

## **FAMILLE ET ADDICTION**

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Docteur François VABRET pour son invitation à m'adresser à vous ici ce soir. Je tiens aussi à remercier ma nièce, Madame Anne de Castelnau, psychologue, pour nous avoir mis en communication.

J'ai été particulièrement impressionné par le site-WEB [com-addict.com](http://com-addict.com) très fonctionnel et bien intéressant à propos de votre association et de vos échanges scientifiques. En ce sens, j'espère y recevoir aussi moi-même une petite place bientôt ...

Sollicité pour vous parler des interactions familiales dans l'addiction, je voudrais, en tant que clinicien, faire simple et vous parler de ce que je connais le mieux et pratique quotidiennement depuis des années, les entretiens familiaux avec les alcooliques.

Je crois qu'il est plus intéressant dans un premier temps de resserrer la focale pour ensuite aborder des considérations plus larges et générales, aussi peut-être dans la discussion qui suivra.

D'où sommes-nous partis ? Très pragmatiquement de la clinique : ayant ouvert dans le centre universitaire à l'Université Catholique de Louvain (UCL) une consultation spécialisée dans les problèmes d'alcool et de drogues, nommée « Unité Assuétudes », nous nous étions aperçu que la plus grande partie des demandes de rendez-vous venaient de personnes proches du patient alcoolique : bien souvent c'était le conjoint qui appelait, mais c'était aussi parfois le père, la mère, un enfant, un frère, une assistante sociale, ...

Si l'on accédait à cette demande faite pour un autre, on se trouvait confronté soit à la chaise vide (le patient désigné ne venait simplement pas et dans le meilleur des cas, était excusé par la même personne qui avait pris le rendez-vous) soit à un personnage téléguidé au langage appris débité sans conviction, si ce n'est celle de se demander ouvertement ce qu'on lui voulait finalement.

Il nous a semblé légitime de considérer le demandeur de la consultation comme notre premier interlocuteur : celui-ci devait se rendre compte de son désir de faire soigner l'autre, l'alcoolique et devait lui-même venir en rendre compte, parfois même en l'absence de l'alcoolique qui ne voulait pas accompagner.

Ainsi monsieur A avait pris rendez-vous pour son épouse alcoolique qui refusa au dernier moment de l'accompagner. Comme nous avons insisté pour qu'il vienne, même seul, il nous expliqua que la vie devenait impossible avec son épouse qui ne quittait plus sa chambre à coucher tout en buvant une bouteille de whisky par jour !

Face à notre étonnement devant l'ampleur des réserves accumulées, Monsieur A nous expliqua benoîtement que c'était lui-même qui, chaque jour, apportait « une et une seule » insistait-il, bouteille de whisky, à son épouse, pour éviter qu'elle ne sorte de la chambre en risquant de tomber dans l'escalier, de faire un accident de voiture ou encore de créer un esclandre à l'épicerie du village où elle s'approvisionnait le plus souvent sans argent et sans égards pour les autres clients ou le personnel. Devant cette situation, il avait pris le parti de la livraison quotidienne ...

Cette histoire comique, il convenait lui-même du caractère paradoxal de sa démarche, illustre aussi une caractéristique familiale dont nous reparlerons : la notion de co-alcoolisme (introduite par les milieux ALANON au début des années 80) non pas entendu comme deux personnes qui boivent de concert mais bien comme l'association d'un alcoolique et de son conjoint, qui pour bien faire, tente désespérément d'arranger les choses. Le rôle que se donne consciemment le co-alcoolique est bien de maintenir l'homéostasie familiale, en protégeant l'alcoolique des conséquences négatives de son alcoolisation. En fait, le co-alcoolique permet paradoxalement à l'alcoolique de poursuivre sans toucher jamais son fond, sans se trouver confronté à aucune butée d'arrêt.

Bien évidemment, ce n'était qu'en arrêtant ce qu'il appelait « sa livraison », qu'une quelconque incitation au changement pouvait se faire jour chez l'épouse alcoolique.

C'est précisément au moment où le co-alcoolique renonce à cette tentative désespérée « sisyphéenne » de pouvoir sauver seul son alcoolique ou de stabiliser un statu-quo familial qu'il fait appel à une aide extérieure, ici médicale.

