

**PEGASE
PROCESSUS**

Centre de psychothérapie, de formation et de recherche

Actes de l'Université de printemps 2010

ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE SYSTEMIQUES

*Pour un meilleur accompagnement des personnes
ayant des problèmes d'addiction et de leurs familles*



Organisé
par

PEGASE PROCESSUS

23 av. Gaston Berger, 35000 Rennes

Tél. 02 23 46 42 16

<http://pegaseprocessus.fr>

TABLE DES MATIÈRES

1	
INTRODUCTION	4
<i>ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE SYSTEMIQUES</i>	4
POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT DES PROBLEMESD'ADDICTION ET DE LEURS FAMILLES	4
REMERCIEMENTS	5
MARDI 8 JUIN 2010 :	
PLENIERE 1	6
DYNAMIQUES FAMILIALES ET ADDICTIONS EN CONTEXTE EDUCATIF: FAVORISER LA REPRISE EXISTENTIELLE ET SOUTENIR LES RESILIENCES AVEC L'APPROCHE SYSTEMIQUE	6
PLENIERE 2	16
L'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE EN BRETAGNE : UNE RESSOURCE ESSENTIELLE EN MATIERE DE PREVENTION	16
PLENIERE 3	17
LES OUTILS DE DETECTION ET D'ORIENTATION DES PERSONNES DEPENDANTES VERS LE PROCESSUS DE SOIN	17
ATELIER 2	44
LES GROUPES « ENTOURAGE-FAMILLE » : UN GROUPE DE PAROLE POUR ROMPRE LA LOI DU SILENCE (TEMOIGNAGES DE PARTICIPANTS)	44
ATELIER 3	47
L'UNITE MERE-ENFANT DU CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE : UNE EXPERIENCE DE TRAVAIL AVEC LES JEUNES ENFANTS ET AUPRES DES PARENTS EN RISQUE OU DEPENDANTS	47
ATELIER 4	48
LES TECHNIQUES SYSTEMIQUES ACTIVES EN GROUPES THERAPEUTIQUES APPLIQUEES A LA PROBLEMATIQUE DES ADDICTIONS : GENOGRAMME, JEUX DE ROLE, SCULPTURE	48
MERCREDI 9 JUIN 2010 :	
PLENIERE 1	49
ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : ROMPRE LA LOI DU SILENCE POUR S'ATTACHER A ENTENDRE CE QUI, JUSQU'ALORS ETAIT GARDE « SECRET »	49
PLENIERE 2 :	56
L'ASSOCIATION NATIONALE ALCOOL ASSISTANCE : UN EXEMPLE D'ACTION D'ENTRAIDE AUPRES DE L'ENTOURAGE	56
PLENIERE 3	66
LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN AMBULATOIRE	66
PLENIERE 4	71
UN EXEMPLE DE COLLABORATION D'UN INTERNAT EDUCATIF, LE CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC, AVEC UN CENTRE SPECIALISE EN ADDICTION, LE CENTRE DE READAPTATION UBALD-VILLENEUVE	71
ATELIER 1	76
LA PREVENTION EN PREMIERE LIGNE LORS D'EVENEMENTS FESTIFS : UN MODELE QUI DONNE DES RESULTATS .	76



ATELIER 2	77
L'APPROCHE CENTREE SUR LES SOLUTIONS : UN OUTIL D'INTERVENTION RICHE ET PERTINENT POUR LES PERSONNES AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION	77
ATELIER 3	79
LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN AMBULATOIRE	79
ATELIER 4	80
REGARDS CROISES FRANCO-QUEBECOIS : 2 EXEMPLES FRANÇAIS ET QUEBECOIS D'INTERVENTION AUPRES DES PARENTS DONT LES ENFANTS SONT PLACES ET AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION	80

JEUDI 10 JUIN 2010 :

PLENIERE 1	84
TRAVAIL AVEC LES FAMILLES TOUT AU LONG DU PROCESSUS DE SOIN, QU'IL SOIT AMBULATOIRE OU HOSPITALIER : QUI SONT LES GAGNANTS ?	84
PLENIERE 2	85
PROGRAMME JEUNES-PARENTS : UN SERVICE SPECIALISE EN DEPENDANCE DANS LE CONTEXTE DE LA PARENTALITE ET/OU LE SIGNALEMENT DU CAS D'UN ENFANT EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	85
PLENIERE 3	104
L'INTERVENTION AUPRES DES DETENUS AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION : LE PROGRAMME TOXICOMANIE JUSTICE.....	104
ATELIER 1	112
LES APPROCHES MOTIVATIONNELLES : COMMENT SUSCITER, DEVELOPPER ET MAINTENIR LA MOTIVATION AU CHANGEMENT CHEZ LES PERSONNES DEPENDANTES ?	112
ATELIER 2	137
PROGRAMME JEUNES-PARENTS : COMMENT INTERVENIR DE FAÇON CONCERTEE ET EFFICACE AUPRES DE PARENTS DONT LA DEPENDANCE COMPROMET LA SECURITE OU LE DEVELOPPEMENT DE LEURS ENFANTS ? ...	137
ATELIER 3	137
ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE DE GROUPE DE PAROLE	137
ATELIER 4	137
ALCOOL ET PRECARITE : DU « COMMENT MIEUX FAIRE ENSEMBE » AU TRAVAIL DE RESEAU, UNE REPOSE DE PROFESSIONNELS DU MEDICAL ET DU SOCIAL AVEC LES FAMILLES	137

VENDREDI 11 JUIN 2010

PLENIERE 1	138
POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE : L'ALCOOLISME EST-CE UN PROBLEME DE SANTE OU UN PROBLEME SOCIAL ?	138
PLENIERE 2	142
ALCOOL ET VIOLENCES INTRA-FAMILIALES : DE LA DESINHIBITION A LA DERESPONSABILISATION.....	142
PLENIERE 3	150
LA PREVENTION DES ECARTS ET DES RECHUTES EN ADDICTOLOGIE :	150
ATELIER 1	164
REGARD CROISES FRANCO-QUEBECOIS : L'INTERET D'UNE PRESENCE REGULIERE DE L'INFIRMIER ADDICTOLOGUE AU SERVICE ACCUEIL URGENCES DE L'HOPITAL	164
ÉQUIPE DE LIAISON SPECIALISEE EN DEPENDANCE DANS LES URGENCES	169

ATELIER 2	171
LA PREVENTION DES ECARTS ET DES RECHUTES : DECOUVERTE ET EXPERIMENTATION D'OUTILS D'INTERVENTION	171
ATELIER 3	172
THERAPIES DE GROUPES MULTIFAMILIAUX : UNE APPROCHE GLOBALE DES PROBLEMATIQUES FAMILIALES.....	172
ATELIER 4	177
POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE : LA PLACE DU TRAVAILLEUR SOCIAL DANS LES SITUATIONS D'ADDICTIONS RENCONTREES DANS LE CHAMP SOCIAL	177
BIBLIOGRAPHIE	178
ANNEXES.....	184



Alcoolologie

Addictologie

Systémiques

INTRODUCTION

**ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE SYSTEMIQUES
POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION
ET DE LEURS FAMILLES**

L'approche systémique privilégie la recherche et la mise en commun des ressources et des capacités des personnes, de leurs systèmes d'appartenance et des systèmes institutionnels. Cette démarche semble parfaitement appropriée en alcoologie et addictologie tant les situations mettent en exergue les limites des interventions isolées.

Face aux besoins de soutien émanant du terrain et des institutions, Pégase Processus a décidé d'organiser une université de printemps du 8 au 11 juin 2010 à Rennes.

La programmation a été bâtie en partant des constats suivants:

- Les professionnels des services sociaux et éducatifs se trouvent régulièrement confrontés à des usagers ou à un membre de la famille sous emprise de l'alcool ou de drogues. Ils doivent alors les orienter vers un service de soins spécialisés, mais, parfois, les problématiques de pharmacodépendance sont mal maîtrisées, les liens avec ces services ne sont pas créés et il est difficile de faire face aux fluctuations de la motivation des intéressés.
- Les professionnels des services spécialisés sont parfois partagés sur la qualité de la demande d'aide et sur la façon d'accueillir des publics d'âges et de cultures différentes. Le parti pris de faire appel aux familles est trop rarement adopté.

Chaque journée, trois thématiques sont traitées en tenant compte des différents contextes d'intervention : l'action sociale et éducative, les lieux de traitement et de soins, ainsi que les lieux de prévention:

- L'intervention auprès des enfants dont le parent a des problèmes d'addiction et les interventions familiales ;
- L'intervention auprès des adultes ayant des problèmes d'addiction et auprès de leur entourage;
- Les outils et les méthodologies transversales

Les objectifs de ces 4 journées sont de permettre :

- une meilleure connaissance des problématiques et des ressources en matière d'alcoologie et d'addictologie ;
- la mise en commun de réflexions cliniques et organisationnelles, d'expériences de terrain et de propositions plus théoriques inspirées des approches familiales et systémiques au sens large, tant québécoises que françaises ;

- un autre regard grâce à l'apport de nouvelles pratiques utiles, de méthodologies et outils efficaces qui ont été mis en place par des équipes françaises et québécoises pour les patients et leurs familles.

Ces rencontres de talents franco-québécois complémentaires permettent des échanges enrichissants lors des conférences, ateliers et forums de discussions.

REMERCIEMENTS

Le soutien de nos partenaires français et québécois cités ci-dessous est venu ajouter vigueur et renforcement de perspectives pour l'évolution des pratiques auprès de ces familles « sous emprise ». Nous les remercions :

- *LE CONSULAT GENERAL DE FRANCE A QUEBEC*
- *LE CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE*
- *LE CENTRE DE READAPTATION UBALD VILLENEUVE, QUEBEC*
- *OPTION, UNE ALTERNATIVE A LA VIOLENCE CONJUGALE, MONTREAL*
- *LA VILLE DE SAINT-MALO*
- *L'ASSOCIATION FRANCE-QUEBEC*
- *L'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET
ADDICTOLOGIE D'ILLE ET VILAINE*

Copyright Pégase Processus 2010. Reproduction partielle autorisée (sauf mention contraire) avec la mention :
« Pégase Processus – Actes de l'Université de printemps 2010 : Addictologie et alcoologie systémiques »



MARDI 8 JUIN 2010 - PLENIERE 1

DYNAMIQUES FAMILIALES ET ADDICTIONS EN CONTEXTE EDUCATIF: FAVORISER LA REPRISE EXISTENTIELLE ET SOUTENIR LES RESILIENCES AVEC L'APPROCHE SYSTEMIQUE

JEAN-FRANÇOIS CROISSANT ET ANNICK RENAUD BERNA, PEGASE PROCESSUS

INTRODUCTION

Les organisations en charge de la construction des réponses aux familles qui rencontrent des problématiques d'addiction ont une responsabilité d'actualisation des connaissances et des savoir-faire. Cette Université de Printemps, cinq ans après le Congrès Familles et alcool de 2005, et avant un autre événement d'envergure en 2012, prétend modestement apporter, par le biais de la contribution des intervenants et l'écho que, vous, les participants ferez à ce que vous y aurez découvert, un élan à la construction de réponses adaptées aux besoins des personnes en souffrance au sein des familles sous influence des abus de substances psychotropes toxiques ou autres conduites addictives.

Nos collègues québécois du CRUV (Centre de Réadaptation Ubalde Villeneuve) de Québec, du Centre Jeunesse de Québec, d'Option à Montréal, