

des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légalles et illégales

d é p e n d a n c e s

**Codépendance:
de la problématique
interindividuelle
à la responsabilité
socio-politique**

d é p e n d a n c e s

septembre 02 / no 17

3

Editorial

Gérald Progin

4

Abus d'alcool: conséquences pour les proches

Etienne Maffli

10

Une vision systémique du travail avec les proches de patients dépendants

Daniel Alhadeff

14

La codépendance du point de vue du Minnesota model

Daniela Danis

18

Codépendance et médecine communautaire

*Pascal Gache
Edith Meriaux*

22

Une société de médiation chimique

Dan Véléa

26

Agir sur l'entourage de la toxicomanie: les services à bas seuil et les voisinages urbains

Daniel Kübler

30

Ecole et relation aux produits

Christian Mounir

34

Livres

36

Cours Séminaires

Gérald Progin
Secrétaire général du GREAT
Co-rédacteur

La codépendance. Phénomène que nous traitons, en général, en termes interindividuels : une personne est malade et son entourage cache le problème ou, pire, lui procure directement ou indirectement le ou les produits, assume les éventuelles dettes ou pare aux handicaps dus à l'addiction. Depuis plusieurs années, nombre de thérapeutes se préoccupent de cette question. Groupes d'entraide, de proches, thérapies de famille sont proposés pour travailler sur les codépendances. Dans ce numéro, vous pourrez prendre connaissance de diverses expériences et points de vue différents sur cette question.

Mais nous n'avons pas voulu en rester au rapport entre la personne dépendante et son entourage. Nous avons aussi cherché à savoir si les normes sociales et le type de vie que nous propose la société actuellement ont une influence sur la consommation de stupéfiants et, partant, ne deviendraient pas, en quelque sorte, codépendantes ou tout au moins acceptantes d'un certain nombre de comportements menant vers l'addiction. Plusieurs auteurs ont accepté de relever ce défi. La population suisse – particulièrement en ville –, et notamment par les démarches de réduction des risques, accepte un peu mieux que les phénomènes de dépendances soient devenus plus visibles et fassent donc partie du paysage social. Les exigences de performance, la concurrence et la consommation effrénée ont accentué la prise de produits permettant de rester jeune, dans le coup et compétitif : M. Véléa, psychiatre, émet donc l'hypothèse que certaines consommations de produits psychotropes seraient plus intégratives qu'excluantes. Du côté de l'école, le rapport des élèves au savoir et à l'institution passe actuellement, d'abord, par la satisfaction des besoins individuels. En découle, sans doute, un rapport différent aux psychotropes. Entre les messages de prévention et les besoins de l'économie, il y a un fossé qui s'agrandit. La question reste de savoir comment «Monsieur-tout-le-monde» intègre ces contradictions.

Toutes ces réflexions fort intéressantes ne répondent évidemment pas à la question posée mais démontrent en tout cas, si cela était nécessaire, que le rapport aux stupéfiants se modifie. A nous de voir comment nous devons nous adapter à ces nouvelles normes.

Abus d'alcool: conséquences pour les proches

Etienne Maffli, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Lausanne

La présente contribution propose de passer en revue une sélection de résultats consacrés aux dommages encourus par les proches des personnes abusant de l'alcool. Pour cette brève revue, on ne considérera que les proches vivant sous le même toit que le malade alcoolique et les plus communément concernés. Il s'agit donc essentiellement des membres de la cellule familiale classique, c'est-à-dire des enfants et du conjoint du buveur. L'accent sera mis sur les catégories de dommages les mieux investiguées jusqu'ici et les plus importantes en matière de santé publique. On laissera de côté l'aspect des conséquences financières et certains aspects relationnels. Bien que la fragmentation en domaines distincts les uns des autres corresponde à la grande majorité des recherches passées en revue, il faut bien garder à l'esprit que cette façon de procéder est réductrice en ce sens qu'elle ne tient guère compte des interactions probablement fréquentes dans la réalité.

Introduction

L'attention portée aux conséquences négatives des excès d'alcool est actuellement largement centrée sur la personne du buveur et beaucoup moins sur son entourage immédiat. Historiquement, il faut cependant rappeler que ce sont en grande partie les images de familles en détresse qui ont contribué à motiver les mouvements de tempérance et les efforts de traitement apparus dans la première moitié du XXe siècle (Appel 1991). La mise en place progressive de systèmes sociaux étatiques dans de nombreux pays a peut-être contribué à atténuer les aspects flagrants des situations vécues dans l'entourage des personnes alcoolodépendantes. Cependant, les éléments dont nous disposons aujourd'hui pour évaluer la situation des proches immédiats de buveurs restent préoccupants. Si dans l'étiologie de l'abus d'alcool le fait de vivre en couple, d'être marié et d'élever des enfants constituent des facteurs protecteurs mis en évidence dans le cadre de nombreuses études épidémiologiques (Clark et Midanik 1982, Wilsnack et al. 1986, Godfrey 1994, Rice et al. 1998), on peut néanmoins observer qu'une proportion importante des personnes souffrant de problèmes d'alcool vivent en couple ou ont des liens familiaux étroits. Pour nombre d'autres buveurs vivant de façon isolée, il faut partir du point de vue que de tels liens existaient par le passé et ont précisément été rompus suite aux problèmes rencontrés (Leonard et Rothbard 1999). Cela signifie que les problèmes d'alcool vont

impliquer de très près d'autres personnes que celles qui boivent effectivement. Les estimations les plus conservatrices partent du point de vue que pour une personne abusant d'alcool, au moins une autre personne souffre très directement des conséquences de cet abus (Eurocare 1998). D'autres estimations, parlant plutôt du nombre de personnes affectées par l'apparition des problèmes d'alcool chez une personne donnée font part de chiffres beaucoup plus élevés (Nadeau 1990). Les dommages subis par les tierces personnes (principalement le partenaire ou les enfants) sont de nature diverse. Certains semblent graves et irréversibles comme dans le cas d'atteinte au développement du fœtus ou dans le cas de négligences dans les soins apportés à un enfant en bas âge, d'autres peuvent être au contraire passagers et ne pas avoir forcément de séquelles à long terme (p. ex. manque momentané de ressources financières, problèmes relationnels). Très grossièrement, et sans tenir compte des dommages dus à une exposition directe (syndrome foetal), on peut distinguer trois types de conséquences pour les proches des personnes concernées par des problèmes d'alcool. Il s'agit tout d'abord des conséquences dues à des *comportements inadéquats* de la personne sous l'influence de l'alcool envers ses proches immédiats. Certains de ces comportements peuvent être parfois extrêmement traumatisants (p. ex. abus sexuel, violence physique, négligence des tâches de soin ou d'éducation). Ensuite, agissant de façon moins directe, il faut mentionner les conséquences *économiques et*

sociales pouvant conduire à une grande précarité et à un isolement social des membres du ménage (dus entre autres aux dépenses consacrées à l'achat des boissons, aux baisses de revenu suite à des difficultés professionnelles ou à la perte d'un emploi). Finalement, on distinguera encore les conséquences *relationnelles*, plus complexes à caractériser et dont l'une des issues manifestes (et parfois paradoxalement salutaire) peut être la rupture ou l'éclatement de la cellule familiale. La probabilité d'un cumul ou d'interactions entre ces différents types de conséquences doit être considérée comme élevée, ce qui laisse présager un degré de détresse considérable dans bien des cas.

Ce premier état des lieux serait sans doute incomplet si l'on n'évoquait pas l'effet de «contamination» que peut avoir le comportement du buveur sur ses proches immédiats. Ce sont en effet les modèles comportementaux d'une part et les souffrances ou dégradations subies d'autre part qui vont contribuer à faciliter le recours à l'alcool parmi les personnes de l'entourage - parfois des années plus tard -, instaurant par là un cercle vicieux pouvant perdurer sur plusieurs générations (Miller et Downs 1993).

Conséquences pour les enfants

Il est incontestable que le fait de grandir dans une famille où l'un ou les deux parents ont des problèmes d'alcool représente un facteur de risque sérieux pour la santé physique et mentale des enfants concernés. Un nombre considérable de guides, mises en garde, témoignages ou autres ouvrages destinés à un large public sont diffusés chaque année pour le rappeler. Les publications d'études empiriques de caractère scientifique sont certes moins nombreuses mais les conclusions que l'on peut en tirer sont plus différenciées et peut-être à certains égards moins pessimistes que les prises de positions catégoriques de certaines publications populaires ou anecdotiques (Barber et Gilbertson 1999). Les recherches concernant les enfants d'alcooliques ont en effet tout d'abord trouvé que ceux-ci souffraient plus souvent que les autres de divers problèmes tels qu'hyperactivité (Lund et Landesman-Dwyer 1979, Kuperman et al. 1999), problèmes émotionnels (Bennett et al. 1988,

Maynard 1997), problèmes comportementaux (Reich et al. 1993, Johnson et Leff 1999) et plus tard d'une propension accrue à consommer de l'alcool ou d'autres substances psychotropes (Sher 1991, Reich 1997). Une fois ces associations établies, il s'est avéré dans un deuxième temps beaucoup plus difficile de formuler des généralisations valides sur les mécanismes pouvant expliquer ces corrélations. Une difficulté notoire réside dans le fait que les parents concernés, en plus de leurs problèmes d'alcool souffrent souvent d'autres pathologies de nature diverse pouvant également contribuer à influencer la santé et l'état psychique de leurs enfants.

Alcoolisme fœtal

Une exposition directe à l'alcool durant la phase de gestation constitue un risque important pour le développement futur de l'enfant. Ce risque semble augmenter avec les quantités d'alcool consommées par la mère mais est également tributaire d'autres facteurs tels que déficits alimentaires, usage de tabac et de drogues ainsi que de facteurs génétiques. La forme la plus grave d'affection est le syndrome d'alcoolisme fœtal (FAS) qui est caractérisé par des atteintes sérieuses du système nerveux central, des déficiences au niveau de la croissance et par une difformité faciale (Larkby et Day 1997). On estime de façon conservatrice qu'au moins un enfant sur 3000 naît avec un syndrome d'alcoolisme fœtal dans le monde occidental (Abel et Sokol 1991). Une majorité d'estimations, souvent limitées à des pays particuliers, font cependant part de taux jusqu'à dix fois plus élevés situés autour de 2 à 5 cas pour 1000 naissances (Little et al. 1990, Godfrey 1994, Sampson et al. 1997). D'autres troubles, moins sévères et qualifiés parfois de «alcohol-related birth defects», sont caractérisés notamment par des troubles d'apprentissage et de comportement. Sans disposer de chiffres précis, on estime que ces formes peuvent être jusqu'à dix fois plus fréquentes que le syndrome d'alcoolisme fœtal à proprement parlé (Robertson 1993). De façon générale, on peut affirmer que l'alcoolisme fœtal comporte de sérieux risques pour le développement de l'enfant. Dans les cas les plus graves, les chances de rétablissement sont considérées comme improbables (Stromland et Hellstrom 1996, Steinhausen et Spohr 1998, Lohser et al. 1999).

Mauvais traitements

La maltraitance enfantine comprend des aspects aussi différents que la violence physique, les abus sexuels, l'abandon, la négligence ou autres oppressions émotionnelles. Aux Etats-Unis, on estime le taux d'enfants victimes de mauvais traitements à 4,7% de la population enfantine (Wang et Daro, 1998). Relativement peu d'études ont examiné de plus près les liens entre l'abus d'alcool et la maltraitance. On ne trouve pas à l'heure actuelle de recherche ayant pu établir un lien causal direct entre ces deux phénomènes, bien que les corrélations aient été souvent mises en évidence (Young 1997). Ainsi, plusieurs études investiguant les raisons de la maltraitance enfantine suggèrent que dans une proportion importante des familles impliquées (allant de 13% à plus de 70%), les parents étaient sujets à des problèmes d'abus de substances, en grande majorité d'alcool. Par ailleurs, les informations provenant des rapports d'incidents tendent à montrer que les actes de maltraitance ont en majorité lieu sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances (Magura et Laudet 1997).

Environnement familial et séquelles psychiques

L'environnement familial et social des enfants de parents confrontés à des problèmes d'alcool est souvent chaotique et par conséquent peu enclin à favoriser un épanouissement harmonieux de ceux-ci. Les situations vécues par les enfants d'alcooliques peuvent être traumatisantes et donc influencer leur équilibre psychique. Velleman et Orford (1990) ont mené une étude sur la base de témoignages rétrospectifs de jeunes adultes et ont pu observer que les enfants d'alcooliques révélaient beaucoup plus d'expériences négatives concernant leur enfance que les personnes d'un groupe témoin. Il ressort de ces récits que leur vie sociale était très restreinte et qu'ils étaient souvent livrés à eux-mêmes. Par ailleurs, les enfants d'alcooliques devaient plus fréquemment endosser des responsabilités inappropriées à leur âge, comme par exemple devoir mettre un de leurs parents au lit, ou devoir lui promulguer des soins. Comparés à un groupe témoin, ils se souvenaient beaucoup plus souvent d'avoir été mêlés à des conflits parentaux ou d'avoir à garder des secrets sur l'un de leurs parents. Finalement, ils étaient bien plus nombreux que les personnes du

groupe de contrôle à s'être fait du souci par rapport à la situation financière du ménage ou encore à avoir craint que leur père perde son emploi. D'autres études sur les conditions d'enfants de personnes confrontées à des problèmes d'alcool soulignent encore la fragilité de la cohésion familiale (conflits, ruptures, décès) (Orford 1990) ou encore le caractère incohérent des figures parentales (West und Prinz 1987).

Concernant la question d'éventuelles séquelles psychiques que pourraient générer de telles situations, il faut d'emblée rappeler la difficulté à distinguer les différentes influences entrant en ligne de compte. Dans son étude pionnière en la matière portant sur 115 enfants d'alcooliques âgés de 10 à 15 ans, Cork (1969) a trouvé que 50 d'entre eux souffraient de problèmes émotionnels très sérieux et 56 autres de problèmes émotionnels assez sérieux. Une étude plus récente et portant sur une cohorte de 961 enfants néo-zélandais a comparé la prévalence de troubles psychiatriques diagnostiqués à l'âge de 15 ans en fonction de l'existence de problèmes d'alcool chez les parents (Lynskey et al. 1994). Les troubles examinés (abus/dépendance, troubles du comportement, troubles de l'attention/hyperactivité, troubles de l'affectivité et troubles de l'anxiété) étaient entre 2.2 et 3.9 fois plus élevés chez les enfants de parents alcooliques que chez ceux de parents ne connaissant pas de problèmes d'alcool et ces liens se sont avérés significatifs pour tous les troubles en question. Fait important de cette étude, le recours à des analyses multivariées permettant de prendre en compte les effets potentiels d'autres variables parentales mesurées prospectivement (position sociale, religiosité, délits, troubles psychiatriques, tabagisme maternel durant la grossesse etc.) suggère certes d'autres influences mais ne remet pas en question l'importance des liens établis entre les troubles des enfants et l'alcoolisme parental. L'étude longitudinale de Drake et Vaillant (1988) portant sur 174 fils d'alcooliques dispose d'un recul plus important (33 ans) et suggère que les difficultés rencontrées à l'adolescence peuvent être surmontées par la suite. En effet, si les sujets de cette étude montraient à l'âge de l'adolescence des problèmes relationnels, émotionnels et médicaux ainsi que des compétences générales en dessous de la moyenne, les observations faites à l'âge adulte n'ont pas révélé plus de problèmes de personnalité que pour un groupe de comparai-

son issu de familles sans problème d'alcool. Toutefois, certaines études traitant de l'effet à long terme de l'alcoolisme parental sur le psychisme de leurs enfants n'arrivent pas aux mêmes conclusions et ont pu mettre en évidence des différences entre groupe cible et groupe témoin, notamment par rapport à la dépressivité, l'anxiété, la gestion du stress ou encore par rapport à la présence de problèmes relationnels (Black et al. 1986, Belliveau et Stoppard 1995). De façon générale, les résultats semblent ici encore contradictoires et ne permettent pas à l'heure actuelle de tirer de conclusions définitives quant aux risques psychopathologiques encourus par les enfants de parents alcooliques, une fois l'âge adulte atteint (Sher 1997, Barber et Gilbertson 1999).

Transmission intergénérationnelle

Une grande partie des efforts de recherche concernant les enfants de parents sujets à des problèmes d'alcool se sont concentrés sur la question du risque qu'encourent ces personnes à développer elles-mêmes une telle problématique au cours de leur vie. Si l'existence de ce risque n'est pas contestée, les estimations du degré de ce risque varient grandement. Ainsi, le risque pour un enfant d'alcoolique de développer lui-même une telle dépendance est, selon les différentes estimations, de deux à dix fois plus élevé que pour des personnes dont les parents ne sont pas concernés par de tels problèmes (Sher 1997). Ces disparités s'expliquent en partie par l'utilisation de différents critères pour établir la présence d'un abus ainsi que par d'autres différences méthodologiques (Windle 1997). De façon générale, l'alcoolisme paternel semble être déterminant autant pour les hommes que pour les femmes alors que l'alcoolisme maternel semble affecter plus particulièrement les femmes (Pollok et al. 1987).

De nombreux facteurs étiologiques ont été avancés pour expliquer le phénomène de la transmission intergénérationnelle des problèmes d'alcool. D'une part, plusieurs études suggèrent l'existence d'une vulnérabilité transmise génétiquement, sans pour autant considérer que ce facteur puisse représenter une condition suffisante (Light et al. 1996, Sigvardsson et al. 1996, McGue 1997). D'autre part, les travaux portant sur les facteurs environnementaux ont pu mettre en évidence un certain nombre d'aspects sensibles parmi

lesquels on peut distinguer les influences familiales spécifiques à l'alcool et celles qui paraissent plus indirectes. Ainsi, le comportement et les valeurs des parents face à l'alcool vont contribuer à forger l'attitude future de leurs enfants par un effet de *modeling*. De même, les attentes des parents par rapport aux effets de l'alcool (par exemple l'attente d'un effet positif dans une situation de stress) peuvent être, à la longue, assimilées par leurs enfants et ainsi influencer leur futur comportement face à l'alcool (Ellis et al. 1997). Les risques familiaux non spécifiques à l'alcool ont en partie déjà été abordés plus haut et englobent diverses caractéristiques souvent associées à la présence d'un alcoolisme parental. Ces facteurs peuvent fragiliser les enfants d'alcooliques durablement, favorisant par là un recours à l'alcool ou à d'autres substances psychotropes à partir de l'adolescence. Les principaux risques identifiés ici sont tout d'abord les différentes formes de comorbidité observées chez les parents alcooliques tels que troubles de personnalité antisociale ou dépression (Ellis et al. 1997). Ensuite, plusieurs études ont montré que des caractéristiques typiques de familles d'alcooliques comme le manque de cohésion familiale, les relations conflictuelles, le recours à la violence et le manque de stimulation cognitive sont corrélés à l'apparition de problèmes d'alcool à l'âge de l'adolescence (Johnson et Pandina 1991, Sher 1991) ou à des troubles connus pour favoriser l'apparition de ces problèmes (Zucker et al 1996). Finalement, les situations de rupture et de divorce apparaissant fréquemment dans les familles touchées par un problème d'alcool constituent également des risques non négligeables pour les enfants concernés (Neighbors et al. 1997), notamment par rapport au développement de problèmes d'alcool ou d'autres drogues (Wills et al. 1996, Wolfinger 1998).

Les nombreux facteurs contribuant au phénomène de transmission intergénérationnelle n'agissent certainement pas isolément. Il faut partir du point de vue qu'il existe des interactions, notamment entre facteurs génétiques et environnementaux, qui augmentent le risque de transmission de manière sensible. Ainsi, les récents travaux de Zucker et al (1996) basés sur des observations longitudinales ont mis en évidence des interdépendances marquées entre divers facteurs de risque en montrant que différents types de familles pouvaient conduire à des risques spécifiques.

Conséquences pour le conjoint/partenaire

Une différence fondamentale entre les conséquences subies par les personnes adultes de l'entourage du buveur (principalement le conjoint) et celles subies par les enfants réside dans le fait qu'un adulte dispose en principe de plus de ressources pour y faire face. On peut s'attendre en effet à ce qu'un adulte puisse interpréter les événements avec plus de distance qu'un enfant et faire appel à un répertoire de stratégies de défenses (*coping*) mieux développé. Ces dispositions accrues lui permettent en principe de devenir plus actif dans la recherche de solutions ainsi que dans la manière de se protéger. Dans la pratique cependant, ces capacités théoriques peuvent être parfois réduites à néant par l'existence de pathologies diverses ou par l'apparition de réactions inadéquates. De telles prédispositions peuvent rendre le conjoint du malade alcoolique impuissant face aux événements et/ou le plonger dans un désarroi prolongé. Il faut rappeler dans ce contexte qu'une grande partie de la littérature consacrée aux conjoints de buveurs porte sur le concept controversé de «codépendance», décrit comme une pathologie propre au conjoint du buveur et participant de façon déterminante à l'établissement et au maintien des symptômes de dépendance alcoolique de ce dernier (Treadway 1990, Holmila 1997). Dans ce cadre, nous nous pencherons sur les deux types de conséquences les plus souvent décrits, soient la violence conjugale et les phénomènes de rupture conjugale.

Violence conjugale

La question d'un lien possible entre violence conjugale et consommation d'alcool a fait l'objet de nombreuses recherches depuis les années 70. Plusieurs études utilisant des groupes de comparaison suggèrent l'existence d'un tel lien. Ainsi, Rosenbaum et O'Leary (1981) ainsi que Telch et Lindquist (1984) ont montré que la fréquence de problèmes d'alcool était plus élevée chez les conjoints de femmes victimes de violence conjugale que chez des conjoints non-violents. De même, van Hasselt et al. (1985) ont montré que les scores du Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) étaient significativement plus élevés chez des hommes violents envers leur épouse que chez ceux qui ne l'étaient pas. Par ailleurs, dans une étude

portant sur un échantillon de 484 hommes travaillant en usine, Leonard et al. (1985) ont trouvé que 25% des ouvriers qui montraient un mode de consommation «pathologique» face à l'alcool avaient également des conflits conjugaux violents alors qu'une proportion nettement moins élevée de ce même groupe de buveurs (13%; $p < .01$) n'avait pas de tels conflits. Les analyses multivariées effectuées par ces auteurs suggèrent en outre que les variables démographiques et psychosociales ne sont pas déterminantes dans la relation mise en évidence. Partant d'un échantillon de 82 hommes sous une mesure de libération conditionnelle, Miller et al (1990) ont trouvé des effets d'interaction entre problèmes d'alcool et consommation

Au moins un enfant sur 3000 naît dans le monde occidental avec un syndrome d'alcoolisme fœtal



Photo Interfoto

Il y aurait corrélation entre abus d'alcool et violence conjugale

d'autres drogues en regard de la fréquence d'actes violents perpétrés sur leurs épouses. Ainsi, la fréquence des actes violents augmentait clairement avec un degré plus élevé de problèmes d'alcool seulement en l'absence de consommation d'autres substances psychotropes. En revanche, en présence d'une consommation de cocaïne, de barbituriques ou de cannabis, les actes violents avaient plutôt tendance à diminuer, plus les problèmes d'alcool étaient importants. De façon générale, les résultats suggèrent une corrélation positive entre l'abus d'alcool et la violence conjugale, excepté dans les cas d'intoxication sévère. Ce dernier phénomène est certainement dû à l'effet anesthésiant de l'alcool, lorsqu'il est pris en grandes quantités ou conjointement avec d'autres substances (Yegidis 1992).

Très peu d'études se réfèrent plus précisément aux événements de violence conjugale pour examiner non pas le mode de consommation général, mais le degré d'alcoolisation de l'assaillant au moment des faits. Dans ce cas également, les études effectuées mettent en évidence une proportion importante d'assaillants sous l'influence de l'alcool au moment des faits allant de 26% à 43% selon les études passées en revue (Gayford 1975, Dobash et Dobash 1987, Pernanen 1991). Une étude expérimentale de Leonard et Roberts (1996) examine les interactions de jeunes couples mariés en manipulant l'effet de l'alcool chez le mari. Durant les observations, ceux-ci recevaient soit des boissons alcoolisées, soit des boissons sans alcool ou encore un placebo (boisson apparemment alcoolisée). Des couples avec ou sans passé de violence conjugale avaient été recrutés pour ces observations. Les interactions sous l'effet de l'alcool étaient nettement plus souvent caractérisées par des comportements négatifs de la part des deux protagonistes (critiques, désaccord, parole coupée, etc.) qu'en l'absence de boissons alcoolisées ou que sous placebo, et ceci dans les deux groupes recrutés. L'absence d'un effet placebo, bien que les personnes étaient convaincues d'avoir consommé autant d'alcool que dans le groupe cible, remet en question l'hypothèse de l'importance des attentes face à l'alcool dans le déclenchement d'actes violents avancée par d'autres auteurs (Kreutzer et al 1984).

Si ces résultats dans l'ensemble montrent un lien évident entre alcoolisation et violence conjugale, la nature de ce lien est encore difficile à interpréter. Il apparaît en tous les cas que l'alcool ne représente ni une condition nécessaire ni une condition suffisante à l'apparition d'actes violents entre conjoints. Au stade actuel des recherches, les corrélations constatées entre alcool et violence conjugale permettent cependant de formuler quelques hypothèses de base cherchant à expliquer ce lien (Holzworth-Munroe et al. 1997). Premièrement, comme le suggèrent les travaux de Leonard et Roberts (1996) et d'autres expériences similaires, il est probable que l'action psychotrope de l'alcool contribue à désinhiber l'expression de certaines tendances agressives. Deuxièmement, les différents problèmes liés à une consommation excessive d'alcool peuvent être à la source de conflits entre époux et augmenter ainsi indirectement le risque d'actes violents. Troisièmement, l'abus d'alcool pourrait

simplement aller de pair avec une pathologie ou des dispositions antisociales sans qu'il n'y ait forcément de liens de cause à effet et expliquer ainsi le risque accru de violence conjugale.

Indépendamment du fait que la question d'un éventuel rôle direct de la substance dans le déclenchement d'actes violents n'est toujours pas élucidée, des attributions allant dans ce sens sont faites dans la vie courante et des représentations collectives existent également à ce propos. Ce qu'il faut souligner ici, c'est que l'acceptation de l'hypothèse d'une action psychotrope directe de l'alcool en tant qu'agent favorisant la violence sert principalement les auteurs d'actes violents. En effet, l'alcool pourra tantôt être utilisé pour conditionner le passage à l'acte et tantôt servir d'excuse pour minimiser les propres responsabilités. Cet aspect est important quand l'on considère que la violence conjugale est typiquement exercée par les hommes et que les victimes sont typiquement des femmes, comme le montrent notamment nos travaux récents portant sur les appels téléphoniques de personnes concernées auprès d'une ligne d'aide (Maffli et Bahner 1999).

Rupture, divorce

A notre connaissance, seulement peu d'études ont été menées dans le but d'examiner les effets d'une consommation problématique d'alcool sur la cohésion conjugale. Les données disponibles dans ce domaine suggèrent une influence réciproque entre taux de divorce et consommation d'alcool (Caces et al. 1999). Les résultats de quelques études portant sur les causes de ruptures conjugales indiquent que la consommation excessive d'alcool chez le conjoint représente un grief invoqué couramment par les personnes concernées. Burns (1984) a par exemple trouvé que la consommation d'alcool en tant que cause de rupture venait en sixième position parmi 16 facteurs examinés et qu'une proportion de 36% de femmes divorcées ou séparées et de 17% d'hommes dans la même situation invoquait cette raison. Un certain nombre d'études plus anciennes relèvent également l'importance de ce facteur (Straus et Bacon 1951, Levinger 1966, Hedri 1971). Dans une étude récente sur l'alcool et la vie conjugale durant la première année de mariage, Leonard et Roberts (1998) ont constaté que la consommation quotidienne moyenne d'alcool des hommes était directement liée à l'apparition d'une instabilité conju-

gale (séparations, intention de divorce), le lien observé restant significatif après avoir contrôlé l'effet d'autres variables (sociodémographie, personnalité, comportements conflictuels). Par contre, en partant du mode de consommation des femmes, un tel lien n'a pas pu être mis en évidence dans cette étude, bien que des effets négatifs sur la satisfaction conjugale aient été notés dans les deux cas. Les quelques études longitudinales menées auprès de la population générale suggèrent qu'une consommation importante d'alcool favorise l'éclatement du couple et qu'inversement les personnes divorcées tendent à augmenter leur consommation d'alcool. Ces études ont cependant l'inconvénient de n'offrir que des mesures espacées et ponctuelles, rendant l'interprétation des résultats difficile (Romelsjö et al. 1991, Power et al. 1999). Pour résumer, même si le nombre d'études disponibles est restreint - particulièrement pour ce qui est d'études longitudinales - on admet généralement qu'une consommation excessive d'alcool contribue à provoquer ou à amplifier les conflits conjugaux et que cet état peut conduire à un éclatement du couple ou de la cellule familiale. Pour expliquer ce phénomène de dégradation des liens conjugaux, les conséquences diverses de la consommation excessive du conjoint buveur doivent être prises en compte (difficulté à assumer les responsabilités et les tâches, emploi précaire, paupérisation, appauvrissement des liens sociaux, conduite imprévisible, agressivité, violence, agression sexuelle envers le partenaire ou les enfants). Si la rupture du couple comporte des aspects douloureux - en particulier lorsqu'il y a des enfants - on peut affirmer que le maintien de l'union conjugale dans de telles circonstances n'est pas sans dommage non plus. Ainsi, les tensions psychologiques subies par le conjoint du buveur peuvent conduire à la longue à divers troubles comme perte de confiance en soi, angoisses, dépression, etc. pouvant à leur tour susciter des comportements inappropriés pour y faire face (utilisation abusive de médicaments, voire d'un recours à l'alcool) (Eurocare 1998).

Conclusions

Bien que l'ampleur des souffrances et dommages encourus par les proches immédiats du buveur excessif soit difficile à estimer avec précision sur la base

des connaissances actuelles, il faut partir du point de vue que ces dommages sont considérables et probablement équivalents - bien que de nature différente - à ceux subis par les buveurs eux-mêmes. Les personnes les plus durement touchées sont certainement les enfants d'alcooliques puisqu'ils n'ont de fait guère la possibilité de se protéger des conséquences directes ou indirectes de l'alcoolisme parental. Certains d'entre eux sont déjà touchés gravement et durablement avant même d'être confrontés aux influences des comportements parentaux. En effet, au moins un enfant sur 3000 naît dans le monde occidental avec un syndrome d'alcoolisme fœtal (FAS) et l'apparition de troubles apparentés, également liés à une exposition directe durant la gestation, a une incidence encore dix fois plus élevée (Robertson 1993). Il est ensuite évident que l'alcoolisme parental contribue à générer quantité de dommages au cours du développement de l'enfant, bien que les modes d'influence ne soient que partiellement élucidés. Il s'agit en particulier de maltraitance, d'isolement, d'insécurité ou encore d'incohérence des conduites et des exigences parentales, phénomènes qui surviennent beaucoup plus fréquemment dans les familles d'alcooliques que dans d'autres milieux. La question des séquelles psychiques à long terme de ces torts subis dans l'enfance laisse apparaître des résultats partiellement contradictoires si bien que l'on ne peut pas encore tirer de conclusions définitives à

ce propos. Ce qui semble par contre bien établi concerne l'existence d'un risque de transmission intergénérationnelle du problème d'alcool qui, selon les estimations, varie d'un facteur de 2 à 10. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour ce qui est des modes de transmission, et les récents travaux de Zucker et al. (1996) tendent à montrer que le cumul de certains facteurs entraîne un accroissement de ce risque.

Les conjoints de personnes abusant d'alcool ont également un lourd tribut à payer. Une des conséquences les plus graves représente certainement le risque d'être victime d'actes violents, le recours à la violence conjugale étant clairement plus fréquent en présence de problèmes d'alcool. Si les différentes explications mises en avant pour rendre compte de ce phénomène restent encore hypothétiques, un effet propre à l'alcool semble indéniable.

A part le risque de violence conjugale, les conséquences diverses liées à l'existence d'un problème d'alcool dans le couple peuvent contribuer à affecter la qualité de vie ainsi que la santé du conjoint de la personne qui boit. Les problèmes vécus peuvent conduire à une rupture ou à un éclatement de la cellule familiale comme le montrent plusieurs recherches sur les causes de divorce. Un phénomène opposé, connu sous le terme de « codépendance » et décrit principalement dans la littérature clinique, serait celui d'une sorte de participation contre nature à la maintenance du comporte-

ment addictif par des efforts visant à dissimuler et à compenser les problèmes du partenaire. Dans les deux cas, et de façon générale pour les couples concernés, il faut partir d'une dégradation sensible de la situation du conjoint du buveur, pouvant conduire à des troubles psychiques et physiques conséquents.

En regard des résultats passés en revue ici, on peut affirmer que l'abus d'alcool comporte des risques considérables de morbidité psychique et physique pour les proches immédiats du buveur excessif, en particulier pour les enfants. Cette problématique représente donc un enjeu important en termes de santé publique. Les efforts qui tendent à associer les proches à la prise en charge des patients alcooliques sont prometteurs. En effet, ces approches n'ont pas seulement un impact favorable sur la situation actuelle, mais peuvent également contribuer à prévenir les risques accrus d'une pathologie secondaire parmi les proches de la personne concernée.

Adaptation d'une publication du même auteur en langue anglaise: «Problem drinking and relatives» in : Klingemann, H. & Gmel G. (2001) (Eds.). Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Press.

La liste des références peut être obtenue auprès de l'auteur: e-mail: emaffli@sfa-isp.ch

Une vision systémique du travail avec les proches de patients dépendants

Daniel Alhadeff, psychologue F.S.P., formé en thérapie systémique, Unité d'Alcoolologie de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève

Dans cet article, j'examinerai la relation complexe qui unit le patient alcoolo-dépendant et ses proches du point de vue de certaines théories systémiques, tout en faisant des liens avec la notion de co-dépendance. Dans une seconde partie, je m'intéresserai à la prise en charge des proches de patients alcoolo-dépendants dans les thérapies systémiques.

Quelques notions de base des théories systémiques

Il ne serait pas pertinent de faire ici un historique des thérapies systémiques. Je me concentrerai donc sur les notions de base utiles pour la compréhension du symptôme de dépendance et sur celles qui sous-tendent les interventions systémiques les plus courantes.

Au niveau terminologique, je préférerais simplifier et utiliser les mots thérapies systémiques pour englober les thérapies familiales et de couple.

Le premier modèle systémique est le modèle circulaire. Ce modèle se différencie d'un modèle linéaire et causal. Le modèle circulaire a plusieurs particularités: D'abord, les relations entre deux éléments A et B ne sont plus linéaires, unilatérales et causales mais circulaires (A influence B qui en retour peut influencer A).

Exemple 1: Monsieur rentre alcoolisé. Découvrant cela, Madame se met en colère. M. ne supporte pas les cris de Mme et repart boire au bistrot. Si on demande à chacun des intervenants comment il comprend la séquence, on risque de découvrir qu'ils ont une vision linéaire: «Je bois parce qu'elle crie» et «je crie parce qu'il boit». Ce qui est le propre d'une séquence de type: $A \Rightarrow B \Rightarrow A \Rightarrow B \Rightarrow A \Rightarrow B \Rightarrow A$ etc., c'est qu'on peut isoler n'importe quelle partie $A \Rightarrow B$ ou $B \Rightarrow A$ et que chacun est donc de bonne foi mais sans être conscient que son comportement influence en retour celui de l'autre.

Pour les systémiciens, le symptôme

concerne non seulement l'élément porteur de ce dernier (patient désigné) mais tout le système en fonction de ce principe de circularité.

Cette notion est vraiment centrale, car elle considère le symptôme comme une entité qui ne fait pas partie intégrante de la personne, un peu comme un habit. Il n'y a pas de personne alcoolique, il y a une personne qui boit trop dans certaines conditions et à certains moments (qu'il s'agira d'ailleurs de déterminer). Pour le thérapeute, comme pour le patient, ce modèle offre une grande place au changement et à la liberté. Une partie de la thérapie consistera à aider le patient à comprendre qu'il a la liberté de choisir d'autres comportements que celui de boire.

Dans le modèle circulaire, on notera ensuite que plusieurs interactions différentes peuvent donner le même résultat. Ce principe d'équifinalité rejoint parfaitement le modèle multifactoriel de l'alcoolisme. Pour reprendre notre exemple, M. a peut-être bu parce qu'il anticipait avec anxiété la façon dont sa femme allait l'accueillir. Mais il a peut-être bu aussi parce qu'il avait eu une mauvaise journée au travail ou parce qu'il a rencontré un ami qui l'a entraîné, etc. Il y a de nombreuses manières d'expliquer un comportement et parfois la personne qui agit n'est pas entièrement consciente de toutes les raisons qui la motivent. Les systémiciens ne s'attachent pas à comprendre les causes mais plutôt les effets observables de chaque comportement. Et quand ils observent un changement, ils postulent à nouveau qu'il y a plusieurs causes (dont l'une est peut-être leur

intervention) et surtout continuent à en examiner les effets en explorant de nouvelles séquences. Le but étant ici d'éviter de tourner en rond et d'aider le couple à créer de nouveaux comportements.

Le modèle circulaire a d'autres propriétés: Le système constitue un tout cohérent qui est d'avantage que la somme de ses éléments. Dans un couple, il y a Madame, Monsieur et leur relation. Le systémicien s'attache surtout à étudier cette dernière. Le comportement de l'un n'est compris qu'en fonction de la réaction de l'autre. Et en ce qui concerne le symptôme, il s'agit de déterminer comment il influence la relation, quel rôle il joue dans le couple ou la famille.

Toute tentative de modifier le système entraîne des «rétroactions» qui s'opposent à cette modification. Cela peut être compris comme une résistance aux changements ou une tendance à maintenir l'équilibre du système (aptitude à l'homéostasie).

Exemple 2: M. arrête de boire. Au début, il y a moins de disputes. Mieux dans sa peau, il reprend peu à peu sa place auprès de ses enfants qui sont très heureux de ce changement. Madame se sent maintenant moins importante. Elle se déprime, ce qui la rend irritable. Peu à peu les disputes reprennent.

A l'inverse, le système est capable de s'adapter à des changements extérieurs pour conserver son identité (aptitude au changement).

Exemple 3: Madame a toujours été l'élément moteur du couple. Le jour où elle perd son travail, l'équilibre du couple est modifié. L'alcoolisme de M., qui commence à cette époque, peut être compris comme une manière de rétablir l'équilibre antérieur: il devient peu fiable et est de plus en plus absent. Du coup, Mme doit gérer toutes les finances et acquiert ainsi de nouvelles responsabilités. Le problème se posera quand elle retrouvera du travail et que la «solution» de M. deviendra à son tour un problème.

Enfin, un système peut être plus ou moins souple ou rigide dans ses capacités de régulations externes et internes. Il possède une frontière plus ou moins perméable aux apports de l'environnement. Un système fermé subit l'entropie, c'est-à-dire une déperdition d'énergie, qui le condamne. Un système ouvert se maintient grâce à des apports extérieurs d'énergie. En général, les systèmes doivent donc être en relation avec l'extérieur pour survivre mais ils sont perturbés par ces relations indispensables. Un système trop fermé dont un des membres

tombe malade est confronté à un dilemme: s'ouvrir au monde extérieur pour faire soigner le malade en courant le risque d'être gravement perturbé ou laisser le membre malade continuer à souffrir au risque de le perdre et donc d'être également gravement perturbé.

La deuxième théorie systémique s'intéresse à l'évolution du système dans le temps. Le système-famille va avoir un début (constitution d'un couple) et plusieurs étapes (naissance des enfants, adolescence des enfants, départ des enfants, maturité du couple, décès ou mariage de l'un des membres de la famille, etc.). Ces événements auxquels le système-famille doit s'adapter constituent une deuxième théorie systémique basée sur les cycles de vie ou théorie des crises et changements. Les crises (comme régulations pour s'adapter à de nouvelles circonstances) surviennent à chaque étape du processus et n'étant pas négatives en elles-mêmes mais demandant au système de s'adapter et donc de changer. Les problèmes apparaissant quand la famille est incapable de passer à l'étape suivante (aptitude à l'homéostasie) et s'enferme dans un fonctionnement qui répète ses stratégies d'adaptation dans un nouvel environnement où elles ne sont pas ou plus adéquates comme dans l'exemple 3. Selon ce modèle systémique, l'alcoolisme pourra être considéré comme le signal d'une crise non résolue survenue à un moment du cycle de vie (naissance d'un enfant, autonomisation des enfants, etc).

Enfin, une troisième théorie considère les différents mythes du couple et de la famille comme constructions plus ou moins conscientes constituant les bases du système. Les problèmes surviennent quand un événement remet en cause et/ou «abîme» le mythe et donc la base du couple/famille ou quand les deux partenaires se rendent compte qu'ils ne partagent pas le même mythe.

La question primordiale sera de déterminer si le symptôme alcoolique fait partie du mythe et était donc là au moment de la rencontre (le mythe étant par exemple que Mme soit la soignante de M.) ou s'il est apparu plus tard en réaction à un problème lié à un mythe sans rapport: par exemple M. boit depuis qu'il a découvert que sa femme l'a trompé (le mythe brisé pouvant être ici celui de la fidélité).

La co-dépendance

Le modèle de la co-dépendance se définit en fonction de la dépendance: «Je suis

dépendant de la personne dépendante de l'alcool» ou «le problème d'alcool me touche par l'entremise de l'alcoolique qui est mon proche». La co-dépendance s'articule donc autour du lien qui unit le dépendant à ses proches et par la création d'un autre symptôme qui est la co-dépendance. S'il n'y a pas de lien entre les deux, il n'y a pas de co-dépendance possible. Par contre, les liens affectifs ne sont pas les seuls pouvant permettre l'installation d'une co-dépendance. Des employés d'un même service sont ainsi liés par leur fonction au sein d'une entreprise. Si un employé dysfonctionne, les collègues co-dépendants se répartiront la masse de travail qu'il ne peut plus assumer pour que l'extérieur ne se rende pas compte qu'il existe un problème dans leur service.

Selon le point de vue systémique, nous nous situons dans un modèle circulaire. Le fait que le membre porteur du symptôme n'assume plus toutes ses fonctions oblige le ou les autres membres du système à modifier leur comportement pour essayer de «corriger» le déséquilibre (rétroaction). Comme dans une balance, si vous ajoutez un poids sur un plateau vous devez en ajouter sur l'autre plateau pour maintenir l'équilibre (homéostasie). L'exemple classique est l'épouse qui essaye d'empêcher son mari de boire. Sans le vouloir, elle augmente encore le problème car son mari furieux boit davantage. Les deux comportements sont des rétroactions mais qui ne visent pas le même but. Madame essaye de maintenir les relations avec l'extérieur: elle paye les factures, donne des excuses, cherche les bouteilles, etc. M., qui ne se rend pas compte du déséquilibre par rapport à l'extérieur, essaye de reprendre le contrôle à l'intérieur de la famille. En buvant plus, il montre que c'est toujours lui le chef.

Selon le modèle de la co-dépendance, on prescrit aux proches l'abandon des stratégies de contrôle, la reconnaissance de l'impuissance et la responsabilisation: «Occupez-vous de vous, mettez des limites», etc. On envoie le co-dépendant à des groupes de proches comme on envoie l'alcoolique à des groupes de soutien. Selon ce modèle, l'alcoolique doit se responsabiliser par rapport à une démarche d'abstinence et ses proches ne doivent plus intervenir dans le domaine de son problème d'alcool au risque de déresponsabiliser à nouveau le patient. Ce modèle a donc une compréhension circulaire mais propose des solutions linéaires: chacun doit soigner son symp-

tôte de son côté.

Le systémicien traitera dépendance et co-dépendance en même temps en voyant le couple ou la famille et en ne s'attaquant pas directement aux symptômes mais aux relations entre les membres du système.

Indications

Se pose alors la question de l'indication: quand doit-on utiliser des thérapies individuelles et quand doit-on utiliser des thérapies systémiques? On peut distinguer trois éléments de base: le symptôme, la souffrance qui en découle et l'allégation (le fait de parler du premier ou de la deuxième ou de demander de l'aide). Quand les trois éléments sont «portés» par la même personne, il s'agit d'une bonne indication de thérapie individuelle. Quand, au contraire, les éléments sont répartis dans une famille, c'est une indication de thérapie systémique. L'un des problèmes du symptôme alcoolique, c'est que celui qui le porte n'est souvent pas le premier qui en souffre en raison du déni et des effets psychotropes de la substance. Et donc souvent, c'est celui qui souffre - le proche - qui demande de l'aide. Une thérapie systémique semble donc de rigueur dans ce cas. Le problème devient alors de faire accepter à celui qui ne fait pas la demande de venir voir un thérapeute. A l'inverse, on rencontre des situations où c'est le proche qui, malgré sa souffrance, refuse une thérapie de couple parce que «c'est l'autre qui est malade». Comme on le constate, l'indication ne suffit donc pas. D'ailleurs le but de la thérapie est parfois justement de faire émerger une demande.

Si on reprend maintenant la notion de co-dépendance, on voit que la thérapie individuelle du proche est adéquate si sa demande est personnelle, c'est-à-dire qu'il veut travailler sur le symptôme «co-dépendance» et non sur le symptôme de «dépendance» de son proche. Si ce n'est pas le cas, on retombe dans une indication de thérapie systémique.

La demande

Il y a rarement au début - et même après une cure de désintoxication - demande de thérapie de couple ou de famille et cela en raison du fait que proches et patients sont dans un modèle et une demande linéaire: «il faut soigner son alcoolisme,

le réparer», «il faut changer mon proche, lui dire de ne pas me quitter». C'est une demande désignative car centrée sur le patient désigné (que se soit le dépendant ou le co-dépendant). La demande désignative peut aussi être centrée sur l'extérieur: «le problème c'est que mon mari est au chômage» sur laquelle peuvent s'accorder les membres du couple ou être reprise par le médecin traitant: «le vrai problème, c'est la dépression».

Il existe ainsi toute une série de demandes problématiques comme les demandes centrées sur la crise mais pas au sens systémique du mot, c'est-à-dire qu'une fois la cure terminée, le problème est réglé pour le couple. Alors que, comme nous l'avons vu, il ne suffit pas d'enlever le symptôme, il faut également comprendre sa fonction.

Exemple: la fonction de l'alcoolisme de Mme est de maintenir la position dominante de M. dans le couple. Ce qui est une façon d'expliquer pourquoi c'est toujours M. qui entraîne Mme à recommencer à boire. Si Mme veut maintenir son abstinence (ou ne pas développer un autre symptôme comme une dépression), le couple ne pourra pas faire l'économie de négocier le rôle de chacun dans le couple. Et on découvrira peut-être que M. a beaucoup de difficulté à accepter une relation sans rapport de force.

Citons encore les demandes paradoxales où chaque membre du couple a des attentes, des objectifs différents ou opposés à ceux de l'autre: continuer en couple, se séparer.

Implications cliniques

Dans les cas d'une indication de thérapie systémique, la première implication pour le thérapeute sera donc d'arriver à reformuler la demande problématique ou linéaire d'une manière systémique qui satisfasse tous les membres de la famille et d'arriver à trouver un objectif auquel adhèrent le patient désigné comme ses proches.

Illustration

Le thérapeute reçoit un couple. M. a 62 ans, Mme 47. Ils ont deux enfants de 16 et 18 ans. Mme se plaint du problème d'alcool de son mari qui dure depuis quatre ans. Elle se plaint surtout de son agressivité verbale quand il rentre le soir, c'est ce qui motive sa demande. Son mari n'est pas d'accord, il n'a pas l'impression de boire trop. Il minimise ses colères

du soir et les met sur le compte d'une surcharge professionnelle. Il explique aussi que sa femme se refuse à avoir des relations sexuelles avec lui et qu'il boit d'avantage dans ces moments. Mme rétorque qu'elle se refuse à lui parce qu'il sent l'alcool. Au cours de l'entretien, une grande inquiétude pour les enfants est manifestée par Mme. Enfin, un dernier sujet est abordé: la question du retour en Espagne, le pays d'origine du couple. Au début de leur mariage, ils avaient en effet décidé de rentrer au moment de la retraite de M. Depuis quelques années Mme remet en cause ce projet car toute sa famille vit à Genève. Devant une telle situation, plusieurs possibilités s'offrent au thérapeute. Comme nous l'avons vu, de son hypothèse de départ dépendra le projet thérapeutique qu'il construira avec la famille. Imaginons trois déroulements alternatifs pour la même situation:

Variante 1

Le thérapeute décide de s'attaquer au cercle vicieux dans lequel est enfermé le couple. Il explore les boucles comportementales qui mènent soit aux alcoolisations de M. soit aux refus de relations sexuelles de Mme. Il pose des questions pour déterminer quand commence la séquence et quand elle se termine (réconciliation qui permet de se fâcher à nouveau un peu plus tard). Entre les séances, il demande aux deux membres du couple de s'observer pendant ces moments de crise. Cette tâche a pour effet de désamorcer les conflits (il est difficile de se disputer tout en s'observant). Parallèlement, les questions du thérapeute amènent progressivement mari et femme à se rendre compte qu'ils sont tous les deux des victimes et qu'aucun des deux n'est vraiment responsable des malheurs de l'autre. Ils passent ainsi sans le savoir d'un modèle linéaire (je fais ceci à cause de l'autre) à un modèle circulaire (quand je fais ceci, cela a telle conséquence sur l'autre. En fait, c'est moi qui provoque sans le vouloir ce que j'essaie d'éviter). Après plusieurs séances, leur comportement commence à évoluer: M. boit moins et ils ont à nouveau des relations sexuelles satisfaisantes.

Variante 2

Le thérapeute décide de suivre la piste des enfants qui sont probablement dans un processus d'autonomisation, ce qui modifie et déstabilise l'équilibre familial. Il propose de voir les enfants sans leurs parents dans l'entretien suivant

puis de revoir à nouveau le couple. Les enfants se montrent très inquiets pour leur père et l'aîné peut dire qu'il remet en cause son projet de partir étudier à l'étranger à la fin de son collège, projet qu'il a depuis environ deux ans. Quand le thérapeute aborde le sujet du départ de l'aîné devant le couple, M. se dit très inquiet pour son fils qu'il trouve trop fragile pour partir seul alors que Mme, elle, encourage son fils à suivre son idée. Le thérapeute propose donc aux parents comme but des séances d'arriver à se mettre d'accord sur un projet éducatif commun. M. arrête de boire dès la quatrième séance mais ils découvrent entre temps que leur fils fume de la marijuana. Ce symptôme disparaîtra à son tour à mesure que la thérapie avance et que le couple développe des stratégies éducatives communes face aux enfants.

Variante 3

Le thérapeute fait l'hypothèse que l'élément déclencheur du problème est la rupture par Mme d'un contrat établi tacitement depuis le mariage (mythe) : à savoir le retour en Espagne qui semble représenter beaucoup pour M. Il explore donc avec le couple les conséquences pour l'un et pour l'autre de rester et de partir et les fait ainsi prendre conscience des enjeux cachés derrière cette décision : s'éloigner de sa famille d'origine pour Mme et se retrouver isolée dans un pays où elle n'aura plus la position sociale qu'elle a ici ; être récompensé de toutes ces années difficiles pour M. et être reconnu par ses pairs qui sont déjà ren-

trés avant lui. Le couple pourra ainsi renégocier la décision en comprenant mieux la position de l'autre et, si possible, trouver un compromis acceptable pour chacun.

Discussion

Notre façon de concevoir une situation ou un problème va donc influencer notre manière de la comprendre ou de le résoudre. Le patient, comme ses proches, a lui aussi une vision et une compréhension de ce qui lui arrive. Souvent, ce qui est un problème pour les autres n'est pas un problème pour lui. Ecouter et comprendre le point de vue du patient est donc la première étape essentielle avant d'entamer une sorte de travail de traduction, d'abord pour que le patient et ses proches recommencent à se comprendre, ensuite pour qu'ils trouvent une base commune pour commencer le travail de changement.

Conclusion

Le point commun entre le modèle de la co-dépendance et la systémique est le partage d'une vision circulaire. La différence réside dans la manière de traiter le problème.

Pour les systémiciens, les proches du patient désigné ne représentent donc pas seulement une aide dans sa prise en charge mais sont indissociables de cette dernière à partir du moment où ils sont por-

teurs d'une souffrance et/ou d'une demande.

Parfois, le travail du thérapeute consiste à proposer une nouvelle vision des événements pour donner au patient une prise pour agir sur eux. Parfois, le thérapeute doit laisser les patients redéfinir leur problématique de manière à ne plus être victimes mais acteurs de changement.

Bien sûr, je n'ai abordé ici que les cas de la famille directe : conjoint(e), enfant(s) car la majorité des théories se réfèrent au couple et à la famille. Pour le cas d'autres proches (fratrie, amis, collègues de travail, etc.), les mêmes modèles sont applicables mais dans un cadre thérapeutique forcément différent.

Le sujet permettrait encore de longues discussions, mais j'espère que ces quelques pistes auront été suffisamment intrigantes pour stimuler la réflexion. Alcoologie et thérapies systémiques ne sont qu'au début d'une rencontre qui ne peut être que stimulante et fructueuse, à l'image d'un couple qui débute.

Bibliographie

- J. MAISONDIEU, L. METAYER, *Les thérapies familiales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
S. MINUCHIN, *Famille en thérapie*, Begedis, Editions Universitaires, 1983.
A. NAPIER, C. WHITAKER, *Le creuset familial*, Paris, Robert Laffont, 1980.
G. SALEM, *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Masson, 1996.
R. NEUBURGER, *Le mythe familial*, Paris, ESF éditeur, 1995.

La codépendance du point de vue du du Minnesota model

Daniela Danis, psychologue répondante de l'Unité des maladies de la dépendance, Clinique La Métairie, Nyon

(résumé) Le Minnesota model s'inspire fortement des thèses des Alcooliques Anonymes, AA. Il a aussi intégré, rapidement, les proches des personnes dépendantes à travers le mouvement Al Anon.

Un certain nombre d'institutions et de services ont mis en place, avec ce modèle, un accompagnement pour les personnes concernées.

Déculpabilisation, travail sur le déni, appui des pairs ayant vécu des expériences semblables sont quelques-uns des outils de cette approche.

Introduction

Né aux Etats Unis en 1935, le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA) marque un tournant dans l'approche du problème de l'alcoolisme (1). Précédemment, les alcooliques étaient envoyés en prison ou traités dans des asiles psychiatriques avec des malades psychiatriques, tels que des psychotiques et des schizophrènes. Peu à peu, les idées de base des AA ont commencé à se faire entendre. Selon ce mouvement, l'alcoolisme n'était ni un vice ni une tare ni un défaut de volonté, mais une maladie primaire dont le rétablissement était possible grâce à l'abstinence et au suivi d'un programme en 12 étapes. Certaines personnes auraient une tendance à développer cette maladie, à partir d'une vulnérabilité initiale d'un niveau biologique et psychologique. Une certaine prédisposition s'activerait au contact de l'alcool et cette maladie se développerait durant des années jusqu'à ce que la dépendance devienne évidente. Le développement serait très graduel et certains facteurs tels que des stress, des chocs émotionnels pourraient être des accélérateurs du processus. Mais dans la plupart des cas, c'est la consommation régulière et/ou excessive d'alcool qui amènerait un déséquilibre grandissant dans la vie de la personne et, par conséquent, dans celle de son entourage. En réponse à la souffrance que cette maladie provoque aussi à l'entourage, se crée, en 1936, le mouvement Al-Anon à l'intention des proches des alcooliques (2). Inspiré des 12 étapes des AA, un programme de rétablissement similaire est proposé aux per-

sonnes codépendantes. Ces personnes, se culpabilisant d'avoir provoqué l'alcoolisme du conjoint-e, assumaient progressivement tout à la place de l'alcoolique, jusqu'à l'épuisement, voire la maladie et même leur mort. Al-Anon, considère l'alcoolisme comme une maladie primaire et non la conséquence d'une mauvaise relation de l'alcoolique avec son entourage. Si bien que la maladie est décrite comme familiale, car elle affecte tout l'entourage du malade, elle serait la source du déséquilibre familial et non pas la conséquence. Ce message, qui était déculpabilisant pour l'entourage, apporta un grand soulagement aux personnes concernées. Il encouragea l'entourage à se prendre en charge, à se responsabiliser de sa propre vie, et non de la vie d'un autre adulte, et le découragea d'essayer de soigner par lui-même la maladie de la dépendance.

Le Minnesota model

Progressivement, le message des Alcooliques Anonymes et des Al-Anon fait son chemin et, dans les années 1940, certains alcooliques devenus abstinentes essaient d'en aider d'autres qui ne le sont pas encore. Ils commencent ainsi à intervenir dans des hôpitaux et, en 1948, une première unité hospitalière de traitement d'alcooliques, basée sur les principes AA est créée au Minnesota (3). Un nouveau modèle de traitement voit le jour. Connus sous le nom du Minnesota model, il combine des principes des AA avec une prise en charge médicale et des techniques psychothérapeutiques, telles que les

approches cognitivo-comportementales, systémiques, Gestalt, analyse transactionnelle, psychodrame, etc. Le traitement est effectué par des équipes interdisciplinaires, constituées par des médecins, psychologues, assistants sociaux, et d'autres professionnels ainsi que des membres des AA. En 1993, les Etats Unis comptaient environ 7000 centres de traitement qui utilisaient ce modèle. D'autres centres se sont ouverts dans d'autres pays, notamment en Angleterre, au Portugal, en Belgique, en France, au Chili et au Brésil.

Le traitement

A présent, les centres de traitement qui utilisent le Minnesota model intègrent les proches dans le traitement. Ils considèrent que le rôle des proches est fondamental (4, 5). En général, pendant les années d'évolution de la maladie de la dépendance, l'entourage réagit avec des comportements de codépendance. Ces comportements, basés sur un réel désir d'aider le malade à s'en sortir, ne font qu'aggraver la situation et enlisent tout le réseau familial dans le dysfonctionnement. Les efforts des codépendants pour cacher la situation, pour assurer l'homéostasie du système familial par des efforts de plus en plus importants, et de plus en plus voués à l'échec, ne font que retarder l'entrée en traitement des malades dépendants. Le manque de limites des proches et leurs sentiments de culpabilité et de honte contribuent à maintenir la situation cachée. Or, quand finalement les proches «touchent le fond» et arrêtent d'éviter la crise, une demande d'aide peut s'exprimer.

Le Minnesota model, intègre les personnes proches dès le départ. Cette participation des proches peut prendre différentes formes. L'unité des maladies de la dépendance de la clinique La Métairie, s'inspire du Minnesota model (6) et c'est ainsi que les proches sont invités à participer dès le premier entretien d'évaluation du malade dépendant. Leur présence et leur témoignage contribuent à diminuer le déni qui caractérise cette maladie (7). Il n'est pas inhabituel de constater que le malade dépendant situe son problème comme étant un problème qui est apparu «dernièrement», c'est-à-dire des fois depuis 6 mois, selon lui (elle). Pour le proche, «dernièrement» peut porter sur les derniers 12 ans ! Même si, face au désaccord du malade dépendant, les deux soutiennent qu'en effet ce n'était pas

«tous les jours», et qu'il-elle «n'a pas touché aux alcools forts depuis 2 ans », il-elle finit, néanmoins, par être d'accord sur le fait que la bière et le vin modifient suffisamment son comportement pour mettre en danger sa vie et celle de son entourage, sans compter les conséquences professionnelles et financières qui, en général, s'associent à la situation. La présence des proches durant les entretiens contribue énormément à clarifier la situation. 95% des patients dans l'unité de maladies de la dépendance arrivent suite à une forte pression surtout de la part de leur famille. Parfois, l'entourage médical et professionnel a aussi posé un ultimatum, ce qui accélère finalement le processus de décision du malade dépendant (8). Une fois que la personne décide d'entrer en traitement résidentiel, les proches sont contactés pour un entretien en présence du malade dépendant. Pendant cet entretien, l'alcoolique sevré depuis quelques jours et suivant un traitement psychothérapeutique spécifique à son problème de dépendance est, en général, plus à même d'écouter et accepter le vécu de son entourage. Sa minimisation cède, et sa décision d'opter pour l'abstinence peut se voir renforcée par les faits rapportés concernant ses pertes de maîtrise qui découlent de sa consommation. Pratiquement, toutes les personnes proches avouent des sentiments de culpabilité. «Forcément, on a bien dû faire ou ne pas faire quelque chose pour en arriver là». Ils ressentent l'hospitalisation du malade comme un échec personnel. Ils sont souvent accablés par la honte, ils pensent que c'est de leur faute. Néanmoins, les proches sont soulagés d'apprendre que l'alcoolisme est une maladie (9) qui a besoin d'un traitement spécifique. Ils découvrent que cette maladie n'a pas été causée par eux, et de ce fait qu'ils ne pouvaient pas la soigner malgré leurs efforts répétés. Néanmoins, des habitudes de longue date ne changent pas si facilement. C'est ainsi qu'un groupe psychothérapeutique leur est offert pour leur permettre, à leur tour, de mieux se situer et de ne pas se sentir mis à l'écart et exclus du programme de rétablissement. Ce groupe se réunit une fois par semaine, pendant un an, et il regroupe des proches de malades qui se soignent dans l'unité. Certains proches sont soulagés d'avoir un endroit où échanger sur leur problème, certains sont sceptiques au départ, et d'autres sont même fâchés. «Après tout ce qu'on a vécu, il faut encore venir ici, et encore s'investir». Peu à peu, ils se rendent compte des

bienfaits que leur apporte le programme qui leur est destiné. Ils découvrent que ce n'est pas pour «l'autre», mais pour eux-mêmes qu'ils peuvent le faire. Ils peuvent s'identifier aux autres participants, ne se sentent pas jugés, ce qui les amène à exprimer plus facilement leur souffrance. Ils apprennent progressivement à se défaire des anciens fonctionnements. Ils acceptent de découvrir leurs besoins, ils commencent à oser mettre des limites, sans se sentir coupables, ils s'exercent à dire non quand les demandes ne correspondent pas à leurs besoins ou à leurs capacités. Ils travaillent le lâcher prise, tout en partageant la peur de perdre la relation s'ils changent de comportement. Ils deviennent plus honnêtes, arrêtent de donner des excuses ou des réponses à la place des autres. Ils apprennent à éviter des comportements qui les amènent à un sentiment de se «faire avoir». Certains, après des années de «tenir», craquent, n'en peuvent plus, et se culpabilisent encore: «maintenant qu'il va bien, c'est moi qui...». D'autres, pendant le séjour de leur proche, «soufflent», récupèrent leur sommeil, etc. D'autres encore sont accablés par le sentiment d'avoir abandonné leur proche.

Certains découvrent dans le groupe que leur comportement de codépendance date de leur enfance, et qu'ils sont codépendants dans différents domaines de leur vie, aussi bien dans leur famille qu'au travail, ainsi qu'avec d'autres membres de leur entourage. «Pourquoi ça tombe toujours sur moi?» s'interrogent certains. L'apprentissage du respect de soi, encouragé par les différents membres du groupe, leur donne la force de continuer à améliorer leur qualité de vie. Ils commencent à s'investir dans des activités et des intérêts délaissés, se réjouissent des promenades, se donnent le droit de faire des petites pauses dans la journée, de prendre des cours des langues, de faire des sports, d'aller au cinéma, etc. Ils sont étonnés de voir d'autres personnes, de milieux et personnalités très différents vivre les mêmes problèmes, les mêmes dilemmes, «moi qui croyait être le-la seul-e à vivre ça»... En complément du groupe de proches, le Minnesota model recommande la participation aux groupes Al-Anon pour les personnes proches d'alcooliques et Nar-Anon pour les proches des toxicomanes, ainsi que les groupes Alateen pour les jeunes enfants d'alcooliques. Ces groupes sont autogérés et suivent une démarche préétablie. Ils n'impliquent pas un professionnel dans le déroulement

de leurs séances. Les plus anciens sont les modérateurs des réunions sur la base du programme Al-Anon et servent de référence aux nouveaux venus. Ces derniers peuvent avoir accès à une liste de numéros de téléphone des personnes qui sont d'accord de recevoir leurs appels pour partager différentes situations de la vie courante. C'est une aide inestimable, car disponible à tout moment. Toutefois, il n'est pas facile pour les codépendants, habitués à tout gérer, de faire appel à d'autres pour demander de l'aide pour eux-mêmes. Les codépendants luttent avec leur peur de déranger. Ils se justifient en se disant : «j'y arriverai tout-e seul(e)». Souvent, ils minimisent : «c'est une petite chose qui n'intéresse personne, je n'ai pas grand chose à dire» ou ils se découragent : «l'autre ne pourra pas résoudre mon problème». Néanmoins, l'opportunité de participer au programme Al-Anon (gratuit et basé sur l'anonymat) est à leur disposition et elle constitue un complément essentiel de la psychothérapie faite avec un professionnel (10). A la place de rester toujours seul-e («je croyais être le-la seul-e à vivre cet enfer») et d'essayer d'anciennes réponses en espérant de nouveaux résultats, les personnes codépendantes ont la possibilité de partager et de recevoir immédiatement un feedback et un soutien.

Le Minnesota model établit un grand parallèle entre la maladie de la dépendance et celle de la codépendance; c'est ainsi que certains centres de traitement qui utilisent ce modèle peuvent accueillir en traitement résidentiel des personnes codépendantes. Elles sont intégrées dans les mêmes groupes que les malades dépendants et suivent le même programme. A une différence près: généralement, elles n'ont pas de sevrage à faire. Autrement, l'approche psychothérapeutique est très similaire. Les personnes codépendantes commencent à admettre que leur comportement vis-à-vis de leur proche dépendant les a amenées à perdre le contrôle de leur vie, tout comme les malades dépendants commencent à accepter qu'ils ont perdu la maîtrise de leur vie en consommant différentes substances psychotropes. Pour les uns, il s'agit d'une dépendance relationnelle, pour les autres d'une dépendance à certains produits. L'une ou l'autre dépendance peut avoir des conséquences désastreuses pour les personnes impliquées. Les personnes codépendantes deviennent conscientes que leur urgence d'aider l'autre à «n'importe quel prix» les a amenées à ne pas respecter leurs limites et à mettre leur vie en danger.

Les enfants

Les enfants de malades dépendants sont aussi imprégnés par l'atmosphère qui règne à la maison. Malgré la conviction du malade dépendant qui, dans son déni, croit avoir épargné ses enfants des conséquences de sa maladie et du codépendant qui a «tout fait pour qu'ils ne se rendent pas compte de la situation», les enfants, loin d'être épargnés, sont très affectés. Les professionnels ne se sont interrogés que récemment sur leur condition (11). Les études montrent que les enfants adoptent aussi des comportements de codépendance : ayant très peur d'être la cause du mal-être de leurs parents, ils essaient, à leur tour, de tout cacher, même leur propre souffrance. Ils vivent souvent une double vie, ne dévoilant pas à l'extérieur leur réalité familiale. Accablés par la peur, la honte et la culpabilité, ils vivent en silence leur souffrance. Souvent, il s'agit d'enfants devenus trop mûrs trop tôt et qui adoptent un rôle parental. Ils essaient de protéger l'image de la famille, et font des efforts pour ne pas aggraver la situation. Pour eux, la possibilité de partager leur expérience dans un groupe, où ils s'identifient aux autres enfants qui vivent une expérience similaire, leur apporte un grand réconfort. Le groupe Alateen, géré avec l'aide des Al-Anon et basé sur les mêmes 12 étapes des AA, leur apporte cette opportunité. Souvent, le parent malade dépendant a de la peine à admettre que ses enfants ont été affectés et qu'ils ont besoin d'aide. Néanmoins, avec leur propre expérience dans des groupes et le bénéfice qu'ils en tirent, ils peuvent commencer à accepter que leur entourage, leurs enfants inclus, ait aussi le droit d'essayer cette démarche.

Conclusion

Le Minnesota model propose une vision globale du problème de la maladie de la dépendance. Dans cette globalité, une place importante est réservée à l'entourage. L'entourage est la clef dans:

- la détection du problème de la dépendance
- l'accélération de la demande de traitement
- la redistribution des responsabilités au sein de la famille.

L'inclusion des personnes codépendantes dans le traitement des malades dépendants est une reconnaissance de

leur souffrance et de leur besoin d'aide. Leur prise en charge a un effet thérapeutique sur tout le réseau familial. Grâce à l'existence des groupes Al-Anon, l'offre thérapeutique se voit considérablement élargie et enrichie. C'est ainsi que les malades dépendants et codépendants, ensemble ou séparément, peuvent avoir accès au traitement dès le moment où ils en font la demande. Cette option permet de surmonter le sentiment d'impuissance si fréquent chez l'entourage des malades dépendants.

Le travail en réseau: le malade, son entourage, et l'équipe thérapeutique interdisciplinaire associée aux groupes AA, Al-Anon et Alateen, multiplie les bénéfices de l'effort thérapeutique et va à l'encontre du clivage, source de paralysie et de découragement fréquent dans le vécu et le traitement de la maladie de la dépendance et de la codépendance.

Bibliographie

1. Les Alcooliques Anonymes. Montréal: Service des Publications Françaises des A. A., 1989.
2. Al-Anon Faces Alcoholism. Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., N.Y. 1965.
3. Spicer J. The Minnesota Model. Center City, Minnesota: Hazelden Foundation, 1993.
4. Danis D., d'Epagnier C., Udry C. Pression de l'entourage et motivation des patients alcooliques et toxicomanes pour entreprendre un traitement : Rev Méd Suisse Romande 1997 ;117 (11) :913-918.
5. MillerWR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999 ; 67(5) : 688-697.
6. D'Epagnier C., Udry C. Traitement de malades dépendants selon le modèle de Minnesota dans une clinique psychiatrique suisse. Alcoolologie et Addictologie 2000 (3) : 239-246.
7. Danis D. Les abus des substances: Le déni, un obstacle à l'entrée en traitement. Gazette Médicale 1998 ; 6 : 307-311.
8. Prochaska J.O.: Strong & weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. Health psychology, 13 (1), pp. 47-51, 1994.
9. CIM-10, OMS, Genève. Masson, Paris, 1993.
10. Danis D., Gache P. Les groupes d'entraide: complémentarité ou concurrence avec les psychothérapies? Dépendances 2000.
11. Dorner V., Michaud P. Enfants de parents alcooliques. Association Germinal, Gennevilliers 1999.

CARREFOUR PREVENTION®



les non-fumeurs



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENEVE 4
carprev@iprolink.ch
www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

ADiGe : Permanence tous les mercredis de 17 à 19h.

Codépendance et médecine communautaire

Pascal Gache, médecin et Edith Mériaux, infirmière, à l'unité d'alcoologie du département de Médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève

Nous développerons, dans cet article, 4 points qui nous paraissent essentiels au développement d'une approche communautaire de la codépendance: les messages de la société à l'égard de l'alcool, la formation et l'information du public, la codépendance des soignants et le soutien aux proches de malades alcooliques.

Introduction

Les données actuelles disponibles rapportent 5% d'alcoolodépendants autour desquels on peut supposer que vivent 4 ou 5 personnes, ce qui augmente à 20% les personnes directement concernées par le problème d'alcool. Mais c'est beaucoup plus si on comptabilise les collègues de travail, les soignants, les travailleurs sociaux, etc.

L'impact en termes de santé communautaire est donc considérable. Un rapport commandé par le Département de la Santé de Genève et effectué par l'Université de Neuchâtel indique que les coûts de l'alcoolisme dans le canton de Genève s'élèvent annuellement à plus de 150 millions de francs (1). Le problème de l'alcoolisme est presque aussi ancien que l'humanité et les préoccupations politiques et sociales concernant sa régulation apparaissent dans le code d'Hammourabi de Babylone (1800 avant JC) ou encore dans les lois de Rome (2). Si on élargit la définition de la codépendance en ne la cantonnant pas à la seule dysfonction relationnelle individuelle en termes de préoccupation excessive voire sans limites du proche à l'égard de l'alcoolique, mais en incluant les réactions inadéquates voire franchement paradoxales d'une communauté ou d'une société à l'égard des problèmes d'alcoolisme qu'elles peuvent rencontrer, on aura redéfini la codépendance de telle façon qu'on pourra envisager une réponse de type communautaire aux difficultés nées de cette codépendance à l'échelle sociale et communautaire (3). Par réponse, nous voulons dire une série d'actions

construites et concertées permettant à chaque membre de la communauté de comprendre ce que sont les problèmes d'alcool, de les identifier au sein de sa communauté et de faire appel pour son entourage, proche ou non, aux personnes susceptibles d'être le plus à même de provoquer une réponse adaptée. Par réponse nous voulons dire aussi tous les moyens politiques et économiques disponibles utilisés pour permettre à la communauté en question de savoir que les décideurs ont compris la problématique dans un champ large et qu'ils sont prêts à tenir des décisions cohérentes et durables.

Les messages de la société à l'égard de l'alcool

Les sociétés occidentales ont du mal à ne pas être codépendantes à l'égard de l'alcool, des buveurs d'alcool en général et des alcooliques en particulier. Sur l'image d'à côté extraite du supplément hebdomadaire d'un quotidien français, cette codépendance s'observe immédiatement. D'une part, un titre choc pour alerter la population sur les risques liés à la conduite automobile, et on sait que l'alcool pourvoit 40% des accidents mortels, et dans le dernier tiers de page, une publicité vantant un spiritueux. Cette capacité à séparer les deux messages et à les afficher sur la même page, s'avère une illustration claire de la codépendance vécue de façon sociétale ou communautaire. La codépendance ici se traduit par cette capacité de la société à ignorer et à banaliser ces doubles messages, ce

double langage. Tout se passe comme si ces deux idées en se télescopant s'anéantissaient et s'éliminaient. Dans la relation duelle de la codépendance, c'est exactement la même chose qui survient à savoir d'un côté un proche qui enrage et fulmine devant son impuissance et de l'autre un proche qui protège, excuse et se culpabilise, émettant là aussi un double langage fait de colère et de culpabilité. Ce paradoxe communautaire ou individuel concourt alors à la pérennisation de l'attitude de codépendance dans la mesure où chaque message de responsabilité est invalidé par un autre message de permissivité rendant la compréhension globale pour le moins opaque. L'autre bon exemple se situe dans la taxation de l'alcool lorsqu'un Etat a besoin d'argent. Le message envoyé porte en lui le germe de la codépendance puisque pour engranger les fruits de cette taxation, l'Etat attend de ses administrés qu'ils consomment de l'alcool alors que ce même Etat investit de l'argent dans la prévention et encourage à la modération. Avec ces deux exemples, nous voulons montrer combien tous les messages qu'une société véhicule autour de l'alcool et des phénomènes d'alcoolisation contribuent à accroître ou à réduire les phénomènes de codépendance de cette société. En France, la loi Evin, censée s'inscrire dans le champ de cette cohérence puisqu'elle visait à interdire la publicité pour l'alcool est devenue rapidement une coquille vide sous la pression des alcooliers relayés par les parlementaires. Ceux-ci pour des raisons économiques ou électoralistes ont accepté de dire que l'excès d'alcool est dangereux mais que la publicité devait continuer de pouvoir s'exposer (4)!

Information et formation du public

Les récentes affaires impliquant l'industrie du tabac accusé d'avoir fait pression sur des scientifiques pour contester les résultats des études épidémiologiques sur le tabagisme passif, nous amènent à penser qu'un des moyens de combattre la codépendance au niveau communautaire est de poursuivre les efforts dans le sens d'une augmentation du niveau de connaissance du public à l'égard de l'usage, de l'abus et de la dépendance et de rester vigilants à l'égard des lobbies qui souhaitent modifier les données scientifiques à leur avantage (5). Nous voulons à cet égard saluer les qualités de

la brochure publiée par un organisme d'Etat en France sous le titre «drogues, savoir plus, risquer moins» (6). Dans cette brochure colligeant les connaissances principales concernant toutes les drogues licites et illicites, le lecteur pourra connaître, comprendre et prendre ses responsabilités s'il utilise l'une ou l'autre de ces substances. En quoi ceci apparaît comme une réponse communautaire à la codépendance? Par la clarté du message envoyé par un organisme officiel, le message ne souffre pas l'ambiguïté et le lecteur (futur consommateur?) sait ce qui se passera s'il devient

Chaque message de responsabilité est invalidé par un autre message de permissivité



La codépendance vécue de façon sociétale

utilisateur de l'une de ces drogues et, par conséquent, il pourra confronter ses propres représentations aux connaissances scientifiques «dures». L'accès à ces connaissances de façon directe et sans intermédiaire permet à la communauté de faire savoir quelle est sa position à l'égard de l'usage approprié ou non des drogues licites ou illicites et par là même d'éviter l'écueil du double langage.

La codépendance des soignants

Il n'est pas des moindres paradoxes de considérer la codépendance des soignants comme la réponse inadaptée d'un corps professionnel aux phénomènes de dépendance tels qu'ils peuvent les rencontrer dans leur exercice professionnel. Les infirmières ont sans doute été parmi

les premières à analyser ce comportement parmi leurs pairs (7,8). Dans l'enquête canadienne publiée par Kines (7), environ un quart des infirmières qui ont répondu au questionnaire avait des comportements de codépendance avérés. Sans doute la proximité des malades les rend plus vulnérables à développer ces comportements de codépendance. Dans ce cas, la codépendance peut être comprise soit comme une attitude facilitante du soignant à l'égard des comportements de dépendance des patients soit, à l'inverse dans une volonté effrénée et sans limite, de «guérir» ceux-ci en se dévouant corps et âme pour eux. Cette attitude codépendante est particulièrement visible lorsque c'est une collègue infirmière par exemple qui souffre de dépendance à l'alcool ou à une autre substance. Pendant longtemps, l'ensemble de l'équipe soignante essaie de masquer ou de minimiser les conséquences du comportement de leur collègue dépendante, retardant d'autant plus la prise de conscience de celui-ci ou de celle-ci de son alcoolisme. Les médecins n'échappent pas non plus à ce genre de fonctionnement. A cet égard, la réponse institutionnelle apportée par le programme d'aide aux collaborateurs dépendants au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève s'inscrit directement dans le cadre d'une réponse communautaire (Programme GRAAL). En effet, les HUG ont mis en place un programme de formation de leurs cadres visant à leur donner la procédure à suivre lorsqu'ils découvrent qu'un de leurs collègues souffre très probablement d'alcoolisme. Cette réponse institutionnelle poursuit clairement le but d'aider le collaborateur en souffrance en protégeant sa place de travail et en évitant aux autres collègues, hiérarchie comprise, de se comporter en codépendants, c'est-à-dire de couvrir ou subir les comportements inadaptés du collaborateur alcoolodépendant. L'organisation de la réponse, la formation des cadres et la diffusion de messages institutionnels clairs illustrent cette approche communautaire de la codépendance.

