

Conduites addictives

TRAVAILLER POUR ET AVEC LES PERSONNES DE L'ENTOURAGE

GUIDE REPÈRES



Association Nationale
de **PRÉVENTION**
en **ALCOOLOGIE**
et **ADDICTOLOGIE**

A.N.P.A.A.

Conduites addictives

TRAVAILLER POUR ET AVEC LES PERSONNES DE L'ENTOURAGE



SOMMAIRE



1/ CONSIDÉRER L'ENTOURAGE DE PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC LEURS CONDUITES ADDICTIVES P. 5

- 1/ Témoignage « Une vie avec une personne addictive » P. 5
Mot d'introduction
- 2/ L'entourage, ses difficultés et ses ressources P. 10
- 3/ Entourage et addictions : la dépendance en question P. 20



2/ PRÉVENIR LES RISQUES POUR L'ENTOURAGE P. 25

- 1/ Le risque de co-dépendance P. 27
- 2/ Le risque de transmission intergénérationnelle P. 57
- 3/ Prévention des risques :
travailler pour et avec l'entourage P. 67



3/ ACCOMPAGNER ET PRENDRE SOIN DE L'ENTOURAGE P. 85

- 1/ Primo-demande et approche de l'entourage P. 85
- 2/ Accompagner l'entourage en groupe à visée thérapeutique P. 96
- 3/ Orientations psychothérapeutiques P. 104



4/ MOT DE CONCLUSION P. 113



ANNEXE

Bibliographie

P. 115

P. 115

1/ CONSIDÉRER L'ENTOURAGE DE PERSONNE EN DIFFICULTÉ AVEC SES CONDUITES ADDICTIVES

- 1/ TÉMOIGNAGE « UNE VIE AVEC UNE PERSONNE ADDICTE »
- 2/ L'ENTOURAGE, SES DIFFICULTÉS ET SES RESSOURCES
- 3/ ENTOURAGE ET ADDICTIONS : LA DÉPENDANCE EN QUESTION

1/1 TÉMOIGNAGE « UNE VIE AVEC UNE PERSONNE ADDICTE »



« Tout a commencé comme beaucoup de jeunes : une rencontre un soir de décembre et nous voilà partis pour une grande et belle histoire. Les années passent, le mariage, le premier enfant : Julie. Nous avons alors 21 et 22 ans, peut-être un peu jeunes. C'est à partir de là que j'ai commencé à remarquer des choses qui n'étaient

pas normales : la cave toujours bien garnie, les bouteilles d'apéro qui baissent toutes seules, un bébé qui pleure et toi qui dors... Qu'est-ce que je dis... qui ronfle !!

Et un soir, l'accident : alcool, responsabilités et au boulot « la galère » sans permis.

À ce moment-là, notre deuxième enfant est en route et pendant ma grossesse Christophe part pour sa première cure et moi « j'y crois ». J'étais naïve et je voulais croire que la volonté suffisait, mais l'enfer ne fait que commencer. Thomas est né et avec lui l'espoir...

À cette époque-là, nous avons décidé d'acheter une maison. Après plusieurs années chaotiques aussi bien au niveau de l'alcool que financier, les galères s'accumulent...

C'est là que j'ai apprécié l'aide des amis de la santé. Christophe est dans le déni, la discussion n'était pas possible. Un grand MERCI à Henri et Yvette qui ont toujours été là pour m'écouter et me reconforter.

Christophe perd son travail chez son père et là, c'est la dégringolade. Il ne fait plus rien à la maison, devient méchant, j'ai honte vis-à-vis de mes voisins, je suis obligée d'arracher l'herbe devant la maison qui mesure 50 cm... et lui ; il dort, il cuve, je ne sais pas...

À cette période, il n'allait plus beaucoup au café, faute de moyens, mais buvait tout seul à la maison. J'ai dû fouiller le sous-sol des dizaines de fois et vider des bouteilles, je ne pourrais même pas dire combien. Quand il rentre dans la maison, je n'ai pas besoin de le voir, JE SAIS. Les enfants souffrent et je décide un jour de partir : bagarres, engueulades, il ne veut pas que je parte et m'empêche de prendre les clés de la voiture. Tant pis, je pars à pied chez ses parents avec mes enfants, pensant demander à mes beaux-parents de m'emmener chez les miens. Mais, là, ma belle-mère me répond « je ne t'emmènerai pas, ta place est auprès de lui. » Mais, je suis partie quand même, je ne sais plus comment, avec l'idée de me trouver un foyer où vivre mais ne pas rentrer.

Mais, dès le surlendemain, l'inquiétude m'a fait revenir et bien sûr rien n'a changé...

Quand vient la dernière cure, je suis arrivée au point de non-retour au réel comme au figuré : « Va-t'en en cure et surtout n'en reviens pas avant six mois ». « Fais une postcure, sinon je ne peux te revoir à la maison. ». Ce sont les dernières paroles que je lui ai dites avant son départ. C'est Henri qui l'a accompagné à Cholet. En passant, à la demande de Christophe, chez son oncle pour arroser ça.

Trois jours plus tard, il est de retour et moi, je n'y crois plus. Ces trois jours, je les ai passés seule avec mes enfants sans lui rendre visite et surtout sans le poids du souci, de l'inquiétude.

Je pense que pendant ces trois jours, il s'est rendu compte qu'il avait été loin, qu'il était sur le point de tout perdre et qu'il était temps de faire quelque chose : « LE DECLIC » ENFIN.

Mais l'alcool a fait son œuvre. On vend la maison et on redémarre...

Les années Bonheur commencent et là, c'est vrai que j'ai retrouvé celui que j'avais connu, aimé et avec qui je m'étais mariée. Le bonheur se concrétise avec l'arrivée d'Océane.

On rachète une maison à restaurer et les travaux nous prennent tous les soirs, les week-ends, pas le temps de penser à autre chose.

Là, je tiens à tirer mon chapeau à Christophe pour tout le travail abattu dans cette maison et qu'il n'aurait jamais pu faire peu de temps auparavant. Mais le bonheur est fragile et de courte durée quand Julie commence à faire une dépression et est hospitalisée plusieurs fois pour des idées suicidaires. Et là, impuissants devant la détresse de

notre fille, les psys nous enfoncent le couteau dans la plaie. Qui sont fautifs : les parents bien sûr !!!

Thomas, lui, ne trouve plus sa place entre le bébé, la maison et Julie qui va mal, il commence à faire des « bêtises » et se retrouve à la gendarmerie !!!

Moi, j'ai l'impression qu'on ne sortira jamais de cette spirale infernale et Christophe se sentait fort, mais dans la tête, l'abstinence totale et définitive n'était pas concevable. Il a toujours pensé et dit qu'après dix ans sans boire d'alcool, il pourrait recommencer à être « comme tout le monde ».

Sauf qu'il n'est pas « comme tout le monde ». Et bien sûr, dix ans ont passé, on reprend une petite bière, puis deux.

Moi, j'observe, je préviens « Attention, tu es sur la mauvaise pente », et lui répond « mais non, je gère... »

J'insiste et j'insiste... « Si tu retombes dans l'alcool, je te quitte ! »

Je l'ai tellement dit et répété que quand il a eu besoin de moi, il n'a pas pu m'en parler de peur que je parte pour de bon. L'engrenage est enclenché, c'est la rechute. Avec elle, les galères financières, et au boulot, il n'assume plus. Et fait passer ça pour de la dépression qui finit par devenir bien réelle.

Julie qui allait mieux, n'accepte pas la rechute de son père et lui en veut. Fragilisée par sa précédente dépression, elle va moins bien, se referme de plus en plus chez elle et devient agoraphobe. Heureusement que son petit ami est là pour la soutenir : merci Gaëtan.

Thomas souffre aussi, mais il est comme son père et a du mal à l'exprimer. Mais quand Océane commence à souffrir à son tour, Christophe lui demande : « Ça va Océane ? » Et Océane lui a répondu « Mais papa, moi ça va, quand toi tu vas bien !! ».

Ces paroles-là, je crois qu'elles l'ont atteint en plein cœur, ça voulait dire si je bois, je vais mal et ma fille va aller mal.

C'est à ce moment-là qu'il s'est décidé à retourner voir les amis de la santé. « Dure démarche » après une rechute au bout de dix ans. Mais on le sait : les amis de la santé ne jugent pas, ils sont là pour aider et nous ont ré-ouvert leurs portes.

Depuis, Christophe s'investit et garde à l'esprit que c'est facile de replonger et bientôt nous fêterons nos 33 ans de mariage... pour le meilleur, le pire est derrière nous, enfin j'espère. »

Nadia C.¹

1 Témoignage recueilli par la CAMERUP – Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique

MOT D'INTRODUCTION

En guise d'introduction, ce témoignage illustre la complexité du rapport entre entourage et personne en difficulté avec ses conduites addictives. Il pointe aussi l'étendue des dommages potentielle-ment induits par les difficultés d'une personne avec ses conduites addictives. Ce guide a pour vocation d'apporter à tout professionnel intervenant dans le champ des addictions l'occasion d'une prise de recul, d'un enrichissement de la réflexion sur la place de l'entourage.

En prévention, comme en accompagnement et en soins, une évolution des représentations des rôles de chaque individu autour de l'addiction a eu lieu, notamment une évolution des représentations des notions de « victimes » et de « bourreaux » désignés à tort en matière de problématique addictive :

■ Hier, les problématiques addictives, en particulier liées à l'alcool, étaient repérées par l'entourage : le but était la « protection » de l'entourage contre les « méfaits » de la personne addictive.

■ Puis il s'est agi d'extraire l'utilisateur de son entourage pour traiter le « malade ».

■ Aujourd'hui s'opère une prise en compte de toutes les parties prenantes : la personne en difficulté avec ses conduites addictives, et son entourage, sont étroitement liés.

Parallèlement, un mélange des représentations psychiques liées aux addictions avec la réalité sociétale modifie la représentation de l'entourage lui-même en permanence, comme on peut l'observer à travers les nombreuses illustrations de l'exposition et de l'ouvrage « 130 ans de prévention de l'alcoolisme 1870-2000 »².

Notamment, le modèle prévalent d'une société consumériste confronte l'individu à un continuum de potentielles pratiques à risque addictif dès son plus jeune âge. De nouvelles addictions, numériques et/ou comportementales, font de l'entourage le point névralgique de la prévention des risques et dommages liés aux conduites addictives.

Les conduites addictives ne sont pas seulement le témoin de conflits intrapsychiques, mais aussi une difficulté du lien, de la relation. Elles s'inscrivent dans une complexité interrelationnelle où le système familial, et au sens large les relations sociales, qui a déjà en général beaucoup œuvré, ne sait pas où aller chercher l'information pertinente au changement. Il s'agit donc en tant que professionnel du champ de l'addictologie d'opter pour une vision circulaire des interactions avec des formes d'accompagnement et de soins incluant les entourages. Il s'agit de prendre en compte toutes les parties prenantes des problématiques addictives avec leurs fonctionnalités, mais surtout leurs ressources potentielles et leur capacité à laisser

2 130 ans de prévention de l'alcoolisme en France 1870-2000, Éditions CFES, 2001, 67 p.

émerger l'« auto-solution » et leurs compétences³. Car l'implication de l'entourage auprès de la personne en difficulté avec ses conduites addictives est un facteur de réussite : des proches informés et sensibilisés peuvent soutenir l'utilisateur dans sa démarche d'accompagnement.

Au niveau de l'individu, pour aller de l'entourage en souffrance, au proche aidé puis aidant, le regard sur soi et sur l'autre est crucial. Le professionnel est, à la croisée des regards, confronté à de multiples interrogations qui émergent dans le rapport à l'entourage : accompagner à la fois la personne dépendante et son entourage ? L'entourage, est-il la cause ou la conséquence de l'addiction ? L'entourage peut-il être un appui pour une réduction des risques et des dommages ? Quelle souffrance affecte l'entourage, et, quelle est l'étendue des impacts : combien de personnes, et lesquelles sont concernées ?

Du spécialiste en neurosciences de l'addiction à l'animateur de prévention, chacun pourra puiser dans ce guide matière à dérouler, et peut-être dynamiser ses pratiques, en envisageant « l'entourage » dans son spectre le plus complet.

TOUTEFOIS, LE CONTENU DE CE GUIDE N'ABORDE PAS LES QUESTIONS RELEVANT SPÉCIFIQUEMENT :

■ De la grossesse et des risques pour l'embryon et le fœtus liés aux conduites addictives de la femme enceinte ou du tabagisme de son entourage.

■ Des situations d'incarcération du fait de la spécificité de l'espace-temps contraint et de la particularité du milieu carcéral.

■ Des missions de médiation sociale des CAARUD⁴ en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier : il s'agit là de l'« entourage » au sens de l'« environnement » de l'établissement (habitants, commerçants, etc.)⁵.

4 Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique

5 Pour aller plus loin sur ce sujet : Gwenola LE NAOUR, Chloé HAMANT, Nadine CHAMARD, *Faire accepter les lieux de réduction des risques – un enjeu quotidien*, CERPE, DGS, mai 2014, 100 p.

1/2 L'ENTOURAGE, SES DIFFICULTÉS ET SES RESSOURCES

1 DES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES À RENFORCER

ABORDER L'ENTOURAGE

Les personnes qui composent l'« entourage » jouent un rôle essentiel dans la compréhension, la prévention, l'accompagnement et les soins en matière de problématique addictive d'un proche. Les problématiques addictives de tout individu impactent forcément les personnes de l'entourage, à des degrés divers, et de façon variable, selon le type de conduite addictive et selon les personnes, selon leur identité et leurs liens. Et inversement, l'entourage a un impact durant le processus de conduites addictives et de soins.

Peu nombreuses sont les personnes de l'entourage⁶ qui franchissent le pas de la demande d'aide, et parfois très, voire trop tardivement. Là réside toute la difficulté d'approche de l'entourage, alors que c'est souvent sur cet entourage que repose la sortie du déni de la personne addictive et une part de la réussite de l'accompagnement et des soins.

QUI EST L' « ENTOURAGE » ?

L'entourage désigne premièrement un

.....

⁶ 6% des 78 500 personnes accompagnées en CSAPA gérés par l'ANPAA en 2017

« ensemble de personnes vivant habituellement auprès de quelqu'un ». L'entourage peut aussi se définir comme toute personne confrontée ou impliquée dans les problématiques addictives d'un tiers. De prime abord, on y voit les membres de la famille depuis le couple, donc le conjoint.e, les enfants, jusqu'aux ascendants et collatéraux, puis les amis, les collègues. Ainsi pourrait, aussi, être impacté l'intervenant non spécialisé auprès de la personne en difficulté avec ses conduites addictives, du « médecin de famille » (qui fait « partie de la famille »), en passant par l'entraîneur sportif, le CPE du collège, le voisin, l'aide-soignante ou l'assistante de vie du retraité en prise addictive avec ses médicaments.

L'ENTOURAGE : UNE PERSONNE FRAGILISÉE MAIS EXPÉRIMENTÉE

Les personnes de l'entourage sont globalement démunies auprès d'un proche en difficulté avec ses conduites addictives, pouvant passer du déni à la posture de « sauveur ». Ces personnes se situent dans des attitudes et comportements qui ne sont généralement pas univoques :

■ **Déni, ou minimisation de la perception des risques et des dommages** pour la personne elle-même comme pour les tiers qui l'entourent.

■ **Souffrances liées aux conséquences quotidiennes de la conduite addictive de leur proche** : instabilité, voire insécurité, adaptations nécessaires pour y faire face.

■ **Souffrances de voir l'autre souffrir** avec ses problématiques addictives et de ne pas parvenir à s'en défaire.

■ **Recherche et expérimentation de toute une gamme de « solutions » d'aide.**

■ **Sentiment d'impuissance, voire de culpabilité** avec de nombreuses interrogations : comment en parler, comment accompagner la personne, comment la soutenir pour changer et permettre une réduction des risques et des dommages encourus.

■ **Comportements et attitudes qui initient voire facilitent les conduites addictives du proche.**

■ **Comportements qui accentuent le sentiment de difficultés de la personne addictive** : injonction, contrôle, agir à la place de l'autre (l'autre étant estimé dans le déni ou incapable d'agir de lui-même), menace qui achève d'altérer significativement la relation entre la personne addictive et son entourage, et l'identité de chacun.

Ces attitudes et comportements sont ponctués d'expérimentations de modalités d'aide, de recherches de solutions et de périodes de découragement. Ceci est la trame d'une difficulté sous-jacente : celle de demander de l'aide, alors même que l'inquiétude devient permanente. En effet, la parole ne va pas de soi. C'est pourtant cette démarche initiale, pour ne pas dire initiatique, qui permet-

tra à l'entourage de renouer avec son individualité. Chaque membre de l'entourage s'empare alors de sa propre difficulté tant physique que psychique pour parvenir à voir au-delà de l'addiction de l'autre.

À RETENIR

- ❖ Chaque membre de l'entourage est un individu à part entière, qui nécessite une attention distincte de son proche en situation d'addiction et un accompagnement pour prendre en compte et participer à la réduction de sa souffrance propre.
- ❖ Chaque membre de l'entourage fait partie du « système » de la problématique addictive et doit être pris en compte dans l'accompagnement et les soins de la personne en difficulté avec ses conduites addictives.
- ❖ Comme on dit que la personne addictive ne se réduit pas à son addiction, la personne qui entoure ne se réduit pas, et ne doit pas être réduite, à sa place d'entourage.
- ❖ La personne de l'entourage « se rend malade » de la problématique addictive de l'autre et, consécutivement, « se rend malade » du sentiment de sa propre incapacité à y remédier et à aider l'autre.
- ❖ Cette souffrance de l'entourage ne peut pas être ignorée même si le patient désigné « malade » n'est pas demandeur de soins.

DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES À VALORISER ET À RENFORCER

Les conditions de vie, l'environnement, les facteurs biologiques, les facteurs socio-culturels et économiques pour tout individu, entourage ou addict, influent sur la capacité de la personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Au-delà de sa relation avec la personne en difficulté avec ses conduites addictives, l'entourage sera plus ou moins apte à aider l'autre ou parfois s'extraire de la situation pour sa propre sauvegarde.

L'accumulation de souffrances liées au proche addict peut conduire toute personne de l'entourage à un état de stress qui pourra déborder ses capacités à agir pour l'autre et lui-même.

Dans le contexte de problématique addictive que connaît l'entourage, les compétences psychosociales acquises sont très souvent abîmées en plusieurs endroits. Amener l'entourage à valoriser, rétablir et renforcer ses compétences, c'est lui donner les moyens d'agir pour son propre mieux-être, et pour le mieux-être de l'autre, plutôt qu'à poursuivre une lutte contre l'autre, contre l'addiction de l'autre.

ZOOM

Les compétences psychosociales⁷

Les compétences psychosociales sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993, comme étant « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre positivement et efficacement aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». Le renforcement des CSP est ainsi clairement un élément fondamental de la promotion de la santé et du bien-être des personnes, particulièrement quand ce problème de santé est lié à un comportement.

Ces compétences, essentielles et trans-culturelles, sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles : relation à soi et relation aux autres.

⁷ « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », *La Santé en action*, n° 431, 2015, pp. 10-40

L'OMS en identifie dix principales, qui s'ajustent par deux :

- **Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions,**
- **Avoir une pensée critique / Avoir une pensée créative,**
- **Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles,**
- **Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres,**
- **Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions.**

Ces CSP peuvent être définies sous un autre angle, à travers trois prismes :

1 LES COMPÉTENCES SOCIALES (ou interpersonnelles ou de communication) :

- **Les compétences de communication verbale et non verbale** – écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des remontées d'information et des réactions,
- **Les capacités de résistance et de négociation** – gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui,
- **L'empathie**, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;

→ **Les compétences de coopération** et de collaboration en groupe ;

→ **Les compétences de plaider** qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

2 LES COMPÉTENCES COGNITIVES

- **Les compétences de prise de décisions et de résolution de problèmes ;**
- **La pensée critique et l'auto-évaluation** qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources) d'informations pertinentes.

3 LES COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES (ou d'autorégulation)

- **Les compétences de régulation émotionnelle** – gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
- **Les compétences de gestion du stress** qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
- **Les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi**, l'auto-évaluation et l'autorégulation.

À RETENIR

Dans le continuum de la promotion de la santé, considérer l'entourage, c'est :

- ❖ **Repérer les personnes de l'entourage vivant des difficultés** liées à une personne proche ayant des problématiques addictives.
- ❖ **Évaluer ou situer leurs difficultés plus ou moins apparentes et graves**, induites ou supposées induites, formulées ou pas, par les conduites addictives du proche.
- ❖ **Prendre en compte ces personnes qui font « système » avec les problématiques addictives** et s'appuyer sur leurs expériences, capacités et difficultés à agir dans la situation.

❖ **Rencontrer les personnes de l'entourage le plus rapidement possible** dans l'accompagnement de la personne en difficulté avec ses conduites addictives pour diminuer leur culpabilité et le sentiment d'impuissance après en général avoir le sentiment d'« avoir tout essayé ».

❖ **Accompagner les personnes de l'entourage pour leur permettre de se mettre en position « méta » de prise de recul**, pour prendre conscience de ce qui se passe de manière systémique, et pas seulement pour l'autre en difficulté avec ses conduites addictives.

❖ **Accompagner les personnes de l'entourage vise à développer « les solutions qui marchent »** parmi celles déjà expérimentées, ce qui redonne une estime de soi.

8 L'ENTOURAGE, UN USAGER DE L'ÉTABLISSEMENT COMME UN AUTRE, AVEC LES MÊMES DROITS

LES DROITS DE L'ENTOURAGE EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL EN ADDICTOLOGIE

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont ceci de particulier, par rapport aux établissements de santé en addictologie, comme un hôpital par exemple, qu'ils ont pour mission de s'adresser aux personnes en difficulté avec leurs conduites addictives comme à leur entourage. Leurs droits en tant

qu'usagers d'établissement médico-social sont inscrits dans la loi 2002-2⁸ :

■ **Le respect** de la dignité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité et de l'intégrité de la personne ;

■ **Le libre choix** parmi les prestations adaptées qui lui sont proposées, par exemple à domicile ou en établissement

■ **Le droit à un projet personnalisé** d'accompagnement et de soins co-construit, prenant en compte les at-

⁸ Ensemble des droits présentés à l'article L311-3 du CASF

tentes, les besoins, le parcours de vie, les compétences, les expériences de la personne de l'entourage dans sa singularité, avec, en ambulatoire, un document individuel de prise en charge (au terme légal on préférera le terme « d'accompagnement ») ou en résidentiel un contrat de séjour^{9 10 11} ;

■ **Un dossier regroupant l'ensemble des informations** formalisées utiles à la qualité de l'accompagnement et des soins¹², directement accessible à l'usager, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires ;

■ **Le respect du secret des informations** le concernant, avec un partage entre professionnels strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires^{13 14} ;

■ **Le droit à une information adaptée** à sa capacité de compréhension, notamment sur ses droits et libertés par la

⁹ L311-4 et D311 du CASF

¹⁰ *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, ANESM, 2008, 52 p. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

¹¹ *Projet personnalisé, document individuel de prise en charge ou contrat de séjour en CSAPA CAARUD ACT*, ANPAA, 2016, 5 p. (Fiche Repères)

¹² *Qualité du dossier de l'usager en établissement médicosocial relevant de l'addictologie*, ANPAA, 2016, 29 p. (Guide Repères)

¹³ *Secret des informations et partage entre professionnels*, ANPAA, actualisation octobre 2016, 6 p. (Fiche Repères)

¹⁴ L1110-4 du CSP

remise systématique et commentée de la charte des droits et libertés et son annexe¹⁵, le livret d'accueil¹⁶ et le règlement de fonctionnement¹⁷ de l'établissement ;

■ **Le droit à l'expression et la participation de chaque usager**^{18 19}, relativement au fonctionnement de l'établissement.

LE RESPECT DU SECRET DES INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'USAGER PAR RAPPORT À SON ENTOURAGE

Dans les établissements médico-sociaux en addictologie, de type CSAPA, **aucune information ne doit être communiquée à un tiers de l'entourage quelle que soit la position de l'entourage vis-à-vis de l'établissement**. Même si les demandes d'information des personnes de l'entourage sont fréquentes, elles ne peuvent aboutir à outrepasser ce droit.

Par exemple :

■ « Est-ce que mon mari est bien venu à sa consultation aujourd'hui, car il n'allait pas très bien ? et s'il est venu, je ne suis pas certaine qu'il vous ait tout dit. » de la part d'une épouse soucieuse ;

¹⁵ L311-4 du CASF et arrêté du 8 septembre 2003

¹⁶ L311-4 du CASF et circulaire DGAS/SD n° 2004-138 du 24 mars 2004

¹⁷ L311-7 du CASF et décret du 14 novembre 2003

¹⁸ L311-4 du CASF et décrets du 25 mars 2004 et du 2 novembre 2005

¹⁹ *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*, ANESM, 2010, 96 p. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

■ « Avez-vous pu parler à mon fils de sa consommation de cannabis, car ses résultats scolaires s'écroulent et je suis très inquiète de ses fréquentations » de la part d'un père inquiet.

Les questions de l'entourage, qu'elles soient formulées de façon directe ou indirecte, par téléphone ou dans le cadre d'entretien, ne peuvent donner lieu à aucun commentaire ou information concernant la personne usagère de produits addictifs.

Et inversement, la personne addictée ne pourra accéder à aucune information relevant de son entourage accompagné au sein de l'établissement ou ayant communiqué avec l'établissement²⁰.

L'établissement doit tout mettre en œuvre pour que les personnes dialoguent entre elles.

En effet « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de

ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »²¹

LE DROIT D'ACCÈS DIRECT DE L'USAGER À SON DOSSIER

L'usager, qu'il soit « patient » ou « entourage », a le droit à un accès direct à son dossier. Toutefois, il est nécessaire de bien cerner le type d'information dont il est question et sa source. En matière de droit à l'accès direct au dossier, seules sont accessibles les informations personnelles et non les informations concernant l'entourage :

❖ Sont exclues du dossier accessible à l'usager les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès d'un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Illustrations - Sont exclues, non pas du dossier, mais des informations accessibles :

❖ L'information recueillie auprès de l'usager mentionnant que son père avait une problématique addictive, que son conjoint a des comportements violents ;

❖ L'information communiquée par la conjointe du consultant mentionnant que celui-ci ne peut pas honorer son rendez-vous compte tenu de sa surconsommation d'alcool ce jour.

❖ A contrario, un compte-rendu d'hospitalisation ou des résultats biologiques, par exemple, issus d'un établissement ou professionnel de santé, versés au dossier de l'usager, sont transmissibles puisqu'ils sont issus d'un tiers intervenant dans la prise en charge.

« LA PERSONNE DE CONFIANCE » : UN DROIT, QUI PEUT ÊTRE UNE AMBIGUÛTÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LES SOINS EN ADDICTOLOGIE

Les dispositions relatives à la « *personne de confiance* », instituée à l'origine dans le champ sanitaire sont étendues par la loi au champ social et médico-social. Ainsi toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social, ou médico-social²³, a le droit de désigner une *personne de confiance* qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

Les missions de la « *personne de confiance* » auprès de l'usager :

❖ **Accompagner et être présent auprès de l'usager**, si celui-ci le souhaite, à l'entretien prévu lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher son consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et chaque fois que nécessaire). La *personne de confiance* sera la seule personne de l'entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

POUR ALLER PLUS LOIN

La collection Repères ANPAA²²



Notamment :

❖ Le Guide Repères ANPAA « Qualité du dossier de l'usager et établissement médico-social relevant de l'addictologie », septembre 2016.



❖ La Fiche Repères « Secret des informations et partage entre professionnels », ANPAA, actualisation octobre 2016

❖ La Fiche Repères « Répondre à la demande d'accès direct à son dossier de l'usager », février 2017

²² Toute la collection Repères de l'ANPAA, Fiches et Guides, téléchargeable gratuitement sur <http://www.anpaa.asso.fr/sinformer/collection-reperes-pour-les-professionnels>

²³ Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

20 L1111-7 du CSP

21 L 1110-4 - point I du CSP

❖ **Accompagner l'utilisateur dans ses démarches liées à sa prise en charge** sociale ou médico-sociale afin de l'aider dans ses décisions.

❖ **Aider l'utilisateur à la compréhension de ses droits.** La *personne de confiance* est consultée par l'établissement au cas où l'utilisateur rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Cette consultation n'a pas vocation à se substituer aux décisions de l'utilisateur.

❖ Elle a un **devoir de confidentialité concernant les informations médicales** qu'elle a pu recevoir, et les directives anticipées de l'utilisateur : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Qui peut être personne de confiance ?

Désigner une *personne de confiance* relève de la seule décision personnelle de l'utilisateur. Celui-ci peut désigner en tant que « *personne de confiance* » toute personne majeure de son entourage en qui il a confiance, par exemple un membre de sa famille, un proche, son médecin traitant.

Il s'agit d'une démarche réfléchie à deux :
 ■ Il est important que l'utilisateur échange avec la personne qu'il souhaite désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de ses souhaits par rapport à sa future mission. Il est important que la personne de confiance ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle et d'en mesurer sa portée.

■ Attention : la personne que l'utilisateur souhaite désigner doit donner son ac-

cord à cette désignation. Elle peut refuser d'être la personne de confiance désignée par l'utilisateur ou contresigner le formulaire de désignation prévu à cet effet.

Les difficultés de mise en œuvre de ce droit

La place de la personne de confiance dans un accompagnement peut revêtir une certaine ambiguïté dans le cadre d'un accompagnement en addictologie :

■ Ce droit est fondamental pour tout utilisateur dans le champ médico-social, par exemple pour l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou en appartement de coordination thérapeutique. Toutefois, il peut être délicat dans le contexte d'accompagnement ambulatoire en CSAPA ou en CAARUD. En effet, dans ce contexte, les relations de la personne de confiance avec l'utilisateur peuvent évoluer négativement, voire se rompre, notamment dans une situation de co-dépendance.

■ Une vigilance particulière doit donc accompagner l'information obligatoire de l'utilisateur sur ce droit, notamment par la remise d'une notice d'information. Il convient de bien s'assurer de la liberté de choix de l'utilisateur, sans contrainte implicite ou explicite de son entourage.

❖ En pratique, malgré ses éventuelles ambiguïtés à lever, cette personne de confiance peut être un relais essentiel en cas d'une situation à risque ou complexe, par exemple une consommation massive constatée lors d'un rendez-

vous. La *personne de confiance* pourra être la personne-ressource pour assurer un retour en toute sécurité au domicile. Dans la pratique professionnelle, le document individuel d'accompagnement²⁴ étant un outil amené à être régulièrement renouvelé, autant que nécessaire et a minima annuellement pour ce qui est de son avenant, ce peut être l'occasion de parler avec le consultant de la personne de confiance désignée, à renouveler ou pas.

À RETENIR

❖ **Tout consultant en établissement médico-social a les mêmes droits :** personnes en difficulté avec ses conduites addictives ou personnes de l'entourage, notamment au regard du secret des informations.

