendants à éviter²

La thérapie peut commencer quand le codépendant renonce à se responsabiliser pour le comportement de l'autre. Cette liste de comportements permet de commencer un travail avec les proches afin de lui redonner confiance pour ensuite travailler sur d'autres aspects inscrits dans un processus de changement.

- Lui faire des reproches
- Discuter quand il a bu
- Contrôler sa consommation
- Résoudre les problèmes à sa place, se sacrifier.

Madame Carnino rappelle que les groupes Al-Anon sont des outils inestimables dans ce processus de changement.

Par la suite il est possible de travailler sur des aspects tels que l'estime de soi et les besoins de reconnaissance du codépendant.

3.2.6 Travail avec le codépendant

- Cesser de se responsabiliser du comportement de l'autre
- Se donner le droit à l'erreur
- S'autoriser à s'occuper de soi
- Inscrire la codépendance dans un contexte et dans une histoire familiale

Exemple

Madame Z à la poste de son village entend une dame âgée qui demande un taxi car elle ne peut plus conduire. Elle se plaint que personne ne veut l'aider. Elle a coupé les ponts avec tous ses voisins, elle n'adresse plus la parole aux membres de sa famille. Malgré un emploi du temps chargé, Madame Z qui est séparée d'un mari alcoolique et qui a à charge ses trois enfants, lui propose son aide. Dans la voiture la vieille femme lui donne beaucoup de « feedback » négatif au sujet de son ancienne belle-famille. La femme âgée lui dit qu'elle est courageuse d'élever seule ses enfants. Lorsque Madame Z raconte cette histoire à Madame Carnino elle a les larmes aux yeux en parlant de cette reconnaissance obtenue. La personne codépendante va minimiser le négatif parce que son besoin de reconnaissance est tel qu'elle va garder juste cette partie-là de l'échange, sans voir que l'autre personne a déchargé beaucoup de négatif sur elle.

² Tiré du livre du Dr Claude Uehlinger , « Quand l'autre boit »

3.2.7 Codépendance et institution

- Surprotection du dépendant face aux proches
- Maintien de la relation quel que soit le prix
- Difficulté à poser des limites
- Difficulté à se séparer

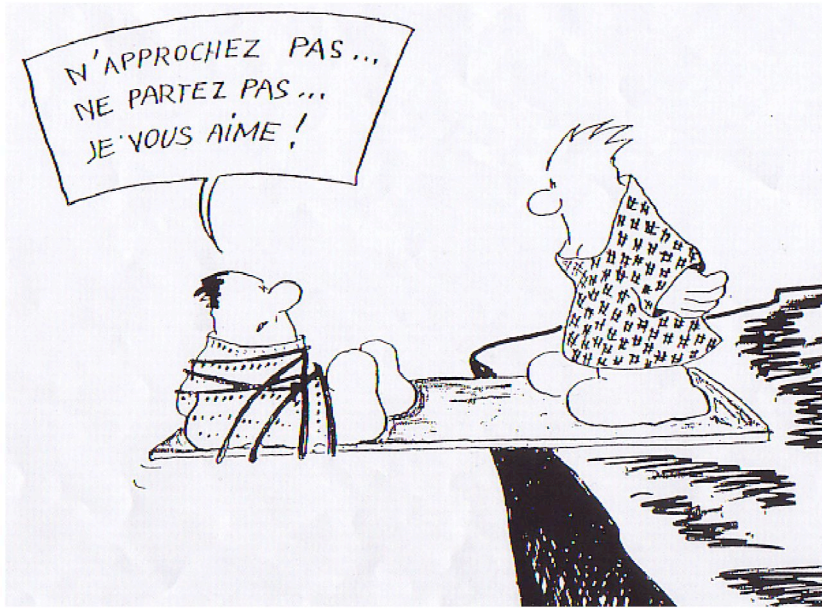
Les soignants et l'institution peuvent aussi entrer dans des relations codépendantes. Nous pouvons être piégés par le besoin de faire alliance avec le dépendant et accepter telle quelle une version des proches persécuteurs. Ou bien nous pouvons travailler au maintien de la relation avec l'institution quel qu'en soit le prix au-delà du mandat et du cadre institutionnel, voire une difficulté à poser des limites et même à nous séparer. L'institution peut être tentée d'être plus aidante que les proches ou bien la plus aidante des institutions. Il est vrai que dans un travail où la reconnaissance n'est pas toujours présente par rapport aux membres du personnel, les directions doivent être attentives à garder un niveau de reconnaissance, faute de quoi cela va s'exprimer par des conflits et par des dysfonctionnements institutionnels.

3.2.8 Différentes dépendances, différentes codépendances ?

- Toute la famille est affectée par la dépendance
- L'adaptation de chacun dépend davantage de son rôle que du type de comportement du dépendant.
- Rôle parental et codépendance.
- Conditionnement social de la femme.

En fait c'est plus le rôle qui est important, c'est-à-dire qu'on a pas la même codépendance de la part d'un parent que d'un enfant envers ses parents, que d'un conjoint. Mais au fond, les comportements par rapport à toutes les différentes dépendances sont quand même assez semblables.

En conclusion



Dessin: Marol

Madame Carnino a hésité d'appeler ce dessin: « double contrainte ou mission impossible ». Cette image représente des situations que nous vivons en institution. La femme sur le dessin aimerait laisser son conjoint en institution pour pouvoir s'en séparer de manière définitive et lui aimerait venir en institution pour garder sa relation de couple. Quand on en est là, il est souvent trop tard.

Le message qu'elle aimerait faire passer aujourd'hui aux professionnels que nous sommes est qu'il est important d'intervenir en amont. Que chaque professionnel travaillant avec des personnes souffrant d'addiction insiste auprès des proches de ceux-ci pour que leurs problèmes et leurs souffrances soient pris en compte car cela augmente les chances d'un rétablissement...

3.3 L'usager et son enfant : quel lien ? – Les troubles addictifs ont des répercussions sur la parentalité. Quels enjeux dans ces moments-là ? Mesdames Laure Bruggimann et Gaël Vallotton, Psychologues, Le Trait d'Union Service d'abus de substances Dpt de psychiatrie, HUG

3.3.1 Introduction

Durant de nombreuses années, le toxicomane ou l'alcoolique chronique apparaissaient essentiellement aux yeux de la société comme des marginaux, aux prises avec une dépendance ravageuse leur déniait toute responsabilité. En devenant parent, la personne souffrant d'une addiction accède à un nouveau statut social et amène parfois les intervenants en toxicomanie à s'interroger sur la façon dont ils peuvent se positionner face à cet enfant évoluant dans le contexte de l'addiction du parent. Comment à la fois prendre en compte ces parents en difficulté et mettre en place des actions de prévention auprès de l'enfant ?

Mesdames Bruggimann et Vallotton passeront en revue les interactions complexes entre parentalité et addiction puis elles aborderont brièvement les enjeux du désir d'enfant chez la mère toxicomane. Elles parleront ensuite des situations où l'enfant est séparé de ses parents, soit dans un contexte de séparation conjugale, soit dans un contexte plus rare et extrême, celui de difficultés parentales sévères aboutissant à un placement de l'enfant. Dans les deux cas, le service d'abus de substances peut être sollicité pour accompagner les rencontres entre les parents et leur enfant. Elles décriront alors les situations du « Points Rencontre³ » en tentant d'en dégager les principes, les objectifs, la dynamique et les limites.

3.3.2 Addictions et pratiques parentales

Le fait que l'alcoolisme et la toxicomanie vécus par les parents représentent un facteur de risque pour le développement des enfants est bien établi. De nombreuses études ont en effet montré que les enfants de parents consommateurs présentent des taux plus élevés de troubles comme l'hyperactivité, l'agressivité, les troubles du comportement, l'anxiété, la dépression, ou encore des difficultés scolaires⁴.

³ Service de l'HG. Lieu d'exercice du droit de visite du parent non-gardien avec son enfant sur décision judiciaire ou convention établie par un service officiel.

⁴ Bertrand K, Allard P, Ménard JM & Allard P (sous presse). Parents toxicomanes en traitement : une réadaptation qui protège les enfants ? C Chamberland, S Léveillé & N Trocme (Eds). Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Influence de l'addiction sur les pratiques parentales⁵

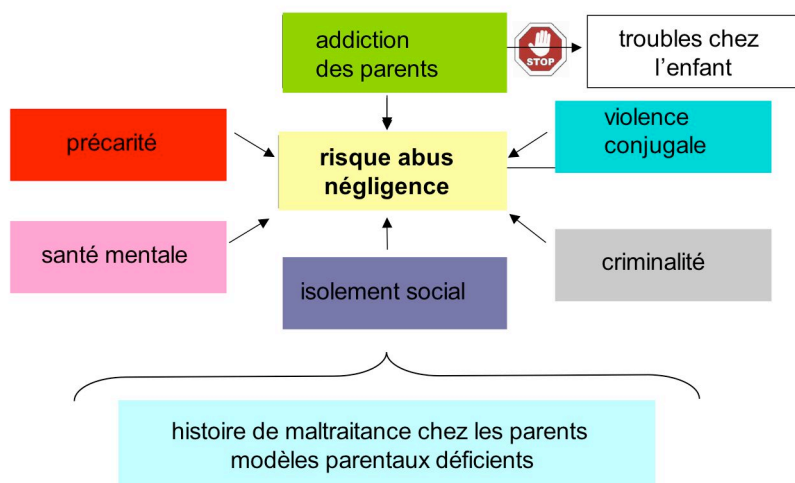
- Faible constance au niveau des pratiques éducatives
- Utilisation plus marquée des menaces et des punitions
- Supervision parentale inadéquate
- Faible niveau d'échanges et d'implication positive auprès des enfants
- Manque d'habileté à lire et à interpréter les signaux des enfants
- Attentes irréalistes à l'endroit de leur enfant
- Mésentente entre les parents autour des stratégies éducatives

Les troubles addictifs ont donc un impact sur la parentalité. Le risque d'abus et de maltraitance à l'endroit des enfants est effectivement plus important chez les adultes avec abus de substances comparé aux parents tout venant. Une étude épidémiologique américaine révèle que les adultes présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance sont 2,7 fois plus à risque de rapporter des comportements abusifs et 4,2 fois plus à risque de rapporter des comportements négligents à l'endroit de leurs enfants, par rapport aux adultes qui ne présentent pas ce diagnostic. Selon les études, 20 à 42% des parents toxicomanes maltraitent leurs enfants sous une forme ou une autre, avec une prédominance de négligence⁶.