Alors que nous étions partis d'un modèle analytique de compréhension de l'alcoolisme, que nous ne renions en rien dans sa dimension d'élucidation de la dynamique conflictuelle inconsciente de la personne alcoolique (je pense à la théorie de Jean Clavreul du basculement entre moi-idéal et idéal-du-moi, nous nous trouvons confrontés à des situations cliniques interpersonnelles où des « outils » de thérapie familiale et systémique s'avéraient indispensables. C'est d'abord la pensée de Helm Stierlin, de Heidelberg, lui-même psychanalyste et thérapeute familial, spécialiste et théoricien du traitement des jeunes schizophrènes qui nous a guidé. Par la suite, sous l'impulsion de Bella Borwick, une thérapeute familiale systémicienne formée aux USA mais résidant à Bruxelles, nous avons élaboré notre propre modèle.

Nous avons constaté que la forme que prenait un alcoolisme dépendait largement du moment où la personne commençait à avoir recours à une alcoolisation régulière pour affronter ce que nous appellerons le « motif x » de sa prise de boisson. Ce motif x étant éminemment personnel et variable selon les individus : dépression, angoisse, dégoût, problématique sexuelle, familiale, timidité, rejet du métier, déception amoureuse, etc.,... En fait l'alcool est non seulement le psychotrope le plus facilement accessible, quasi ubiquitaire, mais il est doté de caractéristiques anesthésiantes de tout type de souffrance. Mais au moment de la prise en charge thérapeutique, ce ne sont plus ces motifs x d'alcoolisation primaire qui sont en jeu mais bien des facteurs actuels de maintien. La dépendance physique en est certainement le plus simple dans son déterminisme, quand le patient boit pour éviter les affres du sevrage. Mais la majorité des personnes présentant des problèmes liés à l'alcool ne sont pas dépendantes physiquement. Donc il convenait de nous poser la question :

A quoi sert l'alcoolisation aujourd'hui ? Quel en est son sens ? La réponse nous a semblé se trouver en partie dans le mode d'organisation socio-familiale de l'alcoolique.

Pour comprendre les différentes formes de constellation socio-familiale dans l'alcoolisme, nous ferons recours au concept d'autonomisation. L'autonomie se spécifie de divers attributs : loi propre, génération et affirmation de sa propre identité, gérer sa vie, assumer son identité et sa continuité, maintenir ses limites, affirmer sa différence...

En utilisant ce concept d'autonomisation, nous sommes bien conscients de la difficulté de définir une qualité subjective d'un individu par rapport à une notion « positive ». L'autonomie s'éprouve plus facilement au « manque d'autonomie » tout comme la perception de la notion de liberté est souvent liée à sa perte. La psychopathologie, dans ses aspects les plus productifs, a énoncé essentiellement les concepts « négatifs » : dépression, dissociation, inhibition, dévitalisation, ... C'est traditionnellement l'exploration des failles et des lignes de brisure révélées par la pathologie qui s'est montrée la plus féconde pour le dévoilement des structures. En ce sens, l'autonomisation doit être pensée comme une visée à laquelle on ne peut entretenir qu'un rapport asymptotique et qui s'appréhendera préférentiellement à ses manques : ici la dépendance.

### **L'autonomisation par rapport au milieu parental** : trois critères

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte nécessite l'accomplissement de trois tâches, qui signent l'autonomisation effective d'une personne par rapport à son milieu d'origine. Peu importe l'ordre de réalisation car de fait elles sont souvent simultanées. L'accomplissement effectif de ces tâches dépend dans une large mesure de la « croyance » des parents en la capacité de réalisation dont disposent leurs adolescents. Les deux premières tâches étaient déjà indiquées par Freud quand il disait que le travail et l'amour constituaient les deux piliers de la santé psychique.

La première tâche, l'exercice d'un travail, consiste à s'assurer une indépendance financière, par l'exercice d'une profession, suite à l'obtention d'un diplôme ou d'une formation professionnelle, sans laquelle les notions d'indépendance et de liberté ne seraient que des leurres. La profession, en plus de l'indépendance financière, procure un enracinement dans la communauté.

La deuxième tâche, capacité à aimer, implique l'établissement d'une relation affective relativement stable avec un ou une partenaire exogamique. Cette liaison constitue l'aboutissement d'un processus individuel de maturation dans l'identité sexuelle, supposant un déplacement des premiers investissements objectaux. Cette tâche est également corrélée à l'établissement d'un groupe social relationnel et d'une organisation personnelle des loisirs. Nous avons appelé « haubans socio-familiaux », ces deux modes d'ancrage dans la vie affective et professionnelle.

Enfin, la troisième tâche, mettre de la distance, consiste en la séparation et l'éloignement géographique par rapport à la famille d'origine. La distance choisie par l'individu est certainement révélatrice de ses loyautés ou de ses nécessités intérieures : certains changent d'étage dans le même immeuble, d'autres émigrent vers d'autres continents.

Le travail psychique qui sous-tend ces processus d'individuation, de sexualisation et de séparation s'avère considérable et susceptible de différents avatars. En particulier, en fin d'adolescence, l'utilisation importante d'alcool compromet, altère ou même interdit la réalisation des tâches à accomplir. Par contre, si l'alcoolisation abusive débute après la mise en place de l'autonomisation, c'est-à-dire quand les trois tâches se trouvent accomplies, la pathologie connaît un décours tout différent, marquée par la chronification progressive et l'occupation électorale de la scène conjugale par l'alcoolisme.

Enfin, poussée à l'extrême des capacités de l'individu et de son entourage, l'alcoolisation aura pour conséquence la mise en marche d'un processus régressif de désautonomisation, de régression, qui ramène le malade alcoolique vers sa famille d'origine ou ses substituts.

Ces trois moments de l'alcoolisation dans son rapport à la dynamique de l'autonomisation vont constituer les trois types de situation clinique que nous allons examiner maintenant.

### **Le type I : l'alcoolisme précoce du jeune adulte ou alcoolisme toxicomaniaque**

Il s'agit d'un alcoolisme précoce du jeune qui n'a pas encore accompli les tâches de l'autonomisation. L'alcool est absorbé de façon d'abord discontinue, massive, s'accompagnant de comportements violents de type délinquant et souvent d'épisodes de perte de conscience. Tout comme dans les toxicomanies à l'héroïne qui lui sont contemporaines dans la classe d'âge, cet alcoolisme vise à la « défonce ». Il s'agit d'un équivalent toxicomaniaque. Quand l'initiation alcoolique précède la mise en place de l'autonomie, elle empêche une gestation correcte de l'autonomisation : le jeune alcoolique n'atteindra pas de qualification professionnelle ni de relation affective stable et, en conséquence, restera bloqué dans sa famille d'origine, dont il dépendra très largement quant à son intendance et à ses finances. Le patient vit dans un état de dépendance primaire par rapport à sa famille. La problématique se joue dans la verticalité, entre la famille et le patient. La famille essaie de procurer un travail, parfois de simple complaisance (faire le jardin chez les voisins, la grand-mère, aider au lavage des voitures) au jeune adulte qui échouera répétitivement. La pathologie ira en s'aggravant au fur et à mesure que le retard, le hiatus d'autonomisation par rapport à la classe d'âge ira en s'accroissant.

A ce moment, quand les haubans socio-familiaux ne sont pas encore assurés, le retentissement destructif de l'alcoolisation s'avère le plus important : accidents de circulation, problèmes judiciaires, incapacité professionnelle primaire. C'est sans doute dans ce type d'alcoolisme que la composante génétique s'avère la plus prégnante, comme l'ont montré Goodwin, Cloninger et Babor, sans jamais devenir absolument contraignante. Qu'il soit bien clair qu'il n'est jamais question de se référer à un déterminisme génétique mais à des facteurs de vulnérabilité héréditaire.

Enfin, cette vulnérabilité héréditaire n'est pas spécifique d'un produit mais s'applique au phénomène addictif lui-même, c'est-à-dire que des parents alcooliques sont à risque d'enfants alcooliques mais aussi héroïnomanes ou joueurs pathologiques...

Face à certaines manifestations provocatrices adolescentes, il apparaît avantageux de maintenir le jeune et sa famille dans une structure de soins aspécifique, c'est-à-dire non exclusivement spécialisée dans les problèmes d'addiction, afin de ne pas précipiter une identification précoce à l'alcoolique ou au toxicomane. Dans le cas spécifique d'un alcoolisme de type I, l'effort thérapeutique spécifique portera sur la remise en route et l'accomplissement des tâches de l'autonomisation. Le prix à payer pourra être un séjour dans une communauté thérapeutique spécialisée qui s'avérera indispensable, tant pour réaliser une coupure par rapport à la famille d'origine que par sa fonction éducative à la socialité entre pairs.

#### Cas clinique n°1 : Jacques C.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, enfant unique d'une famille aisée. Après avoir échoué à plusieurs reprises dans ses études au niveau des humanités, il a entrepris sans succès divers apprentissages techniques, sans jamais les mener à terme. De cette époque date la surconsommation alcoolique, en groupe de pairs, à l'extérieur de la maison. L'alcoolisation a amené plusieurs accidents de moto et la destruction totale de la voiture prêtée par la mère. Finalement, sans formation professionnelle, Jacques est engagé par son père pour de menus travaux dans son entreprise. Sans affectation précise, il reçoit ses tâches tous les matins de la secrétaire du père. Quand il se présente tardivement au travail, son irrégularité donne lieu à des réprimandes violentes du père, sans toutefois amener un véritable licenciement.

Si Jacques donne de nombreux soucis à sa mère, il lui procure également beaucoup de joie et d'affection et elle l'entoure de soins vigilants. Souvent la nuit, à son appel, c'est elle qui va le rechercher dans un café ou chez un ami. Bien convaincue qu'une mère ne peut jamais mettre un enfant à la porte, Madame C. demande néanmoins une consultation dans notre Centre, suite au dernier accident de Jacques qui avait entraîné une commotion cérébrale. Les entretiens thérapeutiques réunirent d'abord Jacques et ses parents. Rapidement, il apparut que Jacques était cajolé, protégé par sa mère qui craignait de se retrouver seule avec un mari qui ne s'intéressait plus à elle. Les entretiens aboutirent à la décision de Jacques d'intégrer un centre de post-cure de réinsertion par le travail et de s'établir ensuite comme ouvrier de théâtre dans une autre ville. Les entretiens furent poursuivis avec les parents qui décidèrent finalement de se séparer.

#### **Le type II : l'alcoolisme conjugué ou banal de l'âge adulte**

L'alcoolisme type II, la forme la plus commune, débute chez un adulte qui a déjà accompli ses tâches d'autonomisation : engagé professionnellement et socialement, il a noué une relation affective stable, il a souvent des enfants et s'est séparé, même imparfaitement, de sa famille d'origine. Confronté à un problème X, d'ordre somatique ou psychique, professionnel ou conjugal, la personne a recours à l'alcoolisation comme auto-médication de son angoisse, de sa dépression ou de son ennui ...

Dans un premier temps, c'est parce que l'alcool se montre relativement efficace et avantageux dans la résolution de la problématique du sujet, que celui-ci consomme. Tant du fait du phénomène physique de tolérance, que pour pouvoir « affronter » les problèmes croissants laissés sans solution réelle, le sujet augmente sa consommation.

Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il se trouve confronté aux conséquences négatives de son alcoolisation (accidents de voiture, somnolence diurne, problèmes financiers) : alors seulement l'intervention active du conjoint de l'alcoolique lui permettra de poursuivre son alcoolisation. Le conjoint de l'alcoolique tente toujours pour bien faire « d'arranger les choses », « d'arrondir les angles » : en fait, il n'en finit pas de glisser sa main protectrice entre la tête de l'alcoolique et le mur de la réalité.

De plus, la tentative de vicariance du conjoint garantit malheureusement la persistance du symptôme, en annulant tous les phénomènes de rétroaction négative qui auraient pu le limiter. Bien involontairement, le co-alcoolique permet la pleine efflorescence du syndrome alcoolique, momentanément délivré de toute entrave. Ce n'est que lorsque cette tentative nécessairement désespérée échoue et que le co-alcoolique s'effondre, renonce, - il a subitement le sentiment que si cela continue, il va « tuer » son alcoolique -, qu'une demande de traitement est émise. C'est le co-alcoolique décompensé qui nous téléphone !

Il s'agit alors de ne pas se tromper de personne : c'est le co-alcoolique qui initie la consultation et c'est d'abord sa demande spécifique qui doit être entendue et considérée. D'emblée, le co-alcoolique est notre premier demandeur d'aide, même si l'alcoolique deviendra notre « patient » dans un deuxième temps.

L'alcoolisme a ceci de particulier en médecine pour adulte que ce n'est pas le porteur du symptôme (l'alcoolique) qui est le porteur de la demande et parfois même le porteur de la souffrance ... Normalement, quelqu'un qui a mal au pied demande lui-même l'aide d'un médecin. Dans la famille alcoolique, c'est le plus souvent le co-alcoolique décompensé qui appelle. Et parfois la personne qui souffre le plus et en portera les séquelles, c'est la petite fille de 12 ans qui doit supporter l'ivresse exhibitionniste de sa mère.

Dans l'alcoolisme de type II, la prise en charge nous semble dès lors spécifiquement et électivement conjugale. En particulier, si elle est nécessaire, la cure de désintoxication pourra être menée en ambulatoire avec le soutien de la famille ou pendant un séjour limité (14 jours) en clinique où chacun aura un rôle. L'essentiel du travail thérapeutique ambulatoire porte sur l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent avant la mise en place d'une cure et l'accompagnement du couple (ou de la famille) en post-cure. Ces traitements et cet accompagnement s'étendent fréquemment sur plusieurs années.

#### Cas clinique n° 2 : Pierre G.

Aîné d'une famille de 5 enfants, Pierre G. était destiné par sa mère à la prêtrise. Après avoir terminé des études supérieures de lettres, il se marie à 26 ans. Peu après, naissent successivement trois enfants. A chaque naissance, Pierre marque le coup. Chaque fois, il a l'impression que l'enfant, bien qu'en principe désiré par les deux conjoints, l'éloigne de son épouse en focalisant complètement l'attention de celle-ci. Employé apprécié, il boit de l'alcool dans sa voiture en parcourant le journal, avant de rentrer à la maison « pour supporter les cris et le désordre ». En fait, depuis la naissance du premier enfant, le couple a abandonné très largement la vie sociale et les loisirs auxquels ils se consacraient ensemble auparavant.

Ecroulé dans un fauteuil, Pierre reste des soirées entières prostré devant la télévision et ne participe plus à la vie familiale. Dégoûtée par l'aspect, l'odeur et le comportement de son mari, Madame G. assume seule l'éducation des enfants et la gestion financière du ménage. Finalement, quand il frappe violemment l'aîné des enfants, Madame G. atteint la limite de ce qu'elle pouvait supporter – elle touche son fond (comme diraient les AA) et prend contact avec nous en vue d'une consultation. Peut être qu'un abord individuel aurait pu investiguer ce sentiment d'abandon, son origine, sa constitution... Mais la prise en charge du couple permettait d'emblée :

- une plus grande continuité dans les rendez-vous
- un aménagement plus rapide car plus consensuel de la vie en commun dans le sens d'un abandon progressif de l'activité compensatoire de l'épouse
- le même travail d'élucidation des motifs propres dans des entretiens psychodynamiques en présence de l'autre ...

Ces entretiens de couple, émaillés de quelques rechutes parfois ponctuelles parfois plus graves s'étendirent sur une période de 3 ans.

### **Le type III : l'alcoolisme désinséré**

Nous avons utilisé dans des formulations antérieures le terme de dépassé, mais il convient d'éviter l'équivoque analogique avec un coma dépassé car il n'y a pas d'alcoolisme sans retour, sans guérison possible. De fait, chez l'alcoolique désinséré, ce qui est dépassé, c'est la capacité de maintenir une autonomie, telle que nous l'avons définie plus haut.

La réalité clinique que nous avons voulu identifier par le terme d'alcoolisme désinséré, concerne l'alcoolique qui, à la fin de l'adolescence, a effectivement réalisé les tâches de l'autonomisation, évolution défavorable du type II, et mis en place les haubans socio-familiaux de l'amour et du travail. Ensuite, dans l'évolution de sa maladie, il les a rompus, il a perdu son travail et son conjoint et il a fait en sens inverse, à reculons, le chemin parcouru de l'adolescence vers l'âge adulte. Le patient régresse vers un statut adolescent secondaire où il se retrouve dépendant de sa famille d'origine (souvent réduite à la seule mère) ou d'une institution sociale (« bonne mère » de secours), tant pour le logement que pour le ménage, ainsi que pour une partie de ses finances et de son environnement affectif.

Souvent le patient connaît parallèlement une dégradation de son état général, de ses capacités psychiques de résistance aux frustrations, aux contrariétés. Le hiatus entre l'âge biologique et l'âge de maturation (autonomisation, responsabilité, indépendance) montre un écart maximal et est en lui-même générateur de douloureux conflits (à 37 ans, on ne se fait plus entretenir par sa mère ou enguirlander quand on rentre tard).

Cette situation est connue comme très grave par les cliniciens car les deux protagonistes évoluent dans un univers duel tissé de déception et de désespoir. Les retours du débit de boissons sont de plus en plus tardifs, il n'y a plus d'heures pour le lever, toutes les contraintes sociales ordinaires ont disparu.

Nous retrouvons ici la remarque de Paul VALÉRY : « La famille est un groupe naturel dans lequel il y a un minimum de plaisir et un minimum de gêne ».

Seulement une décompensation parentale ou un signal d'arrêt somatique (délirium, coma alcoolique, hémorragie) peuvent créer une modification de l'organisation de tutelle.

D'un point de vue thérapeutique, l'alcoolisme désinséré exige une prise en charge lourde, à la mesure de la destruction psychosociale qui le caractérise. Les leviers thérapeutiques les plus puissants, tels que séjours hospitaliers, communautés thérapeutiques, centres ambulatoires de réinsertion doivent être mobilisés. Le chemin de l'autonomisation doit être parcouru à nouveau en sens inverse et le recours à des centres spécialisés s'avère presque toujours nécessaire. Pour assurer le succès, parallèlement à ces prises en charge, il est indispensable de travailler avec le parent à nouveau esseulé, afin qu'il comprenne et soutienne la démarche, longue et difficile, entreprise par le malade.

### Cas clinique n°3 : Henriette A.

Mariée à 21 ans, Madame Henriette A. donne naissance à cinq enfants. Très occupé par sa vie professionnelle, son mari lui laisse toutes les responsabilités de l'éducation et de la gestion quotidienne de la famille. De caractère anxieux, Madame A. éprouve des difficultés d'endormissement qu'elle atténue par la consommation croissante de vin de Porto. Après quelques années, elle consomme déjà le matin afin de calmer ses malaises et ses tremblements. Plusieurs cures de désintoxication, ambulatoires et hospitalières, sont entreprises sans résultats durables.

Excédé par la situation, Monsieur A. quitte son épouse dès l'émancipation du dernier enfant. A 52 ans, démunie de ressources propres suffisantes, Madame A. se réfugie chez sa mère âgée de 78 ans. Là, elle mène une vie anarchique dans un pavillon de jardin où lui est déposée sa nourriture. C'est en état de coma éthylique qu'elle est amenée aux urgences par une ambulance demandée par sa mère. Après une désintoxication dans un hôpital général, elle est admise dans une communauté thérapeutique où elle séjournera 14 mois. Ensuite, hébergée dans un appartement supervisé, elle poursuit un traitement ambulatoire. Il faudra se tourner vers les enfants et une association pour le travail bénévole pour recréer un milieu de vie.

### **Utilité du modèle**

#### 1. Pour la recherche

Le concept d'alcoolisme, ou ses versions plus modernes telle celle du DSM IV T.R. (dépendance à l'alcool/abus d'alcool) sont des grands sacs fourre-tout ... Certainement, il convient de savoir si la personne est dépendante physiquement ou non afin de prévoir un traitement spécifique du sevrage. Par contre, il a été démontré que seule importe l'intensité symptomatique (et son corollaire le recours à l'hospitalisation) et non la nature de la dépendance. Psycho-dépendance contre dépendance physiologique ... Celle-ci n'est qu'une modalité du rapport à l'alcool, certes importante pour le médecin.

Notre typologie nous a permis de sérier des catégories plus homogènes pour les études médicamenteuses (par exemple pour l'appréciation de l'efficacité de l'ACAMPROSATE ou actuellement d'une NEUROKININE).

S'il est évident qu'un alcoolique désinséré SDF n'est pas susceptible de la même réponse thérapeutique qu'une personne type II conjugué qui trouble les week-ends de sa famille mais travaille et tient à son entourage. On ne peut comparer que ce qui est comparable comme aimait à le répéter Edouard ZARIFIAN.

## 2. Pour modules de la prise en charge

Quelles qu'en soient les origines, l'alcoolisme est bien un drame qui se joue sur la scène familiale. L'alcoolisme d'un membre de la famille, outre le sens qu'il a pour l'individu concerné, oriente et même parfois détermine la vie familiale. La prise en charge de l'ensemble de la famille dans le processus thérapeutique représente une opération « payante » en termes de stabilisation de la pathologie. L'utilisation systématique d'un modèle classificatoire qui permet l'inscription des rapports familiaux dans l'évaluation d'une situation clinique, constitue un progrès, tant dans l'assurance du thérapeute ou de l'équipe soignante que dans l'appariement thérapeutique (choix éclairé de la modalité thérapeutique ou matching).

Au niveau ambulatoire seule la consultation de couple ou de famille peut assurer une continuité satisfaisante de traitement : en s'appuyant sur le co-alcoolique on gagne une régularité et une compliance jamais atteintes sans cela ! Il a été aussi démontré que le temps d'exposition au traitement – comme en radiothérapie – est prédictif du résultat thérapeutique.

L'inclusion de la famille dans le processus de la prise en charge implique d'adapter la conception et l'articulation des différentes instances thérapeutiques. Le dispositif de soins doit être pensé comme la condition de possibilité du processus thérapeutique et permettre une progressive maturation de la problématique familiale. Ceci implique pour l'ensemble du dispositif une organisation par niveaux d'intervention, intimement articulés entre eux. Il est de la plus haute importance que soit respectée la succession séquentielle de ces niveaux, pour permettre l'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent avec la situation réelle des personnes concernées.

En fonction des demandes et du type d'alcoolisme identifié, un programme thérapeutique différencié sera mis sur pied en collaboration avec la famille et le patient. Il serait tout à fait illusoire de tenter trop précocement une désintoxication, avant d'avoir pu évaluer soigneusement avec le patient et sa famille quelle est « l'utilité » de l'alcoolisation pour eux et d'avoir envisagé très précisément ce que pourrait être la vie sans la prothèse « alcool » après la désintoxication. Sans avoir pu identifier au moins partiellement à quoi sert l'alcoolisation, tant pour l'alcoolique que pour les autres individus de son entourage, toute tentative de désintoxication serait vouée à l'échec, comme le prouvent à suffisance les désintoxications « au pied levé » entreprises dans la foulée d'un « coup de semonce », tel un coma éthylique ou un accident de la circulation. Ces tentatives de sobriété (T.S.) n'ont pas d'autre lendemain qu'un passage à l'acte.

Au contraire, il convient « d'appréhender par l'esprit », d'imaginer, de discuter, d'aménager la situation de la famille après la désintoxication. On demandera par exemple :

Comment est-ce que vous imaginez que cela va se passer quand le père rentrera à la maison au milieu d'un océan de jouets qui ont envahi tout son espace ? Comment va-t-il réagir ? Que peut-il faire ? Quelle sera votre attitude ? Ou encore : La famille se réunissait à l'heure de l'apéro autour d'un pastis ... Comment va-t-on se retrouver maintenant ? Que faut-il mettre en place (à la place) pour se réunir, se voir et parler ?

Nous avons pu montrer comment la mise en place d'entretiens familiaux à ce stade de la prise en charge peut-être prédictif quant à l'aboutissement global du traitement d'un alcoolisme de type II. Dans ces consultations, l'anticipation des problèmes qui seront mis à vif par l'abstinence, constitue une démarche du plus haut intérêt. Alors que la consultation avait été le plus souvent demandée par le co-alcoolique, la décision d'entrer en désintoxication ne peut être que la décision de l'alcoolique lui-même qui, seulement au moment où lui-même se sent prêt, décide de remettre en jeu sa « stratégie de survie » afin de rechercher, avec l'aide de l'équipe thérapeutique d'autres solutions que l'alcoolisation pour résoudre ses conflits.

Nous voudrions ici répondre à une objection qui nous a souvent été avancée lors d'exposés de notre modèle : de nombreux alcooliques n'ont plus aucune famille ! Tout d'abord, il existe souvent une famille mais qui est cachée, tenue à distance, voire « protégée » par l'alcoolique. Nous avons décrit la situation de certains jeunes alcooliques qui vivent dans une apparence d'indépendance et multiplient les obstacles pour tenir le thérapeute et la famille d'origine à distance. « Faire venir » la famille représente bien souvent dans ces cas la condition sine qua non de la possibilité d'un traitement, même si celui-ci doit se poursuivre individuellement par après.

S'il s'agit d'un alcoolisme type II de l'âge adulte chez un célibataire, dont les parents vivent à distance ou sont décédés, ou encore d'un alcoolisme désinséré III tout à fait isolé au terme de son itinéraire, il convient alors de recréer de toute pièce un tissu affectif et social, d'abord dans une institution thérapeutique puis à l'extérieur (centre de jour). Cette greffe constitue la condition nécessaire à tout changement durable dans la consommation d'alcool. Il faut bien reconnaître que la prise en charge de ce type de patient représente toujours un effort thérapeutique plus important, plus long et soutenu, avec des rechutes fréquentes.

Cependant, aussi extensif, réfléchi, articulé, efficace soit-il, le traitement ne pourra guérir tous les alcoolismes, dont un certain nombre reste résistant à toute forme de prise en charge et évolue inexorablement vers une déchéance totale ou vers la mort.

Enfin, pour conclure, je voudrais vous lire cette citation de J. LACAN extraite du texte sur la famille publiée en 1938 dans l'Encyclopédie française et dont tous les mots me semblent devoir être bien pesés.

« Qu'aujourd'hui en occident, la famille, désignée comme conjugale par Durkheim, se soit contractée par rapport à la famille primitive, plus vaste et moins consanguine et qu'elle soit identique à la famille biologique (père, mère et enfants), il s'agit là du résultat d'une réduction culturelle sous la double pression de l'organisation patriarcale avec l'importance du mariage et du christianisme comme apothéose de la personne »

Le terme d'organisation patriarcale n'est pas sans évoquer la place du père et de l'autorité paternelle constitutive de la famille nucléaire ou conjugale, telle qu'elle a été interrogée entre autre pour Jean-Pierre LEBRUN.

Quant à l'apothéose de la personne, c'est une autre manière de parler de ce que nous avons nommé ici autonomisation, auto-crédation de la personne en relation. Ce qui en 1938 constituait la famille est-il toujours en œuvre en 2010 ?

Il est légitime de se poser des questions. Vous pourriez me dire :

Le modèle de famille que vous présentez n'existe plus ! Cet alcoolisme sélectif n'existe plus non plus ! Somme-toute vous nous avez fait visiter le musée Grévin de la famille alcoolique !

Et en effet comme rendre compte d'un point de vue familial du fait, qu'à Bruxelles aujourd'hui 56 % des ménages, terme utilisé pour décrire les foyers (l'anglais Household), ne comptent qu'un seul adulte ?

Qu'en 2009 le nombre d'interruption de mariage (par divorce ou décès) a dépassé le nombre de conclusion ? Comme le dit une plaisanterie douteuse sur le mariage en Belgique : « Il n'y a plus que les prêtres et les homosexuels qui se soucient de se marier ».

Que l'abus d'alcool se complique d'abus de toutes autres substances suivant la disponibilité du marché des polytoxicomanes, particulièrement dans les milieux les plus défavorisés ? Que les grandes villes participent à d'autres cultures familiales avec une importance accrue de la fratrie, du clan, de la bande, voire du gang ? Bref de la famille plus vaste et moins consanguine de Lacan, signant ainsi un déclin voire une extinction de la famille nucléaire ou conjugale de Durkheim.

Je crois qu'il nous reste et plus particulièrement aux plus jeunes d'entre nous à inventer de nouvelles formes de prise en charge pour ces nouveaux groupes humains, pour ces nouvelles familles plus vastes, moins consanguines. Pour celles-ci, la fratrie constituera peut-être l'unité de permanence et le facteur d'homéostasie sur lequel il conviendra de s'appuyer pour rendre plus efficaces nos interventions.

Merci de votre attention

Jean-Paul ROUSSAUX  
Conférence prononcée à Caen  
Faculté de Droit  
4 février 2010

Pour les personnes intéressées à approfondir les thèmes abordés lors de la conférence, il est possible de se reporter au livre paru aux Editions DE BOECK (Bruxelles 2000) « L'alcoolique en famille » par J.P. Roussaux, D. Hers, B. Faoro-Kreit.