Soutien aux proches de personnes alcooliques

Le dernier aspect de la réponse communautaire aux phénomènes de codépendance s'adresse directement aux proches de malades alcooliques. L'implication des proches dans les soins aux patients alcoolodépendants se concrétise alors

par la capacité plus ou moins juste de doser son souci envers le malade et sa maladie.

La tâche des alcoolologues serait double, à savoir, aider le patient à accepter sa maladie, et, d'autre part, aider le ou les proches à se détacher suffisamment pour être ni trop près ni trop loin. Tâche d'autant plus rude que si le terme codépendance est utilisé très facilement par les soignants, il n'est pas toujours aisé à transmettre aux proches en question.

Difficile d'imaginer le soignant annonçant l'air grave à une épouse :

«Madame, j'ai le regret de vous annoncer que vous êtes codépendante!»

Le dialogue pourrait se poursuivre par :

«Ah, mais c'est incroyable, moi malade? comment j'ai attrapé ça, vous allez me soigner n'est-ce pas?». Cet humour un peu provocateur vient justement poser la question du comment faire et comment être avec les proches, afin que le sentiment qu'on leur enlève toute compétence ne vienne compliquer la situation du patient, qui lui a besoin et du thérapeute et de ses proches. La codépendance est-elle une stratégie d'adaptation face à la situation de maladie ou certaines personnes naissent-elles avec le «gène» de la codépendance? Quoi de plus naturel de se sentir impliqué dans la maladie alcoolique de son proche, et d'éprouver tout un panel de sentiments contradictoires face aux conséquences quotidiennes qu'engendre cette maladie (9)?

Parmi les définitions de la codépendance, nous retiendrons celle donnée par Subby (10). «Une personne codépendante est celle qui s'est laissé atteindre par le comportement d'une autre personne et qui est obsédée par le désir de contrôler ce comportement». Cette définition renvoie à une réflexion interrogative: qui est susceptible ou non de se laisser envahir par le comportement d'un autre, ou comment la maladie alcoolique vient-elle toucher la sensibilité du proche au point de ne plus distinguer ce qui est de lui ou ce qui est de l'autre? La situation de crise qu'engendre la maladie alcoolique vient rompre un équilibre, ici la cellule familiale. Pour que le groupe survive, il va falloir œuvrer pour trouver un nouvel équilibre en intégrant la maladie comme donnée supplémentaire dans l'histoire de cette famille. L'intérêt de cette reconstruction précaire est lié aux bénéfices que chacun peut en espérer. Ces bénéfices, inconscients la plupart du temps, viennent renforcer le bien-fondé de cette reconstruction. Les bénéfices peuvent être de tous ordres, mais visent essentiel-

lement un même but: renforcer l'estime de soi. L'envie de réparer l'autre et de contrôler ses agissements suppose une sorte de prédisposition liée à des blessures identitaires de l'enfance, concrétisées par une estime de soi souvent inexistante. Non-dicibles, peu ou mal identifiées, ces blessures auront besoin d'un onguent qui, s'il ne soigne pas le mal, va permettre d'adoucir la blessure et de se composer un idéal du moi. Cet idéal du moi va permettre de se dépasser et d'obtenir certaines satisfactions, mais qui seront toujours de courte durée, tant l'angoisse de n'être pas à la hauteur est grande. L'exemple d'enfants «parentifiés» par leurs propres parents, avec la culpabilité de ne pouvoir jamais les réparer entièrement, est un terrain fertile pour que se développe une codépendance à l'âge adulte. Peu habitué à reconnaître ses propres besoins, cet adulte va investir et tout miser sur les besoins de l'autre, afin de trouver un soulagement à sa souffrance de ne se sentir pas grand-chose. Cet investissement ne peut vivre qu'à court terme, car il n'y a jamais d'équilibre entre ce qui est donné à l'autre et la compensation personnelle de ses manques affectifs. Ainsi, autour du malade, chaque membre du groupe va s'organiser pour prendre une place, un rôle, avec comme résultante «un dysfonctionnement harmonieux». Pour soulager sa culpabilité de n'être pas parfaite, au point de ne pas pouvoir sauver son mari malgré lui, l'épouse va s'épuiser à ne rien laisser au hasard et organiser toute la vie familiale, sociale et parfois la vie professionnelle de son mari dont elle va justifier les absences ou les retards. C'est le mythe des tonneaux des Danaïdes car, d'une part, cette stratégie ne peut que renforcer la culpabilité et, d'autre part, si cela fonctionnait, que ferait cette épouse si elle n'avait plus cette fonction réparatrice? La raison voudrait qu'elle s'occupe enfin de sa propre personne d'abord et des autres ensuite. Or, c'est oublier que cette femme n'a jamais appris comment faire. On comprend mieux pourquoi un conseil, même évident et plein de bon sens, peut engendrer une fin de non-recevoir par celui à qui il est destiné, en l'occurrence ici l'épouse. La préoccupation des soignants doit prendre en compte cette dynamique afin de dissocier la part qui revient à chaque membre de cette famille. Il est nécessaire de ne pas perdre de vue ces notions d'équilibre et de bénéfice si l'on souhaite aider les proches à se repositionner et aider le patient à prendre en

charge sa maladie, d'autant que la mise en scène va changer et les rôles être redistribués.

En réponse, les thérapies systémiques évoquent la notion de «patient désigné» autour duquel les proches vont «tricoter» un comportement adaptatif à la situation (voir article de Daniel Alhadeff). Nous avons tous en tête ces situations familiales compliquées où l'épouse protège les enfants d'un mari alcoolique, anticipant les faits et gestes de chacun pour éviter un conflit qu'elle pressent comme imminent. L'énergie déployée dans ces situations s'accompagne d'un registre émotionnel varié et épuisant pour cette épouse qui est sincèrement convaincue de bien faire, et de contrôler la situation. On pourrait être tenté de conseiller à cette femme de «lâcher prise», de s'occuper plus d'elle et de ses enfants, de mettre des limites pour que son mari fasse lui-même une démarche pour se soigner, et qu'il y parviendra si elle ne pallie pas toutes les carences de son mari. Du point de vue de l'épouse, il est vraisemblable que ce conseil soit vécu comme une remise en cause de ses intentions et de ses compétences. Non seulement son mari est alcoolique, mais elle est une mauvaise femme et une mauvaise mère. Pendant ce temps-là, son mari continue de s'alcooliser comme étranger à ce qui se dit autour de lui et de sa maladie. Pourquoi le conseil ainsi délivré a-t-il peu de chances de fonctionner? Essentiellement parce qu'il implique une remise en cause plus ou moins profonde des comportements pratiqués jusque-là sans donner forcément des alternatives crédibles aux proches. Il nous paraît fondamental de proposer aux proches non pas seulement des conseils autour des comportements «à ne plus faire», mais plutôt des attitudes susceptibles de provoquer chez le malade alcoolique un désir de se soigner et chez le proche un sentiment de confiance en soi et d'estime de soi retrouvé. Aussi, l'idée trop longtemps développée par les alcoologues eux-mêmes prétendant que les proches

devaient attendre que le patient soit motivé pour se soigner est aujourd'hui fort heureusement battue en brèche. Une récente étude par Miller et collègues démontre le bien-fondé d'une attitude proactive des proches à l'égard du dépendant qui n'a pas encore fait de démarche de soins (11). Cette méthode d'intervention à l'usage des proches, dénommée CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), s'appuie sur des techniques cognitivo-comportementales. Cette approche postule originellement que le proche peut motiver l'alcoolodépendant indécis au changement en rompant avec ses attitudes de codépendance, en pratiquant une communication ouverte et non jugementale et en utilisant chaque fois qu'il peut le renforcement positif. Cette approche peut se mettre en place dans le cadre individuel ou en groupe. Quoi qu'il en soit, la proposition de soins se doit d'être systématique et organisée.

Conclusion

La codépendance appréhendée sous l'angle de la communauté et de la Médecine Communautaire apparaît comme un concept large pour lequel les réponses adaptées sont également diversifiées. La maladie alcoolique, mais plus généralement les phénomènes d'alcoolisation et de dépendance, génèrent assez facilement ces attitudes de codépendance car ils ne laissent que peu de monde indifférent. Que ce soit à l'échelle d'une communauté entière ou à celle plus réduite de la cellule familiale, la médecine communautaire se doit de proposer des réponses qui englobent le problème, passant au-delà, quand elle le peut, de la simple problématique individuelle. Elle doit développer des stratégies susceptibles d'être mises en œuvre par tous les acteurs de terrain. Du point de vue des soignants, la codépendance nous guette si nous ne prenons garde à différencier nos propres affects de ceux du patient ou du conjoint.

Cependant, à l'instar d'une recette de cuisine, une petite dose de codépendance viendrait relever les saveurs qui font d'une relation thérapeutique un lien particulier.

Trop de codépendance annulerait ces saveurs. Notre savoir, dans ce cas, viendrait davantage justifier nos convictions, plutôt que d'être utilisé à l'écoute de l'autre.

Références

1. VITALE Sarino, JEANRENAUD Claude, PRIEZ France. Le coût social de la consommation d'alcool dans le canton de Genève. Les cahiers de l'action sociale et de la santé, novembre 1999.
2. ESCOHOTADO Antonio. Histoire élémentaire des drogues. Editions du Léopard, Paris, 1995: 231 p.
3. 4. MORELLE Aquilino. La défaite de la Santé Publique. Flammarion, Paris. 1996: 389 p.
4. GACHE Pascal. Approche communautaire des problèmes d'alcool. Med Hyg 1999; 57:1830-1834
5. YACH Derek and AGUINAGA BIA-LOUS Stella. Junking science to promote tobacco. Am J Public Health 2001 ; 91(11) :745-748
6. Drogues : savoir plus, risquer moins. Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT). CFES, Paris. 2000:146 p.
7. KINES Mona. The risks of caring too much. The canadian nurse 1999 (septembre) :27-30
8. ARNOLD Linda. Codependency. Part II: the hospital as a dysfunctional family. AORN Journal 1990; 51(6):1581-84
9. STAFFORD Linda. Is Codependency a meaningful concept? Issues in Mental Health Nursing 2001; 22 :273-286
10. SUBBY R, FRIEL J. Codependency: A paradoxical dependency. In Codependency An emerging issue. Pompano Beach, Florida. 1984, Health Communications
11. MEYERS Robert, MILLER William, HILL Dina et TONIGAN Scott. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). J Subst Abuse 1999; 10(3): 291-308

Une société de médiation chimique

Dan Véléa, psychiatre, Centre Médical Marmottan, Paris

La notion de drogue fait partie du paysage quotidien. Les émissions télévisées et radio, de nombreux articles, de récents débats sur les soirées rave et sur l'aspect nocif de l'utilisation des drogues sont le reflet d'une interrogation et d'une inquiétude permanente. Les drogues de synthèse et les nouvelles molécules ont une image très aseptisée (surtout au niveau des jeunes) et apparaissent comme des réels facteurs d'intégration dans un monde difficile en termes d'accommodation et d'acceptation. Dans le contexte d'un réel manque de communication et d'une difficulté relationnelle entre les jeunes et leurs aînés, ces drogues apparaissent souvent comme des facteurs socialisants, comme des attributs réparateurs d'un défaut d'image et reconnaissance.

Nouveaux liens sociaux ou hyper-individualisme?

Dans une société confrontée à la concurrence, victime d'un "culte de la performance" sans précédent, victime d'une désagrégation du sens et de la notion d'individu, la consommation des substances psychoactives dépasse les limites des pratiques de confort pour ressembler aux véritables pratiques toxicomaniaques. Selon Ehrenberg, les "dopants de la société concurrentielle sont des drogues d'intégration sociale et relationnelle" (1). Le surpassement du soi, mais aussi le rapport à l'Autre, justifie et cautionne le recours à ces substances. On voit aussi apparaître et se développer des conduites addictives (jeu pathologique, addiction Internet et aux jeux vidéo ou on-line), conduites inquiétantes pour les spécialistes, mais souvent présentées comme très rassurantes pour les parents (2).

La pratique quotidienne met de plus en plus en évidence une évolution des comportements de consommation des substances psychoactives, dans le sens d'un élargissement du champ d'inclusion. De plus en plus, les toxicomanes sont devenus des polytoxicomanes. Selon Véléa et Hautefeuille (3), la défonce classique aux opiacés ou à la cocaïne laisse la place aux mélanges entre des produits "respectables", qui bénéficient d'une autorisation de mise sous marché (les médicaments psychotropes, les substances dopantes), et les produits "archi-connus" et "archi-répertoriés" (héroïne, cocaïne, alcool, cannabis et plus récemment les drogues de synthèse).

La société moderne présente souvent les rapports interindividuels comme des rapports de force ou de concurrence. Dans ce contexte, les médicaments psychotropes et les produits stimulants en tout genre (drogues, plantes) deviennent les sources d'une meilleure intégration et d'un apaisement. Les contraintes sociales deviennent supportables, et l'individu garde l'impression de devenir indépendant tout en restant socialisé. Finalement, le problème de l'autonomie et de l'indépendance de l'individu est résolu par l'usage des produits stimulants. Comme le souligne Ehrenberg, les nouvelles drogues se trouvent au carrefour de l'histoire: jusqu'alors, les drogues avaient une image de marginalité, d'aliénation, de déviance sociale. Depuis peu, et surtout dans l'avenir proche, les drogues ont une image de socialisation, d'intégration et d'insertion. L'arrivée dans le champ de la consommation quotidienne des médicaments psychotropes, véritables moyens d'instrumentalisation chimiques de la maladie sociale, marque un tournant majeur. Un exemple frappant est celui de la prescription médicale de substances psychoactives censées rendre les usagers beaucoup plus performants, en meilleur état de combat et aptes à s'adapter à toute situation. Le cas des familles médicalement assistées est un véritable drame dans les sociétés modernes (occidentales mais aussi émergentes comme dans les pays de l'Est). Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui rencontrent dans leur entourage familial un univers médicalisé, où la place du cachet est celle de panacée. L'analyse de la co-dépen-

dance doit prendre en compte ces situations qui expriment une véritable détresse sociale et personnelle, situations qui se trouvent souvent parmi les origines des futures pharmacodépendances. Combien de fois parmi nos patients toxicomanes, l'image de la pharmacie familiale apparaît-elle de manière régulière? Combien de nos patients présentent-ils des séquelles toxicomaniaques suite aux prescriptions familiales de tel ou tel cachet censé amener le sommeil ou le calme de l'enfant perturbé et angoissé par sa scolarité, par ses interrogations d'adolescent ou simplement parce qu'il est fatigué de son devoir de paraître parfait? Il n'est pas rare de voir des adultes (plus ou moins jeunes) qui consomment régulièrement le traitement anxiolytique d'un de leur parents, souvent avec l'accord de ce parent. Il n'est pas rare de rencontrer des parents qui sont contents du fait que leur enfant passe des nuits entières sur Internet, dans des chats et groupes de discussions, ou dans les salles de jeu on-line, et s'avouent prêts à investir dans du matériel informatique sophistiqué afin de garder un œil sur leurs enfants. N'est-ce pas là un autre exemple de co-dépendance, où la défonce médicamenteuse ou addictive sert, en dehors de son rôle d'amortisseur dans la relation familiale, de facteur de contrôle?

Les psychotropes trouvent leur place dans le contexte de défaillance des institutions sociales, mais il ne faut pas oublier aussi les manquements de la cellule de base de la société, la famille. Dans une société qui se définit de plus en plus comme une société de l'assistanat et de la protection excessive, l'individu est réduit à une place insignifiante d'où toute démarche semble difficile.

Les modifications de l'état de conscience (gages pour certaines personnes d'une meilleure adaptabilité, d'une meilleure responsabilisation individuelle, d'une augmentation des capacités socioprofessionnelles) ont dépassé le phénomène de mode. La recherche des réalités multiples (sorte d'articulation entre la réalité ordinaire et les réalités imaginées ou créées par la virtualité) peut justifier le recours aux techniques ou produits inducteurs.

Les jeunes, mais aussi beaucoup d'usagers de produits classiques, sont à la recherche des états de conscience modifiée, mais pas dans le sens des images classiques qui allèguent la recherche d'un état d'altération de la conscience. Se défoncer, gober semblent être, dans la représentation de ces personnes, le

moyen de mieux s'accepter et se faire accepter.

L'usage de produits inducteurs d'empathie génère une facilité de la communication. Celle-ci (ressentie comme un besoin accru) est de nature verbale, mais reste souvent superficielle. C'est bien la communication non-verbale et le sentiment d'intégration au groupe qui représentent, je le pense, l'un des aspects les plus remarquables de ces inducteurs. La présence de l'autre, son contact ne serait-ce que quelques secondes, la mise en commun et le partage sensoriel, émotionnel, et finalement l'émergence du

Depuis peu, les drogues ont une image de socialisation, d'intégration et d'insertion



Photo Interfoto

Privilégier l'apparence

plaisir sont des facteurs recherchés. Pour étayer, en référence à la synesthésie, le *trip* induit par le LSD a été comparé aux images fractales obtenues sur l'ordinateur, avec tout le cortège d'avalanches sensorielles qui s'enchaînent. Beaucoup de vécus sensoriels sous produits se rapportent à ces expériences. Le fait d'avoir vécu des tels états permet l'établissement de liens privilégiés entre les usagers, devient parfois une condition d'acceptation dans le groupe initiatique.

Pour mieux comprendre cette possible évolution sociale, il faut souligner la tendance actuelle qui privilégie l'apparence au détriment de la confrontation avec la réalité. L'apparence devient un repère suffisamment réaliste pour être crédible. Les nouvelles conditions de vie de l'être moderne (la concurrence, la lutte pour une meilleure place, pour l'obtention d'un meilleur profil, la quête effrénée de satisfaction affective) rendent souvent indispensable le recours aux substances

psychoactives. Le look et l'apparence de réussite deviennent un objectif primordial.

L'aspect néo-individualiste de la société moderne, où chaque individu doit s'inventer dans le présent et s'adapter aux vicissitudes, génère de plus en plus de *losers*, des personnes en état de détresse sociale et individuelle. La notion de destin non-maîtrisable, le problème du "no future" explique l'apparition de nouveaux stigmates.

Dans ce contexte d'inadaptation, les drogues apparaissent de plus en plus comme un important vecteur social du bien-être. La place des médicaments psychotropes est très importante dans le traitement de mal-être social, la société faisant l'apologie du recours à ces produits licites, réputés panacées et solutions. Dans les situations de crise, les médicaments psychotropes apparaissent comme d'excellentes techniques d'adaptation et intégration pharmacologiques. Pour cette raison, il faut insister sur le danger des classifications "toute drogue et toute addiction", mettant sur le même plan les médicaments, l'héroïne, le crack, l'alcool, le tabac et même le sucre et qui amènent le danger du relativisme à outrance, source de confusions. On voit une tendance à populariser le bienfait de telles expériences d'adaptation à travers des livres, des émissions télévisées, des films.

Maniguet a publié en 1990 *Le Guide de l'homme d'action* (4), dans lequel il établit la liste des moyens existants mis à la disposition des adeptes des sports à risques. En dehors de l'alimentation et du dopage, le livre consacre une bonne partie de son contenu aux substances pharmacologiques qui possèdent des propriétés "stimulantes". On voit là une caution, et pourquoi pas une incitation, à la création de nouvelles pratiques de consommation, dont l'objectif final serait le bien-être, se dépasser et mieux vivre son existence (ou peut-être mieux se supporter?).

Dans la continuité, le phénomène à la mode est le dopage. Se surpasser coûte que coûte, prendre des risques pour pouvoir devenir meilleur, améliorer ses performances sont des *leitmotivs* modernes. Les mélanges sont très dangereux, la connaissance du potentiel toxique des substances rend ainsi une dimension ordalique aux conduites de dopage rencontrées dans certaines disciplines. Le scandale du cyclisme, de la natation et de l'haltérophilie, doit nous interroger aussi sur le rôle joué par les mass médias, mais

surtout par ceux qui se trouvent finalement être des consommateurs par procuration d'images et de sensations, à savoir le public qui s'avère être un facteur important dans l'escalade du dopage: la demande des performances sans cesse renouvelées, de meilleurs exploits pousse les sportifs à user de ces substances. De même, une nouvelle forme de dopage apparaît, celle du sportif lambda qui pratique une activité sportive sans intérêt financier, sans retombées médiatiques. Pourtant, beaucoup de ces sportifs occasionnels se trouvent en situation de consommation, sans aucun suivi médical, sans contrôle. La seule motivation est la course pour la performance, contre ses propres limites. Les dangers de la créatine, ou des substances nutritives largement répandues, sont de plus en plus mis en évidence dans la presse spécialisée et, pourtant, les quantités commandées sont en augmentation exponentielle. Dans les sports jugés à risque, la confrontation aux limites (personnelles mais aussi celles des lois physiques) prend souvent l'aspect d'un affrontement. Pour la plupart de ces héros, cet affrontement permet de mettre en évidence des attitudes contre-phobiques et la question de l'estime de soi. La notion de déresponsabilisation de ces sportifs mérite d'être étudiée attentivement, la plupart étant conscients des risques encourus par eux-mêmes, mais aussi par les éventuels sauveteurs qui partiraient à leur rescousse (le cas des alpinistes bloqués quelques jours qui ont vendu leurs exploits, le mépris de l'Autre, et le besoin d'affirmation à tout prix).

L'usage actuel des psychotropes pose la question du lien social dans une société qui contient de plus en plus d'individus isolés. Ceux-ci construisent leur identité, rêvent de dessiner leurs propres chemins dans la vie et, devant des contraintes de plus en plus nombreuses, se réfugient dans leur "tour d'ivoire", s'isolent et essaient de construire leur propre monde. Ce monde, sorte de "cocon" protecteur, est un refuge, un lieu sacralisé. L'isolement se traduit pour certains par un vide affectif à remplir à travers l'usage des produits psychoactifs, par un repli dépressif sur soi, par une quête d'identité et une sérénité spirituelle. Les mouvements sectaires et les groupes identitaires trouvent leur terrain de recrutement parmi ces nouveaux paumés.

L'analyse du lien implique la superposition des espaces individuels, familiaux, sociaux et communautaires. L'interprétation du lien en termes de filiation et

d'affiliation permet d'apprécier les interférences entre les générations, les créations identitaires et l'appartenance à un groupe. L'espace individuel est marqué par une absence d'estime de soi, par un manque de repères. Les individus se retrouvent de plus en plus confrontés aux dures réalités du monde contemporain. Les ensembles familiaux, souvent défaillants, n'aident pas à la construction et à la constitution de ces repères. Les problèmes d'acculturation et de déracinement sont souvent des causes de défaillance. L'engrenage des performances sociale et professionnelle contribue aux désinvestissements parentaux, le lien intrafamilial étant le premier à souffrir.

Dans le contexte de la crise d'adolescence, la notion de catastrophe, avec les changements inéluctables (crise narcissique, identitaire), s'accompagne souvent de phénomènes non seulement individuels, mais aussi groupaux. Les groupes (structurés autour d'un idéal du Moi réparateur), et la notion de pratiques d'initiation, ont pour certains jeunes la fonction de remplissage de leur vide identificatoire, d'accompagnement.

La plupart des groupes à risque sont générateurs de passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs. La violence est souvent liée à la déstructuration des liens et la désagrégation des sens, phénomène d'autant plus accentué dans ce contexte d'acculturation et dans l'encouragement à l'individualisme. Au niveau du groupe, on assiste à un paradoxe: d'un côté, la revendication identitaire et, d'un autre côté, l'uniformisation des individus. La radicalisation de discours de prévention ou le trop de laxisme, l'absence de surveillance créent une sorte de caution malsaine de certains comportements des jeunes. Le lien social se retrouve souvent brisé, le dialogue est souvent dans une impasse, la place dans la société est souvent vue dans la marginalité.

La formation de néo-cultures (langage en verlan, les *tags*, les soirées *rave*), la revendication de différents comportements (consommation de substances psychoactives, habitudes vestimentaires), la recherche d'une marque (dans les deux sens du terme) expriment un réel besoin de socialisation des membres du groupe. On est souvent en train de critiquer les manifestations des jeunes, de trouver des points inquiétants dans leurs revendications, en oubliant que chaque époque a vécu ce conflit entre générations. C'est par ces craintes que l'éloignement, la fracture du lien s'accroissent.

Le meilleur exemple est l'usage du cannabis, avec les représentations que la société véhicule. Si, pour l'alcool, le discours se veut très cohérent (au point de mélanger l'alcoolisme et le tabagisme avec des toxicomanies aux produits illicites), l'usage du cannabis est souvent sujet de stigmatisation. Sans prendre le temps d'expliquer et d'informer (et cela dans une société moderne qui se veut société de la communication), les étiquettes et les stéréotypes déboient. Le fait que le discours social et politique autour du cannabis soit dépassé n'inquiète personne. On peut facilement extrapoler vers cette opacité de la société qui ne fait que couper les liens vers ces jeunes. La question d'une violence contenue et contrôlée se pose de plus en plus dans une société marquée par la quête de paix sociale. La tendance à masquer cette violence et les autres interrogations des jeunes crée un fossé considérable dans l'abord et la résolution des problèmes. Les solutions semblent souvent inadéquates, le résultat étant un enfermement des jeunes et à nouveau un manque de communication. Les cris d'alarme lancés par les jeunes en détresse, par les personnes dépassées par l'ampleur et les difficultés de la vie, se matérialisent dans les comportements de consommation de ces inducteurs d'empathie, dans les événements violents qui défraient les chroniques judiciaires. Ces phénomènes permettent de créer de nouveaux liens sociaux.

La réponse sociale à la recherche d'un climat serein est complètement inadéquate. La sécurisation à outrance des comportements quotidiens et des activi-

tés à risque (les sports sont réglementés, les passages piétons sont balisés...) ne suffit pas. Repeindre les cités et les orner d'attributs du *welfare* ressemble plus à la provocation qu'à la recherche de solutions.

Aux questions posées, autant de molécules-réponse?

La médicalisation à outrance dans une société soumise à une logique de maîtrise de toute pathologie et la contention du plaisir génère un état de dépendance à ces inducteurs chimiques. L'image de la pharmacie familiale dépositaire et source de solutions crée un rapport très fort aux médicaments.

Pour exemple, l'histoire de la Ritaline®, phénomène de mode aux États-Unis, employée à large échelle pour les troubles caractérisant le syndrome d'hyperactivité des enfants. Son usage en France a suscité (avec une mobilisation sans précédent) un tollé dans le corps soignant. L'idée de l'usage d'un médicament remplaçant toute relation, la création d'un faux lien thérapeutique sont d'autant plus scandaleuses dans un contexte où la prise en charge des enfants est complètement délaissée. À l'heure actuelle, la prescription de Ritaline® en France reste très limitée. Et pourtant, aux États-Unis, sa prescription est devenue un véritable enjeu de santé publique, de justice, d'éducation, de tranquillité pour les enseignants et certains parents. Ainsi, on a vu récemment une prescription décidée par une cour de justice et, toujours à

New-York, des parents qui se sont vu retirer la garde de leur enfant pour un refus de la prescription de Ritaline®. On peut se demander si cette médicalisation à outrance, cette fracture relationnelle ne représentent pas le constat de l'échec des politiques sociales, la société se débarrassant de la notion de sujet. Les tendances à anesthésier le cheminement de l'anxiété, à "softiser" les relations, à masquer les contraintes et les difficultés, à aseptiser la notion de souffrance individuelle ne sont-elles pas en train d'anéantir l'altérité? L'uniformisation des relations va-t-elle nous amener le bonheur? Quels liens reste-t-il entre les individus? Quelle évolution pour les relations interpersonnelles?

Références

- 1) Ehrenberg, A. Le culte de la performance. Paris : Calman-Lévy, 1991.
- 2) Véléa D, Hautefeuille M, La toxicomanie au Web, nouvelle conduite addictive, Synapse, mars 1998
- 3) Hautefeuille M, Véléa D. Les drogues de synthèse, PUF, Paris, 2002
- 4) Maniguet X. Le guide de l'homme d'action. Paris : Albin Michel, 1990.

Autres références

- Véléa D. Nouvelles drogues de synthèse, nouvelles thérapies. Actes des 19èmes journées nationales de l'ANIT ; Metz ; mai 1998 : 26-31.
- Véléa D. Hautefeuille M. Les nouvelles drogues de synthèse empathogènes. L'Encéphale 1999 (sept-oct) ; XXV : 508-514.
- http://psydocfr.broca.inserm.fr/toxicomanies/internet_addiction/cyberaddiction.htm

Agir sur l'entourage de la toxicomanie: les services à bas seuil et les voisinages urbains

Daniel Kübler, Chercheur au Laboratoire de sociologie urbaine (EPFL) et à l'Institut für Politikwissenschaft (Uni-Zh); Professeur suppléant à la Faculté des Sciences sociales et politiques (Uni-L)

Dans cet article, nous exposons comment la mise en place des services de réduction des risques a provoqué une actualisation des relations entre consommation de drogues et environnement urbain, notamment par l'écllosion de conflits autour de la localisation de ces services. Puis nous montrerons comment les stratégies poursuivies pour accommoder ces conflits ont non seulement agi sur les comportements des consommateurs de drogues, mais également sur les attitudes et les opinions des habitants de quartier à propos de ceux-ci. Et enfin, nous réfléchirons sur les possibles impacts sur les pratiques de consommation qui résultent de ces modifications de la relation entre les consommateurs de drogues et leur environnement urbain.

Introduction

Comme toute activité humaine, la consommation de drogues ne peut être considérée comme un seul acte individuel. Elle est autant acte social, structurée et orientée par des dynamiques de groupes, par des aspects de culture ou de 'sous-culture' – bref: par l'environnement social au sein duquel elle se déroule. De prime abord, la question des relations entre les pratiques de consommation et l'entourage social de l'individu consommateur concerne sans doute les réseaux de proximité: famille, amis, collègues de travail, associations de loisir etc. Ils ne feront pourtant pas l'objet de cet article, qui est en effet focalisé sur un type particulier de relations entre pratiques de consommation et entourage social: à savoir sur l'interaction entre les pratiques toxicomaniaques et leur environnement urbain - sujet rarement thématiqué dans les réflexions autour des phénomènes de dépendance. Plus spécifiquement, nous interrogerons les expériences faites, en Suisse, avec la gestion de cette interaction par les services de réduction des risques qui se sont multipliés depuis le milieu des années 1980. Ce n'est pas notre but de discuter l'utilité de ces services en termes de santé publique ou d'intégration sociale¹. Nous tenterons plutôt d'argumenter que ces services contribuent à façonner l'environnement urbain de la toxicomanie et agissent ainsi non seulement de manière immédiate sur les pratiques de consommation mais aussi de manière médiate en transformant les règles et les normes de la société (urbaine) face à la consommation de drogues.

La réduction des risques à l'épreuve des quartiers

En Suisse comme ailleurs, les services de réduction des risques se sont multipliés dès le milieu des années 1980, notamment sous l'impulsion des actions de prévention entreprises pour contrer l'expansion du vih/sida. Des premiers projets pionniers, basés sur le travail bénévole d'une poignée de militants qui distribuaient, de façon plus ou moins légale, seringues et aiguilles aux toxicomanes, on a progressivement passé à l'institutionnalisation de toute une panoplie de services de réduction des risques: automates à seringues, services d'accueil avec remise de matériel d'injection, locaux d'injection, dortoirs d'urgence, projets de logement encadré, offres d'emploi, etc. L'affirmation progressive de la réduction des risques comme un nouveau pilier de la politique officielle consacre non seulement un changement de paradigme important dans la politique de la drogue en Suisse, précédemment axée sur l'abstinence comme seul principe directeur². Comme méthode d'intervention, la réduction des risques soulève rapidement la question de la relation des consommateurs de drogues avec l'environnement urbain.

En effet, les services de réduction des risques requièrent nécessairement l'existence d'un lieu protégé pour les consommateurs de drogues, où ils peuvent s'arrêter pour bénéficier des prestations socio-médicales qui leur sont fournies. Pour les consommateurs de drogues, la mise en place de ces services équivaut à une instauration progressive de leur

«droit à la ville» (Lefebvre 1968), ainsi qu'à l'entrée en scène d'une nouvelle catégorie d'acteurs qui s'en font les avocats, à savoir les professionnels de la réduction des risques. Au nom de l'efficacité des prestations fournies, ils argumentent notamment que les services doivent se caractériser par un bas seuil d'accessibilité: l'anonymat des clients doit être respecté, aucun jugement ne doit être porté sur la fréquence de leur consommation de drogues ni sur leur mode de vie, et ils doivent pouvoir compter sur l'absence de répression policière à l'intérieur et dans les environs immédiats des services. Dans certaines villes alémaniques, les partisans de la réduction des risques vont même jusqu'à revendiquer les scènes ouvertes de la drogue: la concentration d'un grand nombre de consommateurs de drogues à des endroits définis de la ville rendrait l'encadrement de ceux-ci plus aisé et donc plus efficace.

Bien que posée comme une simple exigence fonctionnelle, nécessaire à l'efficacité des services de réduction des risques, cette revendication que les consommateurs de drogues doivent pouvoir exister dans l'espace urbain a des implications beaucoup plus larges. L'espace est non seulement support pour les différentes activités humaines, il comporte également une dimension symbolique pour les individus qui y vivent et se l'approprient, constituant par là une importante composante identitaire du groupe et partant dans la distinction entre le "nous" et "les autres" (Bassand 1990). La régulation de l'accès à un espace est donc un élément important des rapports sociaux: déterminer qui est habilité à s'arrêter ou à séjourner sur un territoire est un enjeu de lutte. Dans ce sens, la mise en place de services de réduction des risques doit être vue comme une redéfinition du régime existant de la régulation de l'accès à l'espace urbain. Du coup, la population "normale" se voit confrontée à la présence d'un groupe stigmatisé dans la ville, présence en quelque sorte légitimée par les services de réduction des risques. Ces derniers se trouvent ainsi dans l'œil du cyclone des luttes socio-politiques autour de la régulation de l'accès à l'espace. La peur de la criminalité de rue, les résistances contre la prostitution, l'insalubrité, l'insécurité etc., toutes associées – de façon justifiée ou non – à la présence de consommateurs de drogues dans les quartiers, vont rapidement se condenser en une opposition contre des services

de réduction des risques.

Plus concrètement, cette opposition fait éclater, dans la plupart des villes en Suisse, des conflits importants autour de l'implantation des services de réduction des risques. Ces conflits se nourrissent généralement de l'opposition, exprimée par des habitants ou (surtout) des commerçants, contre l'installation de tels services dans leur quartier. Mobilisant des instruments d'action politiques (lobbying auprès des autorités, référendums) ou juridiques (recours contre l'octroi des permis de construire), des stratégies de relations publiques (lettres de lecteurs, communiqués de presse), et parfois même la violence (brutalités verbales ou physiques contre les membres de l'équipe des services)³, ces oppositions sont d'une remarquable efficacité: elles conduisent à la fermeture de bon nombre de services de réduction des risques, à l'abandon de services projetés ou du moins à des retards importants dans leur réalisation. Vers le milieu des années 1990, ces conflits locaux autour de l'implantation des services sont devenus récurrents, et les questions y relatives sont très largement débattues sur la scène politique locale et nationale (Boller 1995). Les débats concernent tant les fondements éthiques et idéologiques de l'approche par la réduction des risques, mais soulèvent également des questions de coexistence spatiale des habitants et usagers de la ville avec les consommateurs de drogues.

Force est donc de constater que ces conflits autour de l'implantation des services de réduction des risques actualisent les relations entre les consommateurs de drogues et leur environnement urbain. La population des villes prend connaissance des problèmes liés à la consommation de drogues. Au gré de ces conflits, elle est confrontée avec une pratique professionnelle de prise en charge qui lui fait voir "le" problème de la drogue non seulement du point de vue de la criminalité ou de l'insécurité, mais montre également la situation des consommateurs, ainsi que les problèmes de santé et d'intégration sociale qui se posent de leur point de vue. Ainsi, il devient de moins en moins recevable de s'arranger avec la toxicomanie en éloignant les consommateurs de drogues de la voie publique – selon le principe "loin des yeux, loin du cœur" – comme cela avait encore été le cas lorsque le paradigme de l'abstinence guidait politique de la drogue avant le tournant du milieu des années 1980. Dans ce sens, les conflits urbains de la

réduction des risques ont eu un mérite indéniable: ils ont posé avec force la question du rapport entre la consommation de drogues et la population des villes, et ils ont notamment fait comprendre qu'une gestion de ce rapport était nécessaire.

Environnement urbain et consommation de drogues: un équilibre instable

La nécessité de la gestion de ce rapport apparaît non seulement à la population des villes, mais surtout aux responsables de la réduction des risques. En effet, les oppositions locales prennent une envergure menaçante pour la réduction des risques de manière plus générale: en dépit des majorités politiques en faveur de cette approche, les conflits urbains ne permettent souvent pas de mettre en place les instruments nécessaires à sa réalisation, à savoir les services. Les promoteurs de la réduction des risques prennent conscience que l'accommodement de ces conflits est une condition nécessaire pour un succès durable de l'approche qu'ils défendent. C'est ainsi qu'émerge, dans la plupart des villes en Suisse, la notion de *compatibilité urbaine* (*Stadtverträglichkeit*) comme principe directeur pour les interventions en matière de réduction des risques. Le but en est que les services, tout en restant facilement accessibles pour leur clientèle, soient acceptés et respectés par la population des quartiers dans lesquels ils se situent.

Malgré la simplicité de ce principe de *compatibilité urbaine* sa mise en pratique n'est pas aisée. Pour satisfaire la revendication maximale de la clientèle des services, il faudrait admettre qu'ils soient totalement à l'abri d'interventions policières. Pour satisfaire la revendication maximale de la population des quartiers, il faudrait en revanche faire en sorte que les consommateurs disparaissent de la voie publique. Pour les responsables des services, ces exigences contradictoires demandent de résoudre un double défi: jusqu'où peuvent aller des mesures de contrôle à l'encontre de la clientèle avant qu'elle ne boude le service? Jusqu'à quel degré peut-on admettre que les consommateurs de drogues soient présents et visibles dans les environs du service avant que la population du quartier ne se sente gênée? La gestion de cette relation tendue au niveau des services requiert la recherche constante et quotidienne du

juste mélange entre mesures d'attraction (pour les clients) et mesures de contrôle (pour les voisins).

Au fil des années, trois types de pratiques se sont stabilisées à ce propos. Tout d'abord, des règlements ont été formulés à l'intention des utilisateurs des services de réduction des risques, incluant notamment un certain nombre de consignes concernant la conduite à l'extérieur du service. Les clients sont tenus à se comporter de manière 'civilisée' dans le quartier, à éliminer de manière adéquate le matériel d'injection, et notamment à ne pas trafiquer ou consommer les produits dans les environs du service. Les infractions à ces règles sont sanctionnées par l'équipe des services. Ensuite, une coordination intense entre travail social et travail policier a été mise en place, mettant ainsi un terme à la guerre des tranchées à laquelle ils s'étaient livrés par le passé. Constamment en étroite communication, ces deux acteurs tentent aujourd'hui de "doser" leurs interventions de façon à soutenir les activités de l'autre plutôt qu'à leur nuire. Enfin, et c'est ce qui nous intéresse davantage ici, des lieux d'échange ont été instaurés pour établir et maintenir les contacts entre les responsables des services de réduction des risques et les habitants des quartiers. Selon les cas, ces échanges se font au sein de réunions de voisinage régulièrement convoquées, dans des groupes de pilotage composés de représentants de la population de quartiers, par le biais de consultations écrites, ou encore au gré de contacts informels et individuels entre l'équipe d'un service et les voisins. Ces échanges entre les services de réduction des risques et la population des quartiers permettent non seulement aux responsables de "prendre la température" à propos d'éventuelles nuisances ou problèmes et de réagir rapidement. A la population des quartiers, ces lieux d'échange offrent un forum pour exprimer des craintes et formuler des plaintes. L'acceptation des services par le public urbain s'en est considérablement améliorée.

Pourtant, il est important de constater que le succès du dialogue entre les services et leur quartier ne semble pas tellement reposer sur les modifications apportées réellement à la gestion des services sur proposition des voisins. Ces modifications sont généralement assez anodines: l'installation de crochets pour attacher les chiens qui appartiennent aux clients du service, fermer une fenêtre en été pour éviter le bruit, balayer le trottoir avant la fermeture du service le soir...

Cela incite à croire que l'acceptabilité des services, et donc leur intégration urbaine, dépend moins des mesures réelles entreprises sur proposition des voisins, mais bien plutôt par la seule existence du dialogue entre le service et son quartier. En d'autres termes, ce n'est pas tant l'implication active des habitants du quartier dans la gestion d'un service qui compte, mais plus simplement le fait de les informer, d'offrir la possibilité de s'exprimer, et de prendre au sérieux leur point de vue⁴. Si elle est convaincue qu'elle peut faire confiance aux responsables des services, la population des quartiers manifeste en effet une compréhension et une tolérance considérables, même à l'égard de situations qu'elle considère comme problématiques.

C'est ici sans doute le signe le plus clair de l'impact de la réduction des risques au niveau des attitudes et des opinions de la population urbaine à l'égard de la consommation de drogues. La mise en place de la réduction des risques dans la plupart des villes a été longue et conflictuelle. Elle a suscité beaucoup d'émotions, absorbé des énergies considérables, causé de chauds débats. Ce qui reste au bout de ce processus, ce n'est pas seulement une meilleure intégration urbaine des services de réduction des risques. C'est également une expérience d'apprentissage collectif, non seulement du côté des intervenants, mais également du côté du public urbain plus large, qui a pris conscience de nouvelles facettes du "problème de la drogue" et qui a aujourd'hui une vision plus nuancée de celui-ci. En particulier, les attitudes aujourd'hui largement positives de la population des quartiers vis-à-vis des services de réduction des risques⁵ témoignent, à notre avis, d'une volonté manifeste de voir les problèmes relatifs à la consommation de drogues dans une optique d'ensemble et de contribuer à leur gestion, plutôt que de faire l'autruche en demandant l'éloignement pur et simple des consommateurs. En témoignent également les approbations répétées, lors de votes populaires locaux, cantonaux ou nationaux, de la politique de la drogue dite des quatre piliers, qui refuse les solutions simplistes pour miser sur une approche différenciée.

Conclusion

Sans aucun doute, la concrétisation – lente et conflictuelle – des interventions de réduction des risques dans les quartiers urbains a changé les attitudes de la

population à l'égard de la consommation de drogues et des problèmes qui y sont liés. Mais la modification de ces attitudes, a-t-elle également un effet – en quelque sorte en rétroaction – sur les pratiques de consommation elles-mêmes? En l'absence d'enquêtes empiriques sur ce sujet, il est difficile de répondre à cette question sans céder à la spéculation. Néanmoins, deux pistes peuvent être indiquées, susceptibles de nourrir une réflexion ultérieure, plus approfondie.

En premier lieu, il est important de noter que la vision aujourd'hui plus nuancée sur la consommation de drogues semble admettre que la consommation contrôlée de drogues illégales est possible. Les services de réduction des risques, notamment par le biais des statistiques sur les pratiques de leurs utilisateurs, ont montré qu'une proportion importante de leur clientèle était socialement intégrée et peu dépendante. Ils ont ainsi contribué à la prise de conscience que le problème de la drogue n'est pas tellement lié à la consommation de drogues en elle-même, mais plutôt au passage d'un usage non-problématique à un usage dépendant. Il n'est certainement pas aberrant de penser que la diffusion de cette vision-là des choses peut avoir une influence sur les pratiques de consommation. Ainsi, l'on sait que la plupart des consommateurs de substances psychotropes mettent en œuvre des stratégies par le biais desquelles ils espèrent pouvoir contrôler leur usage de ces substances⁶. Cependant, contrairement aux drogues légales pour lesquelles ces stratégies connaissent une certaine publicité (p. ex. dans la prévention de l'alcoolisme), peu est connu sur les stratégies prometteuses pour un usage contrôlé des stupéfiants illégaux qui, de plus, ne se transmettent que de bouche à oreille. Dans ce sens, il est concevable que l'attitude aujourd'hui plus nuancée du public à l'égard de la consommation de drogues contribue à améliorer la diffusion des expériences et des connaissances sur les pratiques d'usage contrôlé des psychotropes, même illégaux. On peut espérer que cela facilite la prévention des passages de l'usage de stupéfiants non-problématique à un usage problématique.

Deuxièmement, l'acceptation et le soutien des mesures de réduction des risques au sein du public plus large traduisent également une image changée du toxico-mane dépendant. Plus précisément, dans l'image qui prévaut aujourd'hui, celui-ci apparaît avant tout comme un malade plutôt que comme un criminel ou un

déviant. De plus, le succès de l'approche par la réduction des risques a montré, aux yeux du public, qu'il était possible de responsabiliser ces individus – malgré leur consommation dépendante – à l'égard de leur santé physique, mais également à l'égard de leur environnement urbain. En effet, les services de réduction des risques ne promeuvent pas seulement les pratiques de consommation à moindres risques, mais également les comportements 'acceptables' par rapport aux autres habitants et usagers de la ville. Sans doute cela a-t-il contribué à une déstigmatisation des toxicomanes gravement dépendants qui se fait remarquer, pour ceux-ci, par une baisse certaine du stress souvent associé à la consommation de drogues illégales. L'attitude changée à l'égard des toxicomanes dépendants permet à ceux-ci non seulement de retrouver une certaine autonomie à l'égard de leur trajectoire personnelle, mais leur offre également des possibilités nouvelles pour se réapproprier leur environnement urbain et ainsi pour reconstituer des liens sociaux perdus⁷.

In fine, la mise en place de la réduction des risques en Suisse, ainsi que les modifications de la relation entre la consommation de drogue et son entourage urbain qui en ont résulté, apparaissent donc comme une expérience très largement

positive. Il faut constater, cependant, que ce processus s'est limité essentiellement aux pratiques ayant trait à l'usage de drogues dites dures comme la cocaïne et l'héroïne, et notamment à l'usage par injection. Il est vrai que cette limitation paraît relativement logique, vu le rôle moteur de la problématique du vih/sida dans ce processus. Mais quid des nouvelles substances, quid des nouvelles pratiques d'usage qui n'impliquent pas l'injection? Ce sont des thèmes qui ont été plutôt en marge des débats sociopolitiques sur la politique de la drogue durant les années 1990, comparés à l'importance qu'y prenaient les questions relatives à l'intégration urbaine de la réduction des risques. On pourrait ainsi souhaiter que les enjeux liés à d'autres substances psychotropes, légales ou illégales, occupent davantage le devant de l'agenda public. L'histoire de la mise en place de la réduction des risques en Suisse a en effet montré que le débat public large, controversé, émotionnel et conflictuel, a débouché sur une vision plus englobante et plus nuancée de la situation. Dans ce sens, l'engagement pour un débat sociétal sur la consommation de substances psychotropes peut également être vu comme une manière de promouvoir une vision systémique des problèmes de dépendance.

Notes

- 1) Elle ne fait aujourd'hui plus de doute. De nombreuses recherches évaluatives ont en effet montré que les services de réduction des risques et des dommages liés à la consommation de drogues illégales contribuent de façon significative à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale des personnes consommatrices. A ce propos, cf. notamment Cattaneo et al. (1993), Gervasoni et al. (1998; 2000).
- 2) Sur ce changement de paradigme, cf. notamment Kübler (2000; 2001).
- 3) Pour un récit détaillé des conflits d'implantation autour de services de réduction des risques dans les années 1990 en Suisse, cf. Kübler et al. (1997)
- 4) Cf. les développements à ce propos dans Kübler (2000: 224-238).
- 5) A ce propos, cf. les résultats d'une enquête représentative dans des quartiers 'névralgiques' dans les villes de Bâle, Zurich, Bienne et Genève (Kübler et al. 1997: 87-107).
- 6) Cette observation a été faite par de nombreuses recherches. A titre d'exemple, cf. Power (1995), Caiata (1996), Decorte (2001).
- 7) Sur l'importance de l'appropriation de l'environnement urbain pour la création de lien social, cf. Malatesta (1993/1994), Hill (1994) ou encore Malatesta et Joye (2001).

Une bibliographie est à disposition au
GREAT 024 426 34 34

Ecole et relation aux produits

Christian Mounir, enseignant, éducateur à la santé, Service de santé de la jeunesse, Genève

(réd) La question posée à l'auteur de ces lignes correspondait à un véritable défi: les modifications des normes de l'école peuvent-elles influencer la consommation de psychotropes?

Pour répondre à cette question, l'auteur nous emmène à travers les modifications des attitudes et des attentes des jeunes et de la société par rapport à l'école. Ces changements correspondent évidemment à ceux de la société en général: consumérisme, immédiateté, haut niveau d'exigences et compétition y règnent sans partage. A partir de ces constats, à chacun d'en chercher les effets...

Préambule

Bien que ce texte ne prétende pas à l'exactitude scientifique, nous n'avons pas trouvé utile de livrer ici de simples opinions. Nous nous sommes efforcés de fournir à nos réflexions une assise aussi conforme aux «faits», tels qu'on peut légitimement prétendre à les établir en sciences humaines, en n'exprimant d'avis que s'il trouvait écho dans le corpus des «savoirs savants» fondés sur les critères reconnus de la recherche. Il nous importe aussi de lever toute ambiguïté sur nos intentions ou nos objectifs en insistant bien dans ce préambule que la critique sociale n'est pas la critique des acteurs sociaux concrets et personnalisés. Critique systémique au contraire, elle cherche à identifier *les logiques internes dans lesquelles sont pris, agissants et agis à la fois*, les acteurs sociaux. Ils y conservent une marge de liberté tout en n'y faisant pas ce qu'ils veulent et, surtout, les effets de leur action s'écartent bien souvent de leurs attentes (21).

Une évolution

En quoi l'institution ou le système scolaire pourraient-ils jouer un rôle codépendant dans la consommation de produits¹? Il n'existe pas d'étude directe fournissant des données de référence sur cette question. Toutefois, on peut inférer certaines réponses en manière d'hypothèses, avec grande probabilité, du solide corpus d'études qui s'est accumulé depuis une trentaine d'années tant au

sujet du malaise scolaire qu'à celui d'une partie de la jeunesse et qui conduisent à la manifestation de conduites dites problématiques - que nous nommerons simplement *symptomatiques*². Un large consensus règne ainsi chez les épidémiologistes de la santé mentale (42) et chez les chercheurs en «adolescentologie» sur les caractères relativement comparables, interchangeable et associatifs de ces conduites *symptomatiques*.

L'être humain est un être de relation et ses conduites sont toujours des adaptations relationnelles à son milieu. A ce titre, les conduites humaines sont de manière générale symptomatiques. Nous allons donc considérer ici la consommation de produits dans l'école comme un symptôme de la relation élève/école.

Le formidable essor économique des «trente glorieuses» a contribué à la formation et à la diversification d'importantes classes moyennes, autant qu'à un développement techno-scientifique ininterrompu. La conjonction de ces deux facteurs a créé de forts besoins sociaux en matière de développement du savoir et de la formation qui se sont exprimés, notamment dans les mouvements de 68, en faveur d'une «démocratisation des études». Les attentes sous-jacentes à l'élargissement du partage du savoir étaient doubles: l'accès généralisé au secondaire et l'égalité des chances de réussite. Or, la réalité sociale s'est opposée sournoisement, de manière structurée, à cette illusion égalitaire par un processus de «démocratisation ségrégative» (29, 43) fait de sélection et d'échec qui s'introduisit jusqu'à l'échelon primaire. Et ce, en dépit des meilleures

intentions des acteurs sociaux scolaires, indépendamment de mesures de correction et de plans de lutte contre le redoublement et l'échec! (21, 23, 44). Le statut social et, surtout, la richesse demeurent les meilleurs garants de la réussite, bien avant l'organisation du système scolaire et l'effort pédagogique! (4, 30). Paradoxe: c'est même plutôt l'illettrisme qui semble progresser... Peut-être en raison de la prévalence donnée par l'école à la motivation extrinsèque, la culture écrite et la mémoire lexicale, efficaces facteurs implicites de sélection (25, 27).

Une école à l'abri des contradictions sociales et, de plus, qui tend à en réduire les inégalités s'avère un mythe idéaliste! Une école hors de la réalité, en somme. De grandes études quantifiées, reposant sur des analyses statistiques fouillées (2, 3, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 21, 35, 38, 39, 40) sont venues nous rappeler que l'école ne produit pas la division sociale – elle la sanctionne. C'est pourquoi les projets de réforme les plus audacieux sont sans effet majeur sur ce plan.

L'école de la consommation

Ce n'est pas à dire que l'école ne *change pas*. Au contraire, elle s'adapte à l'évolution sociale et s'applique à remplir sa tâche, non par des transformations massives mais toujours par une succession de mesures et de réformes ciblées. Ce qui en définitive ne touche jamais au cœur du problème et le but déclaré de démocratiser se solde par une pérennisation de la discrimination à travers la diversification des voies et des filières dont les EDD, les maturités professionnelles, les HES et les nouvelles maturités sont des consécrations récentes. Au bout du compte, la tendance est plutôt à l'accentuation des inégalités (29). Un travers majeur de ce processus est la *désinstitutionnalisation* de l'école, qui devient une *offre de marché*, induisant par là-même une démarche mercantile des élèves, changeant fondamentalement leur rapport au savoir (28, 43). Ils s'écartent de plus en plus du modèle du «bon élève» idéalisé par les enseignants au profit d'une attitude pragmatique de rapport utilitariste au savoir, «a-culturelle», ciblée sur le calcul de l'effort à consentir pour «passer» et, paradoxalement, le stress est induit par la mémorisation impérieuse de données sans représentation et qui ne constituent pas une culture – juste pour réussir l'épreuve. *L'important, c'est de passer, d'être promu, pas nécessairement d'ap-*

prendre et de maîtriser durablement des connaissances et des compétences (21). Et tant qu'à consommer stressé, pourquoi ne pas s'aider un peu...

Cette attitude procède aussi de la dévalorisation de la place et du rôle de l'école ainsi que de l'image de l'enseignement. La modernité et la dérégulation néo-libérale ont ôté à l'école une bonne part de sa légitimité. La réussite scolaire n'étant plus garante d'un avenir perçu comme incertain, l'école ne tient plus ses promesses et le savoir est déprécié. Il n'est plus le lieu d'un haut investissement symbolique. La démarche utilitaire au résultat signe ici une perte de sens (36,37). De plus, les médias lui font une concurrence souvent à leur avantage.

D'autre part, le modèle néo-libéral introduit dans l'école une forme de *new*

L'école devient une offre de marché, induisant par là-même une démarche mercantile des élèves



Photo Interfoto

Se conformer aux normes du groupe

management individualisé où chacun est responsable de sa formation et d'inventer les solutions aux problèmes qu'il rencontre (34). La classe et toute fonction de groupe éclatent, et ainsi les solidarités, au profit des formations à niveaux et «à la carte» faisant fi des apports de la psychopédagogie qui a démontré que l'apprentissage s'effectue le mieux en groupe hétérogène en se confrontant aux difficultés de compréhension les uns des autres (interaction structurante en situation de résolution de problème). Le seul principe d'unité qui demeure est le travail sur soi qui doit être accompli afin de se percevoir comme auteur de son parcours (1). S'impose alors un nouveau modèle éducatif dominant, la *compétition* (7). Il renvoie à la responsabilité et à l'engagement des individus dans la construction de leurs destinées. FORTIN

(19) montre qu'on peut décrire alors une sociopathie liée à l'école chez des élèves engagés dans la course à l'excellence, de leur propre gré ou sous la pression familiale. Le travail personnel envahit toute la sphère privée jusqu'à des journées de seize heures. La peur de l'échec provoque chez certains toutes sortes de troubles des conduites alimentaires, du sommeil, des syndromes dépressifs, des consommations de produits et jusqu'au suicide.

Pour ceux qui n'y parviennent pas, c'est la désillusion, le découragement et la désaffection. La spirale de l'échec dévalorisant avec l'angoisse à la clef et l'apparition éventuelle d'une symptomatologie toute semblable. Certains «dégringolent» dans des filières dépréciées par des voies que visualise l'organigramme du Cap C'O du 13 février 2002³ et qui donne le vertige. Ils deviendront les «exclus de l'intérieur», selon l'expression de BOURDIEU (in 32), en proie au désarroi de leurs attentes déçues et iront grossir la cohorte des «futurs ouvriers» de l'enseignement technique et professionnel où la consommation de produits constitue un mélange de dérivatif, de provocation et de mécanisme de défense contre un système haï et contre la dépréciation de soi qu'il a induite.

Dans une revue de question sur l'autoconsommation médicamenteuse (31), nous avons relevé l'augmentation généralisée chez les jeunes de l'usage autoprescrit d'analgésiques, de sédatifs-psychotropes et de tranquillisants mineurs, corrélatif à celui de psychotropes légaux et illégaux, alcool, tabac et cannabis en réponse aux situations précitées. Nous relevons que, dans une société où la consommation est le fondement du rapport au monde et où les fortes concentrations humaines tendent à uniformiser les comportements, la complexité de la vie sociale, économique, familiale et scolaire engendre des vécus de difficulté que l'idéologie hédoniste-immédiatiste ambiante ne fait qu'exacerber, rendant ces vécus peu supportables surtout chez des jeunes en demande légitime d'épanouissement et d'avenir. Le stress, la compétition, la sélection, l'échec et l'exclusion en tant que violences institutionnelles sont le terreau idéal de la recherche et de l'apprentissage de conduites de sédation et de consommations compensatoires.

Paradoxalement, la massification et l'allongement de la durée de scolarisation ont considérablement renforcé le rôle, implicite, socialisateur et identitaire de l'école! Or, cette socialisation se heurte à la fois

à la désinstitutionnalisation de l'école et à son impréparation à remplir cette fonction intégratrice dans ce nouveau contexte de masse. D'abord en raison de la structuration spatio-temporelle de l'enseignement, mais aussi par l'impréparation et le manque de moyens des enseignants à investir l'école comme « lieu de vie » socialisé et formatif en y assumant un important rôle d'encadrement socio-culturel et éducatif. Force est de reconnaître aussi chez les enseignants la perte de la «relation éducative», tant elle ne va plus de soi, dans un contexte de disparition des consensus idéologiques et d'incertitude éthique engendrant le repli minima sur l'aspect de la profession le moins contestable, la transmission du savoir (26). Du reste, ils y perdent leur latin et se cabrent, parfois sur des positions passéistes, comme le mouvement ARLE à Genève, ou de refus plus ou moins teinté de corporatisme – ou sombrement dans l'épuisement. «*Les maladies longues sont de plus en plus nombreuses, le burn-out est une réalité courante (...) On nous demande de plus en plus de travail éducatif sans nous en donner les moyens ni le temps. Nous devons nous adapter à une nouvelle génération d'élèves dont les références culturelles (vocabulaire, habillement, natel et trotinettes (sic!)) nous échappent...* » relève le «*Journal des maîtres – FAMCO – Infos*» (33).

Les pairs comme référence

Comme abandonnés à eux-mêmes, les jeunes sont livrés alors à un processus de *socialisation par les pairs* exclusif (la socialité des pairs n'étant pas que négative par ailleurs, cf. Rayou, 33, 37) constitué d'une culture de masse «de pacotille» (28), égalitariste, informelle, télévisuelle et consumériste et de délégitimation de l'école et des adultes. Le lien social se délite, les relations sont souvent dominées par l'impératif du *look*, la nécessité «d'assurer», de n'être pas «bouffon», de frimer. Se propagent et s'uniformisent alors aisément des conduites de *conformité aux normes du groupe*, assurant la prégnance autant que la banalisation d'une panoplie de conduites symptomatiques du malaise de cette néo-socialité déstructurée. Un récent rapport sénatorial français (8) souligne que *les groupes de pairs exercent un effet d'entraînement et d'imitation à partir de l'adolescence. La conduite de ces individus change et favorise l'entraînement: des «bêtises» sont*

plus facilement commises. Certaines sont d'ordre initiatique, certaines ne s'expliquent que par une sorte de psychologie de groupe, une sorte de «coup de tête» collectif. Beaucoup d'actes dans ce cadre ne sont pas prémédités. Mais, alors qu'ils pourraient constituer un espace utile de construction de l'enfant, lui apprenant les règles de la socialisation et le respect des autres, les groupes de pairs, par absence d'encadrement, exercent souvent une influence négative sur les adolescents. Les jeunes laissés à eux-mêmes deviennent très vite potentiellement à risques (...). Se transmettent alors et se cultivent les conduites symptomatiques les plus diverses, de la consommation de produits à l'incivilité, l'insulte et la petite délinquance.

Le même rapport remarque la raréfaction, voire, parfois, la disparition des modes de contrôles sociaux infra-institutionnels de la jeunesse – c'est-à-dire la démission des adultes. Or, c'est bien ici encore qu'intervient l'absence grave d'investissement de l'établissement et de ses «moments» spatio-temporels en tant que lieux de vie par ses acteurs adultes car, comme le rappelle P. LASSUS, président de l'Union française pour la sauvegarde de l'enfance, *l'institué est la représentation de la parentalité et donc, fréquemment, de la dysparentalité* (22). Pour qu'elle joue son rôle d'accompagnement structurant, *la fonction de parentalité de l'institution et des adultes auxquels sont confiés des jeunes doit au moins satisfaire à trois exigences: assurer leur protection, couvrir leurs besoins, notamment éducatifs, psychologiques et affectifs et, enfin, leur donner la possibilité de grandir en se réalisant pleinement - c'est-à-dire devenir des adultes (id.)*.

En foi de quoi, Ph. MEIRIEU plaide en faveur d'un vaste programme à la fois de remodelage des activités scolaires et d'organisation de la vie sociale à l'école. De ré-institutionnalisation en vue de fabriquer du lien social, pour réinventer des formes acceptables de vie en société et passer «*de la maison-fantôme à la cité scolaire*» (28).

De son côté, la fonction identitaire se focalisant sur le groupe de pairs se distancie d'autant des valeurs scolaires qu'à leur aune l'adolescent est en difficulté. Mécanisme de défense légitime qui permet de se protéger d'une excessive dévalorisation. Et d'autant plus qu'il faut dire ici à quel point certains enseignants mesurent mal la profondeur de la blessure narcissique que peuvent infliger certaines de leurs remarques. Nous n'avons

que trop souvent recueilli les propos dépités et les plaintes d'adolescents à l'occasion de remarques dévalorisantes, voire d'attitudes dépréciatives d'enseignants. Or, un sondage effectué dans le cadre d'un récent Rapport ministériel sur «la souffrance psychique des adolescents...» (18), phénomène dont l'extension croissante ne laisse pas d'inquiéter, apporte ce résultat très révélateur, que *les jeunes attendent avant tout que (...) les adultes les aiment!* Or, trop souvent, l'attitude de ces adultes est en question: «*lorsqu'un enfant est «mauvais» à l'école, eh bien, il est mauvais obligatoirement jusqu'à 16 ans, six heures par jour!*» tonne le sociologue Sébastien ROCHE (8).

L'échec scolaire a fait l'objet de nombreux travaux et de non moins nombreuses tentatives de remédiation qui n'ont jusqu'ici guère donné de satisfaction, nous en avons déjà parlé. De l'étendue de ses conséquences, pas. Or, elles dépassent souvent ce que les adultes veulent bien en voir, acceptent d'en reconnaître. Lors d'une réunion de professionnels consacrée à la présentation du programme «Supra-f» à l'OFSP, une revue de question présentée en préambule soulignait que les deux facteurs protecteurs de l'équilibre psycho-affectif les plus généralement retrouvés comme discriminants dans les études sur les risques de marginalisation chez les jeunes, sont l'intégration familiale et l'intégration scolaire. En conséquence de quoi, il apparaît impératif que l'école assume sa responsabilité d'intégration sociale jusqu'au bout, sans se voiler la face en reléguant à d'hypothétiques «autres» une tout aussi hypothétique tâche de relais. Elle ne saurait être cet «hôpital qui soigne les bien-portants et met dehors les malades» comme l'écrivaient les enfants du village de Barbiana dans leur *Lettre à une maîtresse d'école* (16). Echapper à cette responsabilité relèverait sinon de la *négligence* dont nombre d'études nous certifient qu'elle est le problème d'adaptation le plus prévalent chez les jeunes, ce qui souligne à nouveau, sous un autre angle, l'abandon par les adultes de leur fonction symbolique de parentalité et leur démission de leur responsabilité sociale éducative.

Préserver des repères

Par ailleurs, de cette même négligence et de ce même abandon, signes aussi des pertes de repères socio-culturels évoqués plus haut, relèvent les attitudes de minimisation ou de feinte ignorance des adultes de la communauté scolaire devant les conduites symptomatiques des jeunes dans le cadre et les alentours directs de l'institution. Ce qui est demandé, et par les jeunes eux-mêmes, c'est une présence, une manifestation *d'intérêt pour eux* et, pour paraphraser Michel FOUCAULT, *le souci de l'Autre*.

Des «débordements» bien regrettables, qui se sont produits de la part de quelques enseignants au cours de séances de spectacle d'un théâtre-forum sur le thème du haschich, mettent aussi en lumière les contradictions des adultes en matière de pratiques et de philosophie de consommation de produits. Certains adultes affichent ainsi une connivence de mauvais aloi avec des jeunes manifestant leur intérêt pour des produits. Nul n'est sans doute tenu à la perfection, si tant est qu'on puisse la définir. Toutefois, dans tous les cas de figure, la défection de l'adulte, non comme modèle idéal, mais comme garant de la Loi et comme responsable du cadre de vie, ne peut induire chez l'enfant et l'adolescent, en construction, que des troubles du sens et des valeurs. Il convient donc que les enjeux, les rôles et les responsabilités soient clairement définis. Les adultes doivent se conduire en adultes et n'ont à aucun titre à entrer avec des élèves dans une «communauté d'illégalité», même implicite ou par omission.

Lors d'un groupe de discussion à la suite d'une séance de visionnement du film *Helldorado* du cinéaste genevois Daniel SCHWEIZER, une responsable d'école post-obligatoire émue avouait courageusement avoir reconnu dans l'un des protagonistes de cette «nouvelle tribu échouée» (17) un élève dont elle avait refusé l'inscription en raison de son apparence. L'aboutissement de l'échec et de la désinsertion, c'est parfois la rupture et la marginalisation sociale. De plus en plus d'adolescents en sont victimes et de plus en plus jeunes. Et là, les consommations deviennent outrancières (9, 20).

L'adolescence et la jeunesse sont aujourd'hui relativement fragilisées par la crise économique autant que par la perte de repères qui touchent aussi leurs aînés - et leurs parents souvent - dans une société aux références pluralistes et largement vidée de substance culturelle porteuse de sens et unificatrice. Or, peut-être la question la plus importante qui peut se poser à un adolescent dans son devenir est la question existentielle fondamentale du sens de la et de sa vie. L'école, à la fois facteur de culture, de socialisation et d'identité est un lieu capital où ce sens peut s'élaborer. Sa tâche est d'assumer pleinement sa parentalité symbolique en accueillant les enfants, en les protégeant et en assurant leur épanouissement en aménageant le cadre contraint et inévitable de la reproduction sociale, comme l'expérience de l'école finlandaise semble démontrer la possibilité (15,24). Et notamment en mettant en œuvre les principes du Réseau européen des écoles-santé tels qu'énoncés dans la Résolution de la Conférence de Thessalonique-Halkidiki des 1er-5 mai 1997⁴. Afin de réduire, voire contrôler ainsi les facteurs de co-dépendance dont elle peut être porteuse.

Notes

- 1) Nous prendrons en considération ici les produits les plus couramment consommés, soit le tabac, l'alcool, les sédatifs et les tranquillisants et le cannabis, sans distinction de critère de légalité ou de prescription.
- 2) Nous optons à dessein pour cette appellation générique qui évite les écueils de l'étiquetage et des jugements implicatifs, de valeur, de théorie, de discipline, comme «conduite à problème», «comportement à risque», «comportement déviant», etc.
- 3) voir www.ge.ch/co/capco
- 4) cf. www.who.dk

La bibliographie est à commander au GREAT, 024 426 34 34

Livres

Cette rubrique vous permettra de trouver quelques références de livres que le Comité de rédaction a sélectionnés pour vous. Sous «A paru», nous citerons uniquement quelques titres sélectionnés auprès de centres de documentation divers tels que «Toxibase» ou l'ISPA.

Sous «L'oeil critique», nous vous présenterons un ou plusieurs livres que notre comité de lecture aura lus, subjectivement, pour vous.

Sous «Reçu», nous reprendrons les commentaires proposés par l'éditeur.

L'oeil critique

Médicaments et société

SYLVIE FAINZANG, PUF, 2001

Le grand anthropologue Clyde Kluckhohn a dit un jour à propos de l'anthropologie que «c'est un permis de braconnage intellectuel». C'est sans doute à cause de sa capacité de braconner dans toutes les sciences et méthodes que l'anthropologie, «une des disciplines les moins sophistiquées et hostiles à tout ce qui frusait la prétention intellectuelle», s'est avérée «être pré-adaptée au monde moderne». (Geertz, 1989; 9). Capable non seulement d'aller dans des «ailleurs» exotiques pour étudier les oracles avec des poulets ou les systèmes de parenté, mais capable aussi de s'aventurer dans le «ici» quotidien, pour nous expliquer le «comment nous pensons aujourd'hui», côtoyant et traitant d'égal à égal ses soeurs restées à la maison (la sociologie et la psychologie), leur donnant même parfois un bon coup de pouce. L'étude anthropologique de Madame Fainsang a été faite bien au coeur de chez nous, on ne peut plus au coeur, c'est-à-dire dans les hôpitaux et les consultations médicales, là où l'on est souvent né et où l'on va peut-être aller mourir un jour. Dans tous les cas, là où l'on va se permettre de ressentir la souffrance et demander le réconfort du médecin sans que cela soit perçu comme une faiblesse ou, tout au moins, là où on va obtenir une prescription docte. Prescription concrétisée dans une ordonnance, c'est-à-dire un petit papier avec la signature du médecin et son timbre dont les quelques lignes sont généralement illisibles.

La question que se pose l'auteure est celle de l'usage de la prescription en tant que support écrit et pont entre le médecin et le patient, c'est-à-dire de la place qui lui est

accordée dans le processus de guérison et dans l'univers domestique de la tribu des français, selon qu'on appartient à une religion ou à une autre ; la vie et la mort de l'ordonnance médicale en quelque sorte, selon qu'on a été enculturisé comme chrétien, protestant, juif ou musulman. Car la valeur accordée à l'écrit varie non seulement selon les couches sociales, mais aussi selon les cultures (identifiées ici aux religions). «Le catholique lit depuis son grand-père, le protestant depuis quatre siècles, et le juif depuis deux mille ans ». On connaissait la valeur thérapeutique des prescriptions maraboutiques faites des versets du Coran, on apprend que, face à une ordonnance médicale, les autres cultures développent des comportements comparables, en tout cas l'auteure le fait. Le livre aurait pu s'appeler, par exemple: «Ordonnance médicale et appartenance religieuse»

Non pas que le sujet des médicaments dans notre société ne soit pas développé: il occupe bien un quart du livre, avec en plus l'exploration de la consommation et la non-consommation, les comportements de soumission ou de résistance au médecin, les rapports au corps et au savoir. Tout un parcours sur les comportements de santé portant l'empreinte de leur origine religio-culturelle, une bonne étude d'anthropologie médicale en somme. Le médicament, à lui tout seul, mérite bien qu'on s'y attarde dans une société comme la France, qui consomme deux fois plus de médicaments que les allemands et trois fois plus que les américains, au point que la France est le premier pays au monde en consommation des médicaments dont 20% sont des médicaments du système nerveux. C'est là que se trouve la vraie spécificité française, le vrai fétiche, le totem, l'exception culturelle qu'il faut expliquer. Anthropologues, encore un effort!

Miguel Samaniego

Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé?

Expertise collective, INSERM, Paris 2001

Face à la montée en puissance de la consommation de cannabis, première substance psychoactive illicite expérimentée par les jeunes en Occident, la question de ses effets potentiels sur le comportement et la santé est plus que jamais à l'ordre du jour. L'intérêt de cet ouvrage réside dans la mise à plat objective des données réelles disponibles dans les champs de

l'épidémiologie, la toxicologie, la neurobiologie, la clinique et, dans une moindre mesure, de la sociologie. Les données étudiées proviennent d'Europe, des Etats-Unis, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Les nombreux travaux réalisés en recherche pharmacologique sur les cannabinoïdes sont rapportés dans ce document afin d'éclairer les mécanismes d'action de ces substances au niveau du système nerveux central. Alors que les effets psychoactifs et somatiques immédiats ou à court terme associés à une consommation de cannabis sont maintenant relativement bien connus, les conséquences à long terme sur la santé d'une consommation chronique restent insuffisamment étudiées, les recherches sont encore peu nombreuses et contradictoires. Il faut noter d'emblée la difficulté à recueillir des données dans les populations vis-à-vis d'un produit illicite.

Réalisée en France par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), cette expertise collective devrait constituer pour les acteurs en santé publique une base de travail pour réfléchir sur des actions de prévention à mener et sur de nouvelles pistes de recherche multidisciplinaire à développer.

En complément de l'expertise complète, l'INSERM a publié en brochure la synthèse et les recommandations du groupe d'experts. Ces dernières sont notamment argumentées autour des points suivants:

Information - prévention:

- Tenir compte des différences de consommation selon l'âge et le sexe
- Cibler les actions selon les risques sanitaires immédiats ou à plus long terme
- Prendre en considération les facteurs individuels de vulnérabilité pour une consommation abusive
- Tenir compte des situations et des pathologies particulières.

Développer des recherches:

- sur les facteurs associés à la consommation répétée
- sur les liens entre abus de cannabis et troubles mentaux
- sur les corrélations des effets avec les concentrations sanguines de delta9-THC
- sur les conséquences d'une exposition in utero
- sur les effets à long terme du cannabis
- sur le système endocannabinoïde.

Pierre-Yves Aubert



Qualité dans le domaine des dépendances- Le guide QuaThéDA (Qualité - Thérapie - Drogues - Alcool) vient de paraître.

QuaThéDA, créé par l'Office fédéral de la santé publique, est un projet de développement de la qualité pour les institutions de thérapies résidentielles du domaine des dépendances.

Le nouveau guide QuaThéDA (classeur A4 avec CD-ROM) offre des conseils pratiques pour un développement permanent de la qualité et pour la préparation d'une certification (y c. OFAS/AI2000). Il comprend les principes théoriques, accompagnés de beaucoup d'exemples, le référentiel QuaThéDA, ainsi que les questionnaires de satisfaction des clients(-es).

Vous pouvez le commander auprès de COSTE au prix de Fr. 80.- (frais de port inclus):

COSTE, Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues, Eigerplatz 5, Case postale 460, 3000 Berne 14, Tel. 031/ 376 04 01, Fax 031/ 376 04 04
office@koste-coste.ch

Titre: Guide QuaThéDA, Ed. OFSP 2002, ISBN-No. 3-905235-37-4

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site QuaThéDA:
<http://www.infoset.ch/inst/quatheda/d/index.htm>

d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.- frs par an/20.- frs par numéro.

Parmi les thèmes publiés:

Le devenir des patients alcooliques (no 2) - Balade au pays du tabac (no 4) - Politique des dépendances: réflexions, propositions (no 5) - La prévention, d'une définition à un choix de société (no 6) - Groupes d'entraide (no 7) - Les institutions résidentielles en crise (no 9) - Pour une prise en compte des rapports hommes-femmes (no 11) - Former des spécialistes en addiction (no 12)

A consommer sans modération!

Éditée
par:



Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et autres
toxicomanies



Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies

Cours, séminaires

Modules de formation continue ARIA

Cycle de formation pour assistantes médicales et secrétaires

Christiane Treyer, Jean Zufferey
8 mercredis sur 2 ans; début octobre 2002, puis une fois par trimestre

•

Accueil et soutien des parents dépendants dans leur rôle parental

Stefano Cirillo, Rose-Marie Toubin, Rodolphe Soullignac, Benoît Reverdin, Régine Delacoux, Claudine Blanc, Joëlle Gacquièrre, Anne-Catherine Corrado, Sylvie Donzé, Claudia Grob, Philippe Wuest, Françoise Rey
2 jours - 30 septembre et 1er octobre 2002

•

Jeu pathologique: quels types de problèmes, quelles formes de prises en charge?

Jean-Dominique Michel - Christine Davidson - Philippe Delacrausaz - Laurence Aufrère
1 jour - 29 novembre 2002

•

Pharmacodépendance, alcoolisme et toxicomanie : vers une approche spécifique selon le sexe

Marianne Modack, Viviane Prats et Geneviève Praplan
Jeudi 12 décembre 2002

Programme complet et informations:
ARIA, case postale 638, 1401 Yverdon
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: great.aria@span.ch

Modules de formation fordd

Des aléas de la toxicomanie à la parentalité

Jacques Besson - Catherine Marneffe - Frédéric Atger - Agnès Contat - Régine Delacoux
jeudi 28 novembre 2002

•

Travail en réseau et pratiques interprofessionnelles: Éléments d'éthique

Christiane Besson - Marie-Claire Rey-Baeriswyl - Renaud Stachel - Nicolas Pythoud
24 octobre, 5 décembre 2002 et jeudi 16 janvier 2003

•

Groupes d'entraide

Jean-Marc Noyer
6, 7 et 22 décembre 2002

•

Les produits psychotropes et la réduction des dommages sanitaires

Marina Croquette-Krokar - Nelson Feldman - Riaz Khan - Thierry Musset - Martine Monnat (à confirmer)
9 - 10 et 16 décembre 2002

Programme complet et informations:
fordd, case postale 638, 1401 Yverdon
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: great.aria@span.ch

Journées de sensibilisation ISPA 2002

Prévention : approche en pratique, les outils préventifs

Viviane Prats et Marie-José Auderset
Mardi 1er octobre 2002

Co-dépendance

Daniela Danis et Viviane Prats
Jeudi 10 octobre 2002

Cannabis et consommation juvénile, quelle approche éducative et préventive?

Dr Pablo Sanchez-Mazas et Viviane Prats
Mercredi 6 novembre 2002

•

Dépression, conduites suicidaires, pathologie de l'agir à l'adolescence

Dr Philippe Stéphan - Dr Jacques Laget
Mardi 19 novembre 2002

Programme complet et informations:
ISPA, Danielle Ayer, Case postale 870,
1001 Lausanne, 021 321 29 85 -
fax 021 321 29 40 -

«Les communes bougent! Pour une politique alcool au niveau local»

Expériences des 22 communes-pilotes et possibilité de participation pour les communes dès 2003.

12 décembre 2002 - Lausanne - Hotel Continental -14h - 17h 30

Inscription obligatoire, participation gratuite

Informations sur www.radix.ch ou demandez l'invitation au 01 360 41 00. Organisation: Radix Promotion de la santé sur mandat du Programme national alcool (OFSP, RFA, ISPA), en collaboration avec le GREAT, la Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme, FVA et la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, LVT