Cela dit, la cause de ces maltraitances n'est pas exclusivement liée au trouble addictif en tant que tel. On ne peut donc pas établir un simple lien de cause à effet entre le trouble addictif des parents et les difficultés vécues par leurs enfants. Il faut en effet tenir compte de plusieurs problématiques associées aux troubles addictifs, qui sont vécues par les parents eux-mêmes et auxquelles les enfants doivent aussi faire face. Ces problématiques sont multiples. Elles comprennent la précarité des conditions de vie, les troubles psychiques associés à la toxicomanie, l'isolement social, la criminalité et la violence conjugale. À cela s'ajoute le fait que ces parents ont souvent été eux-mêmes victimes de différentes formes de maltraitance durant leur enfance. Ils ont donc été exposés à des modèles parentaux déficients susceptibles de se répéter.

⁵ Bertrand et al. sous presse

⁶ Bertrand K & Ménard JM, Info-toxico, vol. 18 no1 avril 2006



HUG, Service d'abus de substances figure adapté de Bertrand Ménard 2006

3.3.3 Mère toxicomane : du désir d'enfant à la réalité familiale

Toutes les études ne confirment pas la présence d'impacts négatifs du trouble addictif sur l'interaction parent-enfant. Ces enfants ne sont pas tous exposés au même niveau de risque. Dans certains cas, les responsabilités parentales peuvent contribuer à aider les parents dans leur processus de rétablissement. Notamment, une grande majorité des mères toxicomanes expliquent que le fait d'être enceinte ou d'être mère a été central dans leur décision de se sortir de leur consommation. Malheureusement, ces mêmes responsabilités peuvent constituer un facteur de rechute. Le rôle de mère peut donc à la fois aider et nuire à la démarche de réadaptation.

Concernant les programmes d'intervention auprès des parents consommateurs et de ce qui peut être lu dans la littérature, il existe peu d'études contrôlées qui permettent d'évaluer leur efficacité. Néanmoins, il y a un consensus sur quatre composantes essentielles pour que ces mères restent en traitement. Il s'agit de la prise en compte des besoins spécifiques de la mère et de ceux de l'enfant, de la mise à disposition d'une variété de services psycho-sociaux pour la mère, de mesures visant à faciliter l'accès au traitement (garderie, transport), ainsi que d'un appui axé sur les compétences parentales qui cible entre autres les soins donnés aux enfants dans le cadre de visites à domicile.

À propos de la prise en compte des besoins spécifiques de la mère, il est important de dire quelques mots sur ce qui se joue dans leur désir d'enfant. Quelle place manquante l'enfant va-t-il occuper dans le psychisme de la mère? La genèse d'une addiction est multifactorielle mais renvoie forcément à s'interroger sur la toute première relation de dépendance, celle de la mère à

l'enfant. Carence d'amour, trop d'amour dans leur petite enfance, tout s'est joué pour beaucoup de ces femmes autour d'une érosion des limites, dans une relation duelle. Quand à leur tour elles donnent naissance, la grossesse va réveiller brusquement les conflits non réglés avec leur mère. L'enfant paraît, un autre couple se reforme, fusionnel (mère-enfant), où le père trouve difficilement sa place⁷.

Selon les chiffres de l'OFSP (2004), 40 à 50% des femmes toxico-dépendantes ont des enfants, dont la moitié vivent avec leur mère. Parfois la famille comprend aussi le père biologique, mais le plus souvent le nouveau partenaire de la mère, ou alors la mère élève seule son enfant. Elle est donc souvent la personne de référence la plus importante pour l'enfant et toutes les conditions sont réunies pour que la relation duelle, fusionnelle atteigne son point culminant. L'autre moitié des enfants dont la mère est toxicomane vivent donc avec le père ou sont placés en famille d'accueil.

3.3.4 La famille dans son rapport à la loi

Loi juridique

"Les États parties respectent: le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à intérêt supérieur de l'enfant⁸.

Loi symbolique

Loi qui structure, qui met en lien et réunit, dans une optique d'individuation. Il n'existe pas de chiffres permettant d'estimer le nombre de parents toxicomanes qui n'ont plus aucun lien avec leur enfant. Mais quand le lien est coupé et qu'à un moment le parent manifeste le désir de revoir son enfant, le service Trait d'Union peut être sollicité pour accompagner ces retrouvailles. À moins qu'une convention puisse être établie entre les parents ou entre le parent et la famille d'accueil, alors ces retrouvailles passent par l'établissement d'une ordonnance juridique.

La famille est alors confrontée dans son rapport à la loi, celle du droit de l'enfant à entretenir des relations personnelles avec chacun de ses parents, sauf si cela est contraire à son intérêt. L'expérience de ces relations personnelles peut se faire par les Points Rencontre, qui sont des moments où parent et enfant se retrouvent, dans un milieu spécialisé. C'est de la *loi*

⁷ Delacoux Régine, Communication personnelle, 2004

⁸ Convention internationale des droits de l'enfant (ONU : 1989 art.9, al3)

symbolique dont il sera alors question⁹. En effet, il s'agira au cours du processus évolutif que doit suivre les Points Rencontre (au fur et à mesure des visites) de faire passer parents et enfants de l'image d'une loi répressive et implacable à l'image d'une loi qui structure, qui fait vivre et soulage, qui met en lien dans une optique d'individuation, pour que chaque protagoniste trouve sa place et pour que l'enfant puisse établir des repères identitaires clairs, nécessaires à son développement. Le travail de mise en relation lors du Point Rencontre aura alors différents objectifs selon le contexte de séparation entre l'enfant et le parent visiteur :

Dans les situations de séparations conjugales conflictuelles, ces rencontres vont permettre :

- À l'enfant d'accéder au tiers, à la notion qu'aucun des deux parents n'est tout. La présence de l'autre autorise une certaine altérité et l'enfant pourra trouver sa propre voie.
- À l'enfant de sortir du fantasme du maintien d'un « couple parental » pour accepter progressivement la réalité d'avoir un père et une mère séparés, qui ne sont plus couple mais qu'il peut aimer tous les deux.
- Au parent visiteur, de vivre sa fonction parentale et d'accéder psychiquement à ses qualités de père ou de mère, en vue d'un exercice libre de son droit de visite.

Dans les situations où le parent est fortement carencé et que l'enfant est placé en famille d'accueil, Mesdames Valotton et Brugimann ne travailleront pas sur la question de comment faire évoluer tout doucement le parent vers l'exercice libre du droit de visite, mais sur la question de comment l'enfant peut se construire au contact de son parent tel qu'il est.

3.3.5 Vignette clinique : du « droit de rencontrer » au « plaisir partagé »

La mise en place d'un processus d'évolution psychique au Point Rencontre passe par différents stades. Chez le parent visiteur, les choses suivent une évolution assez nette et l'on retrouve la plupart du temps trois étapes⁴.

⁹ Gréchez J. Apprentissage de la loi et processus d'évolution psychique. Dialogue - recherche clinique et sociologique sur le couple et la famille, 1996, 2^{ème} trimestre

Trois étapes importantes

1. Le droit du parent
Le parent visiteur est d'abord le titulaire d'un droit et il veut le faire respecter. Dans un premier temps, entre lui et l'enfant, il n'y a pas vraiment de rencontre mais simplement une mise en présence.
2. Le devoir du parent
Au fur et à mesure du travail, une relation se crée. Le parent visiteur va pouvoir passer du stade du droit, au stade du devoir: « *c'est important pour moi de voir mon enfant, mais c'est aussi important pour mon enfant de me voir. Donc je dois le voir* ».
3. Le plaisir partagé
Le parent visiteur passe de la notion de devoir à celle de plaisir : « *j'ai du plaisir à être avec mon enfant* ».

Du côté du parent gardien, un travail parallèle s'effectue, souvent plus difficilement.

1. La résistance ou le refus
Initialement, parce que contraint par la loi et ayant souffert de la relation avec son ex-conjoint, le parent gardien manifeste une résistance ou un refus plus ou moins détourné lorsqu'il doit amener son enfant au Point Rencontre.
2. L'expérience de la permanence du lien
La deuxième étape est essentielle. Elle prend souvent du temps. C'est celle de la permanence du lien que le parent gardien expérimentera avec son enfant. En effet, ce qui bloque le plus souvent le droit de visite c'est la peur du parent gardien que l'enfant ne se détourne de lui et ne l'aime plus. Il est alors essentiel pour lui de passer du fantasme « *mon enfant ne voudra plus me voir* » à la réalité « *mon enfant veut toujours de moi* ».
3. L'intégration de l'intérêt du respect de la loi
Enfin, dans le meilleur des cas, pour le parent gardien également, la loi pourra faire sens. « *Il est bon pour mon enfant qu'il ait un contact avec ses deux parents* ».

Jusqu'où accompagnera-t-on ces parents ? Comment évoluera ce droit de visite ? Si l'évolution appartient avant tout aux parents, ce que les intervenants ont à gérer, ce n'est pas seulement le moment présent mais c'est aussi l'avenir. Quel bénéfice l'enfant pourra tirer de ces rencontres ? Sur quel principe les intervenants vont-ils s'appuyer ?