❖ **L'objectif des professionnels est d'« outiller » chacune des parties,** personne en difficulté avec ses conduites addictives et son entourage afin de :

- ❖ Leur permettre de (re)communiquer ensemble et retisser, si nécessaire, les liens de confiance, d'affection, de coopération parfois « abimés » par la situation ;
- ❖ Permettre aussi de fluidifier les enjeux d'information « secrètes » confiées aux professionnels accompagnant (de la secrétaire au médecin, en passant les professionnels socio-éducatifs et paramédicaux, les psychologues) sous la formule bien souvent entendue « vous ne lui direz pas, mais... »

²⁴ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

1/3 ENTOURAGE ET ADDICTIONS : LA DÉPENDANCE EN QUESTION

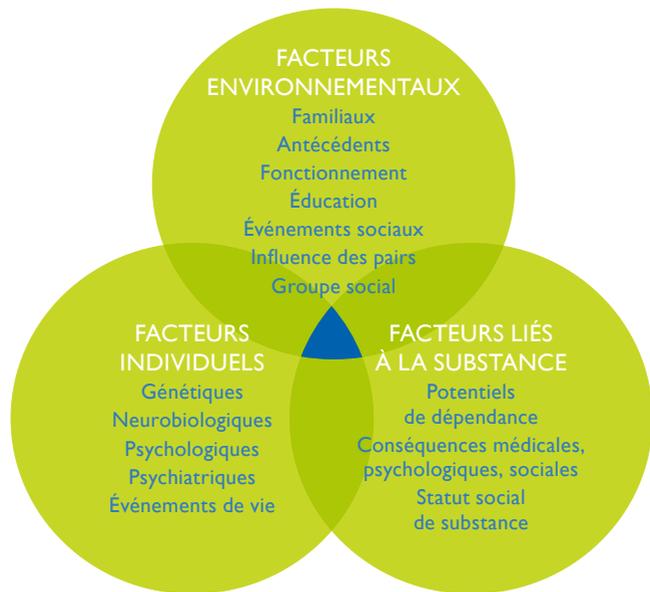
L'usage de produits psychotropes existe de tout temps et se rencontre en toute société. L'apéritif entre amis, le champagne pour fêter les heureux événements de la vie, le joint qui tourne en soirée, les parties de jeux collectifs en ligne ou l'excitation d'un parieur sur un champ hippique sont des facteurs de socialisation, même s'ils ne sont en rien indispensables. Source de plaisir individuel comme collectif, ils peuvent, pratiqués avec excès, avec perte de contrôle ou dans certaines circonstances, être facteurs de risques voire causes de dommages pour soi ou des tiers. Ainsi, les problématiques addictives relient la personne addictive et son entourage dans des rapports divers, allant de la convivialité aux risques et dommages. Comment recouvrer la liberté est sans doute la question inconsciente et implicite de tout entourage. Il s'agit d'appréhender les clés de cette souffrance et de cet isolement pour agir ensuite en prévention et en accompagnement.

1 L'ENTOURAGE AU CŒUR DE LA PATHOLOGIE DU LIEN

Travailler pour et avec l'entourage d'une personne en difficulté avec ses conduites addictives conduit à mettre en lumière sa place dans le « système » de la problématique addictive du proche.

ENTOURAGE, PARTIE PRENANTE DE LA TRIVALENCE DE L'ADDICTION

Trois facteurs dimensionnels interviennent dans la vulnérabilité aux conduites addictives : la personne, le contexte socioculturel et l'objet de la dépendance, comportement ou substance psychoactive. C'est le modèle trivalent et bio-psycho-social de Claude Olievenstein : « La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité. Ce sont là trois dimensions également constitutives. »²⁵. Cette approche tridimensionnelle confère un rôle déterminant au contexte socioculturel au premier rang duquel se trouvent les personnes de l'entourage.



SCHEMA²⁶ DES FACTEURS CONSTITUTIFS DE L'ADDICTION DANS LE MODÈLE TRIVALENT DE C. OLIEVENSTEIN

ADDICTION, UNE PROBLÉMATIQUE DU LIEN

Les problématiques addictives ne sont pas réductibles à des problématiques neurologiques. Elles sont aussi le reflet de la difficulté relationnelle de l'individu aux autres, voire au groupe social entier, au premier rang desquels l'entourage tient une place complexe, avant, dans et après le processus addictif.

Dès le premier contact du bébé et de son ou ses parents, la qualité des interactions fonde la capacité ultérieure de l'individu à se construire dans une bonne

perception et conscience de soi et à ajuster de façon satisfaisante sa relation à la réalité extérieure.

Selon la théorie de l'attachement de John Bowlby, tout au long de son existence, l'individu cherche à satisfaire un besoin fondamental de sécurité appelé « besoin social primaire » donné par la qualité des intériorisations construites sur les bases comportementales rassurantes de la petite enfance²⁷. Cette sécurité est donnée dès la naissance par la proximité de figures d'attachement attentives au besoin de protection du bébé. La personne garde en elle le besoin de figures d'attachement auxquelles elle peut avoir recours en présence de certains dangers ou d'expériences douloureuses de son existence. Ces figures d'attachement intériorisées au cours du

²⁵ Claude OLIEVENSTEIN, *La drogue ou la vie*, Robert Laffont, 1983, 260 p.

²⁶ Charles ROZAIRE et al., « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de Politique Criminelle*, n° 31, 2009, pp. 9-23

²⁷ John BOWLBY, *L'attachement*, t.I, PUF, 1969, 540 p.

développement précoce nécessitent d'être sécurisantes, rassurantes, stables et différenciées, pour permettre au sujet de s'y référer au besoin dans les expériences de la vie et en relation avec les autres.

Le défaut d'interactions s'exprime en termes de qualité, de permanence et de variétés des figures d'attachement au cours du développement précoce de l'enfant, grevant éventuellement son capital de sécurité et de confiance. L'individu pourra souffrir d'un défaut d'ancrage affectif sécuritaire et stable.

Les relations à l'autre seront rarement satisfaisantes, les aléas des rapports humains et du groupe social étant vécus comme un abandon.

Selon le terme de Winnicott, l'individu subit des altérations plus ou moins sévères du « sentiment continu d'exister ». Le produit ou le comportement addictif est alors un objet de substitution momentanément équilibrant ou satisfaisant qui comble un vide. L'individu accède à une conduite addictive, comportementale ou avec produit, afin de se procurer un plaisir, immédiatement nécessaire, et d'abaisser sa tension (homéostasie).

2 PROCESSUS DE DÉPENDANCE ET PLACE DE L'ENTOURAGE

ADDICTIONS : DE QUOI PARLE-T-ON ?

« Dans le champ de la santé, une conduite de consommation, un comportement ou une passion, jusqu'alors sans retentissement dommageable, devient une addiction à l'apparition des conséquences négatives pour le sujet, son entourage, ou la société »²⁸.

L'addiction est un « processus par lequel un comportement pouvant à la fois permettre une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employée de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. »²⁹. Elle s'applique aux conduites avec produits ou comportements.

La conduite addictive est une solution avant de devenir un problème : elle est une solution à une souffrance à la fois individuelle et du système de vie de la personne, c'est une solution intrapsychique et relationnelle qui va devenir problème.

²⁸ *Addictionnaire*® Réflexion sémantique en addictologie, ANPAA, 2017, 37 p.

²⁹ Michel REYNAULT, Philippe-Jean PARQUET, Gilbert LAGRUE, *Les pratiques addictives : usage nocif et dépendances aux substances psychoactives : rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé*, DGS, 1999, p. 15 et p. 37

PROCESSUS DE DÉPENDANCE

La dépendance traduit la perte de liberté du sujet qui ne peut s'empêcher de consommer le produit ou de se livrer à sa conduite addictive.

Le processus de dépendance met en jeu trois éléments qui s'auto-renforcent :

■ **Le lien entre la substance, ou le comportement, expérimenté et le plaisir ressenti.** La première expérience de plaisir subjectif ressenti est, selon le sujet, le produit, le moment et le contexte, déterminant pour l'entrée en conduite régulière voire dépendance. Le plaisir recherché associe sensations, stimulations et aussi une forme d'anesthésie (physique et psychique) et d'oubli de soi et des autres, de façon variable selon le produit et l'individu.

■ **Le craving :** phénomène de stimulation du système de récompense par la recherche effrénée du produit, pour obtenir un état de satisfaction ou pour répondre à une sensation interne douloureuse.

■ **La tolérance :** expression du phénomène d'accoutumance physique et psychique au produit. Elle nécessite pour l'utilisateur de recourir à de plus fortes doses de produits, ou plus fréquemment, pour obtenir un plaisir aussi intense, voire plus intense ou varié. La tolérance implique aussi la notion de sevrage qui pousse le sujet à recourir au produit pour ne pas ressentir le manque.

À RETENIR

❖ La personne en difficulté avec ses conduites addictives est marquée par une vulnérabilité relationnelle qui préexiste à l'addiction et qui n'en est pas la seule cause.

❖ Cette vulnérabilité, accentuée par le processus addictif, va généralement entrer en résonance avec les personnes de l'entourage et leurs propres constructions individuelles.

2/ PRÉVENIR LES RISQUES POUR L'ENTOURAGE

- 1/ LE RISQUE DE CO-DÉPENDANCE
- 2/ LE RISQUE DE TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE
- 3/ PRÉVENTION DES RISQUES : TRAVAILLER POUR ET AVEC L'ENTOURAGE



Il s'agit d'envisager deux champs essentiels d'actions touchant aux problématiques de l'entourage : la parentalité et les pairs, et un mode d'action : mobiliser des outils et surtout des professionnels autour de l'action.

Les programmes et actions de prévention sur le thème de l'entourage peuvent s'intégrer dans différentes dimensions :

■ **Prévention universelle** : en communiquant sur les impacts sur l'entourage des conduites addictives, et en particulier sur la famille, mais aussi sur les modalités d'accueil de l'entourage dans les structures spécialisées.

■ **Prévention sélective** : met en jeu une sensibilisation auprès d'un public directement concerné par le renforcement des compétences psychosociales en particulier des jeunes, soutien des enfants en difficulté consécutivement aux

conduites addictives de leurs parents, soutien des conjoints, soutien à la fonction parentale, en prenant appui sur :

- Des supports d'information dédiés comme des brochures ou information en ligne,
- L'organisation de conférences-débats, groupes de paroles et autres événements.

■ **Prévention ciblée** : par des actions mises en œuvre spécifiquement auprès de l'entourage des personnes présentant une conduite addictive.

Un objectif pratique et fondamental : **la capacitation, ou empowerment**, est

visée, c'est-à-dire un « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique³⁰ ». Comme pour toutes actions de prévention, d'accompagnement ou de soins, celles destinées aux personnes de l'entourage s'appuient sur des outils de développement de leurs ressources pour accroître leurs capacités.

Et au-delà du renforcement des compétences psychosociales des personnes de l'entourage, l'implication des proches des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives est un facteur de réussite de l'accompagnement et des soins. En effet des proches écoutés, informés et sensibilisés peuvent mieux soutenir l'usager dans sa démarche de prévention et de soins.

On rappellera ici **les principes d'intervention en prévention** :

■ **Une démarche positivante la santé comme ressource,**

■ **Une non-dramatisation des conduites addictives et des produits** (alcool, tabac, cannabis, autres drogues) ou addictions sans produit (jeu...) : la prévention s'appuie sur une information validée et vise la déconstruction des

représentations et préjugés, mais ne se limite pas à la seule information.

■ **Le pragmatisme** et non l'idéologie,
 ■ **Une non-limitation aux seuls objectifs de réduction des conduites** ou d'abstinence,

■ **Une prise en compte des risques et dommages sanitaires et sociaux,** pour la personne elle-même et son entourage, mais aussi pour la société, à court, moyen et long termes,

■ **Un appui sur les ressources de l'individu, ses expériences, ses compétences** en visant le renforcement de ses compétences psychosociales, son autonomie et sa qualité de vie,

■ **Une démarche d'éducation** à la citoyenneté et de lien social.

2/1 LE RISQUE DE CO-DÉPENDANCE

1 LA CO-DÉPENDANCE

La distorsion relationnelle de co-dépendance s'exprime particulièrement dans le champ des addictions.

Il existe une forme singulière de dépendance, la dépendance relationnelle, qui induit aussi une co-dépendance directe à l'autre avec une construction relationnelle très perturbée. Forme de conduite addictive, la dépendance relationnelle, au lieu de transiter par un produit ou un comportement, s'attache directement à l'autre.

Des définitions :

■ La co-dépendance est un ensemble de comportements que la personne de l'entourage d'un individu en difficulté avec ses conduites addictives adopte presque sans s'en rendre compte pour faire face à la dépendance de leur proche et lutter contre, ou amoindrir, les conséquences subies de l'addiction.

■ La co-dépendance est une adaptation à la situation de dépendance et ses conséquences, dans la conviction qu'aucune autre solution contre l'addiction de l'autre n'est possible.

FORMES DE CO-DÉPENDANCE

Ce comportement de co-dépendance peut prendre plusieurs formes plus ou moins marquées comme³¹ :

Sur le registre du contrôle :

■ **Une perte d'identité** : tendance à vouloir prendre la place de la personne dépendante en contrôlant toute sa sphère de vie entraînant la désresponsabilisation, voire l'infantilisation de la personne dépendante.

■ **Une tendance à l'obsession** : obsession par la substance, non pas par envie de consommer, mais par inquiétude pour la personne dépendante.

■ **Une tendance à déformer la réalité** : mentir parfois à des tiers (employeur, amis, famille) pour « couvrir » les absences, colères, manquements divers. Effacer les traces des conséquences négatives liées à la consommation (désordre, bouteilles vides, etc.). Effet induit : la personne dépendante ne voit ainsi pas certaines conséquences négatives de sa consommation.

■ **Un sentiment de honte** : tentative de maîtrise de l'image donnée à l'extérieur en niant, en cachant, en transformant la réalité de la vie quotidienne. Cela traduit une difficulté, voire incapacité à affronter le jugement des tiers à l'égard de la personne en difficulté avec ses conduites addictives comme à l'égard de l'entourage lui-même, les conduites addictives étant encore l'objet de préjugés (vice, manque de volonté, perte de contrôle...) profondément ancrés.

■ **Une incapacité à pouvoir déléguer une tâche** : la personne co-dépendante a le sentiment de faire mieux, plus vite, etc. En faisant à la place de l'autre, elle lui nie sa capacité d'agir.

30 EHESP, « Glossaire multilingue de la base de données en santé publique », <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

31 Source : <https://www.stop-alcool.ch/>

Sur le registre de la protection :

■ **La fusion** : attitude fusionnelle avec la personne dépendante, présence quasi-permanente, à outrance, réduction de l'autonomie du proche addict dans ses démarches de soins ou dans ses temps de vie personnelle.

■ **L'hyper-responsabilité** : l'entourage se sent responsable vis-à-vis de l'extérieur de tous les comportements, les faits et gestes (en particulier négatifs) de la personne dépendante.

■ **La culpabilité** : l'entourage se met à penser « je ne suis pas assez... », « c'est de ma faute si je n'arrive pas à l'aider ».

■ **L'hyper adaptation** : l'entourage se rend disponible à tout moment auprès de la personne dépendante, ce qui entraîne par exemple des modifications de l'emploi du temps, de la manière d'être, de fonctionner pour s'adapter aux agissements de la personne dépendante.

Sur le registre de la réclamation :

■ **Un ressenti de trahison** face aux éventuels renforcements ou reprises des problématiques addictives du proche, en comparaison aux efforts estimés mis en œuvre pour l'aider.

■ **Une attitude de plus en plus vindicative**, voire agressive et exigeante en termes d'attentes de comportement de la personne addictive, avec pour effet induit pour la personne addictive : la perte d'estime de soi, l'incapacité grandissante de réagir et d'envisager un accompagnement et des soins, une incapacité à répondre aux attentes de la personne de l'entourage.

■ **Une perte des limites de l'individualité** : conviction d'être la.se seul.e à com-

prendre, à savoir comment faire avec la personne addictive, prendre le rôle de soignant, ou la place de la personne en difficulté avec ses conduites addictives, en répondant à sa place par exemple, en tout lieu ou obligation extérieure.

■ **Une incapacité à dire non** : similaire au manque de limite, il est la conséquence d'une peur de décevoir, de perdre la relation. Ainsi, la personne de l'entourage existe uniquement au travers de l'addiction de l'autre.

⋮ La personne co-dépendante est dans la difficulté de tenir compte de ses propres besoins liés au manque de limite, à l'hyper adaptation, à la fusion et à l'obsession en jeu dans la co-dépendance.

PRÉVENTION ET SORTIE DU PROCESSUS DE CO-DÉPENDANCE**Parler de la co-dépendance**

Une communication globale de type « Nous sommes tous proches d'une personne addictive : parlons, agissons » ou « Entourage de personne en difficulté avec ses conduites addictives, parlons-en ! » et des actions thématiques sélectives en synergie avec les acteurs d'un territoire ouvrent la voie d'une sensibilisation sur la co-dépendance.

Par ailleurs, en rendant accessible à l'entourage un lieu d'écoute, un appui contenant et sécurisant, que ce soit avec ou sans la personne en difficulté avec ses conduites addictives, on permet une prise du recul de la situation et du proche addict. Les résistances vont se voir atténuées, les éprouvés et la souf-

france vont être verbalisés et permettront ainsi un apaisement de la relation. On peut alors ouvrir de nouvelles perspectives d'évolution et envisager la sortie des schémas de répétitions.

Repérer la co-dépendance

La non-verbalisation, par honte ou tabou, récurrente en addictologie, notamment concernant les femmes en difficulté avec leurs conduites addictives compte-tenu du poids des représentations sociales, constitue aussi pour l'entourage un nœud d'évitement de la situation addictive et son ancrage puissant dans le corps et le psychisme de la personne de l'entourage.

Il est essentiel de repérer ce qui est en train de se jouer.

CO-DÉPENDANCE DANS LE CERCLE FAMILIAL

La famille résulte de constructions sociales variables selon les époques et les cultures, mais, elle répond en premier lieu à la nécessité qu'éprouvent les humains d'être liés.

La famille, premier groupe d'appartenance, est régie par des liens spécifiques : lien d'alliance, lien de filiations, lien généalogique, lien du groupe familial avec l'extérieur.

Dans cette sphère familiale, se nouent des liens protecteurs et/ou difficiles entre les membres, dans le présent et le passé³².

Les conduites addictives puisent en partie leurs causes dans le fonctionnement

de cette sphère et ont des conséquences sur tous ses membres et selon la composition familiale, sur les parents, les enfants, le la conjoint.e.

La famille, premier lieu d'expression des situations de co-dépendance, est un noyau groupal fort, capable de faire barrage à toute aide extérieure par l'instauration d'un système de sauvegarde et d'auto-contrôle qui régule le déséquilibre créé par l'addiction du proche.

En effet, les observations cliniques ont pu montrer³³ que les conduites addictives peuvent devenir « un principe organisateur du système familial ». Les problématiques addictives deviennent comme un tiers qui fige la vie quotidienne avec des « modes de fonctionnements formels, rigides, prédictifs, en éloignant les incertitudes³⁴ ». Il s'instaure un système qui s'autorégule autour des problématiques addictives qui concerne alors chaque membre de la famille, en ce sens que chacun va se comporter en regard de la présence ou de l'absence de conduite addictive et que les interactions se placent en fonction du produit psychoactif en question. Ainsi, le sujet en mésusage de ce produit est comme surprotégé. Il n'est plus le bouc émissaire d'une situation potentiellement conflictuelle. C'est au contraire l'ensemble de la famille qui assume cette addiction : les problématiques addictives deviennent constitutives de l'identité du couple et de la famille ».

33 Vanghélis ANASTASSIOU, Mireille SCHWEITZER, Isabelle SOKOLOV, « Pour le meilleur et pour le pire » *Alcoologie et Addictologie*, n° 1, 2002, pp. 53-62

34 *Ibid.*

32 Cf. dans ce guide 2/2 LE RISQUE TRANSGÉNÉRATIONNEL

CONDUITES ADDICTIVES ET ORGANISATION FAMILIALE : LE « SYSTÈME »³⁵

Un constat très surprenant a été fait concernant l'alcool-dépendance, que l'on étendra aux conduites addictives : « la personne [addicte] stabilise le fonctionnement de l'ensemble bien qu'il le désorganise. En effet, face aux conduites addictives, chacun des membres sait prévoir ce qu'il y a lieu de faire devant le déroulement des événements, comme dans un rituel connu d'avance. Il y a une réduction des incertitudes, et la conséquence la plus visible est la cohésion familiale, l'aspect soudés des enfants et de l'autre parent permettant des rapprochements pour faire face. En outre, par son symptôme, ses comportements, la personne [addicte] crée la tension autour de lui et est le reflet de l'état de stress du système familial. Le phénomène d'homéostasie du système conduit à s'interroger, non pas sur le pourquoi des conduites addictives, mais sur :

- ❖ Comment le produit aide-t-il à maintenir ce système ?
- ❖ Comment la personne dépendante au produit se place-t-il dans ce système ?
- ❖ Comment contribue-t-il à diminuer les incertitudes ?

35 Antoinette MIALON-FOUILLEUL, *Psychopathologie familiale des conduites d'alcoolisation*, op.cit., pp. 334-339

❖ Comment maintient-il la cohésion du système ?

Il s'agit de comprendre la fonction adaptative du comportement addictif pour permettre d'aider le patient à travers une autre manière de s'adapter sans utiliser le produit.

LE CONJOINT CO-DÉPENDANT

La co-dépendance aura tendance à exacerber les nœuds relationnels du couple. Il peut être parfois difficile et délicat d'identifier ce qui relève de la co-dépendance et de ses effets dommageables sur la relation et ce qui relève de difficultés de couple intériorisées et refoulées jusque-là.

C'est là encore, dans le contexte de l'addiction à l'alcool, que les études cliniques sont les plus fournies en approches des phénomènes de co-dépendance dans le couple.

La co-dépendance du conjoint d'une personne en difficulté avec ses conduites addictives se manifeste par sa difficulté à se voir en dehors de l'addiction de l'autre.

Des observations cliniques en alcoologie, transposables à toutes problématiques addictives, montrent que :

- ❖ La difficulté de rapport aux conduites addictives est un processus pathologique chronique, mis en route dès l'enfance, pour l'un ou les deux membres du couple.
- ❖ Le conjoint joue un rôle indéniable et complexe, propre à chaque relation, dans l'évolution du processus d'addiction de l'autre.

- ❖ L'amélioration des compétences psychosociales de l'un ne peut se faire sans l'autre.

- ❖ La co-dépendance du couple est aussi bien intra psychique qu'interactionnelle.

- ❖ Les conjoints de personne en difficulté avec un produit psychoactif manifestent dans le processus de co-dépendance certains traits psychologiques liés à un mode relationnel construit antérieurement à la relation de couple.

- ❖ Notamment, les effets de la co-dépendance se manifestent particulièrement dans le cadre d'une relation de couple surinvestie et idéalisée par le conjoint de la personne en difficulté avec ses conduites addictives. Dans cette projection de couple, le conjoint ne « voit pas » l'autre en tant qu'individu tel qu'il est, mais en tant que personne censée jouer un rôle idéal.

- ❖ Dans le contexte de la co-dépendance, la personne en difficulté avec ses conduites addictives devient le « responsable » de la non-réalisation de cette projection, pour ne pas avoir, autant que le conjoint, contribué à sa réalisation.

- ❖ Le conjoint surinvestit une relation de couple où l'autre ne peut aider qu'en respectant un scénario conçu d'avance. La personne addicte est donc d'emblée niée dans son altérité et sa singularité ; toutefois, elle est, sans doute, elle-même en besoin pour combler un manque, qu'elle ne peut trouver dans la relation établie.

- ❖ Ainsi le co-dépendant pense avoir le pouvoir de rendre l'autre abstinente pour parvenir à réaliser ce couple idéal.

- ❖ Le conjoint co-dépendant peut ainsi montrer :

- ❖ Une implication émotionnelle négative élevée et une grande retenue dans l'expression des sentiments avec un déni du rapport de désir et des relations affectives,

- ❖ Un mode relationnel enchevêtré ou désintégré et une tendance à former des relations duelles fusionnelles,

- ❖ Un rejet d'un leadership au sein du couple et d'une hiérarchie intrafamiliale.

La souffrance du conjoint co-dépendant peut se manifester par :

- ❖ De l'agressivité et une certaine obsession devant l'impuissance à changer le partenaire dans sa dépendance : agressivité « justifiée » comme nécessaire pour motiver l'autre à modérer sa consommation et à s'intéresser à son conjoint et ses enfants.

- ❖ L'intolérance au manque du conjoint, vécue comme l'expression d'une relation de couple en échec. En fait, le conjoint en manque devient révélateur du manque du conjoint co-dépendant.

- ❖ L'incapacité à changer de posture, même si une prise de conscience de l'interaction « en miroir » du manque dans le couple se manifeste, car « accepter, c'est capituler ».

- ❖ Le non-amour de soi : car la restauration narcissique réciproque des deux partenaires, recherchée dans tout couple ne se produit pas.

- ❖ L'abnégation et le dépassement de soi est l'identité que se donne le conjoint co-dépendant, ayant une mauvaise image de lui-même. Le conjoint addict se trouve dépersonnalisé au sein de son propre couple.

❖ L'impossibilité de communiquer du fait de trop ou pas assez d'empathie.

❖ La séparation inconcevable et le temps suspendu : en dépit de beaucoup de frustrations pour les deux partenaires, l'éloignement ne peut avoir lieu : il y a une confusion entre indépendance et séparation.

❖ Le couple-scénario est un objet à réussir qui ne vit quasiment que dans la tête du conjoint co-dépendant.

❖ Une obsession du conjoint « malade », pour le comprendre ou pour le rejeter.

❖ Un vécu d'affrontement entre le bien et le mal : la co-dépendance se met en place comme un court-circuit affectif et émotionnel. L'attitude de l'un définit la posture de l'autre.

❖ L'attachement aux familles d'origine reste actif : le manque originel à combler par chaque conjoint le rend indisponible à l'autre.

❖ Le produit ou la conduite addictive devient un tiers, dans l'imaginaire de l'un comme de l'autre.

Addiction, couple et vie sexuelle

Sur le plan de la relation à l'autre, le produit ou le comportement « problème » peut venir inférer dans la vie sexuelle.

Cette dimension est évoquée, et apparaît, comme une cause de la consommation ou une conséquence des conduites addictives. « On sait que l'alcool va agir sur trois niveaux : les compétences physiques, les dispositions psychologiques individuelles, l'harmonie relationnelle du couple. Alors que la consommation épisodique de produit peut donner un sentiment de potentialités sexuelles accrues, la consommation massive et chronique peut entraîner un désinvestissement de l'individu pour la sexualité, par la diminution progressive de la puissance sexuelle. Et la consommation croissante d'alcool qui tente de compenser ce phénomène ne fait que l'accroître. La dysfonction sexuelle peut être à la fois cause et conséquence de l'abus d'alcool à l'intérieur d'une spirale où l'alcool sert à traiter les difficultés sexuelles, mais où il ne fait que les aggraver. »³⁶. Ces constats peuvent s'appliquer à toutes les conduites addictives.

36 Marie-Catherine ROUILLET-VOLMI, Nathalie DUDORET, « Alcool et sexualité », *Alcoologie*, n°2, 1995, p. 124

ZOOM

Conduites addictives et violences

Approche par le psycho traumatisme³⁷ : on identifie un lien entre violences subies au cours de la vie et conduites addictives : avoir subi des violences expose à un risque de santé plus dégradée, tant psychique (dépression, anxiété, repli sur soi, tentatives de suicide...) que physique.

Explications du lien entre psycho traumatisme et usage de substances psychoactives

Le Dr Sharon Kingston (2009), du département de psychiatrie du Centre d'étude de l'enfance de l'uni-

37 *Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. Revue de littérature et élaboration de pistes de recherches.* Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, 2015, p. 50

versité de New York, propose trois explications possibles concernant les liens entre la consommation de substances psychoactives et les violences subies au cours de la vie :

❖ **Le développement de troubles post-traumatiques** : à la suite de certains cas de violences subies dans la vie, la consommation de substances est ainsi considérée comme une automédication pour atténuer les symptômes post-traumatiques

❖ **La consommation de substances crée les conditions de risques de victimisation ou d'autres événements traumatiques**, et ces expériences peuvent conduire au développement de troubles post-traumatiques

❖ **Les violences ainsi que la consommation de substances surviennent dans des contextes particuliers d'environnement familial.**³⁸

38 *Ibid.*, p. 14

Usages de drogues et parcours de vie traumatique chez les femmes

Les traumatismes et les violences subies durant l'enfance ou à l'âge adulte ponctuent fréquemment les trajectoires de vie de femmes usagères de drogues. Trois constats peuvent s'établir entre dimension de genre et violences subies :

■ **Une prévalence des violences subies chez les femmes usagères de drogues** supérieure à celle chez les femmes en population générale ;

■ **Une prévalence des violences subies, chez les femmes usagères de drogues**, supérieure à celle observée chez les hommes usagers de drogues ;

■ **Un recours aux substances psychoactives plus important chez les personnes ayant subi des violences** au cours de la vie que chez celles n'en ayant pas subi.

Le Guide « Femmes et Addictions »³⁹ décrit également les liens multiples entre les violences subies et les conduites addictives dont les conséquences sont plus fréquemment rencontrées chez les femmes :

- ❖ Les consommations de produits (alcool et médicaments principalement) ont une fonction anesthésiante, de dissociation, qui permet de supporter l'insupportable, et sont une conséquence fréquente des violences subies ;
- ❖ La consommation de produits illicites impose la fréquentation d'un milieu plus violent, où le chantage sexuel et les violences physiques sont nombreux ;
- ❖ Lorsque l'un des conjoints du couple est dépendant à l'alcool, le niveau de violence conjugale est plus élevé ;
- ❖ L'état de conscience altéré peut renforcer les prises de risques et réduire le contrôle de la situation, favorisant notamment les violences sexuelles ;
- ❖ L'addiction chez une femme peut la rendre plus vulnérable aux yeux des hommes, ce qui favorise les menaces et les violences à son encontre ;
- ❖ La culpabilité des mères, associée à la consommation de produits, peut être redoublée par les reproches d'un conjoint violent (l'argument de « mauvaise mère » est très fréquemment employé par les auteurs de violences) ;
- ❖ Lorsqu'une femme subit des violences conjugales, son isolement réduit les chances de réussite de son accompagnement et de ses soins en addictologie.

³⁹ « Les situations de violences », in *Femmes & Addictions – Accompagnement en CSAPA et CAARUD*, Fédération Addiction, 2016, pp. 40-50

ZOOM

❖ Marginalisation de femmes en co-usage de drogues⁴⁰

Une méconnaissance en France sur la situation des femmes en usage problématique de drogues

En France, les femmes usagères de drogues ayant un rapport problématique aux drogues sont mal connues. Quand les femmes sont étudiées, c'est essentiellement à travers leur rôle de mère et des risques liés à la prise de toxiques pour le fœtus durant la grossesse. Les rares publications françaises sur le sujet montrent que ces femmes sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de la précarité et sont fortement exposées à des pratiques à risque en lien avec l'usage des drogues et la sexualité.

Une meilleure approche dans la littérature internationale dédiée

Dans la littérature internationale, en revanche, les publications relatives aux femmes usagères de drogues sont nombreuses et concernent souvent la consommation de crack. Les femmes y sont décrites comme

⁴⁰ Marie JAUFFRET-ROUSTIDE et al., « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007 France », *BEH Thématique*, n° 10-11, 10 mars 2009, pp. 96-99

particulièrement précaires et marquées par un cumul de « handicaps » sociaux et psychologiques (handicap au sens de difficulté d'adaptation à l'environnement).