3.3.6 La logique de filiation

Leur travail en faveur de l'enfant ne s'appuie pas sur une logique familiale, mais sur une logique précise: *la logique de la filiation*. Un enfant a une mère, un enfant a un père. Mais après le divorce ou la séparation, ces trois personnages ne constituent plus une famille. Cependant, dans la logique symbolique, le père est toujours le géniteur et la mère est celle qui a donné le jour. Ce qui compte ce sont les repères et la façon dont l'enfant peut prendre en compte la *vérité de sa filiation*.

3.3.7 En conclusion

Mais ce travail en faveur de l'enfant ne repose pas davantage sur une « *idéologie de la parentalité* ». L'enfant a besoin de repères et d'une famille, mais pas forcément de sa famille biologique si, comme dans certains cas extrêmes, celle-ci est trop dysfonctionnelle. Certains parents s'occuperont de leur enfant avec une aide temporaire. D'autres investiront leur enfant de manière inadéquate et les rencontres ne pourront se faire autrement que dans des lieux spécialisés. Enfin, certains parents n'investiront jamais leur enfant, et dans ce cas, le lien parental ne pourra pas être maintenu¹⁰.

¹⁰ Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Dunod. 2004.

3.4 La proximologie, Martine Ramel, consultante et proximologue

3.4.1 Une recherche de pondération autour du patient entre les professionnels des soins et l'entourage du patient

Beaucoup de recherches portent sur la dynamique des patients et des professionnels de soins et beaucoup ont été subventionnées et mises en œuvre. Cependant, il existe très peu ou pas de projets concernant les proches de patients hospitalisés. Et pourtant l'expérience montre combien le milieu familial peut avoir une répercussion bénéfique sur le patient quand les proches ont réussi à trouver le juste équilibre en faisant preuve d'une aide et d'une empathie positive. L'aide de l'entourage est donc essentielle dans un programme de traitement de la maladie et une place doit lui être trouvée. Les proches doivent jouer un rôle significatif dans un projet de soins d'un patient de maladie chronique ou de maladie invalidante car leurs implications dans le suivi à long terme sont inéluctables, ils font également partie intégrante des facteurs environnementaux qui influent sur le bien-être et la santé. Il est donc important d'identifier les déterminants et les conditions de réussite des pratiques d'implication de l'entourage de patients atteints de maladie chronique et/ou d'incapacité.

3.4.2 La maladie chronique

La pratique des soins est généralement scindée en deux approches distinctes :

- Soins curatifs qui visent à la guérison
- Soins palliatifs qui ne mènent pas forcément à la guérison, mais qui visent à améliorer le confort et l'état du patient

La maladie chronique est habituellement définie comme une maladie évoluant lentement, qui se prolonge et qui se répète. Elle ne se limite pas aux dimensions physique et biologique d'une personne, a toujours des répercussions tant au niveau émotionnel que psychologique, social et spirituel. L'acceptation d'une maladie chronique est donc un long processus de maturation par lequel tout individu doit passer lorsqu'il est confronté à cette nouvelle réalité. L'impact de la maladie chronique sur la vie familiale est également important et à prendre en compte.

On appelle soins palliatifs une démarche thérapeutique qui ne vise plus la guérison. L'environnement, la prise en charge et le confort du patient deviennent capitaux. Les soins palliatifs ne sont pas uniquement prescrits dans les derniers instants de la vie, mais sont souvent mis en place pour des maladies à long terme comme les maladies chroniques.

Il est à noter que les professionnels des soins palliatifs ont une démarche d'approche bio-psycho-sociale et sont très sensibles à l'intégration des proches dans le projet de soin du patient.

Les difficultés apportées par la maladie chronique envahissent très rapidement la personne malade. La douleur donne le sentiment de perdre le contrôle de sa vie, contamine le corps comme l'esprit. Isolement social, tensions familiales, conflits de couple, perte de confiance en soi, humeur sombre, irritabilité en sont rapidement les conséquences. Le quotidien peut vite devenir ingérable et désorganisé.

La définition de Weight et Lealey de la maladie chronique va dans ce sens : «... un obstacle empêchant une personne de vivre pleinement sa vie dans son propre environnement... Le pronostic est variable, pouvant ne pas modifier la longévité ou au contraire conduire à la mort prématurée et imprévisible. Les maladies chroniques guérissent rarement, mais elles peuvent être supportées grâce aux efforts du patient et de son entourage».

Les efforts mobilisant la force physique ou morale du patient et de son entourage doivent être reconnus et guidés par les professionnels de la santé. Après l'annonce d'une maladie chronique, le patient, mais également la famille, doivent passer par une phase d'acceptation d'une nouvelle image, d'un nouveau statut de la personne malade. La relation et la communication sont donc capitales à ces moments-là. Le moindre mot « malheureux » de la part de l'équipe médicale prendra des proportions démesurées et les liens que l'on cherche à créer pour accompagner la personne dans l'évolution de sa maladie peuvent être facilement rompus. Le patient et sa famille doivent pouvoir exprimer leurs difficultés pour tenter de les surmonter. Une victoire obtenue sera, entre autre, une amélioration sur le psychisme de la personne malade.

Il est aussi vrai que le personnel soignant n'a pas toujours la tâche aisée. L'évolution impressionnante des technologies médicales a permis de repousser des limites jusqu'alors inespérées. L'âge moyen de la population vieillissante est en augmentation grâce à la qualité des soins dispensés et les frontières se déplacent. La maladie chronique apparaît d'autant plus un échec à la « puissance » de la médecine qui peut être difficilement ou douloureusement ressentie par une équipe médicale dont l'objectif primordial reste la guérison de son patient. Ils se retrouvent face à leurs propres représentations de la douleur, de la maladie et de la mort. Confrontés aux diverses réactions des patients, les soignants manifestent des comportements qui se veulent efficaces mais qui ne s'avèrent pas forcément adaptés à ce qu'éprouve le patient dans son vécu de la maladie. Ils peuvent alors utiliser un geste, un mot qui n'aura pas l'impact désiré sur la personne qui est en face d'eux. Une communication claire peut aider à pallier cette complexité des échanges.

3.4.3 La proximologie

En France, Novartis Pharma met un projet pilote en place depuis 2001 et en donne la définition suivante :

« La proximologie est une nouvelle ère de recherche qui se consacre à l'étude des relations entre le malade et ses proches. Cette approche pluridisciplinaire au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie, fait de l'entourage des personnes malades ou dépendantes un objet central d'étude et de réflexion. La proximologie s'inscrit dans une réflexion globale sur nos systèmes de soins et les différents acteurs de la santé. Elle cherche notamment à mieux comprendre la nature du lien et des relations qui unissent une personne atteinte de pathologie chronique lourde, ou handicapée, avec ses proches (famille, voisins, amis...)... Demain, les progrès réalisés en proximologie compléteront et renforceront les innovations thérapeutiques, ainsi que les pratiques médicales et le fonctionnement de notre système de soins¹¹ ».

La proximologie a toujours existé par le travail et l'aide fournis par les proches, le réseau primaire a toujours été présent. Qu'est ce qui change ?

- Des difficultés économiques de plus en plus importantes dans le domaine de la santé
- L'augmentation du nombre de personnes âgées et la prolongation de vie des maladies chroniques grâce au progrès de la médecine (sida, cancer avec rémission, etc.)
- Une qualité de vie stressante
- Une demande de reconnaissance du rôle des proches

Fin 2003, a eu lieu en Suisse romande un colloque avec comme thème « Aide aux aidants familiaux, travail invisible et enjeux de santé ». Il était axé essentiellement sur la problématique des personnes âgées encadrées à domicile par des aidants naturels et des professionnels. « Avec l'avance en âge, les maladies chroniques augmentent au détriment des maladies aiguës. Elles sont souvent non guérissables, silencieuses en dehors des crises d'évolution incertaine et souvent liées au mode de vie produisant progressivement sur la longue durée des incapacités et des problèmes de fragilité et de dépendance dans la vie quotidienne¹² ».

Les réflexions suivantes sont proposées :

- Comment créer des espaces de soutien et d'entraide près des proches ?
- Comment introduire une primauté relationnelle dans des systèmes professionnels ?
- Inventer des partenariats entre aidants familiaux et professionnels

¹¹ www.proximologie.com

¹² Assal J-P., 1996, Encyclopédie Médico chirurgicale, Thérapeutique 25, 005.A.10

Dans les actes du colloque, Anne Bardet Blochet et Cécile Disch évoquent les résultats d'une enquête intercantonale. Leurs conclusions soulignent que « l'engagement des familles dépend de la qualité des échanges avec les soignants professionnels et de la reconnaissance sociale de leur travail informel par des mesures de soutien approprié¹³ ». Plus de la moitié des aidants interrogés souhaitent un soutien soit financier et fiscal, soit un service spécialisé d'aide à domicile ou encore une formule de répit.

En 1999, la loi de planification sanitaire qualitative du canton de Genève a permis de dégager un budget pour soutenir un projet concernant la diminution de l'impact du cancer du sein et améliorer la qualité de vie des malades. Ce projet multidisciplinaire a permis de déterminer les besoins. Dès 2002 un réseau des professionnels de la santé a été mis en place avec une démarche nouvelle : l'intégration du savoir des patientes et de leurs proches. En 2003, l'Association Savoir Patient est créée permettant ainsi la reconnaissance du savoir acquis par les patients et leurs proches dans le vécu de la maladie auprès des professionnels. Des initiatives telles que des fiches distribuées aux médecins favorisent l'implication du partenaire lors des étapes du diagnostic et des choix thérapeutiques. Ce projet unit donc proximologie et reconnaissance des compétences. Des solutions de consultation d'écoute pour les patientes et leurs proches sont actuellement concrétisées au sein des Hôpitaux universitaires de Genève, dans le service d'onco-gynécologie.

La proximologie est très récente et l'entourage commence à réaliser l'importance de son rôle de suppléant face à une perte d'autonomie qui s'accroît régulièrement. Nous avons vu ci-dessus qu'il commence à formuler des demandes que se soit de soutien ou de reconnaissance de compétences. Un va et vient entre institution hospitalière et domicile est très souvent un chemin scabreux à suivre lors de maladie chronique ou invalidante. L'accompagnement continu auprès du patient est également assuré par les proches. Dorénavant, il va être difficile de conjuguer sans eux.

Il est donc important d'identifier les déterminants et les conditions de réussite des pratiques d'implication de l'entourage de patients atteints de maladie chronique et/ou d'incapacité.

L'état des lieux de la Proximologie est actuellement le suivant :

- Novartis France encourage la recherche et finance des projets. Une lettre de la Proximologie est régulièrement publiée et un site Internet permet de faire le point sur ce nouveau domaine.

¹³ Aide aux aidants familiaux, actes du colloque romand des 10 et 11 novembre 2003, Pro Senectute, p.47

- Politique genevoise : premier plan de mesures du Conseil d'Etat du 8 mars 2006 : les mesures touchant la santé visent notamment à s'appuyer davantage sur les bénévoles et aidants naturels, de même qu'à diminuer le nombre des journées d'hospitalisation.
- Association : création de « Proximologie.ch » en septembre 2006. Les objectifs principaux sont les suivants :
 - Promouvoir la proximologie en Suisse
 - Faire émerger des réflexions pour proposer des droits et des responsabilités de l'entourage
 - Informer les aidants naturels des ressources existantes
 - Favoriser la recherche

3.4.4 Conclusion

Dans la perspective de favoriser une meilleure dynamique dans un projet thérapeutique, divers protagonistes sont prêts à tout mettre en œuvre pour que le patient se sente mieux :

- Les professionnels de soins avec leurs technicités et leurs aptitudes professionnelles
- Les proches avec leurs compétences et connaissances du patient

Qu'un équilibre de compétences soit présent dans l'histoire de la maladie du patient n'est que bénéfique pour lui. Il a besoin de toutes les personnes qui peuvent l'aider dans ses souffrances d'autonomie, physique et/ou psychologique. Une présence équitable des acteurs se trouvant dans son processus de demande d'aide va lui permettre de prendre là où il a besoin et au moment où il en a besoin. Une complémentarité est de mise car les professionnels ont peu d'accès à la sphère privée et les proches ont peu d'accès à la technicité. Il y a donc de la place pour tout le monde

3.5 Témoignage d'une personne concernée, Nina

3.5.1 Témoignage de son parcours

Pour cette intervention, j'ai préféré garder pour certains passages les mots de Nina tels qu'elle nous les a rapportés à la personne du singulier afin de ne pas entacher ses propos.

Nina cite :

«Toute ma vie, je me suis épuisée à me comporter « normalement », comme tout le monde, alors que mes bases, c'est-à-dire sur quoi je suis construite sont toutes sauf « normales ». Depuis toujours, je me tords dans tous les sens pour faire du « normal » ce qui ne l'est pas et, hélas je n'y réussis pas. Je m'étonne encore de ne pas y arriver car j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir. Est-ce la folie ? J'ai la réponse maintenant : je suis dans le domaine des liens malsains. Je suis soulagée de savoir que je ne suis pas folle, comme j'en avais si souvent peur, mais consciente que ce sur quoi je tiens en tant qu'être humain est faux, déséquilibré, pathologique. Je n'ai pas la moindre idée de ce qui est normal, je le devine¹⁴.»

Nina est une proche parente de plusieurs alcooliques et personnes autrement dépendantes. Elle a 50 ans, dont plus d'une quarantaine à partager le quotidien de l'alcoolisme actif de ses proches. Cela fait seulement depuis les trois dernières années qu'elle a réussi enfin à s'en extraire – une libération très chèrement payée dira-t-elle.

« Je ne bois pas, ne fume pas, n'ai jamais touché à la drogue ni aux médicaments, et pourtant toute ma vie est imprégnée du sujet d'aujourd'hui. J'ai le sentiment d'avoir mené une vie à l'envers, contre-nature, d'avoir été adulte avant d'être enfant, vieille avant d'être jeune, morte avant d'être vivante ».

D'aussi loin que Nina se souvient, elle est obsédée par un besoin viscéral de comprendre ce qui se passe autour d'elle. Elle cherche le sens de l'insensé qui l'entoure et qui l'atteint au plus profond d'elle-même.

Sa vie entière est pour ainsi dire contenue dans cette interrogation – famille, proches et addictions – quelles interactions ? D'après son vécu, elle répondra que les interactions sont des plus étroites, d'où la difficulté de se soigner, de guérir.

« Je pense que le noyau de notre maladie (dépendance ou codépendance) se trouve précisément dans l'interaction familiale, dans l'articulation et les

¹⁴ Lettre adressée à D.D. le 27 juin 2003

embriquements de ces liens familiaux qui touchent le plus directement à la vie et à la mort. Ces liens primaires, qui lient l'être à sa propre vie dans ce monde ou ne le lient pas. Liens manquants, ou brisés, ou au contraire trop serrés, étouffants. Dépendants comme codépendants, nous avons tous des handicaps relationnels majeurs, avec nos proches, avec le monde extérieur, et surtout avec nous-mêmes. Notre maladie est faite de déséquilibres et d'excès tels, qu'ils nous mènent de la façon la plus insidieuse à cet endroit où les opposés extrêmes se rejoignent, où il y a confusion entre le Bien et le Mal, entre l'Amour et la Haine, entre la Vérité et le Mensonge. Le chaos. Le néant. Les cas les plus graves ne sont pas atteints, mais éteints. J'ai connu trop de morts-vivants dans ma vie ».

Cette maladie est à la fois conséquence et cause. Chez l'individu, elle est la conséquence de ses interactions avec d'autres (à commencer par ses proches) et de son vécu comme il le perçoit – et sera la cause de la transmission à ses enfants. Conséquence dans une génération devient cause pour la suivante, et ainsi de suite.

Depuis des années Nina clame à qui veut bien l'entendre que vouloir soigner un alcoolique, ou tout autre personne dépendante, sans regard à ce qui se passe dans sa famille est un gaspillage de ressources, de connaissance et de moyens. Au mieux, c'est passer à côté de la source du problème et au pire, cela cause des années de souffrance supplémentaires à toutes les personnes concernées (le patient qui est soigné mais aussi à son proche entourage, conjoint, enfant(s), parents, qui ne le sont pas).

Quelles structures sont mises en place pour les proches à Genève ? Rien dira-t-elle au niveau institutionnel et médical, à part un groupe par-ci par-là. Parmi les professionnels, Nina a eu la chance de rencontrer des individus, médecins et thérapeutes, qui comprennent plus que les autres, et elle les remercie parce qu'ils l'ont énormément aidée. Elle remercie également l'Association ADF (Antenne Drogue Famille) de lui avoir ouvert sa porte et de lui avoir donné accès à des discussions, des conférences, des lectures et autres informations.

« Je vous parle aujourd'hui en tant qu'enfant élevée par des proches alcooliques ou autrement atteints psychiquement. Je n'ai pas de souvenir de mon père avec qui j'ai pourtant vécu jusqu'à l'âge de 6 ans, mais que je n'ai plus revu depuis, du jour au lendemain. De 6 à 18 ans, j'ai vécu dans une famille composée de ma mère, mes deux frères plus jeunes, ma tante maternelle, sœur aînée de ma mère (célibataire, alcoolique) et ma grand-mère maternelle (aveugle, suite à une erreur médicale survenue une année avant ma naissance). Notre vie tournait autour des maladies, caprices et délires de ma tante. Petits, ma grand-mère nous gardait pendant que ma mère et ma tante travaillaient. Elle faisait de son mieux, mais nous étions beaucoup livrés à nous-mêmes. Pour résumer, en tant qu'aînée j'avais trop de responsabilités et aussi beaucoup trop de pouvoir pour mon âge. Je ne me sentais pas l'enfant mais le conjoint de ma mère, elle me consultait pour tout, se confiait à moi, comptait sur moi, me laissait prendre des décisions qui ne me revenaient pas.

Les adultes – trois femmes – étaient en dispute, en état d'ébullition perpétuellement. C'était comme vivre dans un champ de bataille miné. Je fuyais cela dans mon imagination, dans les livres et à l'école. Je m'attachais trop aux professeurs qui m'encourageaient ou s'occupaient un tant soit peu de moi. Bonne élève, j'avais vite compris ce que j'avais à gagner en tant que telle : reconnaissance, estime, opportunités d'aller voir ailleurs. Rentrer à la maison était un supplice, Dieu sait quelle catastrophe m'attendait. Je comptais les heures pour repartir à l'école. Mon monde se dédoublait – aversion à l'intérieur, chez moi, et fuite, rêves, idéalisation à l'extérieur. Aujourd'hui, ma mère souffre de démence, mais c'est moi qui vous le dis, car elle n'a jamais reçu de diagnostic d'un médecin.

Je vous parle en tant que jeune femme de 18 ans qui, à la première occasion qui s'est présentée, a traversé l'océan pour fuir le plus loin possible sa famille dont elle avait honte. Et quelle douleur, culpabilité, de cette honte. Je me suis jurée de ne plus jamais avoir à faire à des alcooliques, et de réaliser tout le contraire de ma mère pour m'assurer une vie différente.

Je vous parle en tant que sœur aînée qui n'a toujours pas digéré sa culpabilité de s'être ainsi sauvée et d'avoir laissé ses frères plus jeunes se débattre de la folie à la maison qu'elle ne supportait plus, de ne pas avoir pris suffisamment soin d'eux, de se sentir responsable de leurs parcours de vie chaotique par la suite, fait en grande partie de très mauvais choix et d'échecs à répétition.

Je vous parle en tant que femme qui a partagé 22 ans de vie avec son mari, alcoolique, en se débattant tant bien que mal avec leur maladie commune. Maladie vécue différemment, de façon « complémentaire » mais maladie de source commune. Il m'a fallu 20 ans de souffrance pour comprendre que notre histoire à mon mari et à moi nous dépasse largement et a des racines dans les générations qui nous ont précédées. Pour le peu que je sache, les bribes à ma disposition sont faites de drames tels que disparitions inexplicables, internement, guerres, dislocation, émigration, entres autres. L'évolution de notre vie de couple et de famille, mon comportement progressivement imprévisible, incontrôlable et incompréhensible, mes colères, mes nombreux autres dysfonctionnements s'accumulant en s'aggravant à la vitesse grand V, me montrent que j'étais en tout cas autant atteinte que mon mari si ce n'était plus. En tout cas, je me souvenais de ce qui s'était passé la veille, lui pas ! Mais atteinte de quoi ?

Je vous parle en tant que mère qui a eu toutes les peines du monde à élever nos deux fils aujourd'hui adolescents, car j'étais handicapée non seulement par les conséquences chaotiques, destructrices, de l'alcoolisme actif de l'homme que j'aimais sur notre vie familiale, mais surtout par mes propres carences, attentes, illusions, peurs, pour ne mentionner que celles-là, ainsi que par celles de notre entourage – belle-famille élargie, de plusieurs générations, indiscutablement atteinte tout autant.

Je vous parle en tant que parents qui savent aujourd'hui que tout en aimant, trop et mal leurs enfants de tout leur être, ils leur ont transmis sans le vouloir, les germes de cette maladie (et non pas les gènes). Malgré nos efforts, le résultat est que nos enfants sont la énième génération de notre famille à être sérieusement affectée par cette « saloperie » qui est le sujet qui nous préoccupe ce matin. Constat accablant pour les parents que nous sommes ».

La durée de vie de cette maladie est beaucoup plus longue que la durée d'une vie humaine ou en tout cas la partie active d'une vie humaine. Le temps que la personne commence à comprendre ce qui se passe et pourquoi, pour ensuite se rétablir, peut prendre des années voire des décennies. C'est souvent par l'arrivée des enfants que les problèmes, la pathologie se déclarent, s'accroissent et s'accroissent. Le temps que l'adulte se rétablisse – encore faut-il qu'il comprenne ce qui se passe dans sa vie - il doit trouver les moyens appropriés pour ce faire et s'y employer de toutes ses forces. Cependant, il a déjà « contaminé » son enfant, qui lui ensuite va faire son propre chemin à travers les méandres de sa mauvaise construction initiale.

« Pour le parent que je suis, cela a été monstrueux de saisir le fil de la transmission, de reconnaître comment les parents « atteints » que nous sommes avons influencé nos enfants. En cherchant à éviter ce qui nous a fait souffrir, en agissant par opposition à notre vécu initial, nous avons reproduit les mêmes souffrances envers nos enfants. Cette prise de conscience m'a privée de ma raison et a causé mon effondrement psychique dont j'ai mis plus de quatre ans à me remettre.

Je vous parle en tant que femme et mère qui a fini par quitter sa famille pour des raisons impossibles à évoquer ce matin mais qui se résument à un choix entre la vie et la mort. Mes enfants (15 et 17 ans) ont choisi de rester vivre avec leur père et ma belle-famille. Parce que je leur fais peur, me disent-ils. Ils ne me reconnaissent pas. J'ai quitté mes proches parce que je choisis la vérité, aussi pénible soit-elle, alors qu'ils choisissent de ne pas la voir ou pire, ne peuvent pas la voir. Ils restent dans le mensonge et dans l'étreinte des liens familiaux paralysants. »

Nina dira que vivre avec l'alcoolisme actif d'un proche équivaut à vivre au quotidien, 24h/24 dans un champ de bataille, dans des conditions de guerre officieuse, non déclarée, avec un ennemi invisible (déli, mensonges, secrets, peurs...) mais personnifié par la personne aimée.

L'ISPA chiffre le nombre d'alcooliques en Suisse entre 300,000 et quelques centaines de mille de plus (1 million ?). Multipliez ce chiffre par 3-4 proches dans l'entourage de chacun et comparez le à la population totale de la Suisse, vous regarderez autrement les personnes que vous croisez dans la rue...

La qualité de vie du quotidien de proches d'une personne alcoolique est faite d'une grande précarité, d'insécurité, d'incertitudes, de peur et de confusion en permanence. Leur quotidien se résume :

« A une lutte pour la survie, sans préparation ni formation ni armes ni renfort, face aux dénis, face aux mensonges, disqualifications, déceptions, frustrations de désirs et besoins, chantage affectif et autres, exactions, menaces, humiliations, abus, trahisons, agressions, conflits de loyauté, conflits internes, oppression, méfiance, lavage de cerveau, viol, sentiments de futilité, échec sur échec, d'inéluctabilité, d'impuissance en ce qui concerne le cours de notre propre vie, sentiment d'être puni (mais pourquoi ?), piégé, dans une situation sans issue. Aucune intimité, aucun respect. Crise sur crise, ni congé, ni répit, ni repos. Infernal ».

Tout cela se passe chez soi, dans les foyers, derrière des portes fermées et des murs de silence impénétrables, cimentés en place par un mélange de secrets, d'orgueil, de honte, de peurs ... du qu'en-dira-t-on, de paresse, d'ignorance et elle en passe.

Les enfants apprennent, chez eux, qu'il est impossible voire dangereux d'avoir confiance en les adultes, de se confier à eux. Ils apprennent à tolérer l'intolérable, que pour s'assurer suffisamment de sécurité et de paix pour survivre d'épisode en épisode, il est judicieux d'anticiper les cataclysmes, de prévoir les attaques, les pièges de tous les côtés. Impossible de prévoir quoi que ce soit ni de savoir avec certitude ce qui peut arriver d'un instant à l'autre, ni pourquoi. Chacun se préoccupe de sa survie, tant bien que mal. Chacun se trouve pris dans un engrenage sur lequel il n'a absolument aucun contrôle tout est possible à tout moment, il n'y a pas de limites à ce qui peut arriver.

« On peut se demander pourquoi on accepte, pourquoi on ne réagit pas. En tant qu'enfant, face aux proches, que faire d'autre ? Il n'est pas possible pour un enfant de comprendre ce qui se passe, il est trop occupé à se défendre et à assurer sa survie. Et je n'ai pas le temps de vous parler de toutes les ambivalences, toutes les perversions – de tout le mal qui est présenté comme un bien. Usures physiques et psychiques, chocs et traumatismes finissent par passer inaperçus tant on est anesthésié affectivement. Le temps prend une tout autre dimension dans ces conditions-là, cela n'a rien à voir avec l'écoulement du temps en conditions normales. Isolement, enfermement. Impossible de s'exprimer et à qui ? On apprend à dénier ce que l'on ressent, à dire oui quand on veut dire non, à sourire quand on veut pleurer. Pour avoir la paix, ne serait ce que quelques instants. »

3.5.2 En conclusion

« J'espère que je me trompe et ne demande qu'à être corrigée, mais je n'ai jamais vu de cas de dépendance, quelle qu'elle soit, se présenter à un professionnel de la santé, chercher de l'aide à un stade précoce de la maladie... Le malade qui s'adresse à vous est déjà gravement ou très gravement atteint, sa maladie l'empêche de gérer sa vie et de fonctionner convenablement. C'est-à-dire que la maladie sévit depuis des années déjà, elle est sournoise, insidieuse et progressive. Lorsque le malade s'adresse à vous, il a derrière lui des années de déni, de mensonges, de résistances. Et sa famille aussi. »

Elle salue cependant l'impressionnante évolution dans la compréhension des mécanismes et des maladies de la dépendance depuis environ 30 ans, et elle ne peut qu'espérer que cela continue. Mais en même temps, elle se demande comment se fait-il qu'il y ait un retard du monde médical ? Pourquoi ce clivage non moins frappant entre l'approche du monde médical et celui des personnes directement concernées par le problème qui sont les Alcooliques Anonymes et qui ont trouvé un moyen de rétablissement qui n'est pour le moins pas dépourvu d'intérêt à juger par leurs résultats. Depuis 1935, les AA, et leurs proches les Al-Anon depuis 1953 reconnaissent expressément qu'il s'agit d'une maladie familiale, que tous les membres de la famille sont touchés, affectés par la maladie. C'est même la prémisse sur laquelle se repose tout le programme très concret de rétablissement que ces groupes proposent.

Elle terminera en demandant : « Alors, de quoi suis-je atteinte ? Mal construite¹⁵. Comment me rétablir ? Refaire toute la construction de l'être que je suis, à commencer par apprendre l'art d'aimer. Ma compréhension de ce qu'est l'amour a été gravement déformée par ce que j'ai retenu à travers mon parcours. *« Si vivre ce que je décris laisse de sérieux handicaps, se développent aussi des traits et des capacités qui sont des atouts positifs, à mettre en œuvre dans le rétablissement. Entre autres: la générosité - la prévoyance - la débrouillardise - l'imagination - la persévérance - la capacité d'adaptation - la combativité - l'acharnement à vouloir comprendre - la volonté - l'humour - le sens de l'organisation - une intensité, un élan de vie ».*

«La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugace, l'expérience trompeuse, le jugement difficile¹⁶. »

¹⁵ Dr Paul-Claude Racamier (1924-1996), psychiatre français

¹⁶ Hippocrate

4 ATELIERS

4.1 Atelier 1 – Les proches ignorés ou écoutés ?

Animation : Monsieur Daniel Alhadeff, psychologue spécialiste en psychothérapie F.S.P. et systémicien AGTF (Association Genevoise de Thérapies Familiales)

Scribe et rapporteur : Madame Martine Ramel.

Les proches énoncent leurs besoins d'obtenir des informations sur la problématique de dépendance et de partager leurs connaissances avec les professionnels. Ils disent aussi avoir besoin d'être écoutés dans leurs difficultés et orientés sur des services adéquats. Il serait nécessaire de repenser l'institution et le rôle des professionnels; aider le proche à lui faire comprendre ce qui le fait souffrir, chercher ses besoins individuels.

Certains participants trouvent que l'approche systémique devrait être utilisée beaucoup plus souvent par les professionnels, pour prendre en compte toute la famille dans le processus de soin. Certains proches ressentent une résistance des professionnels pour travailler autrement. En effet, certains soignants trouvent pertinent d'écarter la famille, pendant un laps de temps, pour aider le patient dans sa démarche. D'autres parlent de non-assistance au groupe de ne pas prendre en compte la famille.

Des professionnels, présents à l'atelier, souhaitent instaurer un suivi avec les proches mais la plupart du temps ils manquent de moyens. Il y a donc un réel questionnement à apporter autour de l'intégration des proches dans un projet de soin tout en tenant compte bien sûr des limites du réseau et de la confidentialité dans l'échange.

Les différences dans les représentations des professionnels et des proches dans l'implication de la maladie peuvent parfois apporter des situations conflictuelles.

Une demande de proches est posée pour que l'on reconnaisse leur rôle, leur travail et leur accompagnement et surtout qu'on les aide dans leurs difficultés car le vécu de proche de personnes dépendantes ne s'arrête jamais...

4.2 Atelier 2 – Entre enfant et parents toxicodépendants : le rôle du professionnel.

Animation : Monsieur Roberto Rege Colet, assistant social du SPMi.

Scribe : Madame Gaël Vallotton, psychologue dans le service d'abus de substances.

Rapporteur : Monsieur Roberto Rege Colet, assistant social du SPMi.

4.2.1 Service de protection des mineurs (SPMi)

La vocation du Service de protection de mineurs est de garder une famille unie autour de l'enfant, d'être attentif au bien-être de l'enfant mais aussi à sa mise à danger.

Lors de cet atelier, deux grandes questions sont mises en évidence :

- 1) Quand intervenir auprès des parents et de l'enfant?
- 2) Comment intervenir ?

4.2.2 Quand intervenir ?

À quel moment pouvons-nous alerter le SPMi? Le réseau, selon Monsieur Rege Colet, ne prendrait contact que trop tardivement avec son service. Les situations seraient alors alarmantes, nécessitant des mesures importantes pour la protection de l'enfant. Dans ce moment de crise, il devient alors d'autant plus difficile de collaborer avec le parent.

Idéalement, il faudrait collaborer le plus tôt possible avec le SPMi, par exemple avant la naissance de l'enfant.

4.2.3 Comment intervenir ?

L'idée est de travailler en réseau. Cependant une question sous-jacente apparaît: quel réseau mettre en place afin qu'il soit efficace ?

Différents points sont proposés :

- Avoir un coordinateur
- Détenir une culture commune
- Se connaître et se respecter entre professionnels ⇒ confiance entre partenaires
- Définir des objectifs communs
- Rendre actif le patient au sein du réseau
- Intervenir le plus tôt possible dans la situation

Le travail en réseau confronte les professionnels au problème de la confidentialité. Certains professionnels présents évoquent le besoin qu'ils ont d'être tenus au courant des situations qu'ils ont adressées au SPMi, qu'il y ait un retour de l'information. Le travail en réseau nécessite donc un partage de communication. Le rôle de coordinateur pourrait être tenu, dans ces situations, par le SPMi.

Le travail en réseau paraît nécessaire pour l'ensemble des participants. Toutefois il semble important de ne pas travailler autour du patient avec un réseau comprenant un trop grand nombre de professionnels. Il s'agit alors d'identifier le rôle de chaque intervenant. Afin d'optimiser le travail en réseau, une idée a été proposée de créer des sous-commissions à l'intérieur du réseau, qui seraient sollicitées spécifiquement selon les besoins que la situation requiert.

4.3 Atelier 3 – Echange avec l’un des deux auteurs du livre : « Quand l’autre boit : Guide de survie pour les proches des personnes alcooliques »

Animation : Dr Claude Uehlinger, médecin chef adjoint au service psychosocial de Fribourg et responsable de l’unité de traitement des addictions. Scribe et rapporteuse : Madame Christelle Mandallaz, coordinatrice des forums addictions

Madame Marlyse Tschui, journaliste au magazine Femina et le Dr Claude Uehlinger ont co-écrit ce livre. Madame Tsui a récolté les témoignages et lui en a fait l’analyse clinique. Le livre est issu de l’activité professionnelle du docteur.

Ce livre devrait permettre de mieux comprendre la manière dont se développe une dépendance à l’alcool, les traitements à disposition, ainsi que les meilleures attitudes à adopter face à la personne en proie à un problème addictif.

Quelques extraits tirés du livre ont été abordés dans cet atelier. Ils peuvent vous servir dans votre pratique professionnelle. Pour en savoir plus, il vous suffit de se référer au livre.

4.3.1 Des indices troublants

Il existe un certain nombre de dénominateurs communs chez les individus dépendants :

- Perte de fiabilité
- Arrivées tardives
- Rendez-vous manqués
- Baisse de l’engagement sur le plan familial et professionnel
- Promesses non tenues
- Dépenses inexplicables
- Apparence négligée
- Laisser-aller domestique
- Isolement
- Activités compulsives
- Travail : davantage – moins - plus du tout

4.3.2 Mon proche est-il dépendant ? Questionnaire d'évaluation

Si vous répondez par l'affirmative à quatre des questions posées, il est fort probable que votre proche ait un problème d'alcool.

1. Change-t-il de personnalité quand il boit ?
2. Vous semble-t-il accorder plus d'importance à l'alcool qu'à vous-même ?
3. Ses excès ont-ils perturbé des occasions spéciales (fêtes, réunions familiales) ?
4. L'avez-vous protégé des conséquences d'actions commises sous l'effet de l'alcool ?
5. Quand il boit trop, vous en sentez-vous coupable ou responsable ?
6. L'alcool le rend-il irritable ou agressif ?
7. Sa manière de boire vous rend-elle triste ou vous met-elle en colère ?
8. Votre famille a-t-elle des difficultés financières liées à l'abus d'alcool ?
9. Avez-vous l'impression que votre famille est malheureuse à cause de l'alcool ?
10. Avez-vous cherché à limiter les dégâts en vidant les bouteilles dans l'évier ou en cachant les clefs de la voiture ?
11. Vous faites-vous souvent du souci à propos de sa consommation d'alcool ?
12. La perspective de vacances avec lui vous effraie-t-elle plus qu'elle vous réjouit ?
13. La plupart de ses amis sont-ils portés sur la boisson ?
14. Vous est-il arrivé de mentir à des connaissances ou à son employeur pour dissimuler ses problèmes d'alcool ?
15. Face aux autres, vous est-il arrivé d'être gêné ou de vous excuser de son comportement ?
16. Avez-vous parfois craint pour votre sécurité ou celle de votre famille quand il avait trop bu ?
17. Avez-vous déjà pensé qu'un membre de votre famille pouvait avoir un problème d'alcool ?
18. Avez-vous tenté de le convaincre d'arrêter de boire ou de limiter sa consommation ?
19. L'avez-vous déjà menacé de quitter la maison à cause de l'alcool ?
20. A-t-il fait des promesses qu'il n'a pas tenues parce qu'il était sous l'emprise de l'alcool ?
21. Souhaitez-vous pouvoir parler de ce problème d'alcool avec une personne susceptible de vous comprendre et de vous aider ?
22. Vous est-il arrivé de pleurer, de vous sentir mal ou d'avoir un nœud à l'estomac parce que vous vous faites du souci par rapport à sa consommation d'alcool ?
23. Lui arrive-t-il de n'avoir plus aucun souvenir de ce qui s'est passé quand il était ivre ?
24. Après avoir fait des excès, éprouve-t-il du remords et vous présente-t-il ses excuses ?
25. Avez-vous constaté chez lui des problèmes de santé qui pourraient être liés à sa consommation d'alcool ?

4.3.3 Les erreurs à éviter

L'entourage d'un alcoolique est souvent plein de bonne volonté, mais aussi mal informé. Il lui arrive de commettre des erreurs qui peuvent contribuer au maintien de la maladie. Voici les attitudes à éviter :

- Lui faire des reproches.

L'alcoolique est un malade. Il ne viendrait à personne l'idée de reprocher à quelqu'un de souffrir du diabète ou du cancer.

- Argumenter quand il a bu.

Il ne se trouve pas dans son état normal et risque de devenir agressif.

- Lui dire « Si tu m'aimais, tu arrêteras de boire ».

Son problème n'a rien à voir avec l'amour qu'il vous porte.

- Chercher à contrôler sa consommation.

Cela ne l'empêchera pas de boire, mais le poussera au contraire à consommer en cachette.

- Laisser exploser votre colère.

Si vous vous montrez hostile à son égard, vous ne pouvez plus l'aider. Se sentant rejeté, il boira de plus belle.

- Résoudre ses problèmes à sa place.

Aussi longtemps que c'est le cas et qu'il se sent protégé, l'alcoolique ne songe pas à se soigner.

- Accepter ses mensonges en espérant éviter un conflit.

Faites-lui comprendre calmement que vous n'êtes pas dupe.

- Croire à ses promesses.

Il voudrait, mais est incapable de les tenir. Dites-lui que pour vous convaincre, il faut des actes, non des paroles.

- Lui donner des conseils.

L'alcoolique est un être dépendant qui se croit indépendant. Il ne supporte pas plus les conseils que les critiques.

- Se sacrifier pour l'autre.

Vous avez le droit de ne pas tout accepter, de poser des limites, de penser à votre propre bien-être.

4.3.4 Les signes annonciateurs de la rechute

La rechute est la règle et l'abstinence définitive, l'exception. Mieux vaut donc s'y préparer. Une rechute signifie que le patient se remet à consommer de l'alcool, avec les comportements et les habitudes qui en découlent. Or, souvent, ces derniers réapparaissent avant même la consommation à proprement dite. Apprendre à reconnaître l'imminence d'une rechute peut aider le patient à arrêter le processus alors qu'il est encore temps.

Les signaux d'alarmes

- Les comportements addictifs sont les attitudes que la personne a développées en rapport avec sa consommation d'alcool. Par exemple, le mensonge, le vol, le manque de fiabilité et la compulsivité.
- L'escalade émotionnelle se produit lorsque des sentiments et des émotions s'incrument et deviennent de plus en plus insoutenables. Exemples : l'ennui, l'anxiété, la frustration sexuelle, l'irritabilité ou la dépression.
- Les pensées addictives servent à justifier la consommation d'alcool. Exemples : « J'ai travaillé dur, j'ai besoin d'une pause dans mon abstinence » ou « Puisqu'ils ne croient pas que j'ai cessé de boire, autant recommencer ».

Nous encourageons les patients à agir dès qu'ils reconnaissent l'un de ces signaux, soit en se rendant à une réunion d'un groupe d'entraide, soit en appelant leur thérapeute. Ils peuvent aussi se dépenser physiquement, en parler avec un membre de la famille, ou planifier des activités pour occuper leur temps libre, de manière à détourner leur esprit d'une envie de boire qui risquerait de devenir obsédante. Le plus important est d'interrompre au plus vite les comportements et les pensées parasites.

4.3.5 Échanges

Ce qui succède résulte de l'échange qu'il y a eu entre le Dr Claude Uehlinger et les participants de l'atelier.

Une femme sur cinq a un problème d'alcool. La société fait preuve d'une grande tolérance à l'égard des hommes alcooliques, alors que l'alcoolisme au féminin suscite la réprobation générale. C'est pourquoi la plupart d'entre elles se cachent pour boire. De ce fait, existe-t-il une différence de traitement thérapeutique entre les femmes et les hommes ? Le Dr Uehlinger répond clairement par la négative à cette question.

Il a constaté dans sa pratique que la première démarche est effectuée, en général, par un proche qui n'en peut plus. Le travail consiste à ce que le proche s'occupe plus de lui pour être moins centré sur l'autre. La plupart des proches ne veulent pas qu'il soit dit qu'ils ont consulté. Il est donc important de travailler sur le déni afin d'en sortir. (Déni : même problématique que le proche dépendant).

Concernant les problèmes d'addiction aux drogues illégales, il constate qu'il est plus difficile d'effectuer un travail de famille étant donné que celle-ci est souvent éclatée.

Une médecin généraliste s'exprime sur sa solitude professionnelle, du fait de travailler seule dans son cabinet, et qu'il lui manque des outils pour gérer ce genre de situation. Plusieurs participants lui suggèrent de travailler en réseau. Mais cette dernière relève qu'elle ne peut pas comptabiliser cet acte. Il lui est aussi complexe d'orienter un patient sur un service spécialisé en qui le patient n'a pas confiance.

Dans cet atelier, nous avons pu nous rendre compte de l'utilité des forums addictions, afin que les participants puissent échanger leurs savoirs, leurs cartes de visite et de pouvoir mettre des visages, des noms sur des structures.

Les besoins soulevés se situent à différents niveaux : Il est important de former de plus en plus de personnes dans ce domaine, d'avoir une meilleure formalisation du discours des professionnels face à l'entourage et d'offrir des outils aux interlocuteurs travaillant seuls comme les médecins généralistes.

La thérapie de famille est pour le Dr Uehlinger: « plus on est plus on rigole ».

4.4 Atelier 3 – Présentation d'un cas clinique

Animation : Messieurs Benoit Reverdin et Jean-François Briefer, psychologues spécialisés en psychothérapie de la famille, HUG et la Drs Liliana Correa médecin FMH, cheffe de clinique au Service d'Abus de Substances des HUG. Scribe et rapporteuse : Madame Gaël Vallotton, psychologue, Le trait d'Union, Service d'abus de Substances, Dpt de psychiatrie, HUG

4.4.1 Synthèse du cas clinique présenté

La question qui ressort de la discussion de cet atelier est de savoir s'il est bon de cumuler les thérapies ?

Dans le cas clinique qui est présenté, il y a un cumul de trois démarches thérapeutiques :

1. Monsieur X consulte en premier concernant sa consommation de cocaïne.
2. Suite aux crises multiples de sa compagne, une thérapie de couple démarre.
3. De son côté, sa compagne, madame Y débute une thérapie personnelle.

Il est en général préférable de séparer les thérapies.

La situation qui nous concerne présente un risque de violence en présence d'un enfant. C'est pourquoi les thérapeutes proposent rapidement une thérapie de couple. Ces entretiens font baisser les tensions et permettent d'aborder des sujets qui seraient restés « dans l'ombre » en travail individuel.

La pratique montre que souvent, une thérapie individuelle prend un nouvel essor si un travail impliquant la famille est mené. Par exemple, certains éléments peuvent être révélés en thérapie de couple (la codépendance par exemple du conjoint), puis travaillés en individuel.

Le cas clinique présenté montre qu'il y a codépendance. Ces deux individus sont ensemble et ce n'est pas un hasard ! Madame Y est sécurisée par le côté « autoritaire » de Monsieur X, mais en même temps elle ne le supporte pas. Elle se sent « grignotée » par lui. Avec le produit, il échappe à une blessure narcissique. Sa relation amoureuse « joue » le même rôle. En thérapie, il se rend compte qu'il écoute très peu les besoins de sa compagne.

4.4.2 Quelques questions soulevées par la situation

Une participante : Est-ce que le cumul de tous ces suivis n'alourdit pas la vie des patients ? Cela peut étouffer, bloquer ?

Un intervenant : Cette question s'est posée. Il est vrai que l'articulation entre suivi individuel et suivi de couple est délicate. Normalement on préconise de séparer.

Dans le cas présent, Madame Y a de la difficulté à délimiter les espaces. Elle se pose la question rapidement de savoir où elle veut s'investir. Son choix se portera sur le suivi en individuel.

Un participant : De mon point de vue, tant que Mme Y n'a pas fait un chemin personnel, la thérapie de couple ne peut pas prendre.

Un intervenant : Cette situation présentait de la violence et un danger en raison de l'enfant. La thérapie de couple a permis d'apaiser la situation.

Une participante : Il n'est pas anodin que la mère ait eu une crise de violence avant et après l'accouchement. Souvent, les femmes revivent à ce moment-là ce que furent leurs liens avec leurs mères. Elles doivent se positionner comme mère.

Un intervenant : La mère est attentive et douce avec son enfant. Bonne relation émotionnelle. Plutôt fusionnelle. Capable de se remettre en question et d'accepter que son fils de 6 ans devienne autonome. Elle ne veut surtout pas répéter le lien qu'elle a eu avec sa propre mère.

Interprétation de ses crises : son père à elle était plutôt autoritaire. Elle a peur que le père de son enfant le soit aussi.

Parfois il y a des choses qui peuvent se dire en thérapie de couple et qui sont inabordables en thérapie individuelle.

Elle et lui ne sont pas sur les mêmes niveaux. Lui est très demandeur. Il a déjà deux ans de thérapie personnelle derrière lui. Elle a commencé et avorté une démarche de thérapie individuelle. La thérapie de couple lui permet d'aborder certains problèmes relationnels de façon à ne pas les aborder in vivo. Elle fait un clivage entre sa vie privée où tout doit aller bien

et la thérapie où elle ose aborder les problèmes. C'est déjà mieux qu'au début où elle niait les problèmes même en thérapie de couple.

- Une participante : Ses difficultés sont peut-être contextuelles ?
- Un intervenant : Certaines mères toxicomanes peuvent être dans du lien mimé par exemple : elles lisent tous les soirs un livre à leur enfant, mais ce livre est leur journal intime !
- Un participant : Dans cette situation on est parti d'une demande à cause de consommations de cocaïne et l'on voit comment la prise en soin s'est élargie. Quand est-il bon d'élargir ?
- Un intervenant : Ici il y avait urgence à calmer la violence. C'est une décision qui a été prise avec le patient. En fait, la demande a été élaborée par Monsieur X.
Mais la demande peut parfois venir du thérapeute.

Cette situation est atypique : normalement le problème de consommation est au centre. Relation sauveur – sauvé. Là ce n'est pas du tout le cas. Madame estime que cela regarde Monsieur.
- Un participant : On voit bien dans cette situation que la co-dépendance n'est pas liée au produit mais à leur mode de relationnel.
- Un intervenant : Effectivement. Ici c'est la thérapie de couple qui mettra en évidence leur co-dépendance. Cela pourra alors être abordé en travail individuel.

Chez elle il y a à la fois un besoin de se sentir sécurisée mais en même temps elle refuse complètement le lien de dépendance qu'implique forcément un lien amoureux ! Donc le côté autoritaire de son mari doit lui plaire, mais cela lui est aussi insupportable. Elle ressent ce lien comme persécuteur ! Le bébé vient certainement la rassurer et éloigner ce risque de dépendance amoureuse.
Lui se rend compte qu'il doit plus prendre en compte les besoins de sa femme et l'écouter.
Au début de leur relation Monsieur X fuyait la relation de dépendance amoureuse en consommant.
-

5 CONCLUSION

L'ISPA chiffre le nombre d'alcooliques en Suisse à 300'000 personnes, multipliez ce chiffre par trois ou quatre proches dans l'entourage de chacun cela représente environ 1 million d'individus, puis comparez le à la population totale de la Suisse 7,5 million. Si l'on ajoute à ce chiffre ceux d'autres dépendances (jeu, toxicomanie, etc.), on imagine bien que tout un chacun est touché de près ou de loin par le thème qui nous a préoccupé aujourd'hui.

Nous avons pu voir que les problèmes d'addiction, quels qu'ils soient, malmènent non seulement celui qui en abuse mais influencent aussi tout l'entourage. Un travail thérapeutique permet de comprendre le mécanisme de la dépendance, et le rôle que joue chaque membre de la famille dans son maintien. Chacun est pris dans un engrenage, dont il est difficile de se sortir seul.

Sans le faire de manière consciente, l'entourage, par ses attitudes, peut contribuer à maintenir le problème. C'est pourquoi il est important de rencontrer chaque membre pour entendre ses souffrances, ses points de vue et pour savoir où il se situe, afin de l'aider à prendre de la distance, ou au contraire, à lui faire prendre conscience de l'étendue du problème. Dans ce sens, nous avons pu voir que deux logiques thérapeutiques s'affrontent : travailler de manière individuelle sur le problème (dépendance – codépendance), ou travailler avec l'ensemble de famille. Selon des études, la thérapie familiale se montre finalement plus efficace que l'approche individuelle ou de groupe, que ce soit pour les adultes ou pour les adolescents.

On peut également se pencher sur les générations antérieures, de façon à comprendre pourquoi un membre de cette famille a recours à une addiction pour gérer ses problèmes. En tant que professionnels, il est aussi important de comprendre nos motivations, de nous pencher sur les blessures que nous avons à panser, à réparer.

Le codépendant sert d'interface entre le dépendant et la réalité. Comment faire pour dépasser ce stade, qui bien souvent maintient la dépendance ? Il faut d'abord que le codépendant accepte qu'en se retirant du « système », il va certes avoir moins mal lui-même, mais aussi que la réalité va du coup heurter de plein fouet le dépendant. Dès lors, la thérapie peut commencer, puisque le codépendant a cessé de se responsabiliser pour l'autre.

Même si le risque de voir apparaître des maltraitances de la part de parents dépendants est plus élevé, on ne peut toutefois pas établir un simple lien entre leurs troubles addictifs et les difficultés vécues par leurs enfants. Il ne faut en effet pas ignorer leurs conditions de vie difficiles et leurs antécédents familiaux non négligeables.

Selon les chiffres de OFSP de 2004, 40% à 50% des femmes toxicodépendantes ont des enfants. L'accèsion à la maternité les aide parfois à sortir de leur situation ou au contraire cette lourde responsabilité peut s'avérer être un facteur de rechute. Cette situation exige une demande de tolérance et distance particulières de la part des professionnels.

Les différentes instances qui suivent des parents dépendants devraient signaler très tôt, voire avant la naissance de l'enfant, cette situation au SPMI car il est difficile de collaborer avec les parents en temps de crise. Ainsi, l'accompagnement de ces personnes précéderait, et peut-être même éviterait l'apparition de maltraitance. Malheureusement, il y a tant de personnes à traiter que les services se trouvent démunis.

L'impact de la chronicité de l'addiction sur la vie familiale est également important et à prendre en compte, d'autant plus que quand un dépendant demande de l'aide, il a déjà derrière lui des mois, voire des années de déni, de mensonges et de résistances; et son entourage aussi !

L'entourage des personnes dépendantes trouve plus ou moins des réponses à ses questions, des espaces d'écoute. Tout en renforçant ce qui est instauré à ce niveau-là, c'est le système éducatif et social qui devrait pouvoir apporter en amont du soutien et des structures d'accompagnement aux familles. Les professionnels qui oeuvrent dans ces différentes sphères se doivent d'être attentif au fait que les symptômes émanant des situations de dépendances peuvent être divers : par exemple on ne peut pas associer simplement difficultés scolaires et mal-être; un enfant présentant une attitude tout à fait adéquate peut aussi cacher un état dépressif...

La demande récurrente de nombreux proches est de se voir attribuer un soutien financier ou fiscal, ou un soutien logistique sous forme d'aide à domicile, ou encore toute autre forme d'organisation leur amenant répit et reconnaissance de leurs compétences.

Dans un contexte social, politique et économique en pleine mutation, on constate que la tendance actuelle est plutôt au durcissement des prestations et aux restrictions de personnel alors qu'il faudrait un mouvement inverse pour satisfaire à ce besoin de suivre précocement et globalement les situations. Malgré cela, on pourrait espérer voir émerger des solutions nouvelles dans ce contexte de récession. Ce d'autant plus que nombre de soignants souffrent de l'impression de ne pas pouvoir remplir pleinement leur mission d'aide.

À terme, cette diminution ne risque-t-elle pas de voir exploser les coûts de la santé ? Les budgets alloués à la prévention sont sans doute bien moindres à ceux nécessaires à la résolution de problématiques déjà fort avancées.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté d'être intervenants, scribes et rapporteurs, sans lesquels les forums ne pourraient exister.

Christelle Mandallaz
Coordinatrice des forums addictions, 12 février 2007

6 ADRESSES UTILES & SITES INTERNETS

6.1 Adresses

Alcoolique Anonymes

+41 79 689 43 73

Al-Anon Suisse

CP 123

1000 Lausanne

Tel. : 0848 848 833

info@al-anon.ch

www.al-anon.ch

Association genevoise des personnes concernées par les problèmes liés à la drogue (AGPCD)

Antenne drogue famille

Rue du Vieux-Billard 8

1205 Genève

Tel. : +4122 320 77 24

info@agpcd.ch

Le Trait d'Union

Service d'abus de substances

Dpt de psychiatrie – HUG

Rue Lombard 5

1205 Genève

Tél. +41 320 63 26

La Maison de l'Ancre

Hospice Général

Rue de Lausanne 34

1202 Genève

Tél: +4122 420 58 00 - 24h sur 24h

www.hg-ge.ch

Service d'abus de substances

Consultation Rue Verte

Rue verte 2

1205 Genève

Tel. +41 22 372 55 50

Fax. + 41 22 328 17 60

www.hug-ge.ch/abussubstances

Centre thérapeutique Envol

Fondation Phénix
Rte de Chêne 11
1207 Genève
Tel. +41 22 718 88 66
www.phenix.ch

Répertoire des organismes genevois traitant des dépendances à l'alcool et aux drogues illégales

Hospice Général
Cours de Rive 12
1204 Genève
cis@ge-ariane.ch
www.hg-ge.ch

Ecole des parents
Rue de la Servette 91
1202 Genève
Tel.. +41 22 733 12 00
www.ep-ge.ch

6.2 Sites Internet

www.agtf.ch Association Genevoise des Thérapies familiales
www.apta.ch Association de psychothérapeutes pour le traitement des addictions
www.familles-ge.ch Site de la Commission cantonale de la famille
www.sfa-ispas.ch Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
www.prevention.ch Panorama de la prévention en Suisse
www.infoset.ch Le site Suisse du domaine des dépendances
www.alcoolinfo.com Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
www.al-anon.ch groupes d'entraide pour les familles et amis d'alcooliques
www.proximologie.com Novartis
www.lamétairie.ch Clinique de la Métairie
www.alcoveb.com Information sur la dépendance à l'alcool
www.inpes.sante.fr Institut de prévention et d'éducation pour la santé

7 BIBLIOGRAPHIE & ARTICLES SUR INTERNET

7.1 Bibliographie

- Melody Beattie, *Vaincre la codépendance*, Sciences et cultures
- Melody Beattie, *Au-delà de la codépendance*, Beliveau,
- J. Bradshaw, *La famille*, Modus Vivendi, Laval
- Shadish W.R., Stanton D. : « Outcome, attrition and family-couple treatment for drug abuse : a meta-analysis and review of controlled, comparative studies » in American Psychological Association 1997, No 2, 170 - 191

7.2 Bibliographie proposée par Madame Claudia Carnino

- Brini, M. et Carnino-Ilutovich, C. Femmes et alcoolisme. Du manque à l'ivresse de ressources. Ressources, compétences et stéréotypes de genre. Revue Thérapie Familiale, vol. XXV, no3, 2004
- Cyrulnik, B. (1993), *Les nourritures affectives*. Paris, Ed. Odile Jacob
- Danis Daniela, *L'entourage du malade dépendant : un interlocuteur essentiel* <http://www.lameterie.ch/proches>
- Forward, S. (1994) *Parents toxiques*. Paris, Stock
- Kim Berg, Insoo et Miller Scott D. (1998), *Alcool, une approche centrée sur la solution*, Bruxelles, Ed Satas
- Cabié M.-C., *Explorer les solutions ou les problèmes. Les grands courants de la thérapie brève*, Psychoscope 3/2003, vol 24
- Cirollo, S. *La famille toxicomane* (1997), Paris, ESF Editeur
- Chayer Gélinau, P. et Moreau, F. *Guérir d'un parent alcoolique* (2004), Montréal, Ed. Novalis
- Neuburger, R. *L'autre demande* (1984) Paris, ESF Editeur
- Rousseaux J.-P. Faoro Kreits, Hers, D. (1996), *L'alcoolisme en famille*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Larcier S.A.

7.3 Articles sur Internet

www.lvt.ch/medrotox/7_codependance.htm, divers textes sur la codépendance
www.psicho-ressources.com/bibli/aider.html, aider sans agir en sauveteur
www.chuv.ch/psy/dupa_cepussp_cours_13_alcool.pdf