Inégalités de genre au détriment de femmes et ses ravages en matière de drogues

En explorant le contexte de l'initiation et le profil de l'initiateur aux usages de drogues, les études socio-anthropologiques démontrent encore une fois une situation nettement défavorable, voire discriminantes pour les femmes. Alors que rares sont les hommes initiés aux drogues par leur partenaire sexuel, sauf chez certains hommes homosexuels, chez les femmes en revanche, l'initiation aux produits, et en particulier à l'injection, s'effectue plutôt dans le cadre de relations avec le partenaire sexuel :

- ❖ Soit il s'agit d'une opportunité : une femme envisage ou accepte des relations sexuelles dans la perspective de se procurer un produit.
- ❖ Soit cela s'apparente à une manipulation en vue d'obtenir des faveurs sexuelles plus facilement : un homme initie à la drogue une femme pour la rendre plus vulnérable et soumise sexuellement.
- ❖ Ce même partenaire sexuel initiateur peut devenir le fournisseur-dealer : ce qui peut apparaître au départ comme plus simple pour se procurer le produit dans un cadre plus confiant devient une double dépendance.

Cette confusion des rôles peut alors être un facteur d'escalade dans la consommation, puis d'un enfermement dans la dépendance.

- ❖ Enfin, certaines femmes usagères de drogues se livrent à la prostitution avec parfois la même personne comme dealer et proxénète.

Des conditions de consommations à risques

Le partage de matériel d'injection est fréquent au sein de couples consommateurs de drogues. En proportion, les femmes déclarent partager davantage leur matériel avec des hommes, partenaires sexuels, qu'inversement. En effet, inversement, les hommes usagers de drogues partagent majoritairement leur matériel avec des hommes, partenaires de consommation de drogues. Dans la dynamique de couple, le conjoint est souvent le détenteur du produit, l'initiateur aux drogues et à l'injection. Pour une partie des femmes usagères de drogues, la possibilité de consommer est étroitement liée aux occasions qui leurs sont offertes par leur compagnon.

Cette absence de maîtrise des circonstances de consommation constitue un obstacle pour disposer de conditions confortables et choisies, et notamment en disposant de matériel d'injection, stérile, à usage personnel, idéalement à usage unique.

PARENTS D'ENFANTS EN DIFFICULTÉ AVEC LEURS CONDUITES ADDICTIVES

Il s'agit ici d'approcher ce qui se joue pour les parents en tant qu'entourage directement impacté par les problématiques addictives des adolescents.

ILLUSTRATION

« Parentalité et prévention des conduites à risques »

ÉTUDE PUBLIÉE EN 2014 PAR L'ANPAA DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS

comprenant une étude de littérature, une enquête et des préconisations. Les constats suivants en sont, pour partie, tirés.

Perturbation de l'adolescence⁴¹

Avec l'adolescence, période de bouleversements multiples, les jeunes font l'expérience de situations nouvelles. Les compétences psychosociales des parents, plus ou moins bien établies, vont être interrogées, bousculées et mises à mal par la question des consommations à risques. Ces consommations interviennent avec une acuité particulière, car elles tissent pour le parent la toile d'un futur soudainement inattendu dans l'évolution de leurs enfants. « Jusque-là, tout allait bien » sera souvent leur première indication, comme s'il y avait l'enfant d'avant et l'enfant d'après. Une rupture qui peut parfois être violente

⁴¹ Addictions, familles et entourage, Fédération Addiction, 2012, 72 p.

pour le jeune usager comme pour le parent.

Première cigarette, première sortie en soirée, un joint trouvé dans la chambre de son enfant, une ou des ivresses répétées... Les parents ne sont pas (toujours) préparés à ces « découvertes ».

Or, la famille est le lieu où se posent les limites d'un usage maîtrisé permettant une identification claire des risques et dommages : la famille doit être un espace accessible pour clarifier les notions de plaisir et de risques dans le cadre d'un dialogue bienveillant.

Entourage parental en questionnaire

■ Estime de soi et confiance en soi en tant que parent

Pour oser solliciter d'autres parents et/ou des structures pour être aidés, pour parvenir à produire un échange équilibré et de qualité, les parents doivent avoir confiance en eux. Ce n'est pas toujours le cas, surtout quand les pratiques du jeune deviennent brusquement problématiques.

Par ailleurs, certains parents sont aussi en confrontation avec leur propre histoire de jeunesse et d'éducation qui vient se heurter à des pratiques expérimentielles quelque part prévisibles et normales de la part de leur enfant. Le comportement problématique de l'enfant vient en résonance avec des difficultés non résolues de l'enfance des parents. La relation tend à se distordre, sans que l'enfant comprenne pourquoi cela engendre une telle réactivité ou non-réactivité du parent.

Les difficultés de verbalisation, par peur, par pudeur ou par méconnaissance de certains sujets tabous, comme les sentiments, la sexualité, les prises de risques, vont souvent donner lieu à une représentation erronée des conduites et consommations de leurs enfants, souvent sous-estimées. En effet, les parents ne mettent pas forcément en place en amont un dialogue sur les consommations et les risques associés.

Un sondage effectué par l'INPES en 2010 montre que :

- ❖ 17% des parents ne parlent jamais des risques liés à l'alcool avec leurs enfants.
- ❖ 19% n'ont jamais exprimé leur désaccord avec la consommation régulière et/ou abusive d'alcool.
- ❖ 21% ne parlent jamais des dangers liés à la consommation de drogues.
- ❖ 22% ne rappellent jamais que la consommation de drogues est interdite.

■ Investissement sur l'enfant : trop ou pas assez ?

Parallèlement, la relation parents-enfants peut être l'objet d'un surinvestissement de la part du/des parents, dans une projection d'enfant idéal, ou au contraire d'un désinvestissement notamment par défaut de construction de l'identité du parent. Cette distorsion initiale, à l'image de celle qui peut s'installer en co-dépendance dans un couple, affectera l'apprentissage du jeune en termes de limites à trouver et de compétences de socialisation à acquérir.

■ Distorsions de perception des risques entre jeunes et parents

Les distorsions de perception des risques et des dommages liés aux conduites addictives entre les parents et leurs enfants sont fréquentes. Souvent, il y a banalisation inconsciente ou inconsciente par les jeunes, dramatisation par les parents, mais aussi déni ou aveuglement du ou des parents sur l'ampleur de la problématique addictive.

❖ Perception des jeunes de leurs propres conduites addictives

- ❖ Phénomène récurrent et souvent relaté, le jeune va banaliser et minimiser sa consommation, que ce soit pour le cannabis, l'alcool, les jeux vidéo : « Ça me détend », « Je n'en prends pas beaucoup », « Tout le monde fait pareil », « Je ne joue pas autant que ça ».
- ❖ Cela met en jeu :
 - ❖ La capacité du jeune à se percevoir en difficulté, donc à se connaître. C'est justement l'élément-clé de cet apprentissage, que l'on retrouve également dans les problèmes de scolarité et d'orientation.
 - ❖ La capacité à comprendre et affronter ses sentiments et ses questionnements : réaction à un contexte familial ou individuel difficile, une sensibilité ou fragilité face à l'attraction du groupe. Souvent, ce sera les deux à la fois.

❖ Perceptions des conduites addictives des jeunes par l'entourage parental proche

Les parents, entourage immédiat du jeune, affrontent un double regard :

- ❖ Celui d'être perçu comme un mauvais parent par leur enfant,
- ❖ Celui d'être perçu comme un mauvais parent par le groupe social.

Répondre aux sollicitations pléthoriques de la société de consommation comme aux exigences soudaines de liberté d'un pré-adolescent qui exprime ses velléités d'indépendance et de choix de groupe d'amis est un apprentissage permanent qui confronte les parents à leurs propres limites et compréhension.

■ Le contexte socioculturel va influencer sur les perceptions des limites à poser

Ainsi, la banalisation des conduites addictives est initiée le plus souvent lors de regroupements familiaux et justifiée comme moments de convivialité culturelle. Or, ces comportements sont la source d'une dérive sociétale des consommations addictives, d'alcool notamment, qui touche les jeunes en pleine croissance et en pleine construction cérébrale, alors même qu'un positionnement clair doit leur être donné.

■ La banalisation de la crise d'adolescence

Les parents adossent souvent des comportements abusifs ou extrêmes à la seule crise d'adolescence, arguant que cela est passager, puisque, désormais, la crise d'adolescence est abordée comme un moment « attendu et entendu » dans l'évolution de l'enfant. Pourtant, les

conduites addictives des jeunes pré-adolescents et adolescents est un phénomène qui va au-delà de la crise d'adolescence et peut être une source de repli sur soi et de décrochage scolaire. Ainsi, les signes suivants ne sont pas toujours appréciés à la hauteur de leur réelle signification :

- ❖ **Isolement** dans la chambre,
- ❖ **Absence ou refus de communication** y compris avec leur groupe de pairs ou sauf si celui-ci est dans le même processus destructeur,
- ❖ **Excès de violence.**

■ **Un processus de co-dépendance** peut aussi s'instaurer dans la relation à l'enfant en risque ou en difficulté avec ses conduites addictives avec :

- ❖ **La honte et la culpabilité qui succèdent au déni** : « J'ai été trop laxiste avec lui/elle, mais je voulais lui donner ce que je n'ai pas eu », « J'ai voulu compenser le manque de l'autre parent ».
- ❖ **La certitude de pouvoir (vouloir) s'en sortir seul.**
- ❖ **L'isolement croissant avec l'addiction du jeune** : être toujours là pour le protéger, le surveiller.
- ❖ **La remise en jeu de ses propres difficultés d'enfance non résolues**, soit en cherchant des justifications au comportement du jeune, soit en ne tolérant rien et en installant une rigidité extrême. On peut alors parler de transmission transgénérationnelle influant sur la relation existante à l'autre.
- ❖ **La dramatisation suit également la négation de la situation**, d'autant plus forte que le jeune la minimise. Le parent aimant se sent alors impuissant face à

l'ampleur de la situation.

❖ En jeu de miroirs d'investissements négatifs, **le jeune devient irraisonnable**, et n'est pas ou plus en capacité d'entendre ce que le parent lui dit.

❖ **Le parent devient alors spectateur impuissant d'une dégradation** du comportement et du psychisme du jeune : avec risques de violences contre soi ou autrui, risques suicidaires par exemple. Une souffrance parallèle s'installe, pour le jeune comme pour son entourage. Des symptômes plus ou moins similaires affleurent, conséquences de ces distorsions de perception de la souffrance de l'autre. Chacun se persuade que l'un ne doit pas s'inquiéter pour l'autre « puisque c'est sa vie ».

■ L'adolescence, miroir inversé des parents⁴²

Le contexte de l'adolescence est aussi une période délicate pour les parents. C'est un peu aussi pour eux la confusion des sentiments et des ressentis. Tandis que l'enfant s'émancipe, les parents peuvent avoir le sentiment de perdre leur rôle d'éducateur, pour un rôle « subalterne » de gestion des contingences matérielles. Parallèlement, tandis que le jeune est en pleine explosion de ces moyens physiques et mentaux, eux abordent une seconde moitié de vie, pas toujours dans la facilité, qui annonce un « déclin », renvoyé d'ailleurs activement par les phénomènes de jeunisme d'une société en mal de renouveau. Les

conflits fréquents et exacerbés entre parents et adolescents dans cette période ne seront pas que le fait des dépassements de limites du jeune, mais aussi parfois le fait d'une difficulté à passer le cap pour le parent.

■ Les tensions du couple parental

Préexistantes ou symptomatiques d'une histoire éducative différenciée, les tensions du couple peuvent venir compliquer la relation à l'adolescent. L'importance de la composante émotionnelle « négative » au sein de la famille (critiques, hostilité, jugement) représente un élément de vulnérabilités de l'individu adolescent, augmentant ses risques de conduites à risques, notamment addictives.

Place de la prévention

Le rôle des intervenants va être de soutenir, de réassurer les uns et les autres selon que le jeune vienne seul ou accompagné, en leur permettant de trouver un espace sécurisant dans lequel ils pourront réinvestir leurs compétences à sortir de cet engrenage et avoir un comportement responsable de leurs consommations.

Il faut aussi considérer que l'entourage des jeunes consommateurs s'étend bien au-delà du cercle familial. Cet entourage peut être très concerné, voire impacté par les difficultés addictives du jeune : établissement scolaire, club sportif, groupe d'amis, fratries...

La prévention vis-à-vis de l'entourage des adolescents pose la question essentielle du comment repérer : cela ne peut se faire que dans une synergie de plusieurs acteurs.

⁴² Conduites addictives chez les adolescents – Usage, prévention et accompagnement, INSERM, 2014, 482 p. (Expertise collective)

VIGILANCE

sur les sources d'information

Le site internet et la chaîne YouTube « Alcool et parents - comment parler d'alcool à vos enfants » sont proposés par l'association « Avec modération ! » (anciennement « Entreprise et prévention »), association qui réunit les principales entreprises françaises du secteur des vins et champagnes, bières et spiritueux, en métropole et à La Réunion. Son discours de prévention est donc influencé, pour ne pas dire dicté, par l'activité à but lucratif de ses membres. Ces informations, étant issues des producteurs d'alcool eux-mêmes, sont dès lors orientées. C'est l'une des formes multiples de la stratégie de lobbying des alcooliers.

PARENTIFICATION DES ENFANTS

ZOOM

La parentification

Définition

Jean-François Le Goff définit la parentification comme « un processus relationnel interne à la vie familiale qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le voudraient son âge et sa maturation dans un contexte socioculturel et historique précis et qui le conduit à devenir un parent pour ses (ou son) parents. C'est un processus impliquant toujours plusieurs générations qui plonge ses racines dans les générations des grands-parents et dont les conséquences peuvent toucher les générations à venir. »⁴³

⁴³ Jean-François LE GOFF, *L'enfant parent de ses parents. Parentification et thérapie familiale*, L'Harmattan, 2000, 256 p.

« La notion de parentification apparaît [...] une notion clinique engageante et complexe ayant l'intérêt d'approcher un processus en action dans toutes les relations familiales mais surtout d'éviter les descriptions simplistes se contentant de désigner des rôles ou des caractéristiques individuelles réductrices de la complexité du contexte relationnel. L'enfant parentifié n'est pas toujours un « enfant adultifié », et ses (ou son) parents ne sont pas des « adultes immatures ». Se baser sur une conception homogène de la maturité est une simplification ne correspondant ni à la réalité clinique, ni à la vie quotidienne. »⁴⁴

⁴⁴ Jean-François LE GOFF, « Thérapeutique de la parentification : une vue d'ensemble », *Thérapie Familiale*, vol. 26, n°3, 2005, pp. 285-298.

Dans le contexte familial d'une problématique addictive d'un parent, ou des deux, les risques et dommages sur les enfants sont très variables à court, moyen ou long terme. Les troubles consécutifs à l'addiction du proche dépendront du fonctionnement plus global de la famille et de son maintien, de son organisation systémique, des comportements et attitudes du conjoint du dépendant, de l'âge des enfants lors du vécu des problématiques addictives de leur parent.

■ Troubles potentiels chez les enfants de parents en difficulté avec leurs conduites addictives

Lorsque les parents sont dans l'incapacité d'assurer certaines fonctions parentales habituelles, courantes ou normales au regard de l'attendu d'être parent, cela peut engendrer des troubles pour l'enfant :

❖ Des troubles du développement, liés au défaut de réponses aux besoins psychiques et/ou physiques, voire de comportements de maltraitances,

❖ Une insécurité juridique liée aux modalités délictueuses d'accès et de consommation des produits dans le cas de substances illicites.

❖ Une insécurité affective en tant que témoin d'éventuels conflits conjugaux liés aux conduites addictives de leurs parents, en termes de causes comme de conséquences, ou être pris à parti dans les conflits entre leurs parents, voire sommés de prendre parti.

❖ Un risque plus élevé d'évoluer vers des troubles psychiques et comportementaux, des conduites à risques, des problématiques addictives dans le cadre

d'une transmission intergénérationnelle, qu'en population générale

❖ À court terme, un risque réel d'installer une forme de co-dépendance propre à leur âge et à leur nature d'enfant. Consécutivement à la défaillance de leurs parents, ces enfants agissent dans la volonté de protéger leur parent « malade ».

■ L'enfant et le parent en difficulté avec ses conduites addictives^{45 46}

L'enfant est un enjeu dans le système de régulation de la famille :

❖ Pour comprendre son fonctionnement, il faut comprendre son contexte d'évolution, les interactions entre les membres de sa famille capables d'engager les uns envers les autres. Ces interactions constituent des attitudes de « loyauté familiale », qui engendre une sorte de « comptabilité » de ce que chacun donne, de ce que chacun reçoit et de ce que l'on s'attend à recevoir en échange.

❖ Dans le processus de parentification, l'enfant devient parent de son propre parent, parent de sa fratrie ou conjoint d'un de ses parents. Le principe de parentification peut permettre de développer des compétences à condition que ce qui lui est demandé en termes de responsabilité soit adapté à son âge et qu'il reçoive une reconnaissance de qu'il peut faire.

⁴⁵ Catherine DUCOMMUN-NAGY, « Nouvelles familles, nouvelle définition de la loyauté familiale », in S. D'AMORE (dir.), *Les nouvelles familles. Approches cliniques*, De Boeck Supérieur, pp. 261-280

⁴⁶ Philippe MICHAUD, « Les enfants de parents alcooliques », *Le carnet PSY*, 2001/1 (n° 61), pp. 33-35

❖ Chez le jeune enfant (avant l'adolescence), la parentification instaure un comportement de loyauté indéfectible qui empêche l'enfant d'exprimer ses difficultés.

❖ La défaillance du parent, voire la maltraitance portée par le symptôme addictif, amène l'enfant à se rendre le plus invisible possible pour déranger le moins possible. La réaction de surprotection de l'enfant est un don jamais suffisant pour compenser ce que le parent ne peut lui apporter. L'enfant cherche à excuser le parent malade plutôt qu'à le rejeter. De ce fait, l'enfant ne peut verbaliser explicitement une demande d'aide ni exprimer son état/sa situation par un quelconque symptôme. Mais la difficulté des adultes à aborder avec lui la question des consommations de substances psychoactives amène souvent l'enfant à douter de ses perceptions et à se renforcer dans son rôle défensif.

❖ Chez l'adolescent, la parentification n'empêchera pas le jeune de trouver la ressource de s'opposer. Les formes de ses difficultés seront donc plus souvent « symptomatiques », mais cela ne signifie pas qu'elles soient pour autant plus faciles à aborder.

Identifier et prévenir les risques de parentification est un enjeu pour la future vie d'adulte de l'enfant. C'est aussi une étape essentielle pour un meilleur accompagnement et soins du parent en difficulté avec ses conduites addictives sur le plan de sa fonction parentale.

■ Prévention des risques chez l'enfant de parent en difficulté avec ses conduites addictives

Plusieurs axes sont essentiels à la prévention des risques et à la réduction des dommages concernant les enfants en danger de parentification :

❖ Le repérage systématique des éventuelles problématiques familiales des adultes accompagnés en soins en addictologie, ou conjoint de ses personnes.

❖ La formation des intervenants du secteur de l'enfance : le repérage des enfants en souffrance passe en premier lieu par un renforcement des capacités d'intervention des personnes du secteur de l'enfance. La formation en addictologie doit viser une déconstruction des représentations, une capacité de compréhension des problématiques addictives, de repérage chez les enfants qui en subissent les conséquences, une capacité d'orientation vers les dispositifs spécialisés si nécessaire.

❖ L'écoute : l'objectif premier en actions de prévention sur ce sujet, est de trouver les ressorts pour favoriser la parole des enfants, en collectif ou en individuel. Fréquemment, des enfants, pré-adolescents ou adolescents confient leurs difficultés ou soucis face aux problématiques addictives de leurs parents à un animateur qui intervient au départ sur leurs propres conduites addictives. Cette écoute doit être active et doit permettre, si besoin, une orientation vers un accompagnement individuel de l'enfant, en structure spécialisée ou pas.

ILLUSTRATION

❖ Risque de co-dépendance & Parentification

GROUPES DE PAROLE À DESTINATION D'ENFANTS DE FAMILLES EN DIFFICULTÉ AVEC LEURS CONDUITES ADDICTIVES EN BRETAGNE.

CONTEXTE

L'ANPAA en Ille-et-Vilaine co-anime à Rennes, depuis 2000, avec le CSA-PA un groupe de parole d'enfants issus de famille à dysfonctionnement alcoolique. Cette démarche s'est développée sur cinq territoires d'Ille-et-Vilaine, élargie, depuis 2014, aux quatre départements bretons.

Une évaluation de la mise en œuvre de ces groupes a été menée en 2014. L'ANPAA accompagne des acteurs en Bretagne dans la mise en œuvre de ces groupes sur leurs territoires par la formation « Enfants de parents dépendants, comprendre et intervenir ».

ORIGINE DU PROJET

L'initiative de créer ces groupes de paroles reposait sur un triple constat :

❖ Peu de structures et/ou de dispositifs existaient pour accompagner les enfants issus de ces familles.

❖ Le système familial marqué par l'alcool a des conséquences sur la vie quotidienne de l'enfant, que cela soit en termes de vie quotidienne (violences éventuelles, absences...), d'attitudes vis-à-vis de ses parents ou d'acquisitions de rôles lui permettant de maintenir le lien avec ses parents.

❖ La non-prise en compte de cette

« vie d'enfant » et de l'équilibre dans les relations au sein du système familial, dans le respect de son identité, peut à terme entraîner le développement de conduites à risques et/ou amener la reproduction pour l'enfant lors du passage à l'âge adulte d'un modèle familial marqué par l'alcool.

Fort de ces constats, l'intervention sous forme de groupes repose sur l'objectif de « rompre l'isolement » dans lequel les enfants se trouvent au sein de la cellule familiale.

De même, l'utilisation de la parole comme méthode et objet des groupes, s'inscrit comme une première étape indispensable à la restauration de l'estime de soi. Les objectifs des groupes de paroles sont bien d'apporter du soutien – sans le jugement sur la famille – et d'ordre préventif en réduisant les risques de recours aux produits psychoactifs et/ou d'entrer dans la répétition des conduites de dépendance, à l'âge adulte. La forme choisie et les objectifs poursuivis correspondent aux caractéristiques du public.

PUBLIC

jeunes de 10 à 18 ans impactés par les conduites addictives de leurs parents.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

❖ Proposer un lieu d'écoute pour libérer la parole des jeunes,
 ❖ Favoriser les échanges avec et entre les enfants et les adultes,
 ❖ Partager les vécus et sentiments personnels,

- ❖ Aider à la formulation par les enfants de solutions favorables à leur bien-être,
- ❖ Garantir un accompagnement par des professionnels de la relation d'aide.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Aider l'enfant à :

- ❖ Prendre conscience, nommer ses besoins propres,
- ❖ Repérer, nommer ses émotions,
- ❖ Nommer les solutions qu'il adopte pour gérer ses émotions,
- ❖ Élaborer et nommer des solutions alternatives.

PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU GROUPE DE PAROLE

- ❖ Le recrutement des jeunes peut se faire par les familles, par l'intermédiaire de professionnels ou d'une association, par le jeune lui-même.
- ❖ Chaque jeune est reçu préalablement en entretien individuel d'accueil pour créer la première relation, présenter le fonctionnement du groupe de parole, et répondre à ses questions.
- ❖ Le groupe fonctionne comme un groupe ouvert : chaque jeune a la possibilité d'assister au nombre de réunions qu'il choisit, il peut quitter le groupe à tout moment.
- ❖ Un adulte annoté les paroles des jeunes sur un cahier durant la séance qui est mis par la suite à leur disposition. Objectifs : permettre les transmissions entre adultes référents et animateurs, et permettre aux jeunes

de repérer leur propre évolution.

- ❖ Des outils d'animation comme le génogramme, les lunettes d'alcoolémie, les témoignages, les bandes dessinées... peuvent être utilisés et les jeunes peuvent aussi amener des supports individuels tels que des poésies, chansons, dessins...

Groupe réuni tous les 15 jours, d'une durée d'environ 1 h 30.

PRÉCONISATIONS

- ❖ Préserver la mixité et la diversité professionnelle des intervenants dans l'animation du groupe : cet aspect implique notamment la prise en compte par les institutions le fait que le temps d'animation et de supervision soient considérés comme temps de travail.
- ❖ Renforcer le sentiment d'appartenance entre les animateurs des groupes de paroles.
- ❖ Renforcer la formation sur l'animation.
- ❖ Expérimenter de nouvelles technologies.

ORIENTATION

- Informé les professionnels sur ce qu'est un groupe de parole :
- ❖ Par une diffusion sur les lieux de vie des jeunes (collègues, lycées, maison des adolescents, foyer éducatif...),
 - ❖ Par des présentations dans les institutions et/ou services concernés par l'accueil des jeunes,
 - ❖ En associant la présentation des groupes de parole aux programmes de prévention menés dans les structures.

- ❖ Inscrire formellement l'orientation dans le cadre des pratiques professionnelles.
- ❖ Ces aspects sont à mettre en relation avec le « parcours du jeune »

l'ayant mené à la réunion du groupe de paroles, et à croiser avec les lieux de vie dans lequel le jeune peut rencontrer le professionnel « orienteur ».

ZOOM

❖ Prévention des risques et des dommages

ENFANCE EN DANGER : INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES ET SIGNALEMENT⁴⁷

Ce que dit la loi

Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende⁴⁸.

Catégories de publics concernées

- ❖ **Personnes en situation de fragilité :** les mineurs et les personnes âgées, les personnes malades, atteintes d'une

infirmité, d'une déficience physique ou psychique et les femmes enceintes.

- ❖ Alors que jusque-là, seuls les mineurs de 15 ans étaient concernés, la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance ne distingue plus entre les différents âges et **ouvre à tous les mineurs.**

Définition de l'enfance en danger

Un enfant est considéré en danger ou risque de l'être si sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son développement physique, affectif, intellectuel et social sont compromis :

- ❖ **Lorsqu'il est victime de violences physiques ou psychologiques,** de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement,
- ❖ **Lorsqu'il est victime d'agression sexuelle,**
- ❖ **Lorsque ses conditions de vie peuvent compromettre sa santé,** sa sécurité et son éducation.

Signalement

Il peut être adressé à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative. En cas d'urgence ou de crimes ou de délits graves, le Parquet doit être

⁴⁷ Pour aller plus loin, le site de service public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/E781>.

⁴⁸ Article 434-3 du Code Pénal, modifié par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016-art.46.

saisi prioritairement afin d'ordonner des mesures de protections de la victime et diligenter une enquête, il convient d'informer en parallèle les autorités administratives.

Information préoccupante

L'information préoccupante est une procédure qui permet de signaler une situation d'un enfant en danger ou risquant de l'être.

Cette information préoccupante peut être faite :

❖ **Par courrier au Président du Conseil Départemental** : il existe dans chaque Conseil Départemental, une cellule dédiée au recueil d'informations préoccupantes portée par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : l'information peut se faire par courrier, par téléphone, par mail, et lors d'un accueil physique. Tous les signalements peuvent être faits d'une manière anonyme.

❖ **Par téléphone en contactant le 119** (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) 24h/24h et 7 jours sur 7)

❖ **Par téléphone en contactant le 17**, Police ou Gendarmerie (24h/24h)

❖ **Lorsque la situation de l'enfant est d'une extrême urgence** (par exemple, en cas de maltraitance, de violences sexuelles), il est possible de saisir directement le Procureur de la République.

Procédure après information

❖ **Dès réception des informations préoccupantes**, l'ASE procède à une analyse de premier niveau afin d'apprécier la suite à donner.

❖ **En cas d'infractions pénales** (agressions sexuelles ou violences avérées), la cellule transmet immédiatement les informations au Procureur de la République.

❖ **Dans les autres cas, la cellule sollicite une évaluation de la situation** auprès du service territorial d'action sociale compétent.

❖ **L'évaluation sollicitée devra permettre d'apprécier si l'enfant signalé se trouve en situation de danger** et de proposer à la famille toutes les mesures d'aide permettant de remédier à la situation.

❖ **Si la famille refuse l'intervention du service territorial d'action sociale et que le danger perdure, un signalement au Procureur de la République est effectué par la cellule.** Le juge des enfants peut être saisi et décider toute mesure de protection judiciaire appropriée.

3 CO-DÉPENDANCE DANS LE CHAMP SOCIAL

On s'intéressera ici à deux situations de co-dépendance dans le champ social : entre adolescents d'une part, en milieu professionnel d'autre part.

CO-DÉPENDANCE ENTRE ADOLESCENTS

L'adolescence : une période de recherche des limites et de soi-même

❖ La socialisation débute dès la naissance et se poursuit tout au long de la vie. Elle commence dans l'interaction avec les parents et le cercle familial élargi, et s'ouvre progressivement en recherchant la compagnie des autres.

❖ Par ailleurs, des instances de socialisation, qui prennent autant de formes de groupes d'appartenance (modes d'accueil et scolarisation, associations, réseaux sociaux, etc.) interfèrent sur le rôle éducatif des parents.

❖ À l'adolescence, les enfants se détournent du groupe familial avec plus ou moins de soif de liberté et d'indépendance selon les individus et la démarche éducative des parents. Dans une recherche narcissique d'identification, liée à une période de bouleversements psychiques et physiques, ils cherchent à « construire » une personnalité mais, aussi, à dépasser les limites fixées par leur éducation, l'environnement social familial, ainsi que leurs propres peurs/manques.

❖ Par ailleurs, ces attitudes et comportements sont émaillés de doute sur soi et sur le monde. Certains font preuve d'un éloignement, d'une distance marquante que ce soit dans la relation à la famille ou aux amis habituels. « Le jeune est souvent étranger à lui-même, on pourrait même dire que son corps fait partie de son entourage proche »⁴⁹.

L'identification au groupe

La co-dépendance des adolescents au sein d'un groupe d'amis, ou du moins de fréquentations amicales, est en lien étroit avec le contexte de socialisation qui s'opère à cet âge dans le cercle extérieur à la famille.

Les adolescents s'insèrent à des groupes particuliers (ou groupes d'appartenance) qu'ils soient naturels, spontanés ou structurés socialement. Ces groupes se forment dans le cercle scolaire, sportif ou d'activités culturelles, parfois aussi dans le quartier ou la zone résidentielle. L'adolescent est en mesure parfois de s'insérer au sein de plusieurs groupes différenciés par leurs centres d'intérêt commun (les amis du collège, du club de sport, du cercle amical de la famille, etc.). Dans le contexte actuel de famille fréquemment dénucléarisée, l'adolescent aura, entre ces deux parents, de multiples occasions de partir à la découverte de nouveaux environnements. Par ailleurs, suivant les libertés, prises ou accordées en termes de sortie, le champ relationnel des jeunes devient vite exponentiel.

49 Véronique GARGUIL, « Les multiples entourages du jeune consommateur », *Acta*, n° 3, 2007, pp. 18-19

Importance et influence du « groupe d'amis » sur les tentatives de l'adolescent⁵⁰

❖ C'est très souvent au cœur des groupes d'appartenance que se font les premières consommations de substances psychoactives.

❖ Les jeunes dont les amis consomment des produits psychoactifs présentent des niveaux de consommation plus élevés que ceux dont les amis ne consomment pas. Ceci reflète probablement à la fois :

- La façon dont les adolescents choisissent leurs amis
- L'influence des consommations des pairs sur les populations adolescentes.

Ce constat est également valable pour les jeux de hasard et d'argent et les jeux vidéo, d'autant plus que leur pratique est ressentie comme un loisir agréable, excitant, et associé à des valeurs positives.

Concernant les tentatives d'usage de produits psychotropes : de nombreuses études ont été menées pour mieux appréhender les comportements des jeunes et la perception qu'ils ont de leurs cercles amicaux en tant qu'influenceurs de prise de risques :

- ❖ L'influence du groupe de pairs sera d'autant plus manifeste que les parents ne peuvent assurer une surveillance et garantir un attachement de qualité.
- ❖ L'identification au groupe développe une notion d'appartenance qui peut

.....

⁵⁰ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents*, op. cit.

devenir vitale pour le jeune adolescent, notamment s'il est peu rassuré ou mal à l'aise avec son individualité.

❖ Certains adolescents sont prêts à aller très loin pour être acceptés dans un groupe. Les phénomènes de rejet ou de moqueries de la part de groupes peuvent aussi provoquer une mise en abîme de l'adolescent.

Ambivalence du groupe d'appartenance

Pour les adolescents et les jeunes adultes, le groupe d'appartenance peut revêtir plusieurs formes :

❖ Le clan, facteur de construction identitaire, est une source d'affection, de soutien moral, de questionnements, et de dépassement de soi. Il peut aussi être source d'inhibitions parfois bloquantes à l'école ou ailleurs. À travers le clan, le jeune trouve une limite à l'effet miroir, et parvient peu à peu à s'individualiser et à construire sa propre identité.

❖ Le clan peut aussi être facilitateur de prises de risques : l'effet groupe a tendance à créer une barrière à l'intérieur de laquelle le jeune se sent protégé et tout-puissant, libre de multiplier les prises de risques.

❖ Les expériences à risques constituent pour les membres du clan une échappatoire dont ils s'empareront pour sortir de leur quotidien dans lequel la pression est souvent grande : conflits familiaux, examens, premiers amours, permis, orientation.

❖ Contrairement à ce qu'ils pensent, les adolescents ne perçoivent pas et ne maîtrisent pas toujours la nature nocive de certains rapports amicaux de groupe,

car ils sont prêts à beaucoup pour être acceptés par leurs pairs et se focalisent sur les réactions perçues à leur rencontre.

❖ Si nombre de jeunes parviennent à maîtriser leurs tentations, une partie non-négligeable d'entre eux a très tôt des expériences de consommation de produits psychotropes et d'alcool en groupe, à un âge où la toute-puissance supposée du corps pousse en général à négliger le risque de problématique addictive.

Prévention

Partant de ce constat, l'expertise INSERM relative aux conduites addictives chez les jeunes⁵¹, souligne l'intérêt de sensibiliser les jeunes à l'influence des amis pour prévenir les initiations et éventuelles conduites addictives plus tard. Les compétences psychosociales qui doivent être développées sont la gestion de l'influence des pairs et la capacité d'affirmation de soi.

.....

⁵¹ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents*, op. cit.

ZOOM

S'inscrire dans une appartenance : l'influence du groupe dans les motivations et trajectoires de conduites addictives à l'adolescence⁵²

L'enjeu de sociabilité et la dimension collective déterminent toutes les initiations aux drogues. L'aspect relationnel domine les récits : il s'agit à la fois d'expérimenter les sentiments, perceptions et pensées d'autrui et de former une communauté affective immédiate. « Essayer ensemble » est souvent présenté comme un signe d'adhésion, de confiance, d'identification

.....

⁵² Ivana OBRADOVIC, « Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence », *Tendances*, n° 122, Décembre 2017, 8 p.

et de validation mutuelles, en particulier chez les filles (à l'image des récits d'initiation tabagique avec « une meilleure amie », en secret, comme pour sceller un engagement intime réciproque). À l'inverse, parmi les garçons, la première cigarette est également fumée en groupe, souvent avec les aînés considérés comme des mentors. Le point commun de toutes ces expérimentations (tabac, alcool, cannabis) est le renforcement d'un lien. Il s'agit, selon les cas, de consolider une alliance ou de conjurer le risque de mise à l'écart du groupe (à l'image de la justification : « tout le monde fume, alors... »). Le capital social est parfois explicité : « J'avais des problèmes d'acceptation donc je pensais que, en fumant, ça allait plus me socialiser » (Thomas, 16 ans).

ILLUSTRATION**Coffret de deux DVD et livret « Adolescences »**

PRODUIT PAR L'ANPAA DANS L'OISE

Ce coffret de deux DVD permet d'aborder la question des conduites addictives en s'intéressant à l'adolescence de manière globale dans une approche positive de la santé. D'une durée de 3 h 20, il a été réalisé dans le cadre d'un partenariat entre l'ANPAA dans l'Oise et le lycée professionnel Jules Verne de Grandvilliers, grâce à la mobilisation de près de 200 personnes sur 3 années (de sept 2012 à septembre 2015) dans la construction des interviews, les témoignages, l'écriture et le tournage de scénarios, le montage vidéo, la rédaction et la lecture du livret d'accompagnement jusqu'à la composition de la bande originale.

PUBLIC DESTINATAIRE

Il s'adresse aux adolescents de 12 à 20 ans environ, aux parents d'adolescents, aux professionnels travaillant auprès d'adolescents et/ou de leurs parents.

OBJECTIFS

- ❖ Amener les adolescents, les adultes (professionnels et/ou parents d'adolescents) à réfléchir, à verbaliser leurs représentations, à débattre et réagir suite au visionnage de certaines de ces interviews/scénarios.
- ❖ Apporter des repères et des éléments

théoriques pour mieux cerner les enjeux et comprendre chacune des thématiques qui gravitent autour de l'adolescence (conduites addictives, les écrans, l'amour et la sexualité...).

❖ Faire prendre conscience aux parents, aux professionnels et aux adolescents que chacun a sa propre représentation de ce qu'est l'adolescence et qu'elle n'est pas forcément synonyme de crise, de turbulences, de violence, de problèmes, de conflits malgré certains préjugés.

❖ Montrer aux adolescents et aux parents qu'être parent n'est pas forcément inné, acquis, facile...

❖ Rassurer, accompagner les parents dans leurs rôles et les aider au mieux à avoir confiance en eux et en leurs enfants (dans l'affirmation de leurs positionnements, les aider à faire le tri entre les principes fondamentaux et les conseils divulgués dans les médias).

CONTENU

❖ Deux DVD :

- ❖ « Surfer entre plaisirs et prises de risques : adolescences », coréalisé avec des adolescents,
- ❖ « Regards croisés sur (ce qui n'est pas une maladie) l'adolescence. », coréalisé avec des professionnels, parents et adolescents.

❖ Un livret d'accompagnement,

❖ Un site internet dédié www.adolescences.fr sur lequel figure des fiches d'animation, et des fiches pédagogiques en lien avec cinq des 8 thématiques.

THÈMES

Ces DVD permettent d'aborder différentes thématiques questionnées par l'adolescence :

- ❖ Être adolescent / L'adolescence ;
- ❖ Être en lycée professionnel, être interne ;
- ❖ Les relations parents-adolescents, être parent d'adolescent ;
- ❖ Les conduites addictives : tabac, cannabis, alcool, écrans ;
- ❖ L'amour et la sexualité ;
- ❖ Le bonheur.

CO-DÉPENDANCE EN MILIEU PROFESSIONNEL**Contexte⁵³**

Les problématiques addictives en milieu professionnel sont nommées comme telles, car elles concernent des travailleurs, qui font état de difficultés variées, et laissent apparaître les effets d'une conduite addictive sur le lieu de travail, voire en consommant sur le lieu de travail.

Les usages de substances psychoactives en milieu professionnel peuvent être considérés sous deux éclairages complémentaires d'un même phénomène qui ne doivent pas être opposés :

❖ Eclairage selon lequel les conduites addictives peuvent faire peser des risques sur la sécurité en milieu professionnel et sur les performances des organisations.

⁵³ Christophe PALLE, *Synthèse de la littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel*, OFDT, note de synthèse n° 2015-05, 8 octobre 2015, 13 p.

❖ Eclairage selon lequel le travail est considéré comme déterminant de la santé des professionnels, santé elle-même facteur de sécurité et de performance des organisations : il s'agit donc d'analyser les liens entre conduites addictives et travail (organisation du travail, management, culture d'entreprise).

Les conduites addictives peuvent impacter un large « entourage » en milieu professionnel, du collaborateur au cadre dirigeant, voire tout un service de l'entreprise. Ces conduites addictives, longtemps passées sous silence, sont de plus en plus dévoilées et étudiées, du fait :

❖ D'une intensification des tâches et de la réduction des effectifs dans de nombreux domaines d'activités. De ce fait, l'entourage professionnel, même s'il envisage difficilement et tardivement de faire connaître le comportement addictif du collaborateur, aura de plus en plus de mal à assumer les reports de tâches et l'ambiance délétère induits par l'addiction du collaborateur.

❖ D'une législation plus contraignante pour les employeurs, qui sont responsables de la santé au travail de leurs employés.

❖ D'une approche plus efficiente du tabou des addictions en milieu professionnel.

Toutefois, il est à remarquer que nombre d'usagers de drogues, de cocaïne notamment, demeurent invisibles. Leur addiction, plus ou moins maîtrisée, reste largement masquée par un comportement dissocié entre sphères privée et professionnelle. Ainsi, une grande

part de ces consommateurs est très bien intégrée – étudiants, cadres, intellectuels, politiques – et parvient à réguler leurs usages pour mieux échapper en premier lieu à la réprobation sociale voire à des sanctions professionnelles. Leurs addictions, si tant est qu'elles demeurent longtemps non apparentes, peuvent un jour conduire, suite à un effet déclencheur, à des impacts en milieu professionnel parfois gravissimes (accidents du travail, burn-out, suicides). Ces conduites addictives sont souvent liées à une pression sociale et à des pratiques récurrentes de certains milieux sociaux-professionnels.

Principales substances psychoactives consommées chez les actifs occupés⁵⁴

- Tabac : 30,4% fument quotidiennement.
- Alcool : 7,3% en consomment quotidiennement, 9,5% ont des ivresses répétées, 18,6% ont une alcoolisation ponctuelle importante dans le mois, 7,3% ont une consommation à risque chronique.
- Cannabis : 9% en consomment au moins une fois par an.
- Cocaïne : 0,8% en consomment au moins une fois par an.
- Ecstasy/amphétamine : 0,5% en consomment au moins une fois par an.

⁵⁴ Baromètre santé 2014, INPES, < <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2014/index.asp> >

Consommations selon les professions et catégories sociales⁵⁵

Des différences genrées sont à distinguer en matière de consommation de tabac, alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne et ecstasy/amphétamines :

• Chez les hommes :

- Globalement les plus consommateurs sont les employés et les ouvriers,
- Les cadres et les agriculteurs sont globalement les moins consommateurs,
- Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les professions intermédiaires se situent entre les deux.

• Chez les femmes, la différenciation est moins grande⁵⁶ :

- Les agricultrices restent les moins consommatrices,
- Les cadres et les employées sont globalement les plus consommatrices.

Consommations suivant les secteurs d'activité⁵⁷

Trois secteurs se retrouvent presque systématiquement dans le trio de tête du classement selon le niveau de prévalence pour les différentes substances, qu'elles soient licites ou illicites : la construction, le secteur englobant les arts, les spectacles et les services créatifs et le secteur de l'hébergement

⁵⁵ Christophe Palle, *Synthèse de la littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel*, op. cit.

⁵⁶ Attention : la faiblesse des effectifs doit inciter à la prudence dans l'interprétation des différences entre catégories

⁵⁷ Ibid.

et de la restauration. Les personnels du secteur de la construction sont plus particulièrement en tête pour les substances licites alors que pour les substances illicites, c'est dans le secteur des arts et spectacles puis de l'hébergement et de la restauration que les prévalences de consommation sont les plus élevées.

Le secteur de l'agriculture, sylviculture et pêche se caractérise par des prévalences élevées uniquement pour l'alcool, surtout pour la consommation quotidienne.

Deux autres secteurs figurent aussi parmi les plus fortement consommateurs, bien que dans une moindre mesure : celui de l'information et de la communication surtout pour les substances illicites et celui des produits manufacturés pour les substances licites.

À l'autre extrême du classement, quatre univers de travail se caractérisent par des niveaux plus faibles de consommation pour la quasi-totalité des substances : l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé humaine et de l'action sociale et les activités de service aux ménages.

Consommations au cours de la journée de travail⁵⁸

En-dehors des occasions telles que les « pots » et les repas, 18,9% des hommes et 10,3% des femmes, soit 16,4% des actifs occupés, ont un usage d'alcool au moins occasionnel et ont consommé de l'alcool durant leur temps de travail au moins une fois dans l'année (Beck et al., 2013).

⁵⁸ Ibid.

La proportion de ceux qui déclarent consommer pendant leur temps de travail au moins une fois par semaine est beaucoup plus faible mais atteint 3,5% (parmi les actifs occupés des deux sexes confondus, âgés de 16 à 64 ans, et qui consomment au moins occasionnellement de l'alcool). Ce pourcentage représente 1,5% de l'ensemble des actifs occupés.

Addictions comportementales

Ces conduites addictives comportementales ont des impacts sur le collectif de travail et pas seulement sur les personnes concernées :

La techno-dépendance⁵⁹ est une relation aux nouvelles technologies : internet, messageries, téléphones mobiles, réseaux sociaux etc. Ces outils sont largement répandus en milieu professionnel. Leur usage abusif peut devenir problématique impactant les collaborateurs maintenus en réseau au-delà de leur temps de travail. 37% des actifs déclarent utiliser les outils numériques professionnels hors temps de travail⁶⁰. Conscient de ces risques dans l'entreprise, un droit à la déconnexion a été inscrit dans la loi travail de 2016.

Les addictions comportementales font référence à des attitudes répétées sur un mode obsessionnel. Le workaholisme en fait partie.

⁵⁹ Pour aller plus loin : Bruno METTLING, *Transformation numérique et vie au travail*, septembre 2015, 69 p.

⁶⁰ *Pratiques numériques des salariés pendant les congés*, ELEAS, septembre 2017

ZOOM

Workaholisme et impact sur l'entourage professionnel

Le workaholisme⁶¹ est un comportement présenté par une personne qui ressent une pression interne l'obligeant à travailler et qui ressent un mal-être intérieur et une sensation de culpabilité lors des périodes d'inactivité. Le workaholisme présente les critères d'une addiction comportementale, même s'il n'est pas cité comme tel dans le DSM 5⁶².

Le workaholisme a des conséquences importantes sur la santé des travailleurs : conséquences somatiques (douleurs musculaires ou intestinales, risque élevé de maladie coronarienne), niveaux plus élevés d'anxiété, d'insomnie, de dysfonctionnement social et de dépression. C'est également un facteur de risque important de burnout. Des co-addictions sont également fréquemment retrouvées : troubles du comportement alimentaire, tabagisme important, mésusage d'alcool.

Les conséquences sur l'entourage sont notables :

Sur la famille qui est délaissée au profit du travail. Une étude indique que dans les familles où le père souffre de

⁶¹ T. BURCOVEANU, « Workaholisme, état des connaissances », *Références en Santé au Travail*, n° 139, 2014, pp. 143-151

⁶² *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, paru aux Etats-Unis en 2013

workaholisme, les enfants ont un risque d'anxiété et/ou de dépression important⁶³.

Sur les collaborateurs en difficulté, voire en conflit avec ces workaholiques perfectionnistes à l'extrême, psychorigides et ne déléguant pas.

Les services de santé au travail sont en première ligne pour la prévention, le repérage et l'orientation vers les services spécialisés si besoin. Pour le repérage, plusieurs questionnaires existent, dont le plus pratique est le WART⁶⁴, qui sont surtout utilisés en cas de signaux d'alerte tels que l'existence de plaintes somatiques, de troubles psychiques, une difficulté à s'éloigner du lieu de travail et une surconsommation de substances psychoactives.

La prise en charge est celle d'une addiction, c'est-à-dire pluridisciplinaire, prenant en compte les troubles somatiques et psychiques, les comorbidités psychiatriques éventuelles, la réadaptation de l'individu et la prévention des rechutes. Il existe également des groupes de paroles tels ceux des *Work Anonymes*.

⁶³ Bryan ROBINSON, Lisa KELLEY, « Adult children of workaholics: Self-concept, anxiety, depression, and locus of control », *The American Journal of Family Therapy*, vol. 26, n° 3, 1998, pp. 223-238

⁶⁴ Bryan ROBINSON, « The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of workaholism », *Perceptual and Motor Skills*, n° 88, 1999, pp. 199-210. Disponible en français : http://www.test-addicto.fr/tests_pdf/questionnaire-wart.pdf

Mécanismes d'addiction en milieu professionnel

Les conduites addictives en milieu de travail ont une origine mixte liée à la sphère privée, mais aussi à certains facteurs liés à l'activité professionnelle. Ces derniers relèvent de deux mécanismes⁶⁵ :

• **L'acquisition** : consommation à l'occasion des pots en entreprise, des repas d'affaire... ce type d'usage est souvent inscrit dans les normes et la culture de certains métiers, secteur professionnel ou entreprise, facilitant notamment l'intégration dans le collectif de travail.

• **L'adaptation** : consommation constituant une stratégie pour « tenir » au travail. Plusieurs situations ont été identifiées dont le stress, le travail de nuit, les mauvaises relations au travail (harcèlement, brimades), les postes de sécurité, le travail en plein air, le port de charges lourdes... comme pouvant favoriser cette disposition.

Une consommation au départ maîtrisée ou non-excessive peut devenir problématique dans un contexte de difficultés professionnelles : ainsi, plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2%), 9,3% des consommateurs d'alcool et 13,2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations du fait de problèmes liés à leur travail, ou à leur situation professionnelle, au cours des 12 derniers mois⁶⁶.

⁶⁵ Philippe HACHE, « Pratiques addictives et évaluation des risques professionnels : comment inscrire ce risque dans le document unique ? », *Références en Santé au Travail*, n° 150, 2017, pp. 113-115

⁶⁶ *Baromètre Santé 2010*, INPES, <http://inpes.sante-publiquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>

Ceci illustre le rôle que peuvent jouer les conditions de travail dans l'évolution des conduites addictives.

Conséquences des conduites addictives en milieu professionnel

• Les premières conséquences visibles sont **les accidents de travail**, en emploi ou sur le trajet,

• **L'absentéisme** pour raison de santé,

• **Des difficultés professionnelles** pour la personne : difficulté à assurer ses tâches et missions, sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'à une perte d'emploi.

• **Un collectif de travail impacté** pour l'entourage professionnel avec des effets induits variés selon le poste de travail et le service concernés : report de tâches entre professionnels, exposition à des risques pour autrui – collaborateurs ou clients, accidents du travail⁶⁷, dégradation relationnelle avec mise à l'écart et focalisation sur la personne en difficulté, compensation par les collaborateurs, etc.

• **Pour l'entreprise** : éventuelle gestion de tensions et conflits sociaux, pertes de production, dégradation d'image.

⁶⁷ 2015 : dans 20 à 30% des cas, la victime d'un accident du travail était sous l'emprise d'une substance psychoactive, l'alcool étant à lui seul responsable de 10 à 20% des accidents du travail et en cause dans 40 à 45% des accidents du travail mortels

Sources :

- *Conditions de travail - Bilan 2015*, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 2017, 552 p.

- *Statistiques de sinistralité 2015 tous CTN et par CTN*, Etude 2016-137-CTN, CNAMTS, 2016, 62 p.

Quelques éléments significatifs :

❖ Sollicitation des services de santé au travail pour des problématiques addictives⁶⁸ : 92% des médecins déclarent avoir été contactés par des directeurs de ressources humaines pour un problème d'alcool chez un salarié, 29% pour un salarié faisant usage de cannabis, 13% pour un salarié faisant usage d'une autre drogue.

❖ Des demandes de conseils de la part du personnel, pour un travailleur en difficulté, sont également notées : 40% des médecins du travail ont été contactés pour un problème d'alcool, 7% pour un usage de cannabis et 4% pour d'autres drogues.

Axes de prévention

Ces constats justifient de développer les moyens de repérer les personnes en difficulté afin de leur apporter l'accompagnement nécessaire, mais surtout de développer une culture d'entreprise de prévention et de qualité de vie au travail. Pour qu'une démarche d'aide puisse être efficace, l'entreprise quelle qu'elle soit, publique ou privée, petite ou grande, doit s'inscrire dans une démarche de prévention, de repérage et d'accompagnement des personnes en difficulté, qui relève d'ailleurs de la loi. Dans cette démarche, ne sont pas seulement concernées les personnes dépendantes, mais aussi, les personnes ayant une consommation à risque ou à problème, ponctuelle ou régulière.

2/2 LE RISQUE DE TRANSMISSION INTER- GÉNÉRATIONNELLE

Pour mieux saisir la notion de transmission intergénérationnelle en termes d'addiction, une phrase d'Edgar Morin éclaire la construction de l'identité de l'individu en lien avec l'entière de son histoire et de ses liens familiaux : « L'autonomie est faite d'un tissu de dépendances, ainsi l'identité se constitue au carrefour de plusieurs appartenances ». Dans ce contexte, le lien de transmission intergénérationnelle s'exprime dans des formes qui touchent notamment aux cycles de vie familiale, aux répétitions intergénérationnelles (maladie, fonctionnement, relations), aux formes relationnelles.

INDICATEURS DE TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE DE DIFFICULTÉS ADDICTIVES⁶⁹

Les études consacrées à la transmission intergénérationnelle des addictions montrent une corrélation entre le contexte addictif familial et le risque de dépendance chez l'adolescent. Particulièrement, quand des problématiques addictives et des distorsions de la personnalité et/ou relationnelles se sont cumulées sur plusieurs générations, l'adolescent est aux prises avec un sys-

tème généralement bien plus fort que lui, et sa capacité d'individuation :

❖ Concernant l'alcool et le tabac, le risque est 2 à 3 fois supérieur chez l'adolescent lorsqu'il existe des antécédents d'abus d'alcool dans la famille ou lorsque l'un ou les deux parents sont fumeurs de tabac.

❖ Pour le cannabis, le risque d'une dépendance de l'adolescent serait double lorsque les parents sont consommateurs.

❖ Les enfants de parents dépendants à d'autres drogues illicites ont eux aussi une plus forte probabilité de problématiques addictives.

FACTEURS DE TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE⁷⁰

Des facteurs « génétiques ou épigénétiques », sont en partie mis en cause, notamment : la reconduction sur deux ou plusieurs générations de difficultés sociales, familiales et psychologiques, d'une plus grande accessibilité des produits consommés par les parents et de facteurs psychologiques tels qu'un regard positif ou normalisé vis-à-vis de la consommation de drogues ». Par ailleurs, l'exposition prénatale aux produits psychoactifs entraîne un risque non-négligeable de troubles du comportement, ou des apprentissages, dès l'enfance, qui vont favoriser la survenue de problématique addictive à l'adolescence.

68 C. MENARD et al. « Actions collectives en entreprise : la place des médecins du travail », in C. MENARD, G. DEMORTIERE, E. DURAND, P. VERGER, F. BECK (dir.), *Médecins du travail / Médecins généralistes : regards croisés*, INPES, 2011, pp. 95-110 (Etudes Santé)

69 Agnès CADET-TAÏROU, Anne-Claire BRISACIER, « Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection », in *Jeunes et addictions*, OFDT, 2016, pp. 83-86. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23806

70 Ibid.

ZOOM**Addiction,
une maladie génétique ?⁷¹**

L'addiction n'est pas une maladie génétique : seule est dit génétique une maladie dont la survenue est provoquée uniquement par la mutation d'un ou plusieurs gènes. C'est le cas, par exemple, de la mucoviscidose, ce n'est pas le cas de l'addiction.

L'addiction est une maladie multifactorielle, qui associe des facteurs génétiques et environnementaux. C'est le cas de la plupart des pathologies courantes, associant dans leur étiologie le terrain héréditaire et l'histoire de vie du sujet.

On naît donc en portant dans nos gènes un risque plus ou moins élevé de développer une addiction. Toutefois, la survenue de l'addiction dépendra, au moins autant, sinon plus, de facteurs liés à l'environnement social et familial que de facteurs génétiques. Il n'y a pas de déterminisme à devenir « addict » mais il y a des facteurs de vulnérabilité.

Quelle part du risque d'addiction est portée par les gènes ?

L'identification d'une part génétique dans la survenue d'une addiction pro-

⁷¹ Bertrand NALPAS, Nicolas RAMOZ, *L'addiction est-elle une maladie génétique ?* < <http://www.maad-digital.fr/decryptage/laddiction-est-elle-une-maladie-genetique-12> >, 23/02/2017

vient d'études menées sur des familles ou des paires de jumeaux dans lesquels un membre est touché. La synthèse des études menées sur les jumeaux a permis d'établir que la part génétique dans la vulnérabilité à devenir « addict » serait d'environ 70% pour la dépendance à la nicotine, 48-66% pour la dépendance à l'alcool, 51-59% pour la dépendance au cannabis, 42-79% pour la dépendance à la cocaïne, 23-54% pour la dépendance aux opiacés. Ces taux sont toutefois à lire avec prudence, dans la mesure où la définition de la « dépendance » n'était pas toujours identique d'une étude à l'autre. Au total, si on hérite de gènes de vulnérabilité sur lesquels on ne peut guère agir, ceux-ci représenteront environ la moitié de la probabilité de devenir « addict ».

Existe-t-il un gène de l'addiction ?

L'essentiel de la recherche génétique appliquée aux addictions repose sur deux types d'études, les études de liaison d'une part, et les études d'association d'autre part.

❖ **Les études génétiques de liaison** servent à cartographier les différents gènes ou régions du génome prédisposant à un trouble. L'approche liaison se base sur des familles dans lesquelles au moins un parent et un enfant sont addicts et on recherche si le gène suspecté est présent chez le parent et l'enfant atteints.

❖ **Les études d'association**, quant à elles, ont pour but de détecter l'association entre un trait de caractère (ici l'addiction) et la structure exacte (polymorphisme) d'un gène. Elles se fondent sur la comparaison entre des cas (ici des sujets addicts) et des témoins (des sujets non-addicts). Ces études, dites « cas-témoins » sont les plus nombreuses. Dans celles-ci, on axe les recherches le plus souvent sur des gènes « candidats », c'est-à-dire qui pourraient logiquement avoir un rôle à jouer dans la survenue de la pathologie. Toutefois, l'amélioration spectaculaire des techniques de séquençage et d'identification des gènes a permis de réaliser des études dites GWAS⁷² où plus d'un million de marqueurs génétiques peuvent être analysés en même temps.

❖ De nombreux gènes impliqués, à des degrés et sur des fonctions très diverses

De très nombreux gènes sont identifiés comme étant probablement impliqués dans les addictions aux substances psychoactives, sans pour autant pouvoir expliquer l'ensemble du phénomène. Ils interviennent, par exemple, dans l'action ou le métabo-

lisme de la substance, la régulation de la consommation, la sensibilité aux effets plaisants/récompensants, ou encore la sévérité de l'addiction. D'autres gènes sont impliqués dans des comportements ou des traits de caractère comme la désinhibition, l'attention, la réponse au stress, la recherche de sensations ou l'impulsivité.

À RETENIR

❖ **Aucun gène identifié à ce jour ne possède un effet majeur à devenir addict**, aucun d'entre eux n'explique à lui seul la survenue de l'addiction.

❖ **L'addiction paraît être multi-génique**, c'est-à-dire reposant sur une combinaison de modifications de plusieurs gènes, et pas toujours les mêmes d'un sujet à l'autre.

❖ **Enfin, ces gènes de vulnérabilité sont loin d'être toujours présents chez les personnes addictes.**

❖ Cela signifie que **l'absence de ces gènes ne protège en aucun cas du risque de devenir addict.**

⁷² Genome-Wide Association Study

PLACE DE L'HISTOIRE FAMILIALE DANS LES REPRÉSENTATIONS, MOTIVATIONS ET TRAJECTOIRES DE CONDUITES ADDICTIVES À L'ADOLESCENCE⁷³

Le point d'ancrage des rapports aux conduites addictives est d'abord familial. Les récits biographiques spontanés font systématiquement référence à l'histoire familiale de consommation :

❖ **Des problèmes de santé**, voire des décès, surtout liés au tabagisme (cancers) ;

❖ **Des problématiques addictives** : en matière d'alcool-dépendance, un mineur sur dix évoque les « problèmes d'alcool » d'un proche, le plus souvent son père ;

❖ **Des troubles de dépendance à une drogue illicite**, dans une moindre mesure, quelques jeunes jugent que leurs parents « fument trop de cannabis » ;

❖ **Certains expriment leur réprobation sur les consommations parentales**, quant aux quantités, à la fréquence ou au changement de comportement induit par l'usage ;

❖ **Ces expériences sont fréquemment convoquées comme explicitation d'un rapport d'auto limitation des consommations.**

À l'inverse, les rares jeunes dont les parents sont abstinentes expriment une forme d'anxiété sociale face à la visibilité des produits dans l'espace public, et la récurrence des incitations à consommer, vécue comme une mise en danger de l'éthique personnelle⁷⁴.

⁷³ Ivana OBRADOVIC, « Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence », *op. cit.*

⁷⁴ Cf. facteur religieux dans le rapport aux consommations

PRÉVENTION SÉLECTIVE

Agir sur ce risque, pour protéger l'entourage des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives vise à réduire les difficultés à leur source, en désamorçant des logiques inconscientes à court, moyen et long termes, chez les enfants et les jeunes notamment. Les schémas déjà ancrés ou en risque d'élaboration doivent trouver un lieu et un moment de décryptage, de déconstruction, dans leurs sources et dans leurs effets. Chacun y faisant son chemin trouvera ainsi des outils pour sortir de sa co-dépendance ou de sa dépendance. Deux éléments interagissent sans aucun doute : l'histoire familiale et l'histoire individuelle.

❖ Si une information générique sur ce qu'est le risque de transmission intergénérationnelle peut être utile, il semble qu'agir sur ce risque doive s'attacher à prendre en compte des populations spécifiques, des territoires particuliers, des milieux identifiés. Une prévention sélective et ciblée s'impose sur ce terrain.

ILLUSTRATION

« Une affaire de famille ! »

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION GÉNÉRATIONNELLE DES SOUFFRANCES LIÉES AU FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Le programme « Une affaire de famille ! » a été élaboré par Line Caron, travailleuse sociale titulaire d'une Maîtrise en service social. Il est mis en œuvre au Québec depuis les années 1996.

Un travail d'adaptation à la langue parlée en France a été fait par la docteure Antoinette Fouilleul, Psychiatre-Addictologue et administratrice de l'ANPAA. À partir de 2010, Line Caron a donné plusieurs conférences et en Normandie et en Bretagne où le programme est maintenant déployé au sein de l'ANPAA et expérimenté dans différents contextes dont le centre du couple et de la famille de Brest pour des difficultés liées aux violences intrafamiliales et dans une maison d'arrêt. Plus récemment, la docteure Antoinette Fouilleul a formé des animateurs à l'île de la Réunion où le programme est maintenant expérimenté. Une formation a aussi été donnée par madame Caron en Nouvelle-Aquitaine aux intervenants de l'ANPAA et leurs partenaires du département. En 2017, une convention a été signée entre l'auteure et l'ANPAA, donnant à cette dernière l'exclusivité du déploiement en France et permettant la mise en place d'un comité de pilotage.

UNE APPROCHE NOVATRICE

L'approche du programme « Une affaire de famille ! » est préventive. Elle vise à habiliter le participant à découvrir émotionnellement le lien entre son vécu familial et la souffrance vécue aujourd'hui, afin de construire lui-même ses propres actions pour briser ce cycle de transmission, et se donner plus de liberté dans l'éducation donnée à ses enfants. Il tente d'orienter les compétences des familles à poser des actions originales pour solutionner leurs problèmes plutôt que de les utiliser pour survivre.

Comme les participants au programme sont principalement des polytraumatisés familiaux, l'approche se doit de faire preuve d'une grande délicatesse, mais aussi d'une rigueur scientifique. Teintée des nouvelles données neuroscientifiques, elle permet de diminuer les souffrances associées aux souvenirs traumatiques et aide le participant à construire de nouvelles voies neuronales mieux adaptées à la réalité émotionnelle de son histoire pour lui permettre de moins souffrir et de sortir des ornières de la répétition et de la transmission à ses enfants.

Le programme comprend une série d'ateliers sur des thèmes précis du fonctionnement familial et qui sont graduées en intensité émotive. Entre les séances de groupe, une tâche est demandée au participant afin de vérifier le contenu dans son histoire familiale et de soutenir l'intégration neu-

ronale. Au cours du programme, le participant est accompagné pour construire sa carte familiale (généogramme) afin de visualiser la transmission à travers les générations. Ce travail amène le participant à se distancer de ses émotions, ce qui lui permet de faire face de façon plus adéquate aux situations difficiles.

« Une affaire de famille ! » n'a pas la prétention d'arrêter la transmission générationnelle, mais d'habiliter les membres des familles aux prises avec des souffrances liées à leur fonctionnement familial, à reconnaître le phénomène de la transmission générationnelle afin qu'ils puissent mettre en œuvre des actions spécifiques pour le contrer.

L'approche pédagogique, basée sur les différentes formes d'apprentissage des individus, est active et dynamique. L'implication émotionnelle des personnes participantes, bien encadrées par un animateur formé, qui a lui-même vécu la démarche auparavant, est une des conditions de succès du programme. Les activités sont variées et réservent une place constante aux participants et à leur expérience au moyen de mises en situation, exercices pratiques, questionnaires, discussion de groupe, exposés suivis de périodes de discussion, expérimentation dans le quotidien entre les rencontres.

LES ASSISES THÉORIQUES

Le programme, « Une affaire de famille ! », repose sur deux assises théoriques essentielles : l'approche systémique du fonctionnement familial et la différenciation du soi de Murray Bowen.

L'apport de l'épigénétique et des neurosciences est au cœur de la méthode pédagogique. Les travaux sur l'attachement et la régulation affective (Allan Shore⁷⁵), la neuroscience de la psychothérapie (Louis Cozolino⁷⁶) et la découverte des « neurones-miroirs » (Rizzolatti⁷⁷) éclairent sur la façon dont se construit la régulation affective, sur comment se forme le rapport à soi et à l'Autre et comment se construisent des capacités de discernement, d'organisation et d'interactions fructueuses. Également, la neuro-plasticité permet de nouveaux apprentissages dans un contexte sécurisant et bienveillant. À cet effet, la posture des animateurs est précieuse, car elle va induire un climat d'empathie et se couplera à un cadrage clair et rassurant grâce à la précision des documents fournis, aux consignes et au contenu transmis à l'animateur et au participant. Il est maintenant connu que les processus de changement

75 Allan N. SCHORE, *La régulation affective et la réparation du Soi*, Les Éditions du CIG, 2008, 430 p.

76 Louis COZOLINO, *La neuroscience de la psychothérapie*, Les Éditions du CIG, 2012, 455 p.

77 Giacomo RIZZOLATTI, Corrado SINIGAGLIA, *Les neurones-miroirs*, Odile Jacob, 2008, 240 p.

passent d'abord par un changement émotionnel pour induire un changement dans la manière de penser : faire autrement et obtenir autre chose. Cette approche expérientielle est renforcée par la chaleur et la bienveillance du groupe, le cocon non-jugeant qui s'en dégage induisant de nouveaux modes relationnels.

À QUI S'ADRESSE LE PROGRAMME

Le programme s'adresse à toute personne adulte qui a souffert et qui souffre encore des problématiques liées au fonctionnement familial (relations insatisfaisantes, problématiques addictives, dépression, dépendance affective, violence...) et qui désire en comprendre les répercussions sur sa vie actuelle et sur l'éducation qu'elle donne à ses enfants.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'objectif général est d'habiliter les membres des familles présentant une difficulté ou un problème de fonctionnement générationnel à prévenir sa transmission dans la génération suivante.

Le but est d'utiliser les compétences personnelles et relationnelles pour continuer de se développer et d'évoluer plutôt que de survivre.

Les objectifs spécifiques sont de permettre aux participants :

❖ De reconnaître le problème de la transmission générationnelle

❖ De mettre en œuvre des actions spécifiques afin de contrer le problème dans sa famille.

Le programme décline une suite logique qui amène les participants à :

- ❖ Comprendre le fonctionnement d'une famille,
- ❖ Comprendre les difficultés du fonctionnement familial,
- ❖ Comprendre le phénomène de la transmission générationnelle,
- ❖ Trouver des actions pour briser le cycle de la transmission.

DÉROULEMENT DU PROGRAMME

« Une affaire de famille ! » est un programme de prévention, non-thérapeutique, qui se propose de réfléchir, en groupe, sur les transmissions des conduites de répétitions intergénérationnelles. Ce programme propose un processus d'exploration, une connaissance émotionnelle et une compréhension de son histoire avec comme but de briser le cercle vicieux de la répétition des comportements aliénants pour soi et la génération suivante.

Ce programme de prévention est mis en œuvre sous la forme d'un groupe fermé de cinq à quinze personnes, réuni entre huit et dix rencontres. Il se déroule en petit groupe où le cadre sécurisant et la convivialité sont moteurs pour l'expression et la réflexion de chacun. Il a pour but d'amorcer une dynamique de changement chez les participants et leur famille.

Les séances ont pour thématiques :

- 1 **La création d'un climat propice à la communication** et aux échanges ;
- 2 Selon le type de groupe, choix entre :
 - **La présentation des concepts de base** en addictologie ;
 - **Ou l'identification d'éléments de la vie actuelle** qui proviennent de notre famille d'origine ;
- 3 **Les rôles dans les familles en souffrance** ;
- 4 **Les règles** qui régissent les familles en souffrance ;
- 5 **Les comportements de survie** (codépendance, dépendance affective) ;
- 6 **Les fonctions familiales** et le phénomène des enfants parentalisés ;
- 7 **La construction du génogramme** et les plans d'action ;
- 8 **L'abandon et le processus de la transmission générationnelle** ;
- 9 **Le système d'attachement** dans les relations intimes et dans l'éducation donnée aux enfants ;
- 10 **L'identification de pistes d'actions personnelles** pour briser le cycle de la transmission générationnelle et les obstacles au changement dans ma famille ;
- 11 **En action.**

UN PROGRAMME ÉVALUÉ

Une première évaluation des effets du programme a été menée en 2000 par l'équipe de recherche de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Canada). Les résultats sont très intéressants et démontrent clairement que le programme génère des prises de conscience importantes et amène les participants à procéder à une remise en question de certains comportements envers leurs enfants. De plus, l'évaluation recommandait, entre autres, d'élargir la diffusion du programme à tout public considéré à risque de reproduire ou de transmettre des comportements nuisibles au développement de leurs enfants. À la suite de cette étude et de l'expérimentation par plusieurs intervenants, le programme a été révisé et élargi de la toxicomanie à l'ensemble des difficultés du fonctionnement familial. Le nouveau programme a lui aussi été évalué en 2005 par les animateurs. Un questionnaire écrit, portant sur les changements concrets dans leur vie et pour leur entourage, a été soumis aux participants un an après la dispensation. L'objectif était d'en valider de nouveau les effets à long terme et de vérifier si la nouvelle version du programme correspondait bien à leur réalité. Les résultats sont probants et démontrent clairement les changements concrets que les participants ont amenés dans leur vie et dans la façon dont ils agissent avec leurs en-

fants maintenant, comparativement avec ce qu'ils vivaient avant le programme.

En 2017-2018, le programme a de nouveau été évalué par l'Université de l'Île de la Réunion. La conclusion est à l'effet que « Une affaire de famille » permet de libérer et de guérir les maux intrafamiliaux des familles réunionnaises.

Les résultats des évaluations menées auprès de groupes de différentes nationalités laissent penser que le programme propose une approche qui est généralisable et donne des résultats positifs auprès de familles vivant dans des contextes historiques et socio-économiques très différents.

LES PRÉ-REQUIS DE MISE EN ŒUVRE

Pour être habilité à appliquer le programme auprès d'un public de polytraumatisés familiaux, il faut que l'animateur soit lui-même au clair avec son propre fonctionnement familial. Une expérimentation du programme avec un animateur qualifié est recommandée.

Par la suite une formation de quatre jours avec l'auteure du programme ou un intervenant habilité est proposée afin d'acquérir une bonne compréhension des bases scientifiques et de la méthode pédagogique.

La formation a été conçue dans une approche dynamique qui fait appel à l'implication personnelle et professionnelle des participants. Elle comprend deux étapes :

→ **L'expérimentation du programme** dans l'objectif d'une compréhension accrue de son milieu familial et de son influence dans sa pratique professionnelle auprès des familles.

→ **Une formation complémentaire** de 4 jours dans l'objectif de devenir animateur du programme.

Les gains pour les personnes accompagnées, l'intervenant et l'organisation Les retombées de la formation sur la transmission générationnelle sont appréciables. D'abord, cette formation vise un travail à l'origine ou en amont de plusieurs problématiques majeures. Encore trop souvent, l'intervention effleure les problèmes en ciblant les symptômes ce qui a pour effet une récurrence de la demande.

Cette formation présente aussi la particularité de dégager une vision et un langage commun entre les intervenants au sein d'une équipe ou d'une institution. Elle favorise donc une vision plus globale, plus transcendante du développement psychique qui peut relier les différents mondes de l'enfance, l'adolescence et la vie adulte. Finalement, bien que cette formation repose sur des bases théoriques solides (approche systémique, différenciation du soi, approche contextuelle de Boszormenyi-Nagy, épigénétique et neurosciences), sa plus grande force réside dans un souci constant d'intégrer les acquis théoriques au vécu personnel et à la pratique des intervenants.

LES GAINS DE CETTE FORMATION PEUVENT ÊTRE PERCEPTIBLES :

❖ Pour les personnes accompagnées :

- ❖ Une intervention qui respecte les compétences des personnes à travers une approche responsabilisante ;
- ❖ Une approche globale non-culpabilisante, ni réductible des problèmes ;
- ❖ Une intervention qui colle à la réalité du public ;
- ❖ Une dynamique de groupe stimulante et bienveillante ;
- ❖ La force sécurisante du groupe pour appréhender une réalité difficile ;
- ❖ Une intervention qui encourage la motivation à s'engager dans un changement durable.

❖ Pour l'intervenant :

- ❖ Une meilleure connaissance du fonctionnement familial à travers les générations ;
- ❖ Des habiletés à reconnaître l'impact d'un vécu familial difficile à travers les problèmes présentés par le public ;

❖ Un outil d'intervention, bien constitué, évalué et pratique à utiliser ;

❖ L'acquisition d'une vision globale et d'un langage commun facilitant le travail avec et entre les équipes ;

❖ Le renforcement de la pratique professionnelle par une démarche personnelle de compréhension de l'impact de son propre fonctionnement familial.

❖ Pour l'organisation :

❖ Une réduction de la récurrence des problèmes ou du syndrome de la porte tournante par un travail plus en profondeur avec le public ;

❖ Un meilleur arrimage entre les équipes de travail ;

❖ Des interventions mieux ciblées ;

❖ Un programme de groupe ou individuel adaptable à différents publics (usagers de drogues, adultes, parents, jeunes, milieux de travail, etc.).

2/3 PRÉVENTION DES RISQUES : TRAVAILLER POUR ET AVEC L'ENTOURAGE

La prévention des risques de conduites addictives doit prendre en compte de façon singulière la place et le rôle de l'entourage autour de la personne addictive. En prévention sélective et ciblée, dans un continuum d'actions, il faut saisir la position singulière de l'entourage pour élaborer des modes préventifs adaptés. Les dispositifs de prévention doivent remobiliser l'entourage pour libérer la parole, alléger les souffrances, réduire les risques et les dommages. Pour cela il convient :

❖ D'assurer au préalable à chacun les moyens de comprendre et de maîtriser une situation potentiellement à risque en termes d'addiction.

❖ De considérer le contexte socio-économique du « tout, tout de suite » pour orienter l'action de prévention vers la réduction des facteurs de vulnérabilité des personnes en général.

❖ De changer le regard ambivalent sur les produits ou comportements addictifs en travaillant sur les compétences psychosociales pour réduire les risques et dommages.

Une stratégie de prévention va interpeller à la fois le cercle familial et l'environnement social large au travers notamment d'une guidance de la parentalité et d'une éducation par les pairs dans des cercles de l'entourage variés et dans le respect des spécificités de chaque public. Il s'agit de sensibiliser au risque et de repérer les difficultés possibles ou en gestation, non pas seulement par une

information, mais par une forme participative d'éducation au risque vers un public ciblé. L'interaction des acteurs du champ d'intervention social et médico-social est essentielle pour prévenir les risques d'addictions en mettant en jeu des facteurs de protection des personnes en faisant appel à des savoir-faire de psychologie communautaire. En effet, l'éducation préventive est une affaire collective. Elle agira d'autant mieux qu'elle pourra mobiliser les spécialistes, la communauté éducative scolaire et extra-scolaire, la famille élargie en direction des plus jeunes et des adolescents.

❖ GUIDER LA PARENTALITÉ

PARENTALITÉ ET VALEURS SOCIÉTALES

En perte de repères dans un contexte sociétal où, comme le souligne Philippe Jeammet⁷⁸, « tout consensus éducatif a disparu et où l'autorité est souvent vécue comme un abus de pouvoir » les parents ne savent pas toujours comment réagir et peuvent être en difficulté pour assumer leur responsabilité éducative. Les questionnements de nos sociétés modernes laissent affleurer trop souvent une dévalorisation du rôle des parents, comme du système éducatif, souvent accusés de démission, de permissivité, ou d'incompréhension. Pourtant, la société elle-même place les parents et enfants dans des rapports de force de plus en plus complexes liés à des attendus contradictoires en termes

78 Philippe JEAMMET (dir.), *Adolescences : repères pour les parents et les professionnels*, Syros, 1997, 212 p.

d'efficacité, d'activités professionnelles, d'image sociale, au travers d'acquisitions matérielles stimulées, mais aussi de bien-être, d'équilibre, et de place de l'individu dans la société. En termes de prévention, les parents sont le premier cercle pour agir.

Il est primordial de soutenir et valoriser les parents dans leur rôle éducatif, de les accompagner à rétablir, si nécessaire, une communication avec leur enfant.

PARENTALITÉ ET STYLE ÉDUCATIF

Différentes études mettent en évidence que l'environnement familial et le style éducatif ont une véritable influence sur les consommations de substances psychoactives des enfants. Mais le style éducatif est aussi le fruit d'une transmission du mode éducatif des ascendants. Cette notion s'accorde avec l'approche en prévention par le développement et le renforcement des compétences psychosociales des jeunes. En effet, « plus la relation parent-enfant est adaptée, plus la résistance de l'enfant à l'influence des pairs est forte, et moins il développe des conduites à risques. »⁷⁹

Or, une relation parent-enfant adaptée se conçoit dès le plus jeune âge, avant même la naissance. Et c'est au travers de cette relation efficiente qui remplit son rôle de cadrage et de ré-assurance affective successive à chaque étape de l'évolution de l'enfant, que s'exerce la prévention la plus appropriée, bien avant que

79 L'ANPAA dans les Hauts-de-France a publié en 2014 l'étude *Parentalité et prévention des conduites à risques comprenant une étude de littérature*, une enquête et des préconisations. En ligne <http://www.anpaa5962.org/docs/Fichier/2014/4-140923104916.pdf>

les premières consommations n'apparaissent. En effet, la qualité des liens que les parents sauront mettre en place au quotidien avec leurs enfants dès leur plus jeune âge est le meilleur des garants face au risque d'abus de substances.

PARENTS ET APPRENTISSAGE DU RISQUE

C'est au sein de la cellule familiale, quelle que soit sa forme, que l'enfant fera l'expérience de l'apprentissage des règles, du sens de la responsabilité et avancera vers une autonomie progressive.

La famille représente un lieu où les repères se construisent et où l'enfant apprendra à avoir une bonne image de lui-même et à s'affirmer face aux pressions addictogènes de l'environnement, qu'elles soient issues de la société en général ou de son groupe d'appartenance en particulier.

Les actions de prévention soutiennent les parents dans l'exercice de leurs fonctions d'éducateurs de façon différenciée aux différentes étapes d'évolution de l'enfant.⁸⁰

❖ **Des premières années jusqu'à la pré-adolescence (11/12 ans) :** l'enfant sous le regard du parent découvre, teste, expérimente dans des proportions qui doivent correspondre aux capacités et aptitudes évolutives de l'enfant. Durant ces années, les parents définissent l'environnement de l'enfant et le protègent des tentations parfois inappropriées de la société. Ils posent les règles, limitant « d'autorité » les situations à risque.

80 *Addictions, familles et entourage*, op. cit.

❖ La promotion de la santé permet de renforcer les compétences psychosociales utiles des parents pour répondre aux situations à risque.

❖ Parallèlement, les actions de prévention visent à repérer et modifier des habitudes et environnements jugés nocifs.

❖ **À l'adolescence**, les parents abordent, avec plus ou moins d'agilité, le début de l'autonomie souhaitée du jeune. Dans cette période, le parent doit forcément partager avec le jeune l'analyse des situations à risques. D'autres informations, d'autres aides seront alors nécessaires.

❖ **Si les compétences de base sont transmises, le jeune apprendra à utiliser ces compétences, seul, et en situation plus exposée.** Connaître les stratégies pour réduire les risques et les dommages et ajuster la prise d'autonomie, participent aux « négociations » plus ou moins complexes avec les adolescents.

L'entourage étendu de l'enfant (animateur, professionnel de l'enfance, éducateur, établissement scolaire ou de formation...) a un rôle notable de communication et d'informations. Cet entourage intervient pour expliquer, alerter sur les dimensions addictives de certains modes de vie et sont aussi une source de repérage d'éventuelles difficultés ou usages problématiques.

RENFORCER LES COMPÉTENCES DES PARENTS

Les parents sont souvent en manque de réponses, en doute, voire en crainte et

surtout en difficulté pour libérer la parole vis-à-vis d'autres adultes extérieurs au cercle familial ou amical.

❖ D'un point de vue individuel, le parent doit pouvoir se faire aider pour acquérir la capacité à différer une réponse ou avertir l'adolescent des risques à vivre trop jeune certaines expériences trop intenses.

❖ Des parents ou groupes de parents peuvent aussi avoir besoin d'informations spécifiques, dans le cadre d'une prévention sélective.

Par exemple, il peut être utile d'ouvrir un espace de discussion autour de la notion d'addiction (produits et comportements), en l'appréciant sous l'angle des plaisirs et des risques et dommages. Aborder tout ce qui existe sur le « marché », en prendre connaissance et conscience, considérer l'ubiquité des drogues, et informer les parents sur les spécificités de chaque type de produit peut se faire dans une configuration participative, informelle, voire ludique. À ce titre, les groupes de discussion thématiques sont un outil pratique qui, bien construit et animé, permet de créer du lien, du soutien, voire de libérer la parole sur des difficultés.

Ainsi, on peut à la fois guider et « former » la parentalité par l'appui des pairs – parents.

Différents outils et guides de soutien à la parentalité sont édités. Ils reprennent différents conseils notamment sur l'attitude à favoriser face aux premières consommations de son enfant : fixer des limites, savoir dire non, négocier et responsabiliser avec la mise en place du dialogue qui est essentielle.

À RETENIR

- ❖ Pour permettre l'apprentissage du risque avant l'adolescence, les parents doivent être en mesure de repérer, comprendre les spécificités de la société dans laquelle ils guident leur enfant.
- ❖ Aller vers les parents par une synergie d'actions de plusieurs acteurs spécialistes et non spécialistes de l'addiction est indispensable à une éducation participative en prévention des conduites à risques de l'enfant.
- ❖ Les parents pourront ainsi mieux identifier et prévenir des conduites a priori anodines, mais susceptibles de créer des situations complexes plus tard.

ZOOM

Femmes enceintes et entourage, prévention et périnatalité⁸¹

- ❖ La « culture alcool » en France est telle qu'une femme enceinte sera confrontée à de multiples circonstances festives ou conviviales, où son entourage consommera des boissons alcoolisées et mettra à l'épreuve sa détermination [à ne pas boire pendant sa grossesse].
- ❖ Il est indispensable d'informer sur ce risque évitable et surtout de responsabiliser également l'entourage qui participe à cette prise de risque.
- ❖ Pour autant, il ne s'agit pas non plus de culpabiliser ou d'angoisser les femmes qui ont consommé de l'alcool.

⁸¹ Alcool et grossesse. Boire un peu ou pas du tout ? ANPAA, 2017, 12 p. (Décryptages n° 26)

- ❖ Le conjoint, les proches et les amis ne doivent certes pas inciter la femme enceinte à boire, mais ils peuvent aussi témoigner de leur compréhension et de leur soutien en évitant une consommation démonstrative.
- ❖ De même, la minoration des risques, sous prétexte de « faible » fréquence, affaiblit la capacité des femmes [enceintes] à résister aux incitations quasi-permanentes à consommer de l'alcool.
- ❖ Dans cet univers où consommer de l'alcool est souvent la norme, on a pu lire ou entendre des critiques sur le caractère injonctif, ou impérieux de l'abstinence totale pendant la grossesse. Mais l'injonction est tout aussi forte sur le tabac ou sur les interdits alimentaires pour éviter la toxoplasmose sans que qui que ce soit ne s'en émeuve.

ZOOM

Soutien à la parentalité des usagers de drogues⁸²

- ❖ La consommation de substances psychoactives des parents est susceptible d'affecter les enfants directement (exposition aux produits pendant la grossesse⁸³) ou accidentellement ou indirectement à travers l'impact sur les relations parent-enfant.
- ❖ Pour autant, la consommation de substances psychoactives des parents ne constitue pas en soi un danger pour l'enfant⁸⁴, exceptée en cas de grossesse⁸⁵. Dans ce cas, la consommation

⁸² La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, octobre 2017, pp. 50-53.

⁸³ Anne WHITTAKER, Ewen CHARDRONNET (trad.), *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, RESPADD, 2013, 340 p.

⁸⁴ Laurence SIMMAT-DURAND, « Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane », *Psychotropes*, vol. 14, n° 3, 2008, pp. 179-199

⁸⁵ Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés, Haute Autorité de Santé, mise à jour mai 2016, 42 p. (Recommandations professionnelles)

de substances illicites, d'alcool et/ou de tabac ainsi que le sevrage et la substitution en période pré-conceptuelle ou durant la grossesse sont considérées comme des situations à risques devant faire l'objet d'un suivi particulier.

❖ Les difficultés rencontrées par les familles peuvent également être liées aux conditions de vie (ressources financières, logement, etc.), à la composition familiale (monoparentalité, etc.) et à la santé somatique et mentale des parents.

❖ À l'inverse, la parentalité peut parfois constituer un élément d'étagage ou un ressort de motivation au changement pour les personnes usagères de drogues⁸⁶.

❖ Le soutien à la fonction parentale des usagers de drogues repose donc sur une évaluation au cas par cas des ressources et des besoins parentaux, tenant compte de cette pluralité de paramètres, au regard de l'intérêt de l'enfant et de sa protection.

⁸⁶ Sylvie WIEVIORKA, « Quand les parents sont toxicomanes » *Enfances & Psy*, vol. 4, n° 37, 2007, pp. 90-100

ILLUSTRATION**« Trésor de parents »,**

OUTIL D'ANIMATION DESTINÉ
AUX PARENTS PRODUIT PAR L'ANPAA
EN HAUTS-DE-FRANCE

« Trésor de parents » est un jeu coopératif destiné à animer des groupes de parents de pré-adolescents et adolescents. Un jeu de pensée positive sans moralisation, qui s'appuie sur les ressources et les compétences des parents, les aider à exprimer leurs ressentis, leurs points de vue, leurs façons de réagir...

OBJECTIF GÉNÉRAL

Aider les parents à situer leur place et leur rôle dans la prévention des conduites à risques auprès de leur adolescent et/ou pré-adolescent dans une démarche éducative globale.

SES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS**SONT D'AIDER LES PARENTS À :**

- Être en capacité de solliciter de l'aide en cas de difficulté relationnelle ou de prises de risques spécifiques.
- Aborder plus facilement les prises de risques avec leur adolescent,
- Situer les prises de risques dans le processus de développement de l'adolescent,
- Faire émerger leurs réussites, leurs compétences et celles de leur adolescent,
- Créer les conditions d'un dialogue avec leur adolescent,
- Trouver un style éducatif adapté aux besoins et difficultés de l'adolescent,
- Reconnaître, identifier les prises de risques problématiques et celles qui ne le sont pas,

••• Être en capacité de solliciter de l'aide en cas de difficulté relationnelle ou de prises de risques spécifiques.

Des situations de jeu ancrées dans le vécu quotidien auxquelles les parents répondent grâce à des cartes « situation », des dessins humoristiques, des quizz, des cartes « petites réussites et grandes victoires ».

LES THÉMATIQUES ABORDÉES

L'alcool, le tabac, le cannabis, les écrans, les jeux de hasard et d'argent, les comportements alimentaires, les médicaments psychotropes, la vie affective et sexuelle, et les autres prises de risques et polyconsommations, les ressources liées à la parentalité.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Cet outil peut être animé par tout professionnel socio-éducatif ou médico-social auprès de groupes de parents (qui se connaissent ou non en amont de l'animation). Les parents peuvent venir par exemple de centres sociaux, de maisons de quartier, d'établissements scolaires, de cafés des parents, Maison d'enfants à caractère social (MECS)... Il est nécessaire de prévoir une animation d'environ deux heures.

Ce jeu n'est pas adapté pour une animation sous forme de « stand » avec arrivée et départ permanent des participants.

S'APPUYER SUR DES PAIRS BIENVEILLANTS

La prévention par les pairs sera ici envisagée dans deux champs : l'adolescence et le milieu professionnel.

DÉFINITIONS

■ **Les pairs** désignent des individus ayant des caractéristiques communes, telles que le sexe, l'âge, les centres d'intérêt, les loisirs, les aspirations, les modes de vie... Ce concept fait le plus souvent référence aux groupes d'âge, et plus spécifiquement aux groupes d'adolescents dont les membres sont étroitement liés par une culture de jeunesse. Toutefois, tout groupe social ainsi caractérisé peut faire « pair ».

■ **L'éducation par les pairs** repose sur l'idée qu'un message délivré à un individu par un autre au sein d'un groupe de pairs peut être plus crédible et efficace que celui proposé par les figures représentant l'autorité. Concernant les jeunes, elle postule que les groupes de pairs ont une grande influence sur leur évolution et leur développement en tant qu'instance fondamentale de la socialisation. L'éducation par les pairs permet d'améliorer les processus participatifs au sein de la société.

ÉDUCATION PAR LES PAIRS AUTOUR DE L'ADOLESCENCE

Certaines actions de prévention visent à stimuler la réflexion des jeunes consommateurs. Elles ont pour objectif de les accompagner à partir de leurs expériences personnelles, dans une analyse de leurs propres parcours sous les effets directs ou indirects de groupes d'appartenance réelle ou souhaitée. L'approche leur donne accès à une meilleure compréhension de la pression ou influence du groupe pouvant amputer leur désir de liberté et d'autonomie.

Parmi les actions de renforcement des compétences psychosociales des jeunes, certaines ont pour vecteur l'éducation par les pairs⁸⁷, en tant qu'approche d'éducation à la santé. Elle implique un échange d'informations et d'opinions avec d'autres personnes qui « font » pairs, afin de questionner des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis-à-vis de la santé.

Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence. C'est une approche alternative ou complémentaire aux stratégies traditionnelles d'éducation pour la santé, en particulier dans la prévention au sujet des drogues et du Virus de l'Immunodéficience Humaine⁸⁸.

⁸⁷ Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY, « Qu'entend-on par éducation pour la santé par les pairs ? », *Cahiers de l'action*, n° 3, 2014, pp. 9-16

⁸⁸ Glossaire des termes de santé publique internationaux

Les appuis psycho-sociaux de l'éducation par les pairs⁶⁹ sont les suivants :

❖ **Les jeunes sont les « experts de ce qu'ils vivent en tant que jeunes**, avec une perspective privilégiée sur ce qu'ils vivent ».

❖ **Ils sont souvent motivés** par le changement.

❖ **Les groupes de pairs peuvent avoir un effet de « multiplicateurs »**, lorsque les ressources sont limitées et qu'un grand nombre de personnes souhaite avancer. Par des effets en cascade, un changement au sein d'une communauté locale est susceptible d'intervenir plus rapidement et plus profondément.

❖ **Les jeunes sont valorisés en faisant appel à leurs propres compétences** pour informer ou aider d'autres jeunes, « leurs pairs ».

❖ **« Avec des soutiens et encouragements, les jeunes peuvent parvenir à gérer le processus éducatif** et l'échange d'informations ». Tout dépendra de l'environnement dans lequel le programme sera mis en action.

❖ **Les jeunes sont par ailleurs amenés à prendre des responsabilités** vis-à-vis des sujets de santé, de mode de vie et particulièrement de conduites addictives.

❖ **Ils développent des compétences de « facilitateur » de la discussion**, soutiennent le travail des professionnels de l'éducation, instaurent un rapport de confiance chez les adultes qui peuvent mieux comprendre leur point de vue.

❖ **Le focus sur l'acquisition et le développement des compétences psychosociales est l'objectif essentiel en termes de prévention**. Il s'agira de travailler par exemple sur la définition de

la santé, de l'influence, les groupes d'appartenance, les émotions, la conscience de soi, l'empathie. Cela doit amener les jeunes à se questionner pour et sur eux-mêmes, mais également pour et sur leur entourage.

ZOOM

❖ La notion ambivalente de co-usager

❖ **Les comportements potentiellement addictogènes et les consommations de substances psychotropes ont souvent lieu en présence d'un tiers**. Le plus souvent, il s'agit de quelqu'un avec qui l'on partage ce moment, cette expérience.

Ces personnes témoins et actrices des consommations de l'autre, comme l'autre, peuvent-elles jouer un rôle dans la prévention, la réduction des risques et l'accès aux soins dans le groupe.

❖ **Plusieurs mouvements de prévention et d'éducation par les pairs en font la thèse** et connaissent un grand engouement. Cette approche pose toutefois la question des nombreux travers, qu'elle peut engendrer.

❖ **Qu'est-ce qui fait « pair » ?** Que faut-il éviter pour que le pair soit crédible et agent de changement ? Comment éviter l'écueil d'être considéré comme une copie des acteurs de prévention traditionnels ou des adultes, qui régurgiteraient leurs discours bien appris « des pair'hoquets » ?

❖ **Éléments de réflexion sur l'action d'éducation par les pairs :**

→ L'éducation pour la santé par les pairs demande du temps. Elle « nécessite d'être inscrite dans la durée (...) il est essentiel que les autres jeunes s'habituent à ces jeunes

pairs-éducateurs et appréhendent au mieux leurs rôles. »⁸⁹.

→ Quand la consommation de produit fait « groupe », ou a lieu dans un groupe, des phénomènes de loyauté, de protection... sont à estimer.

→ Dans le contexte particulier de la famille, les risques de placement ou de signalement peuvent renforcer le « secret ». De même, la situation peut être très différente en fonction du sexe, de l'âge (différents âges de responsabilité légale) de la personne consommatrice en difficulté et en fonction de qui est le co-usager pair ou non (adulte ou autre mineur, famille (fratrie, ascendants...)).

→ Le contexte de consommation (fête, scolaire, parascolaire, club sportif, milieu professionnel ou de stage, à domicile, consommation cachée ou non...) rajoute son lot de spécificité d'approche, avec des inclusions différentes d'adultes ressources et de pairs.

→ Dans les groupes d'appartenance où des comportements addictifs ont lieu de façon récurrente, certains co-usagers, plus âgés, « expérimentés » tiennent de façon anonyme le rôle de pairs, dans une forme d'apprentissage sur l'instant et par l'exemple d'une consommation « à moindre risques ».

89 Ibid.

ÉDUCATION PAR LES PAIRS EN MILIEU PROFESSIONNEL

Contexte

La responsabilité sociétale des entreprises (RSE) et de la réglementation en matière de prévention des risques professionnels sont des avancées qui aident à lever les tabous toujours dommageables concernant les difficultés au travail et les addictions sur le lieu de travail. L'entourage, certes de façon inégale selon les secteurs d'activités, est de moins en moins en prise avec les effets de loi du silence ou de loyauté imposée par la structure ou le groupe de collaborateurs.

De nombreux outils sont développés en interne avec l'appui d'intervenants pour mettre en place des attitudes et des capacités à réagir au sein de l'entreprise entre collaborateurs et à différents niveaux hiérarchiques.

Dans ce cadre, la prévention des risques liés aux problématiques addictives d'un collaborateur aura tout intérêt à se placer dans une dynamique d'éducation par les pairs : chaque membre de l'entreprise sera amené à développer des compétences de pairs, en termes de vigilance et d'écoute. C'est aussi toute une culture de la bienveillance en milieu de travail qui peut s'y rattacher.

Fondement de l'action de prévention en milieu professionnel :

■ **Identifier et faire connaître dans l'entreprise quelles sont les personnes ressources** : instances représentatives du personnel, service de santé au travail,

préventeurs et pairs, personnes formées à piloter une démarche de prévention.

■ **Développer une démarche inclusive et participative** de tous les salariés, à tous les niveaux hiérarchiques.

■ **Aider les personnes en difficulté**, dans le cadre du contexte professionnel avec pour but de maintenir ces personnes dans l'entreprise et non les exclure.

Services de santé au travail

Ils ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, notamment, ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail⁹⁰.

Les actions à mener peuvent être :

■ **Aider les personnes à évaluer les risques liés à leur usage de substances psychoactives**, à s'interroger sur leurs pratiques de consommation et développer des capacités à faire des choix.

■ **Pour les personnes en difficulté : les informer en quoi leur consommation impacte leur travail**, susciter leur capacité à demander de l'aide, et leur indiquer comment, avec qui et dans quelles structures d'accompagnement et de soins, dans le respect de leur vie privée. C'est ici que se placera singulièrement

⁹⁰ L.4622-2 du code du travail.

une éducation par les pairs, dans le contexte de compétences psychosociales acquises ou par une formation dédiée.

■ **Pour l'entreprise : agir sur l'environnement** qui peut être incitateur, afin de réduire les risques.

■ **Faire appel à la responsabilisation de**

chacun, selon son niveau de responsabilité au sein de l'entreprise, tout en considérant la règle première d'assistance à personne en danger, le cas échéant.

■ **Rappeler et faire respecter le code du travail**, le règlement intérieur et les procédures internes de l'entreprise.

ZOOM

Prévention des risques professionnels liés aux conduites addictives

UNE DÉMARCHE SPÉCIFIQUE PROPOSÉE PAR L'ANPAA

La démarche de l'ANPAA est une démarche globale. Elle prend en compte tous les professionnels de l'entreprise (publique ou privée), et pas uniquement ceux pour lesquels la consommation est repérée par l'employeur ou le service de santé au travail comme problématique.

La démarche globale d'intervention en milieu professionnel de l'ANPAA comporte trois volets :

❖ La prévention collective sur la base du code de la route, du code du travail et du règlement intérieur de l'entreprise.

❖ L'accompagnement des salariés en difficulté : comment les orienter vers l'accompagnement et les soins, vers qui, avec qui ?

❖ Le conseil pour la gestion par l'entreprise de situations difficiles sur le lieu de travail (règlement intérieur, conduites à tenir face à un salarié en état d'ivresse manifeste, face à un salarié en difficulté chronique, etc.)

❖ La formation de volontaires relais de prévention permettant l'acquisition d'outils nécessaires pour agir en pairs au sein de l'entreprise, dans une posture qui doit avant tout permettre d'aider les personnes en difficulté.

Cette démarche s'appuie notamment sur le CHSCT/Comité social et économique (CSE), le service de santé au travail, la direction des ressources humaines, les préventeurs au sein de l'entreprise.

8 MOBILISER DES ACTEURS ET OUTILS

MOBILISER LES PARTENARIATS

La prévention des impacts sur l'entourage des conduites addictives d'un proche s'inscrit dans une continuité d'actions depuis le repérage, en passant par l'alerte et l'accompagnement sur un territoire donné.

Dans ce contexte, des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais pas uniquement, non spécialisés en addictologie pourront être mobilisés.

Notamment concernant la prévention des risques de co-dépendance et de parentification des enfants, le cercle de collaboration peut s'élargir au monde éducatif et socioculturel, tel que le service jeunesse, clubs sportifs, l'Education Nationale, la CAF, etc. et les lieux de soins ou de suivi médico-social de l'enfance.

Concernant le monde professionnel, il s'agira de se tourner vers les acteurs spécialisés de prévention en considérant les interactions possibles avec les services internes à l'entreprise, ou externes : direction du travail, service de santé au travail, groupements professionnels, fédérations locales, pour des actions sélectives et ciblées.

Non-exhaustive, la liste suivante des acteurs-ressources doit s'adapter à chaque contexte local et de public pour nouer les partenariats utiles au repérage et à l'accompagnement :

■ **Secteur de l'enfance et de la jeunesse** : en particulier la Protection Maternelle et Infantile (PMI), l'Aide Sociale

à l'Enfance (ASE), les centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP), les Point d'Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) et maisons des adolescents⁹¹.

■ **Secteur de la parentalité** : en particulier les Réseaux d'Écoute, Appui, et d'Accompagnement des parents (REAPP), les services de médiation familiale (à la demande des parties ou à la demande d'un juge), les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), les Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)⁹², les centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF).

■ **Milieu professionnel** : en particulier les Comités Sociaux et Economique (CSE)⁹³, Les services de santé au travail⁹⁴,

■ **Autres milieux** : en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les services d'Actions Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO), la Protection Judiciaire Jeunesse (PJJ) et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

⁹¹ Coordonnées des maisons des adolescents et PAEJ sur <http://cartosantejeunes.org/>

⁹² Coordonnées des CPEF : <https://ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html>

⁹³ Le CSE est destiné à remplacer l'ensemble des institutions représentatives élues du personnel de l'entreprise pour toutes les entreprises d'au moins 11 salariés. D'ici le 1er janvier 2020, il se substituera notamment aux délégués du personnel, au comité d'entreprise et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). En revanche, les représentants du personnel désignés, par exemple les délégués syndicaux, restent en place. Dans les entreprises d'au moins 300 salariés, le CSE doit comporter une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) dont les principales missions correspondent pour tout ou partie à celles auparavant confiées au CHSCT.

⁹⁴ Plus d'information sur <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/services-de-sante-au-travail-sst>

À RETENIR

Les professionnels de l'addictologie doivent :

- ❖ **Communiquer sur les ressources existantes** en matière de prévention, repérage, orientation, accompagnement et soins par tout moyen (par téléphone, en ligne et par les groupes d'auto-support) auprès de l'entourage des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives.
- ❖ **S'appuyer sur des partenariats forts** avec les acteurs non spécialisés engagés sur les questions relatives à l'entourage.

ZOOM

Violences intrafamiliales et nécessaire attention des professionnels

Reconnaître la violence

Les violences s'inscrivent dans un continuum d'attitudes et de comportements allant du verbal aux coups, du matériel au symbolique, du physique au psychique, impactant toute la cellule familiale.

Ces violences sont facilitées et insuffisamment combattues pour plusieurs facteurs, notamment :

Le sexisme des sociétés humaines : l'anthropologue Françoise Héritier⁹⁵ estime que partout, de tout temps et en tout lieu, le masculin est considéré comme supérieur au féminin, qu'elle définit comme « la valence différentielle des sexes ».

Les liens de parentalités considérés comme relevant de la sphère de l'intime avec notamment pour conséquence la non-pénalisation des « fessées » parentales.

Dans leur expression paroxysmique, les violences intrafamiliales, en France, c'est une femme qui décède tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint⁹⁶, deux enfants qui décèdent chaque jour dans le cadre de maltraitements parentales⁹⁷ et 80% des mauvais traitements infligés sur un enfant ayant lieu au sein de la famille.

⁹⁶ Observatoire national des violences faites aux femmes

⁹⁵ Françoise HERITIER, *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, 1995, 332 p.

⁹⁷ Anne TURSZA, *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Le Seuil, 2010, 432 p.

Réduire les risques et les dommages dans le champ des addictions

C'est porter la plus grande attention aux liens qui peuvent s'opérer entre conduites addictives et violences :

❖ Du fait des psycho-traumas issus de violences subies par le passé, certaines personnes sont confrontées à des problématiques addictives.

❖ Rendues plus vulnérables du fait de leurs conduites addictives, certaines personnes ont plus de risques d'être victimes de violences.

Les conduites addictives peuvent être des facteurs facilitant les passages à l'acte violent pour certaines personnes.

Les professionnels doivent donc porter une attention particulière à ces questions de violences subies ou commises :

❖ Questionner systématiquement les personnes sur d'éventuelles violences subies par le passé ou actuellement.

❖ Ne pas craindre une « potentielle » rupture du lien thérapeutique avec une personne en difficulté avec ses conduites addictives dont on apprend des actes de violences sur des tiers.

❖ Opérer des signalements dès que les circonstances semblent les rendre nécessaires.

❖ Faire connaître leurs droits aux personnes victimes et mobiliser les ressources existantes sur le territoire,

❖ Diffuser largement les numéros de téléphonie dédiés :

→ Enfance en danger : 119

→ Violences femmes Info : 39 19

ILLUSTRATION

Violences intrafamiliales dans un contexte de problématique addictive

EXPIÉRIENCE DU CSAPA ANPAA DANS LE CHER EN PARTENARIAT

ACTION PARTENARIALE

Cette action partenariale a mobilisé : le CSAPA ANPAA dans le Cher, La DGS, La préfecture du Cher (par la chargée de mission du Droit des Femmes et le substitut du Procureur), la Maison des Adolescents, et des professionnels spécialisés en addictologie.

HISTORIQUE

❖ Dès 2008, l'ANPAA dans le Cher accentue l'accueil et l'accompagnement de l'entourage en proposant du soutien individuel, mais également un soutien thérapeutique par le biais de la thérapie familiale systémique. Si les pratiques addictives sont considérées comme des conduites principalement individuelles, elles ont des répercussions évidentes sur le fonctionnement familial et réciproquement.

❖ En 2012, suite à un appel à projets de la DGS, l'ANPAA obtient un financement de 18 mois pour développer un projet de prévention, d'accès aux soins et de soins en direction des femmes sur le département du Cher.

❖ Au cours de ces 18 mois, la vulnérabilité particulière des femmes amène l'équipe à adapter les moyens d'accompagnement, dont la place des

enfants et à se rapprocher de partenaires jusque-là peu sollicités.

❖ En 2014, la préfecture du Cher, en la personne de la chargée de mission au Droit des femmes et du substitut du procureur, réunit des professionnels pour innover et construire une réponse singulière. Le substitut souligne alors que dans le Cher, l'alcool est présent dans 70% des cas de violences intrafamiliales.

L'ANPAA se saisit de cette opportunité et constitue un groupe de réflexion interne chargé d'élaborer et de mettre en œuvre un projet spécifique.

L'ANALYSE EFFECTUÉE PAR L'ANPAA DÉGAGE TROIS PRIORITÉS :

① **L'accueil des enfants en centre de soin** : l'ouverture de la Maison des Adolescents a favorisé cette possibilité.

② **Un besoin de formation** : les professionnels se sont formés à l'évaluation du risque traumatique et à l'accompagnement des enfants.

③ **Des parcours de vie poly-traumatiques de femmes** en difficulté avec leurs conduites addictives.

❖ D'un point de vue clinique, au-delà de la littérature dans le domaine, l'équipe observe chez les usagers et en particulier chez les femmes présentant des conduites addictives, des problématiques liées à des histoires de vie ponctuées de ruptures et de traumatismes. Souvent des antécédents dépressifs, anxieux, des conditions de vie pénibles et des traumatismes liés à des abus sexuels, apparaissent dans la vie

des femmes victimes. La violence est ainsi très présente dans leur parcours :

- Soit à l'origine de leur problématique,
- Soit dans leur quotidien, leurs problématiques les plaçant en situations de fragilité qui les rendent plus souvent victimes de violences,
- Soit parce que l'addiction chez une femme est assimilée à une tare qui entraîne culpabilité et honte avec des consommations plus souvent cachées.
- L'impact de la combinaison conduites addictives et violence auprès des enfants est incontournable. Ce constat s'appuie sur les éléments judiciaires (dont le devenir d'enfants victimes de violences intrafamiliales), sur le récit de vie des usagers du centre de soins et également sur les témoignages des jeunes rencontrés à la Maison des Adolescents pour des problématiques ou des questionnements paraissant, au départ, bien éloignés de cette question.

LE PROJET PORTÉ PAR L'ANPAA DANS LE CHER S'ADRESSE D'UNE PART AUX FEMMES, D'AUTRE PART AUX ENFANTS :

- **En direction des femmes :** contribuer à éviter l'apparition de signes et symptômes psycho-traumatiques et prévenir le risque de récurrence à travers des consultations individuelles et un groupe de parole de femmes.
- **En direction des enfants :** contribuer à éviter l'apparition de signes et symptômes psycho-traumatiques et prévenir le risque de reproduction intergénérationnelle de la violence et

des conduites addictives, par des consultations individuelles et familiales et atelier de prévention « les p'tits chefs de la prévention ».

LES P'TITS CHEFS DE LA PRÉVENTION

Animé par un animateur de prévention ou éducateur spécialisé, cet atelier s'adresse à des enfants âgés de 5 à 12 ans et a pour objectif la diffusion de connaissances, le développement de compétences psychosociales, le développement de l'autonomie et de la responsabilisation, la prévention de la première consommation, l'échange parents-enfants-professionnels.

Ces modalités de mise en œuvre sont les suivantes :

- Le groupe s'appuie sur des médiations adaptées (jeux, dessins, outils de prévention, ...) afin de développer et/ou renforcer les compétences psychosociales des enfants.
- Ce groupe fermé, de huit enfants, se décline en cinq séances de deux heures trente lors de chaque période de vacances scolaires.
- Au cours de chaque séance, deux compétences psychosociales sont travaillées. Ensuite, un goûter est préparé par les enfants afin de proposer un temps d'échange et de partage entre enfants, parents et professionnel de l'ANPAA du Cher.
- Une évaluation est produite à la fin de chaque séance afin d'apprécier la satisfaction des participants, de leurs parents et l'atteinte des objectifs.

OUTILS POUR S'INFORMER, ORIENTER ET S'ORIENTER

Outils à destination de l'entourage

Les personnes de l'entourage de personnes en difficulté avec leurs conduites addictives peuvent disposer de premières réponses à leurs interrogations, de manière anonyme, grâce aux lignes téléphoniques du groupement d'intérêt public Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS) :

■ **Alcool info service** par téléphone de 08h00 à 02h00, appel non surtaxé : 0 980 980 930 et en ligne :

<http://alcool-info-service.fr/>

Avec une rubrique dédiée « l'alcool et vos proches » proposant plusieurs conseils :

→ L'alcool dans la famille :

- Comment savoir si un proche a un problème ?
- Mon conjoint boit, comment en parler à mes enfants ?
- Mon ado organise une soirée...

→ Aider, être aidé :

- Comment aider un proche ?
- Il a recommencé à boire...
- Comment me faire aider ?

■ **Drogue info service** par téléphone de 08h00 à 02h00, appel gratuit depuis un poste fixe : 0800 23 13 13 et en ligne : <http://www.drogues-info-service.fr/>

■ **Joueurs info service** de 08h00 à 02h00, appel non surtaxé : 09 74 75 13 13. Et en ligne : <http://www.joueurs-info-service.fr/>

Un ensemble de services sont proposés :

- Des conseils en ligne,
- Par « chat » en ligne sur le site web dédié,
- Une écoute et des conseils personnalisés par téléphone,
- En adressant ses questions par formulaire sur le web, rubrique « vos questions nos réponses »,
- Les adresses utiles en prévention (conseil, consultation documentaire, intervention de prévention), en soins (médico-social, sanitaire, ambulatoire ou résidentiel), professionnels (formation, coordination des soins).

Outils à destination des professionnels

■ **Travailler en prévention pour et avec l'entourage des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives peut prendre de multiples formes et concerner de nombreux thèmes sous-jacents.**

La formation et le conseil des équipes ou des interlocuteurs non spécialisés en addictologie, notamment de première ligne, susceptibles de repérer les risques et dommages liés aux conduites addictives auprès des personnes de l'entourage – (cellule familiale ou en milieu professionnel) – doivent être accompagnés par les professionnels de l'addictologie à travers des actions de conseil et de formation pour leur permettre de :

- Savoir évoquer et repérer les risques et dommages liés aux conduites addictives
- Savoir orienter vers les lieux ressources, notamment en matière d'accompagnement : les CSAPA ont aussi pour mission l'accompagnement des personnes de l'entourage.

■ **Des formations** à envisager notamment sur les thématiques suivantes :

- ❖ **Notions de base en addictologie** ;
- ❖ **Entretien de premier accueil** : accueil et orientation de l'entourage ;
- ❖ **Questions de parentalité** ;
- ❖ **Thérapie familiale**, avec notamment des outils comme le génogramme, la transmission intergénérationnelle.

À RETENIR

- ❖ Les formations proposées par l'ANPAA s'inscrivent dans les champs de la prévention et du conseil en addictologie.
- ❖ Des stages de formation en addictologie sont organisés dans toute la France. Pour l'essentiel, ces stages sont destinés à des professionnels relais dans les entreprises, des services administratifs locaux, des associations qui agissent auprès des personnes en difficulté.
- ❖ Le maillage territorial de l'ANPAA permet de développer aussi un panel de formations en lien avec les besoins et les ressources des territoires et des publics cible.
- ❖ Certaines formations abordent les questions touchant à l'entourage, à la prévention des risques, à son accueil ou à ses souffrances comme la co-dépendance.
- ❖ Dans le cadre de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel, le plan gouvernemental prévoit plusieurs actions dont la formation des professionnels de santé des services de santé au travail, en service autonome ou interentreprises, à la prévention des conduites addictives.

3/ ACCOMPAGNER ET PRENDRE SOIN DE L'USAGER

- ❖ 1/ PRIMO-DEMANDE ET APPROCHE DE L'ENTOURAGE
- ❖ 2/ ACCOMPAGNER L'ENTOURAGE EN GROUPE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE
- ❖ 3/ ORIENTATIONS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

3/1 PRIMO-DEMANDE ET APPROCHE DE L'ENTOURAGE

① ACCOMPAGNER LES PERSONNES DE L'ENTOURAGE

UNE MISSION DES CSAPA

L'entourage est accueilli en CSAPA au même titre que les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives et bénéficient des mêmes possibilités de prise en compte de leurs problématiques spécifiques, à travers une écoute et un accompagnement personnalisé. Ainsi, les CSAPA « assurent, pour les personnes ayant une consommation à

risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage : l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. [...] »⁹⁸.

De ce fait, les professionnels du CSAPA peuvent intervenir auprès de l'entourage dans une assez grande variété de situations :

- ❖ La personne de l'entourage en difficulté avec les conduites addictives de l'autre, l'autre étant en démarche d'accompagnement ou de soins, dans le

.....
⁹⁸ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

même établissement ou pas. L'accompagnement est centré sur la personne de l'entourage et ses difficultés.

❖ **Les personnes désireuses de soutenir leur proche addict** dans sa démarche de changement.

❖ **Les personnes de l'entourage invitées par un professionnel**, en accord avec la personne en difficulté avec ses conduites addictives.

Ces personnes de l'entourage peuvent être reçues individuellement, ou avec leur proche, ou en groupe à visée informative ou thérapeutique, selon ce qui est proposé par l'établissement.

Selon les attentes de la personne en première consultation, il sera question d'assurer :

❖ **Une écoute et une évaluation de la demande**,

❖ **Un soutien en tant que personne en souffrance**, sous l'effet d'une co-dépendance conscientisée ou pas.

❖ **Une information pour mieux comprendre les problématiques addictives**, et celles de la personne proche en particulier : produits, contextes de consommation, effets recherchés, risques et dommages, mécanismes psychiques liés aux addictions, dispositifs et modalités d'accompagnement et de soins.

❖ **Des conseils pour pouvoir « aider » et rester aux côtés de la personne addict**, en évitant les situations de réclamations, contrôle ou de protection parfois contre-productives et psychologiquement usantes.

❖ **Accompagnement conjoint avec la personne addict**, voire à plusieurs, en famille par exemple, sous réserve d'adhésion des parties.

UNE COMMUNICATION INDISPENSABLE À L'EFFICACITÉ DE LA MISSION DE PRÉVENTION

Il est absolument nécessaire que tous les supports de communication sur les missions et le public accueilli en CSAPA spécifient bien que l'entourage de toute personne en difficulté avec ses conduites addictives peut être accueilli et accompagné :

❖ Que la personne en difficulté avec ses conduites addictives soit ou non inscrite dans une démarche d'accompagnement et de soins, dans cet établissement ou ailleurs, par le passé ou actuellement ;

❖ Que la personne en difficulté avec ses conduites addictives soit ou non informée que son proche consulte en CSAPA en tant que « personne de l'entourage ».

Cette information doit être largement relayée par le réseau d'acteurs intervenant sur le public et le secteur géographique du CSAPA.

❖ PRIMO-DEMANDE ET MOTIVATIONS DE L'ENTOURAGE

PRIMO-DEMANDE DE L'ENTOURAGE

❖ L'entourage d'une personne en difficulté avec ses conduites addictives doit être reçu comme tout usager accueilli en structure d'accueil, d'accompagnement et de soins.

❖ La personne de l'entourage (conjoint, famille, collègue...) qui franchit la porte d'un établissement d'accompagnement en addictologie révèle parfois une

longue période de difficultés, voire un phénomène de co-dépendance installée.

❖ Généralement, la personne de l'entourage masque son propre besoin d'aide ou d'accompagnement, qu'elle n'est pas encore en mesure de formuler, par une primo-demande de soutien pour « l'autre », celui qui a un problème avec ses conduites addictives.

❖ Qu'elle que soit la position de cette personne de l'entourage, la démarche qu'elle accomplit doit être considérée avec la plus grande attention car l'implication des familles, des proches auprès des usagers constitue un facteur de réussite : des proches informés et sensibilisés, écoutés, peuvent soutenir l'usager dans sa démarche de réduction des risques et des dommages.

IDENTIFIER LES MOTIVATIONS DE L'ENTOURAGE

La demande d'aide, détournée ou pas, du conjoint ou du parent, est fréquemment motivée par un moment de crise face à un événement « grave » ou un « événement de trop » lié aux conduites addictives comme :

❖ Le déni des consommations,

❖ Une reprise de consommation après une période d'abstinence,

❖ Des actes de violence conjugale ou familiale (violences verbales, physiques, agressions sexuelles ou viol) sous l'effet d'un produit.

La personne est souvent la seule à solliciter de l'aide :

❖ Elle vient consulter en exprimant tout ce qu'elle peut supporter de son proche.

❖ L'exigence de l'arrêt de la consommation du conjoint en difficulté avec ses conduites addictives est un signe de la souffrance du proche et de son éventuelle co-dépendance. C'est une forme d'appel au secours.

❖ Le proche non-dépendant, lorsqu'il s'agit du conjoint, veut faire « repartir le couple comme avant ». Cette démarche désigne le partenaire en difficulté avec ses conduites addictives comme unique responsable du malaise conjugal et comme « malade » à soigner pour rétablir l'équilibre du couple.

❖ La demande peut aussi porter sur :

❖ Une aide pour mieux gérer les problèmes liés aux conduites addictives de leur partenaire

❖ Une demande d'accompagnement de leur conjoint afin de leur « faire arrêter » les consommations (les problèmes),

❖ Peu de personnes de l'entourage expriment un besoin d'aide pour elles-mêmes. Il s'agit très souvent de l'autre et non de soi.

❖ Cette demande d'aide implique forcément que les parties s'interrogent et se positionnent sur la place que chacun est prêt à faire à l'autre, à travers des attentes exprimées vis-à-vis de la personne en difficulté avec ses conduites addictives, mais surtout par rapport au vécu du couple et à sa façon de se projeter à travers un avenir commun.

ILLUSTRATION

Paroles de conjoint.e

Les services d'écoute spécialisée ou les premières consultations en établissement spécialisé en addictologie reçoivent des personnes venues parler de l'« autre » : elles ne disent pas « je » mais « il » ou « elle », c'est-à-dire l'« autre » désigné comme la personne en difficulté avec ses conduites addictives », « malade ». Il s'agit de leur compagnon, épouse, fils, père...

→ Les mots sont : « Il ne s'en rend pas compte », « Il ne vous dit pas tout, moi je vais vous le dire »...

→ Les craintes sont exprimées : « Ne lui dites pas que je vous ai appelé, que je vous ai vu »...

→ Ces personnes, qui s'adressent aux services spécialisés à travers ce qu'elles disent des difficultés de l'autre, parlent avant tout de leurs propres souffrances, de leur dénuement, de leur épuisement, de leur colère, de leur volonté d'agir; tout en ne sachant plus comment faire, car souvent ces personnes, très impliquées, estiment avoir « tout essayé ».

→ Les amener à s'exprimer à la première personne pour formuler leurs propres difficultés est primordial.

→ L'objectif ne doit plus être de répondre à « Qu'est-ce que je peux faire pour lui » mais à la question qui les amène en tant qu'individu qui souffre : « Qu'est-ce que je peux faire pour moi » pour aller mieux.

TYPOLOGIE DE SITUATIONS METTANT EN JEU L'ENTOURAGE

Les motivations de l'entourage qui se rend au sein d'un établissement d'accompagnement en addictologie sont variées : informative, de soutien, d'ordre psychothérapique de groupe ou familial et se manifestent sur des modes différenciés qui doivent interroger les équipes.

La personne de l'entourage vient seule :

→ Pour trouver des informations relatives aux modalités d'accompagnement et de soins possibles et sur les dimensions de la problématique addictive pour mieux comprendre la situation et mieux soutenir l'autre.

→ Pour exprimer sa souffrance et son épuisement face à la situation.

→ **Absence de l'entourage** : alors, il n'y a pas ou peu de liens entre les personnes et les soignants. Il convient d'interroger la personne accompagnée pour ses problématiques addictives sur cette absence.

Dans le respect du souhait des parties, il convient de proposer dès le début de l'accompagnement de recevoir l'entourage, seul ou ensemble, afin de sortir du centrage sur la personne en difficulté avec ses conduites addictives et aborder la situation dans son ensemble pour élaborer un diagnostic global (individu, familial, social...). S'appuyer sur toutes ces dimensions pour travailler sur l'échelle motivationnelle.

→ **Présence inattendue de l'entourage** : l'entourage peut intervenir dans le cours de l'accompagnement par des appels téléphoniques, par une présence en ren-

dez-vous avec la personne en difficulté avec ses conduites addictives, sans information préalable. Il s'agit en général pour la personne de l'entourage :

- De s'assurer que l'accompagnement se poursuit,
- D'apporter des informations complémentaires, parfois à l'insu du tiers concerné,
- D'exprimer ses difficultés, voire son découragement face à une situation

qui n'évolue pas comme cela est attendu : l'entourage se montre parfois « impatient » et, si le « patient » « ne bouge pas », la pression se verra renforcer sur l'équipe d'accompagnement et de soins.

Ces démarches de l'entourage introduisent une dimension familiale, que la situation de la personne concernée s'améliore, se détériore ou que d'autres problèmes se posent.

ZOOM

Double suivi au sein du même établissement

Repérer le double suivi

Le possible double suivi d'un usager et de son entourage (une ou plusieurs personnes), nécessite d'analyser l'objet de la demande et son origine car :

- Un accompagnement et/ou des soins en addictologie ne peuvent avoir lieu que si l'usager le demande.
- Mais lorsque c'est l'entourage qui demande, alors les éléments de la demande peuvent être dispersés entre plusieurs protagonistes.

Pratique : repérer le symptôme, la souffrance et la formulation de la demande :

- Symptôme : qui pose le plus de problèmes actuellement ?
- Souffrance : qui souffre le plus de la situation ?
- Formulation de la demande : qui se montre le plus préoccupé ?

Position de l'entourage dans l'éclatement de la demande

L'équipe d'accompagnement et de soins se retrouve alors devant plusieurs possibilités d'éclatement de la demande :

- Les trois éléments peuvent être portés par la même personne : elle présente un symptôme, en souffre et est en demande. L'entourage n'est alors pas en demande.
- Une personne présente un symptôme, mais n'en souffre pas et ne demande rien ; c'est l'entourage qui souffre et qui demande de l'aide.
- Une troisième possibilité est une personne qui présente un symptôme et la souffrance, mais c'est une autre qui demande. C'est le cas de l'entourage qui vient seul au CSAPA.
- Enfin, la situation peut échapper aux réseaux de soin, parce que les personnes présentent un problème sans pouvoir l'aborder ou une souffrance, sans pouvoir l'identifier, ni l'exprimer.

Ainsi, en fonction des besoins exprimés par les parties, l'entourage pourra être reçu lors d'entretiens communs (thérapie familiale ou autre), séparément ou seul.

Le suivi d'un usager séparément de celui du membre de son entourage ne pourra être assuré par le même professionnel, pour une neutralité et intervention psychothérapeutique.

La position du thérapeute dans la gestion du double accompagnement

Une personne en difficulté avec ses conduites addictives et un membre de l'entourage peuvent souhaiter être accompagnés dans le même établissement, séparément. Se posent alors plusieurs questions pour lesquelles chaque établissement doit se fixer des règles formalisées dans son projet et clairement énoncées aux usagers.

→ L'un peut souhaiter consulter sans savoir que l'autre y consulte déjà ou sans que l'autre en soit informé : aucune information non-personnelle n'a à être portée à la connaissance des parties, ne fut-ce qu'informer même du suivi, dans le respect des règles de secret professionnel.

→ Deux personnes peuvent consulter au sein du même établissement et être en conflit majeur, par exemple dans le cadre d'une séparation, instance de divorce, conflit sur la garde d'enfants... Dans cette situation comme dans les précédentes, l'établissement doit s'efforcer que les deux personnes ne se croisent pas, sans toutefois pouvoir le garantir, de la même façon que deux individus peuvent toujours se croiser quelque part sans le vouloir. L'établissement doit rappeler le règlement de fonctionnement et le respect des personnes. À noter qu'en cas de mesure d'éloignement prononcée par le juge, c'est à la personne sous cette mesure de prendre ses dispositions et non à l'établissement de garantir les conditions de cet éloignement.

→ Deux personnes peuvent souhaiter consulter une même catégorie de professionnel, sans choix du professionnel parce qu'il n'y en aurait qu'un au sein de l'établissement (par exemple médecin, psychologue). Si le professionnel ne souhaite pas assurer cet accompagnement pour des questions de positionnement thérapeutique, une orientation doit systématiquement être proposée dans un service ou établissement équivalent le plus proche possible.

ZOOM

Garde des enfants pendant la consultation du ou des parents

Contexte

Outre les cas spécifiques d'accompagnements qui leurs sont dédiés avec ou sans leurs parents, les enfants sont susceptibles d'être présents au sein des établissements ambulatoires en addictologie dans deux types de situations :

→ Parmi les consultants, certains ne disposent pas de modalité de garde de leurs enfants durant leur consultation ou un groupe à visée thérapeutique. Il s'agit majoritairement de femmes avec des enfants en bas âges, non scolarisés.

→ Les enfants et les parents sont reçus pour un entretien familial, mais au cours de la consultation il est pertinent pour les intervenants de permettre à un enfant de quitter le bureau.

Un consensus peut être formulé sur les points suivants :

→ Tout doit être mis en œuvre pour faciliter les conditions d'accueil et d'accompagnement des parents n'ayant pas de solution de garde pour leurs enfants.

→ Hors entretien familial, il est parfois difficile d'accepter la présence d'enfants durant les consultations et groupes à visée thérapeutique afin de favoriser la liberté d'expression du consultant-parent comme du profes-

sionnel ou des tiers présents d'une part, et dans le respect de ce que doit pouvoir entendre un enfant d'autre part.

→ Le professionnel doit s'autoriser à différer un rendez-vous s'il considère que les conditions d'accueil ne sont pas propices pour le consultant, l'enfant, le professionnel.

→ L'établissement doit être en capacité de proposer des modalités de garde pour les enfants : par exemple par accord de l'établissement avec une halte-garderie municipale, un service à domicile (avec enveloppe budgétaire dédiée), professionnel (ou service civique) dédié à une permanence d'accueil sans rendez-vous.

→ Ne pas accueillir et assurer la garde des enfants pendant leur temps de consultation, c'est signifier que la consultation est un temps pour les usagers eux-mêmes, pour prendre soin d'eux.

→ Trouver un mode de garde pendant ce court temps, c'est aussi une forme d'engagement dans l'accompagnement en addictologie du consultant.

Organisation de la garde

Cette question se présente régulièrement et doit être organisée dans le cadre du projet d'établissement et non improvisée afin de proposer des conditions sécurisantes pour le.s enfant.s, le consultant, comme pour l'équipe. Cette question peut être soumise pour avis aux usagers dans le cadre d'instances de consultation.

Lorsque les enfants sont scolarisés, les

rendez-vous doivent être proposés sur des horaires adaptés à ces contraintes.

→ En pratique : la situation diffère selon l'âge de l'enfant, les ressources humaines et la configuration des locaux de l'établissement :

→ Le nourrisson peut être reçu avec son parent ;

→ Si le professionnel estime que l'enfant du consultant ne peut pas être présent durant l'entretien, l'établissement organise alors des modalités d'accueil des enfants sous la vigilance d'un professionnel, en proposant par exemple un espace de jeux adapté et sécurisé (des bloque-fenêtres, des jouets qui ne présentent aucun risque d'ingurgitation ou de blessure...). Ce temps

peut être un moyen d'observation du comportement de l'enfant.

→ Responsabilités : il est important de rappeler que les établissements sont responsables des conséquences dommageables de leurs actes de prévention, de diagnostic ou de soins en cas de faute. Par conséquent, ils sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Cela concerne bien sûr avec acuité le mode de garde/surveillance organisé pour l'enfant du consultant.

À RETENIR

Le professionnel en addictologie vers lequel un membre de l'entourage s'adresse doit proposer une écoute bienveillante, un soutien et des informations. Il s'agit :

→ D'aider cette personne à identifier ses ressources et ses freins, ses difficultés, directement et indirectement liées aux problématiques addictives de l'autre.

→ De ne pas considérer l'entourage qu'à travers le prisme de ses difficultés, mais de s'appuyer aussi sur ses ressources, ses expériences, comme allié du système thérapeutique.

→ D'affirmer et réaffirmer que chacun souffre à sa manière et a besoin d'être entendu, compris et aidé, et que la recherche de solution de mieux être devra s'appuyer sur les ressources et expériences de toutes les parties prenantes.

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC) : LIEUX-RESSOURCES POUR LA FAMILLE

Les CJC sont une des missions facultatives des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au demeurant, avec ou sans CJC, les CSAPA reçoivent toutes les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, quel que soit leur âge.

Public des CJC

Les consultations sont destinées en priorité aux jeunes consommateurs⁹⁹, y compris les mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives. Les usagers peuvent se présenter seuls spontanément ou adressés par un tiers : famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice, parce qu'ils présentent des difficultés attribuées à un usage simple, à risque ou nocif de substances psychoactives.

Problématiques addictives abordées

Les substances psychoactives, y compris l'alcool, et les addictions comportementales comme le jeu, internet, etc.

Objectifs

→ Agir dès les premiers stades de la consommation : les CJC disposent de compétences et de savoir-faire afin d'entrer en relation avec le jeune et éventuel-

⁹⁹ Annexe 4 de la circulaire du 28 février 2008 relative aux missions des CSAPA

lement son entourage, pour rétablir une communication bénéfique pour l'écoute et la prise de conscience des risques, mais aussi pour envisager des problématiques sous-jacentes du jeune.

→ Accueillir l'entourage : l'entourage seul, souvent à l'origine d'une démarche d'informations trouve, auprès des professionnels de la consultation, une écoute et un soutien dans les difficultés ressenties vis-à-vis des consommations ou comportements addictifs de leurs proches.

→ Répondre aux interrogations et préoccupations de l'entourage en matière d'addiction : informations sur les substances et conduites sans produit, leurs effets et leurs risques, sur les divers types de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge.

→ Soutenir les parents dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac.

→ Recevoir, de façon conjointe, le jeune et son entourage.

S'adapter aux situations parents/enfants

Dans un contexte addictif à risque, l'axe de travail essentiel des professionnels de la CJC est de renouer le dialogue entre le jeune et ses parents, de « dédramatiser » la situation, la décortiquer, tout en maintenant le cadre parental. Ceci est rendu possible en confortant le parent dans son rôle de parent, sans le culpabiliser, mais en travaillant sur le dialogue entre eux deux, sur la perception de l'usage par les uns et les autres, sur les risques inhérents.

❖ **Dialogue distendu voire peu présent entre le jeune et son parent** : le parent se sent démuni face à son jeune qu'il juge en difficulté. De son côté, le jeune se sent incompris, impuissant et va exprimer son mal-être par différentes expérimentations qui l'auront conduit à la CJC.

❖ **Cas du refus ou impossibilité du jeune d'être accompagné par un membre de sa famille** : dans ce cas, l'entourage se compose d'un professionnel de santé, scolaire... ou d'un ami qui devra jouer un rôle de personne morale de référence et viendra en soutien du travail fait avec les professionnels de la CJC.

❖ **Cas du refus du jeune de se rendre en CJC** : le parent a la possibilité de prendre rendez-vous dans le cadre de la CJC avec un professionnel. La CJC est un lieu ressources qui dispose des renseignements utiles à la gestion de la situation et permet d'être accompagné dans ses difficultés face aux conduites addictives de son jeune.

Dans ce cas-là, le travail se fera avec le parent présent, permettant ainsi de lui donner les moyens de « faire face », de trouver les leviers qui lui permettront de renouer le lien avec son jeune, de trouver les mots pour nouer, voire maintenir un dialogue. Des outils simples comme les sms par exemple, moyen de communication privilégié des jeunes permettent de recréer peu à peu du lien. Ce premier travail avec le parent peut ainsi permettre à celui-ci de se réassurer dans son rôle de parent. Par la suite, il pourra venir avec le jeune pour entamer à son tour un travail dans les CJC.

Les CJC : un dispositif de proximité, confidentiel et gratuit, à valoriser

❖ **En proportion, les jeunes représentent une faible part des publics reçus en consultations en CSAPA**, en particulier dans le cadre de CJC pour de l'accompagnement et des soins individuels.¹⁰⁰

❖ **Par conséquent, les CJC des CSAPA doivent travailler en partenariat avec les structures accueillant les jeunes** (établissements scolaires⁰¹, culturels, sportifs, d'accompagnement social, judiciaires...) pour permettre aux professionnels qui y travaillent de savoir aborder la question des conduites addictives, les repérer et orienter leur public en difficulté.

❖ **Les CJC ont fait l'objet d'une campagne de communication en 2015**, initiée par la MILDECA, le Ministère de la Santé et l'INPES. Cette campagne de communication multi-supports sur le thème « Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, jeux vidéo, tabac... Il existe un endroit pour en parler et faire le point », soulignait clairement :

- ❖ Les distorsions de perceptions des risques et des dommages, selon que l'on est parent ou jeune,
- ❖ L'objectif des CJC comme lieu-ressources pour en parler, pour les jeunes eux-mêmes, pour les pa-

100 15% de moins de 30 ans en 2014, 18% e moins de de 25 ans. Cf. Christophe PALLE, « Les personnes accueillies dans les CSAPA », *Tendances*, n° 110, 2016, 4 p.

101 *Guide de présentation des CJC avancées. Un intérêt à travailler ensemble – Etablissements scolaires : lycées généraux et professionnels, centres de formation pour apprentis.* Dépliant élaboré dans le cadre de la Coordination des CSAPA assurée par l'ANPAA – Avec le soutien financier de l'ARS, année 2016-2017

rents, pour nouer, ou renouer, le dialogue sur les conduites addictives.

Les CJC : un outil « phare de la prévention »

La campagne nationale de communication de 2015 a su toucher juste.

Les CJC ont bénéficié d'une diversification des modes d'entrée¹⁰², avec une plus grande visibilité des familles. En effet, dans l'enquête de 2015, on constate la plus grande représentation des familles dans le dispositif. Notamment, les constats suivants émergent :

❖ **Les orientations par la famille progressent de 15% en 2014 à 20% en 2015**, cette hausse se retrouvant à tous les âges. Celles-ci se placent désormais au deuxième rang des sources de recrutement des consultants, derrière les orientations judiciaires qui restent prédominantes.

❖ **La présence de la famille, en tant qu'accompagnateur, est également plus importante durant les consultations.** La proportion de consommateurs venus avec leur entourage familial passe de 22% à 34% en un an. La part des proches, venus sans l'usager, avoisine toujours les 7% et les consultations « venus seuls » restent majoritaires.

❖ **Les consommateurs dirigés par leur famille en CJC sont plus jeunes que les autres** et davantage consommateurs de jeux vidéo. En 2015, le jeu vidéo représente :

- ❖ 5% des motifs de recours parmi les

102 Caroline PROTAIS et al., « Evolution du public des CJC (2014-2015) », *Tendances*, n° 107, 2016, 4 p.

jeunes consultants venus seuls,
❖ 14% des consultations mettant en présence les jeunes et leur entourage,

❖ 15% des consultations de familles venues seules.

❖ **Cette forte mobilisation des familles explique une autre évolution marquante en 2015** : l'augmentation de la part des mineurs. À l'inverse, les familles venues sans la personne concernée se mobilisent principalement autour de la consommation d'un enfant majeur.

À RETENIR

❖ **Les problématiques addictives des jeunes se situent très souvent dans un contexte de rupture de dialogue** avec l'entourage familial proche. L'objectif des CJC est donc de renouer, maintenir ou renforcer ses liens avec son entourage.

❖ **Les CJC doivent travailler en réseau avec toutes les structures en résonance avec les multiples cercles d'entourages des jeunes** : lieu de consultations médico-sociales, établissements scolaires, maisons des jeunes, lieux de vie culturels et sportifs, etc.

❖ **Les CJC doivent communiquer sur leur territoire de rayonnement** auprès des structures recevant un public jeune et auprès des personnes de leur entourage, à commencer par les parents.

3/2 ACCOMPAGNER L'ENTOURAGE EN GROUPE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

LES GROUPES À VISÉE THÉRAPEUTIQUE¹⁰³

Principes

Dans le cadre de son parcours de soin au sein de l'établissement (CSAPA), la personne de l'entourage pourra être orientée vers un groupe à visée thérapeutique. Le groupe à visée thérapeutique s'inscrit à la fois dans le projet individualisé d'accompagnement et de soins du consultant et dans le projet d'établissement. Le groupe à visée thérapeutique a pour objectif d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des usagers, personnes en difficulté avec ses conduites addictives comme personnes de l'entourage. Cette modalité thérapeutique est complémentaire de l'accompagnement individuel et repose sur les interactions entre les membres du groupe, avec un accompagnement professionnel.

Objectifs des groupes à visée thérapeutique

■ Objectifs généraux :

❖ La **capacitation** (ou empowerment) de l'individu est l'apport principal recherché pour l'usager dans le cadre d'un groupe à visée thérapeutique. Les objectifs généraux sous-tendus par la démarche en groupe thérapeutique sont :

.....

¹⁰³ Les groupes à visée thérapeutique. *Addictologie ambulatoire*, ANPAA, 2015, 31 p. (Guide Repères)

- ❖ Améliorer, développer, instaurer ou restaurer :
 - ❖ L'émancipation, l'autonomie de l'usager,
 - ❖ Ses capacités relationnelles, physiques, créatives,
 - ❖ Son image corporelle et son estime de soi ;
- ❖ Ré-entraîner et réadapter **ses habiletés** et accroître ses compétences psychosociales ;
- ❖ Favoriser la **motivation au changement** ;
- ❖ Accroître la compétence d'acquiescer des **réflexes de santé positifs**.

■ Objectifs spécifiques :

- ❖ Le **développement des compétences psychosociales**,
- ❖ L'aide à l'élaboration psychique et à l'**amélioration des capacités cognitives**,
- ❖ La **réappropriation corporelle et sensorielle**,
- ❖ L'**amélioration de la connaissance des conduites addictives** et des modalités d'accompagnement et de soins.

Enfants et groupes à visée thérapeutique

Les enfants peuvent être soutenus par de nouveaux contextes d'expériences favorisant la « re » connexion à leurs besoins et une confiance nouvelle dans leurs capacités à « ressentir » au travers de groupes à visée thérapeutique variés.

Plusieurs équipes d'accompagnement et de soins ont en ce sens développé des groupes d'expression pour enfants de parents en difficulté avec leurs conduites addictives. À l'exemple du CSAPA

ANPAA de Caen l'expérience montre notamment :
 ❖ La nécessité d'ouvrir des espaces différents en fonction des tranches d'âges, les modes d'expressions des enfants et des adolescents étant différents.

❖ La nécessité de soutien des enfants pour construire des réponses adaptées à des contextes dans lesquels ils se sentent piégés.

ILLUSTRATION

❖ Groupe à visée thérapeutique à destination de l'entourage adulte

EXPÉRIENCE DU CSAPA ANPAA DANS LE RHÔNE, À VILLEURBANNE

ORGANISATION

Il s'agit d'un groupe réuni une fois par mois en soirée destiné à l'entourage, et permettant d'amorcer des consultations individuelles ou des entretiens familiaux. 10 à 12 personnes constituent en moyenne le groupe (les séances sont mensuelles et les appels quotidiens renforcent le nombre de participants). Une psychologue et une intervenante sociale animent la séance pendant que la secrétaire assure un accueil permanent, pour éviter une déperdition.

PUBLIC

- ❖ Groupe ouvert à toute personne de l'entourage même si l'usager en difficulté avec ses pratiques addictives n'est pas suivi au CSAPA.
- ❖ Les participants viennent plutôt en îlots familiaux par deux ou trois, parfois

seuls. Les femmes s'emparent généralement plus de ce dispositif que les hommes, représentant en moyenne 90% des membres du groupe.

❖ Toutes les problématiques addictives sont discutées, avec ou sans produit et toutes les personnes de l'entourage sont conviées : conjoint.e.s, parents, enfants, amis...

❖ Afin d'évaluer la demande et les éventuelles contre-indications, est prévu un premier entretien téléphonique, avec une grille d'entretien semi-directive standardisée élaborée par les intervenants.

❖ Cet entretien prépare à la question du groupe : comment l'entourage va pouvoir être écouté ? Quelle bienveillance va-t-il trouver dans ces échanges ?

❖ Si l'entourage souhaite un suivi individuel, en parallèle, ou suite au groupe, il est possible de l'orienter vers un premier entretien. Les deux accompagnements peuvent se compléter. Sont inclus aussi les personnes de l'entourage déjà suivies au centre en individuel et demandeurs. Ils sont alors orientés par les intervenants.

OBJECTIFS

Objectif principal : soutien, partage d'expériences, apport d'informations, travail sur les représentations. Le groupe atteste la souffrance de l'entourage, la repère, la contient.

Ce groupe offre des pistes de réponses aux questions suivantes :

- ❖ Pourquoi la personne en difficulté avec ses conduites addictives ne reconnaît pas la souffrance de l'entourage, est-ce normal ?
- ❖ Comment y répondre ?
- ❖ Comment rester dans sa famille, tout en se protégeant, pour avancer soi-même ?
- ❖ Comment faire avec ce que l'on est, jusqu'où va le soutien, afin de ne pas trop souffrir, se respecter, se protéger, s'affirmer, prendre soin de soi ?

LES PROFESSIONNELS APPORTENT UN AUTRE REGARD QUE CELUI DU TÉMOIGNAGE

- ❖ Ils expliquent les positionnements de la personne en difficulté avec ses conduites addictives : mise à distance, une protection, considérer l'autre dans sa souffrance.
- ❖ Ils garantissent le cadre, la bienveillance, le respect de l'écoute de l'autre pour que chacun se positionne et soit impliqué, ait un temps de parole garanti ; ce qu'il vit fait écho à l'autre ; l'entourage peut déposer sa souffrance, ses difficultés et voir comment les autres peuvent faire ressource pour lui.

❖ L'accompagnement amène l'entourage à se rendre compte que le groupe fait soutien.

❖ Cet accompagnement relaie la question du travail individuel et celle de l'auto-soutien de la famille.

❖ Le travail des professionnels est d'aider l'entourage à se positionner, à trouver sa juste place dans sa relation à la personne ayant des conduites addictives (rupture ou omnipotence de l'entourage, effet miroir des addictions) en fonction du parcours de soins (la place de l'entourage ne sera pas accompagnée de la même manière si les conduites addictives sont anciennes, avec des tabous, secret, non-dits, dénis.).

❖ Il ne s'agit pas forcément d'un accès à l'autonomie, mais plutôt d'un positionnement face à la personne ayant des conduites addictives, qui ne doit être ni trop, ni pas assez.

PLACE DE L'ENTOURAGE DANS LE PARCOURS DE SOIN

Quelle que soit la problématique addictive, l'entourage comme allié des soins est un gros changement de paradigme et de regard, par rapport à d'autres époques des soins en addictologie.

L'accent est mis sur la précocité des rencontres, sans que l'alliance soit mise à mal, et donc inviter très vite l'entourage à participer à plusieurs rencontres, dans les premiers mois si la lecture de la situation que nous avons faite nous semble le nécessiter.

Ainsi, chacun des protagonistes établit une confiance et un regard serein sur ce qui va se passer par la suite dans le soin. Cela permet aux professionnels de percevoir ce qui se passe à la maison et également de pouvoir donner à l'entourage des informations qui permettent rapidement d'apaiser cer-

tains conflits familiaux. En proposant à l'entourage de ne pas surenchéris dans le conflit quand les personnes sont aux prises avec les produits, cela permet, si la famille y arrive, de calmer des tensions voire de diminuer la violence verbale et physique de façon conséquente.

ILLUSTRATION

❖ Groupe à visée thérapeutique à destination des enfants de parents en difficulté avec leurs conduites addictives

EXPÉRIENCE DU CSAPA ANPAA
DANS LE CALVADOS, A CAEN

PUBLIC

Ce groupe s'adresse aux jeunes de moins de 17 ans souffrant de l'alcoolisation ou de la consommation d'autres substances, d'un parent.

PRÉALABLE

L'accueil est organisé par groupe d'âge, d'où la nécessité pour les organiser, de téléphoner avant de venir au CSAPA.

OBJECTIFS

- ❖ Montrer aux jeunes qu'ils ne sont pas tout seuls
- ❖ Chercher des solutions ensemble face aux difficultés qu'ils rencontrent.
- ❖ Des situations quotidiennes sont envisagées : monter dans la voiture

quand un parent est sous effet de produit, situation de triangulation avec les parents, la violence sous effet ou par manque...

❖ Il s'agit d'un groupe d'expression et d'échanges avec des possibilités de désiner, de jouer des mises en situation...

ANIMATION DU GROUPE

❖ Le groupe est animé par des professionnels spécialisés en addictologie, au moins deux par séance, dans l'idéal femme et homme.

❖ Le rôle des animateurs est de garantir le confort de chacun, sans intention thérapeutique. Ils orientent les adolescents qui auraient besoin d'un accompagnement.

❖ Le groupe est ouvert le mercredi après-midi de 13h30 à 15h.

❖ Il est possible d'adapter les horaires, si nécessaire.

COMMUNICATION

❖ L'existence du groupe est communiquée dans tous les espaces de formation, de sensibilisation et dans les établissements scolaires.

❖ Une campagne d'affichage a été réalisée suite aux conseils des enfants qui nous disaient qu'il valait mieux passer directement par eux, que les adultes avaient des difficultés à leur communiquer l'information.

INSCRIPTION

L'inscription des enfants à un groupe est partagée avec le responsable légal et ce temps permet le plus souvent d'aborder avec le parent la nécessité d'un espace de parole pour l'enfant qui a à vivre avec la dépendance du parent.

Si nécessaire, le trajet est accompagné par un professionnel afin que ce ne soit pas un obstacle pour l'enfant qui souhaite participer, mais n'est pas autonome.

LES GROUPES D'AUTO-SUPPORT

Les diverses associations qui regroupent soit des usagers « actifs » soit les groupes d'entraide par l'abstinence, réunies sous le terme de groupe d'auto-support, répondent à une double logique, celle de l'idée de pairs et celle de la responsabilisation, et vise à agir au niveau des vulnérabilités et d'une reconquête de l'autonomie. Ainsi, ces groupes relèvent d'un double modèle :

❖ **Celui du « care »** d'une part, c'est-à-dire la mise en action d'un principe d'attention, de sollicitude à prendre soin de l'autre, et, ce faisant, de soi, en visant un bien-être, un mieux-être global de l'individu.

❖ **Celui de l'approche par les « capacités »** d'autre part, c'est-à-dire l'amélioration des capacités d'un individu à effectuer des choix entre des combinaisons de fonctionnements et à envisager les conséquences, positives ou négatives.

L'apport des groupes d'entraide

L'intérêt des mouvements d'entraide, ou groupes d'auto-support pour les personnes de l'entourage et les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives sont les suivants :

- ❖ **Lieu d'intégration sociale** et de lutte contre l'exclusion ;
- ❖ **Valorisation de la personne** dans l'écoute, le non-jugement de son ressenti, de son expérience, de la souffrance, de la maladie ;
- ❖ **Lieu d'apprentissage** d'une nouvelle gestion de soi au quotidien ;
- ❖ **Lieu d'expression du « care »**¹⁰⁴ comme technique de soin complémentaire aux systèmes plus classiques de soins du « cure » ;
- ❖ **Lieu d'informations** variées, approfondies et fiables ;
- ❖ **Lieu de grande disponibilité** et de grande souplesse de fonctionnement ;
- ❖ **Rencontres privilégiées** pour les échanges, la convivialité, l'amitié ;
- ❖ **Existence d'une solidarité** proximale pour éviter une plus grande détresse psychique ;
- ❖ **Lieu de réel intérêt pour la personne** et son entourage afin de l'aider à s'en

¹⁰⁴ « Care » est une expression anglo-saxonne signifiant bienveillance, s'occuper de, prendre soin, porter attention

sortir, à sauver sa vie en lui permettant de vivre mieux et longtemps.

❖ Il s'agit de compléter l'accompagnement et les soins apportés par des professionnels de l'addictologie : les mouvements d'entraide peuvent rencontrer des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives ou leur famille hors structure de soins et à des horaires plus larges.

L'apport spécifique aux personnes de l'entourage

Plusieurs associations proposent des groupes d'auto-support ou d'entraide, spécifiquement destinés aux personnes de l'entourage de personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, même si le cœur de leur action s'adresse avant tout aux usagers eux-mêmes.

Les personnes de l'entourage sont reçues selon leur propre convenance : individuellement, en groupe de paroles ou parfois avec la personne en difficulté avec ses conduites addictives elle-même.

Ces groupes fonctionnent comme suit :

- ❖ **Une organisation régulière et accessible**
- ❖ **Un appui essentiel sur les pairs** pour la compréhension de la co-dépendance, c'est-à-dire :

- ❖ La compréhension du processus contre-productif pour l'utilisateur dépendant de l'intervention répétée de la personne de l'entourage,
- ❖ La compréhension de l'intérêt à vivre mieux, se reconstruire et ainsi aider le malade dans son nouveau parcours vers une meilleure santé.

L'entourage, présentant une co-dépendance installée ou pas, est souvent en repli sur lui-même, honteux, culpabilisé et en perte d'espoir. La participation à un groupe de parole en auto-support peut lui permettre de :

- ❖ **Se poser des questions utiles** sur son comportement,
- ❖ **Comprendre que la personne en difficulté avec ses conduites addictives est en souffrance** et qu'il faudra du temps pour une amélioration de la qualité de vie,
- ❖ **Comprendre que tout ne reviendra pas « comme avant »** et qu'un nouvel équilibre est à trouver en se reconstruisant chacun et ensemble.

Les groupes d'entraide sont un appui véritable sur ces points, par leur qualité d'écoute, d'identification, d'empathie et de confidentialité. Ils sont complémentaires des interventions des professionnels : la palette des acteurs de soutien doit être portée à la connaissance des usagers des établissements sanitaires et médicosociaux en addictologie et de leur entourage, car « il faut mettre toutes les chances de son côté », « Il n'y a pas de solution miracle, chacun doit trouver sa propre voie ».

ILLUSTRATION

Groupes d'entraide ou d'auto-support

AL-ANON¹⁰⁵

Les groupes familiaux Al-Anon sont nés aux Etats-Unis en 1951 et existent en France depuis 1962. Le nom Al-Anon est dérivé des premières syllabes d'Alcooliques Anonymes.

Al-Anon France a pour but d'aider la famille et les amis de personnes ayant un problème avec l'alcool.

L'association compte près de 200 groupes en France.

Les membres Al-Anon sont des personnes qui ont été affectées par la consommation d'alcool d'une autre personne. Il s'agit des parents, des enfants, des épouses, des époux, des compagnons ou compagnes de vie, des sœurs, des frères, d'autres membres de la famille, des amis, ... Peu importe la situation vécue, les personnes ont un lien commun : elles jugent que leur vie a été profondément affectée par la consommation d'alcool d'une autre personne. Leurs actions reposent sur le soutien mutuel et le partage de solutions, pensées, actions pour améliorer leur qualité de vie.

Au cours des réunions, les membres Al-Anon partagent leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leurs problèmes communs. Chaque groupe Al-Anon s'auto-ré-

gule par une grande liberté d'approche : aucun engagement, aucune adhésion. Les réunions ne contraignent pas la parole, mais la laisse libre d'avoir lieu ou pas, guidée par un modérateur. Avec le temps et selon le souhait de chaque individu, le groupe propose le parcours en douze étapes issues de la méthode des Alcooliques Anonymes.

ALATEEN est destiné aux adolescents dont la vie a été affectée par la consommation d'alcool d'une autre personne. Parfois, la consommation a cessé, ou le buveur en phase active peut ne plus vivre avec ses enfants. Même si l'alcool a disparu, ou si l'alcoolique est parti ou est en rétablissement chez AA, ils en sont encore affectés.

NAR-ANON¹⁰⁶ est un programme qui s'adresse aux personnes de l'entourage d'usagers de drogues : le parent, l'épouse, l'enfant, le frère, la sœur ou l'ami du consommateur. Il offre un support et des ressources aux familles et amis des dépendants de drogues et propose des rencontres hebdomadaires, et de l'écoute personnelle. Nar-Anon est un mouvement basé sur les douze étapes des Narcotiques Anonymes qui aident les personnes vivant auprès des dépendants à développer des outils et des moyens pour vivre une vie plus saine et sereine.

¹⁰⁵ Pour en savoir plus : <http://al-anon-alateen.fr/>

¹⁰⁶ Pour en savoir plus : <https://naranonfrance.wordpress.com/>

ZOOM

La CAMERUP - Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique¹⁰⁷

→ La CAMERUP regroupe les Fédérations Nationales Alcool Assistance, Alcool Ecoute Joie et Santé & les Amis de la Santé ainsi que les Mouvements de la Croix Bleue & Addictions Alcool Vie Libre.

→ La CAMERUP n'a pas vocation à intervenir directement auprès de l'entourage des malades de l'alcool. Toutefois, le but de la coordination n'étant pas d'intervenir dans le fonctionnement des cinq entités affiliées, celles-ci organisent l'accompagnement des proches selon leurs spécificités fonctionnelles.

→ Les entités affiliées ont toutes, néanmoins, des actions pour l'entourage, telles que des groupes de parole dédiés, des suivis spécifiques dans le cadre de l'accompagnement et de la réinsertion de la cellule familiale dans la société entre autres.

→ Certaines sessions de formations peuvent être dispensées aux personnes de l'entourage par les formateurs de la coordination.

→ Certains membres de l'entourage s'investissent à terme dans l'accompagnement, voir dans la sensibilisation et

l'information, après les formations nécessaires ou l'animation de certains groupes de parole. Ces personnes de l'entourage s'investissent également dans l'organisation de certaines manifestations, sorties, etc.

→ La CAMERUP joue un rôle d'interface entre les associations de terrain et les organismes de tutelles ou instances. La coordination est ainsi l'intermédiaire privilégié pour faire remonter les dysfonctionnements dans le cadre de l'accompagnement et les besoins de toutes les composantes de la famille et plus largement de l'entourage.

→ L'addiction à l'alcool : maladie familiale

En effet, la CAMERUP reconnaît cette pathologie comme une maladie familiale, car si un individu en est directement victime, c'est l'ensemble de la cellule familiale qui est en souffrance et en subit les conséquences directes ou indirectes. Au quotidien, nos acteurs de terrain sont confrontés à ces états de fait, enfants et conjoints battus, enfants déscolarisés ou en difficulté n'ayant pas les conditions optimales pour une vie normale d'enfant ou d'adolescent, obligés à l'isolement, à l'autarcie en raison de la honte, de l'incompréhension et de l'impuissance que génère cette maladie. C'est bien au-delà de la cellule familiale, dans l'entourage scolaire, professionnel, sportif que fait écho à ce mal-être.

¹⁰⁷ Contribution de la CAMERUP

3/3 ORIENTATIONS PSYCHO-THÉRAPEUTIQUES

MISE EN ŒUVRE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS

Les « proches » de personne en difficulté avec leurs conduites addictives sont membres du « système avec addiction ». Lorsqu'ils consultent pour une écoute et un soutien, après avoir généralement exploré diverses expériences d'aide de leur proche, ils se sentent la plupart du temps démunis, se retrouvant parfois comme coupés de leurs propres émotions et sensations physiques pour trouver le ressort nécessaire à l'amélioration de la situation.

L'accompagnement et les soins de la personne de l'entourage en difficulté prennent place, comme pour l'usager addict, quand, après un premier entretien d'écoute, d'évaluation et d'orientation, la demande est verbalisée et consensuée.

Dans une approche systémique, l'analyse de la personne dans son contexte global doit être mise en œuvre, notamment afin d'identifier les ressources dans son environnement proche.

En termes de thérapie, quelle qu'en soit la tendance ou « l'école », l'environnement entier de l'entourant (comme de l'addict) est à un moment donné pris en considération pour aborder la problématique de l'individu.

OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE

« Travailler avec le couple et la famille, c'est ramener la notion d'altérité et per-

mettre un travail de subjectivation de chacun à travers le processus de différenciation entre les conjoints et les générations. Les interventions thérapeutiques centrées sur les attachements permettent un meilleur partage émotionnel, une plus grande différenciation de chacun et de meilleures capacités de mentalisation. »¹⁰⁸

COUPLE, FAMILLE ET THÉRAPIES : ADAPTER L'INTERVENTION À CHAQUE SITUATION Réinstauration de la relation de couple

Quand le produit est « un tiers qui s'introduit dans le couple »¹⁰⁹, la consultation va venir réintroduire du tiers par le biais de la parole, là où le produit vient remplir cette fonction entre les conjoints.

Le « non-consommateur problématique », c'est-à-dire le conjoint en souffrance avec les difficultés d'addiction de l'autre, pourra alors exprimer ses revendications et son sentiment d'impuissance devant les consommations problématiques. La consultation lui permet de se décharger de ses craintes et de sa colère ailleurs que dans un face-à-face sans issue, autrement que par la répétition des tentatives de contrôle et d'emprise.

La personne en difficulté avec ses conduites addictives pourra également réintégrer une place de « conjoint » et pas uniquement de « malade » par rap-

¹⁰⁸ Isabelle TAMIAN-KUNEGEL, *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique. Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*, Chronique sociale, 2015, 174 p. (Comprendre la société)

¹⁰⁹ Carmen BERNAND (dir.) *Désirs d'ivresse. Alcools, rites et dérivés*, Autrement, 2000, p. 51

port à l'autre membre du couple : « Chacun des conjoints rejoue sur la scène conjugale des éléments d'une pièce qui s'est écrite bien avant, dans sa famille d'origine »¹¹⁰.

Ainsi c'est par un travail d'individuation et de différenciation nécessaire d'avec le conjoint que la personne addictive peut trouver l'espace indispensable au redéploiement de sa personnalité.

Choix d'une orientation thérapeutique pour la famille

Le choix d'un accompagnement familial doit se réaliser en ayant pesé les éléments de la double problématique :

•❖ Difficultés de l'usager en demande initiale auprès de l'établissement,

•❖ Difficultés identifiées ou décelées par le professionnel dans l'environnement de la personne en consultation initiale (que ce soit la personne addictive ou son entourage).

Il est utile de mesurer les risques d'une orientation thérapeutique en décalage avec le besoin réel :

•❖ Proposer un travail en famille là où il y a une difficulté individuelle : le risque est d'aliéner le sujet en gérant ses questions individuelles en famille. Dans ce cas, on ne soutient nullement les désirs d'autonomie et d'individuation. Le sujet peut faire en sorte de démotiver sa famille.

•❖ Proposer des entretiens familiaux à quelqu'un qui se désigne comme souffrant :

cette personne en demande d'aide risque de percevoir le message qu'il n'est pas « assez intéressant ». Il peut également le ressentir comme une preuve que le thérapeute ne lui fait pas confiance et a besoin du témoignage de l'entourage.

•❖ Proposer un travail individuel là où il y a une difficulté familiale : le thérapeute pensera qu'il a respecté le sujet et qu'il lui aura laissé l'opportunité d'exprimer ce qu'il ressent. Cependant, le thérapeute se heurtera à une difficulté thérapeutique : le sujet porteur du symptôme est peu demandeur ou n'en souffre pas : ceci peut conduire certains thérapeutes à estimer que la non-demande du consultant empêche l'engagement d'un travail thérapeutique.

DES CADRES THÉORIQUES D'INTERVENTION

Les psychothérapies abordent le symptôme « conduite addictive », de façon variable selon les cadres théoriques d'intervention choisis. Parmi les cadres théoriques d'intervention :

•❖ Approche comportementale (thérapie cognitivo-comportementale) : le symptôme est l'objet du travail pour tenter de le faire disparaître ou le diminuer.

•❖ Approche systémique (thérapie familiale, thérapie systémique) : la fonction du symptôme au sein du système est recherchée afin de modifier les relations au sein du système et faire disparaître le symptôme.

•❖ Approche humaniste (analyse transactionnelle, programmation neuro-linguistique, thérapies brèves, thérapies psychocorporelles, sophrologie, hyp-

¹¹⁰ D. HERS, Jean-Paul ROUSSEAU, Marc DERELY, « La thérapie de l'alcoolisme par le couple », in *Alcoolisme & toxicomanies*, De Boeck, 1989, p. 60

nose, Eye-Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR - Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires etc.) : le sens du symptôme pour l'individu est recherché pour l'aider à développer de nouvelles ressources plus efficaces.

❖ **Approche intégrative** : approche qui s'inspire de plusieurs approches thérapeutiques et le thérapeute utilise l'outil

le plus efficace pour l'utilisateur, il peut utiliser plusieurs outils en fonction des étapes de l'accompagnement.

❖ **Approche psychanalytique** (psychanalyse, psychothérapie analytique) : les origines du symptôme pour l'individu sont recherchées en présupposant que ce processus va faire disparaître le symptôme.

ZOOM

❖ Carte familiale, génogramme et génosociogramme

OUTILS D'ANALYSE FAMILIALE

Origine

C'est parce que l'individu n'est pas vu comme le seul élément à observer que ces instruments d'analyse de la structure familiale ont été créés dans les années 70 par les pionniers de la thérapie familiale.

Objectif

Dresser une image graphique plus ou moins succincte de l'histoire familiale de la personne en l'inscrivant dans du transgénérationnel, non plus seulement horizontalement dans le présent, mais verticalement à travers ses descendants et ascendants.

Présupposés

L'histoire de la famille influence chaque individu, transporte avec elle des valeurs, des émotions et des com-

portements transmis depuis des générations.

Applications

Selon l'approfondissement plus ou moins grand qui est recherché, ces outils permettent de schématiser plusieurs générations, repérer les dates clé (mariages, naissances, décès, déracinement...), les faits importants de l'histoire de la vie de la famille (niveau d'études, professions, séparations, remariages, maladies, problématiques addictives, suicide, accidents, déménagements, traumatismes, incendies, catastrophes, décès prématurés...) et les liens affectifs entre personnes.

❖ Ces outils offrent à la personne et au professionnel qui l'accompagne une représentation qui permet de s'inscrire dans une approche globale de la famille en identifiant et mesurant des liens entre des problèmes actuels et des comportements, des symptômes et interactions, des événements parfois répétés d'une génération à l'autre.

ZOOM

❖ Thérapie familiale systémique

La thérapie systémique, et la diversité de ses approches, permettent d'interpréter les fonctions et le sens du symptôme, utiles pour accompagner l'entourage des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives.

Les concepts de base en thérapie familiale systémique

■ Système familial, symptôme et solution

Dans l'approche des systèmes (familiaux), se pose la question de la fonction du symptôme. Si le comportement addictif (symptôme) reste un problème, c'est qu'il peut être une solution dans le système, sinon il aurait disparu.

Certaines familles mettent en place des règles dysfonctionnelles afin de maintenir le système en homéostasie. Par exemple, une femme qui se plaint de son époux et de ses conduites addictives aux conséquences difficiles à vivre, aurait craint en même temps, si elle avait été avec un homme « sans problème », que celui-ci la quitte. Si elle reste avec cet homme, qu'elle dévalorise parfois, c'est qu'elle en a un bénéfice.

■ **Règles familiales dysfonctionnelles**
Jean-François Croissant¹¹¹, psychologue clinicien, thérapeute familial, décrit quatre règles familiales dysfonctionnelles au sein de la famille :

❖ **Règle du déni** : minimisation par tous du problème

❖ **Règle du silence** : le sujet doit être tenu caché sous peine de honte ou de représailles.

❖ **Règle de l'isolement** : chacun doit se débrouiller avec ses besoins et ses émotions, perte de la solidarité.

❖ **Règle de la rigidité** : fermeture du système sur lui-même, les règles doivent être rigides.

■ Système et communication

L'histoire de la pensée systémique est indissociable de celle des théories cybernétiques, sciences de la communication et du contrôle, par extension sciences de la signification et de la compréhension des phénomènes communicants.

❖ Pour Von Bertalanffy, un système est « un ensemble de parties en interaction entre elles et avec leur milieu ».

❖ Pour De Saussure, un système est « une totalité organisée fait d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres, en fonction de leur place dans cette totalité ».

¹¹¹ Jean-François Croissant, psychologue clinicien, thérapeute familial, formateur et superviseur en alcoologie et en thérapie familiale systémique, formateur en thérapie centrée sur les solutions et inspiré par l'analyse transactionnelle, directeur pédagogique de Pégase Processus, Rennes et Saint-Brieuc.

Les objectifs de la thérapie systémique familiale

❖ Tenter de rendre plus flexibles les règles de ce système, afin que le « patient » désigné n'ait plus à jouer ce rôle de stabilisateur, sans qu'aucun des protagonistes ne se sente trop exposé d'abandonner ses croyances protectrices forgées par un vécu douloureux.

❖ Offrir un contexte de sécurité affective qui permettra au système de vivre librement l'expérience d'une autre modalité relationnelle sans se sentir menacé.

❖ Aider le système à définir des « boucliers amovibles » plus adaptés et tout aussi opérants que l'« armure rigide et lourde » qu'il utilise jusque-là.

ILLUSTRATION

Thérapie familiale

EN PRATIQUE AU CSAPA ANPAA EN VENDÉE

CONTEXTE

Le CSAPA propose l'accompagnement de l'entourage des personnes ayant une conduite addictive. Plusieurs types d'accompagnement sont proposés. L'établissement considère que le travail de couple et de famille se pose en complémentarité de l'entretien individuel. En effet, le système familial peut rendre difficiles le cheminement individuel et ses remaniements. C'est pourquoi, l'équipe a voulu associer à l'accompagnement individuel, l'accompagnement de couple et de famille. Dès 2004, une personne de l'équipe s'est formée à la thérapie familiale et depuis 2015 un deuxième thérapeute familial a été recruté pour développer la co-thérapie.

OBJECTIFS

Il ne s'agit pas seulement d'accompagner les souffrances issues des addictions, mais d'amener, si possible, le couple ou la famille à réfléchir au sens de ses symptômes.

L'approche familiale peut permettre une autre définition de la situation de crise en termes interactionnels, interpersonnels, trans-générationnels et favoriser une réorganisation des processus relationnels dans le réseau familial.

Favoriser un autre regard de la famille sur le symptôme addictif qui souvent a fait l'objet de la demande.

LE SENS DU SYMPTÔME

Le symptôme peut être le signe que la famille éprouve des difficultés à dépasser l'étape actuelle de son cycle de vie ou des événements. Il peut être l'expression de la souffrance d'une famille toute entière et/ou l'expression de souffrances passées non-apaisées.

Il peut correspondre à ce qui ne peut être dit dans l'ordinaire et servir de vecteur de parole, y compris pour la famille. Il peut permettre de sortir : des secrets de famille, de conflits de loyauté, de travailler sur une perception émergente moins douloureuse d'une réalité, ce qui peut être un des objectifs et un axe de travail thérapeutique important...

POURQUOI ? COMMENT ?

Dans une famille, s'opère souvent une confusion entre ce qui pose problème, à savoir une addiction et l'idée que l'addiction ou la personne pourrait être le problème. Cette confusion ne facilite pas le changement pour la personne en problématique addictive. L'ensemble familial ne peut s'entendre et l'escalade symétrique renforce les niveaux de mal-être.

En travaillant la demande, les professionnels essaient de valider la souffrance de l'entourage et de la personne qui utilise le produit pour essayer de l'apaiser. L'équipe professionnelle souhaite ainsi faciliter le travail thérapeutique sur les raisons de l'usage. L'entourage et la famille ont des ressources. Ils connaissent, mieux que les professionnels leur histoire et leur contexte, même s'ils peuvent faire partie des enjeux de l'usage.

ILLUSTRATION**Familles et incarcération,**

EXPÉRIMENTATION AU CSAPA RÉFÉRENT
CARCÉRAL ANPAA EN LOZÈRE

Expérimentation de septembre 2018 à juin 2019 à la maison d'arrêt de Mende d'accompagnement des familles et des couples dont l'un des membres est incarcéré et en difficulté avec ses conduites addictives, dans un objectif de diminution des risques de récidive.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Aider la famille/couple à s'adapter à l'incarcération afin que celle-ci fasse étape,
- Activer un processus d'intériorisation de la loi chez les familles/couples par la prise de conscience de la responsabilité du condamné,
- Restaurer la communication lorsqu'elle est conflictuelle ou sur un mode projectif (« c'est ta faute pas la mienne... »),
- Préparer avec la famille la sortie du membre incarcéré.

MISE EN ŒUVRE

→ Les détenus sont orientés vers le CSAPA par le SPIP et/ou l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire lors de la commission pluridisciplinaire unique.

→ Les détenus sont rencontrés en entretien individuel. Les professionnels du CSAPA évaluent la situation familiale ou de couple avec le détenu : communication entre les membres, exercice des rôles, prise de risque, capacité à s'individualiser, conflit(s), frontières, un besoin de « réparer » sa faute, etc.

→ Si l'entretien familial semble un mode d'intervention adapté à la situation, le professionnel le propose au détenu. S'il est d'accord, le détenu informe les membres de la famille invités à participer à l'entretien.

→ La planification et l'organisation de l'entretien et l'accueil de la famille sont élaborés avec l'administration pénitentiaire.

DÉROULEMENT

→ Entretiens familiaux ou de couple au sein de la maison d'arrêt animés par deux professionnels formés à l'approche systémique (un travailleur social et un psychologue)

→ Durée par entretien : 1h15 environ

→ Rythme : entretien tous les 15 jours selon les contraintes pénitentiaires

→ Lieu : parloir de la maison d'arrêt

ZOOM**Conduites addictives et parentalité : crainte de la rupture des liens familiaux et impact sur l'accompagnement et les soins**

Dans le contexte de parentalité et de conduites addictives du patient, le professionnel est souvent au centre d'une problématique de prise de position ou du moins de réflexion, entre, d'un côté la préservation de la relation d'accompagnement et de l'autre, le comportement de l'utilisateur vis-à-vis de son conjoint ou ses enfants.

→ Motivation aux soins pour la préservation du lien avec l'enfant : pour certaines personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, le maintien de leurs liens parentaux, que ce soit le droit de garde ou de visite de leurs enfants, peut motiver l'engagement dans les soins. En particulier, lorsque des mesures éducatives relevant de la protection de l'enfance sont engagées, cet engagement dans les soins, bien plus que motivé est, parfois même, la condition du maintien de ces liens.

→ Perception du risque de violences intrafamiliales : hors de tout soin contraint, les équipes d'accompagnement et de soins apprennent, ou comprennent parfois, que des situations de violences existent : la personne accompagnée est victime de violences ou est, elle-même, auteure de violence contre son conjoint ou ses enfants notamment.

Certains professionnels ne mettront pas toujours en œuvre toutes les mesures adaptées de protection des personnes, parfois par crainte de rompre la relation de confiance avec la personne et de perdre de vue cette personne engagée dans un processus de changement.

Or, c'est ainsi que des situations parfois graves ne font pas l'objet de signalement, ou pas assez tôt pour en réduire les dommages.

Ces difficultés ne sont pas rares et posent la question de l'objectif des soins et des conditions d'accompagnement.

4 MOT DE CONCLUSION



Ce guide a pour objectif d'aider chacun dans sa pratique et chaque équipe de terrain à donner du sens à l'accueil, l'écoute et l'accompagnement qui est proposé à chaque membre de l'entourage.

Par un continuum qui balaie les champs de la prévention, en passant par la réduction des risques et dommages jusqu'aux soins et de la famille à l'entourage professionnel ou scolaire, l'ouvrage offre au lecteur une vision élargie du sujet.

Ce guide n'a pas vocation à développer des théories ou des concepts. Il propose à chaque professionnel des pistes de réflexion avec des illustrations claires et documentées, il se veut pratique. Chacun sera libre d'approfondir le sujet par ses lectures en s'appuyant sur les références citées. L'action une « Affaire de famille ! », par sa diffusion,

est un des outils de référence qui propose une formation des professionnels pour accompagner les familles, et chaque personne, à travers le prisme de la question intergénérationnelle.

La question de l'entourage pose simplement la question de l'Autre, celle de la place qui lui est donnée autant que celle qu'il s'accorde lui-même. Des interrogations qui peuvent trouver réponse dans un jeu (« je »), toujours en équilibre, quand le processus d'addiction est enclenché, en s'appuyant sur les ressources de chacun pour trouver un équilibre.

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

NGUIMFACK, L. « *J'ai mal à ma famille* » ou un enfant se drogue : *recomposition familiale et distorsion des frontières intrafamiliales*. *Information Psychiatrique*, n° 93, 310-316 (2017).

BELLON-CHAMPEL, L., VARESCON, I. *Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation*. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 175, 313-319 (2017).

CAPELIER, F., MINONZIO, J., BRODIEZ-DOLINO, A. *Familles et vulnérabilités*. Dossier. *INFORMATIONS SOCIALES*, n° 188, 1-121 (2015).

Addictions, familles et entourage. 72 p. (Fédération Addiction, 2012).

CASSEN, M. *Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies*. *LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES*, n° 254, 57-60 (2008).

MELIHAN-CHEININ, P. *Familles et dépendances : éléments de langage*. *PSYCHOTROPES*, n° 13, 217-227 (2007).

CHATELARD, C. & FACY, F. *Alcool et familles*. 172 p. (Editions EDK, 2007).

KLEIN, M. *Famille et dépendance*. *DEPENDANCES*, n° 2-3 (2004).

ROUSSAUX, J.P., FAORO-KREIT, B., HERS, D. *L'alcoolique en famille : dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*. 312 p. (De Boeck Université, 2000, 2^e édition).

PARENTALITÉ ET ADDICTIONS

Accompagnement à la parentalité (dossier documentaire). Société Française de Santé Publique (2016).

<http://www.sfsp.fr/content-page/111-dossiers-documentaires/3097-accompagnement-a-la-parentalite-3097>

Promouvoir la santé dès la petite enfance - Accompagner la parentalité. 194 p. (INPES, 2014).

DELAWARDE, C., BRIFFAULT, X., USUBELLI, L. *Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes 'evidence-based' d'aide à la parentalité*. *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*, n° 172, 273-279 (2014).

MONGE, J. *La drogue à la maison : quand parents et enfants consomment « en cœur »*. *PSYCHOTROPES*, n° 3-4, 197-211 (2013).

MICHAUD, P. A., AMBRESIN, A. E. & SURIS, J. C. *Quelle place pour les parents dans la prévention du mésusage de substances ?* *DEPENDANCES*, n° 50, 2-5 (2013).

Soutien à la parentalité. *DEPENDANCES*, n° 50, 16-30 (2013).

SALIBA-SFEIR, C. *Parentalité, addiction et travail social*. 218 p. (L'Harmattan, 2013).

SIMMAT-DURAND, L., GENEST, L. & LEJEUNE, C. *Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française*. *PSYCHOTROPES*, n° 3, 123-149 (2012).

SIMMAT-DURAND, L. *Parentalité et addiction* in *Addictologie clinique*, 169-185 (Presses Universitaires de France, 2011).

GAUSSOT, L., LE MINOR, L. & PALIERNE, N. *Les styles éducatifs parentaux et la consommation d'alcool des jeunes*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 3, 205-213 (2011).

CHOQUET, M. *Les parents face à la consommation de substances psychoactives des adolescents*. *ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE*, n° 75, 5-7 (2011).

MURIEL, G. *Les pères addictés*. *PSYCHOTROPES*, n° 3-4, 47-56 (2010).

MORISSETTE, P. & VENNE, M. *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. 272 p. (CHU Sainte Justine, 2009).

MORISSETTE, P., DEVAULT, A. & BOURQUE, S. *La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues*. *ENFANCES, FAMILLES, GENERATIONS*, n° 11, 1-24 (2009).

<http://id.erudit.org/iderudit/044119ar>

STOCCO, P. *Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques*. *PSYCHOTROPES*, n° 3-4, 251-265 (2007).

KAMMERER, E. *Quand la mère de famille consulte, qu'en penser, que dire, que faire ?* *COURRIER DES ADDICTIONS*, suppl. au n° 1, 43-48 (2005).

ANASTASSIOU, V. *Les distorsions de la fonction parentale dans le système alcoolique*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 3, 191-199 (2003).

COUPLE

SIMMAT-DURAND, L. et al. *Vies de couple chez des personnes en sortie des addictions*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 1, 47-56 (2016).

TAMIAN, I. *L'accueil et l'écoute du couple face à l'alcool-dépendance*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 1, 33-41 (2013).

UEHLINGER, C. *Quand l'autre boit : guide de survie pour les proches de personnes alcooliques*. 196 p. (Editions Anne Carrière, 2006).

TORDEURS, D., JANNE, P. & KINAPPE, A. *Qu'est-ce que le coalcoolisme ?* *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 4, 303-310 (2002).

ANASTASSIOU, V., SCHWEITZER, M. & SOKOLOV, I. *Pour le meilleur et pour le pire : pratique clinique et réflexions théoriques d'une thérapie de groupe de conjoints de malades alcooliques*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 1, 53-62 (2002).

ENFANTS, JEUNES

LAFAYE, G. *Adolescence et addiction : clinique et prise en charge*. In *Traité d'addictologie*, 2^e édition, 132-138 (Lavoisier Médecine, 2016).

MELCHIOR, M. *Psychopathologie et addiction des parents, situation sociale, et comportement de l'enfant*. *EUROPEAN PSYCHIATRY*, n° 8, 607-608 (2014).

FAORO-KREIT, B. *Les enfants et l'alcoolisme parental*. 290 p. (Editions Erès, 2011).

DURASTANTE, R. *Adolescence et addictions. De la crypte familiale au dispositif en tuilage. Approche psychanalytique de la famille et du transgénérationnel*. 279 p. (De Boeck, 2011).

ABDERHALDEN, I. & GRAF, M. *Entourage des enfants vivant dans des familles ayant un problème d'addiction : beaucoup d'adultes pour quelles actions ?* *DEPENDANCES*, n° 40, 15-22 (2010).

LUSSIER, K. & LAVENTURE, M. *Caractéristiques familiales associées à l'initiation de psychotropes à l'adolescence*. *PSYCHOTROPES*, n° 3, 49-70 (2009).

HAUTEFEUILLE, M. *Grandir parmi les addictions : quelle place pour l'éducation ?* *PSYCHOTROPES*, n° 3, 5-7 (2009).

VENISSE, J.-L., BRONNEC, M. & GUILLOU, M. *Intérêt de l'approche systémique dans le soin des addictions du sujet jeune*. *COURRIER DES ADDICTIONS*, n° 3, 77-79 (2007).

ASSAILLY, J. P. *Jeunes en danger. Les familles face aux conduites à risques*. 248 p. (Imago, 2007).

ALLAIN-VOVARD, J. & DEMARIA, D. *Grandir dans l'ombre d'un parent alcoolique*. 112 p. (Chronique Sociale, 2007).

Enfants héros ou boucs émissaires : quand les parents boivent... des enfants délaissés. *ADDICTIONS*, n° 9, 10-15 (2005).

Comprendre la famille pour aider les adolescents en conduite addictive. *REVUE TOXIBASE*, n° 18, 1-17 (2005).

PRÉVENIR, SOUTENIR

BERGERON, J. *Le rôle des parents dans la prévention des conduites automobiles à risques des jeunes utilisateurs de cannabis*. *ADDICTION(S) : RECHERCHES ET PRATIQUES*, n° 1, 56-58 (2016).

Remettre les parents au cœur de la prévention. *RECHERCHE ET ALCOOLOGIE*, n° 38, 1-2 (2010).

ROMO, L., AUBRY, C. & MARQUEZ, S. *Groupe de parole pour l'entourage de patients alcoolodépendants*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 1, 63-66 (2009).

JEAMMET, P. *Les parents, premiers acteurs de la prévention*. *LA SANTE DE L'HOMME*, n° 398, 25-26 (2008).

BESANCON, F. *Drogues, alcool : en parler en famille*. 183 p. (InterEditions-Dunod, 2006).

GUGGENBÜHL, A. *Thérapie de groupe pour les enfants de familles touchées par l'alcool*. *DEPENDANCES*, n° 23, 8-10 (2004).

SEKERA, E., DANIS, D., GACHE, P. & GABRIS, G. *Aider les proches pour motiver les malades alcooliques à se soigner*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 1, 47-49 (2003).

MIALON, A. *L'accompagnement de l'entourage*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 2, 194-198 (2001).

DUFOUR, M.-H. & NADEAU, L. *L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axés sur les familles*. *SANTE MENTALE AU QUEBEC*, n° 2, 224-245 (1998).

<http://id.erudit.org/iderudit/032461ar>

DOBKIN, P. L., BEAUDOIN, D. & BEAUDOIN, J. *Briser le cycle : intervention familiale pour les enfants de toxicomanes*. *PSYCHOTROPES*, n° 3, 53-67 (1997).

CROUZET, C., MAGGIA, B., BRINGUIER, M., BALMES, J. L. *Intérêt d'un accueil spécifique de l'entourage familial du malade alcoolodépendant*. *ALCOOLOGIE*, n° 3, 223-224 (1995).

ACCOMPAGNER ET PRENDRE SOIN

SHADILI, G. & BOWEN, J.-F. *Un cas emblématique au sein d'une consultation jeune consommateur*. *INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, n° 93, 125-130 (2017).

OBRADOVIC, I. *Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs »*. *TENDANCES*, n° 101, 8 p. (2015).

ANASTASSIOU, V., et al. *Un dispositif d'accueil familial thérapeutique en alcoologie. Historique et modalités*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 2, 133-140 (2014).

MIERMONT, J. *Pour une thérapie avec la famille*. *COURRIER DES ADDICTIONS*, n° 4, 10-13 (2012).

SENEVIRATNE, A. & DAEPPEN, J. B. *Implication de la famille dans le traitement de l'alcoolodépendance*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 4, 283-293 (2009).

MONJAUZE, M. & DELROCCQ, C. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique : des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe*. 208 p. (In Press Editions, 2008).

CASSEN, M. & DELILE, J.-M. *Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives*. *PSYCHOTROPES*, n° 3-4, 229-249 (2007).

PALAZZOLO, J. *Aidez vos proches à surmonter l'alcoolisme*. 142 p. (Hachette, 2006).

WALLENHORST, T. *L'accompagnement du patient alcoolique et de ses familles*. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, n° 3, 231-236 (2003).

GOMEZ, H. *L'alcoolique, les proches et les soignants : pour une autre pratique de l'alcoologie*. 168 p. (Editions Dunod, 2003).

ALBUMS JEUNESSE

DUPIN O. & DEMURO T. *Des ours dans la maison*. (Editions d'Orbestier, à paraître novembre 2018).

JUVIGNY H., LABBE B. & LATYK O. *Papa a la maladie de l'alcool*. 35 p. (Milan Jeunesse, 2008).

De SAINT MARS D. & BLOCH S. *Emilie n'aime pas quand sa mère boit trop*. 46 p. (Calligram, 2006).

JOSSET J. & RAPAPORT G. *Je ne suis pas un super héros*. 16 p. (Circonflexe, 2004).

BEDOS L. & POIRIER P. *Tata boit*. 22 p. (Michel Lafon Jeunesse, 1998).

OUTILS

Vidéos – Films – Podcast :

❖ Parentalité et addictions.

(ANPAA, 2016. 12:44)

❖ Alcoolisme, la souffrance des proches.

(Addiction Suisse, 2016. 8:29)

<https://www.youtube.com/watch?v=sbjLU8FBn5E>

❖ Parents : vers qui se tourner ?

(Santé Publique France, 2015. 3:24)

https://www.youtube.com/watch?v=IEzufAZ_xf0&list=PLI00sylaMv7Q12sksIqWIkYAN8ITc_3-R&index=12

❖ Le portail franco-qubécois Parentalité et dépendances propose des ressources vidéos classées par thématique :

<http://www.parentalite-dependances.com/ressources-accueil/>

❖ Campagne d'information de prévention des usages de drogues : Parents, « écoutez d'abord » !

(Drogues Info Service, 2017. 1:17)

http://www.drogues-info-service.fr/Actualites/Prevention-des-usages-de-drogues-Parents-ecoutez-d-abord#.Vvs-8jx5c6_cs

❖ Des vidéos sur le site DROGBOX :

<http://www.drogbox.fr/05-drog-a-lecran/04-VIDEOS-DIVERSES/page.php>

❖ Playlists des campagnes INPES

à visionner sur :

<http://www.dailymotion.com/lnpes>

❖ Un bateau ivre

(documentaire de Kristell Menez) :

<http://www.balibari.com/films/un-bateau-ivre/>

❖ Nos parents alcooliques,

France-Culture :

<https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks-14-15/nos-parents-alcooliques>

Sites internet :

❖ Forum de discussion

pour l'entourage sur

<http://www.alcool-info-service.fr/L-alcool-et-vos-proches>

❖ Parler de l'alcoolisme (de son père, de sa mère, de son frère...)

<http://www.quandunparentboit.be/>

❖ www.parentsetaddiction.ch

❖ www.mamanboit.ch

❖ <http://boby.addictionsuisse.ch/>

Guide réalisé avec la collaboration des membres de la commission des pratiques professionnelles de l'ANPAA : Stéphane Baghuelou, chef de service dans l'Yonne ; Mireille Carpentier, directrice régionale en Basse Normandie ; Virginie Chauvey, animatrice de prévention en Haute-Saône ; Annick Dessy, psychologue dans la Marne ; Jamel Housni, éducateur spécialisé dans les Alpes de Haute-Provence ; Hélène Lapeyre, assistante sociale en Gironde Thierry Larelle, médecin en Dordogne, Marion Likiby Mbeba, secrétaire dans le Rhône, Marion Luxembourger, psychologue en Ardèche, Brice Mallet, IDE en Pyrénées-Atlantiques ; Agnès Merran, secrétaire en Vendée ; Noémie Morlet, animatrice de prévention dans l'Aube ; Laurence Roger, IDE dans l'Orne ; Marc Rondony, médecin coordinateur en Pyrénées Orientales ; Angélique Rozand, médecin coordinatrice dans la Drôme et l'Ardèche ; Cathy Simon, vice-présidente de l'ANPAA ; Denis Turpin, administrateur de l'ANPAA.

Guide coordonné par Delphine Jarraud, adjointe à la direction nationale des activités de l'ANPAA.

Guide réalisé avec le soutien financier de la Direction Générale de la Santé et de l'Assurance Maladie.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Contactez l'ANPAA, son siège, ses directions régionales ou ses établissements
Toutes les coordonnées sur anpaa.asso.fr

POUR EN SAVOIR PLUS
anpaa.asso.fr

Vos questions, vos suggestions
contact@anpaa.asso.fr

Suivre l'actualité A.N.P.A.A. et en addictologie



20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04

Les conduites addictives ne sont pas seulement le témoin de conflits intrapsychiques, mais aussi une difficulté du lien, de la relation. Elles s'inscrivent dans une complexité interrelationnelle où le système familial, et au sens large les relations sociales, qui a déjà en général beaucoup œuvré, ne sait pas où aller chercher l'information pertinente au changement. Il s'agit donc en tant que professionnel du champ de l'addictologie d'opter pour une vision circulaire des interactions avec des formes d'accompagnement et de soins incluant les entourages. Il s'agit de prendre en compte toutes les parties prenantes des problématiques addictives avec leurs fonctionnalités, mais surtout leurs ressources potentielles et leur capacité à laisser émerger l'« auto-solution » et leurs compétences. Car l'implication de l'entourage auprès de la personne en difficulté avec ses conduites addictives est un facteur de réussite : des proches informés et sensibilisés peuvent soutenir l'utilisateur dans sa démarche d'accompagnement.

Ce guide porte sur l'importance de l'entourage en prévention, accompagnement et soins, il propose des **repères pour les pratiques professionnelles, des zooms, des illustrations à travers des actions de terrain.**

Décembre 2018

ANPAA
20, rue Saint Fiacre
75002 PARIS
Tél. : 01 42 33 51 04
contact@anpaa.asso.fr
Guide en ligne gratuitement sur anpaa.asso.fr

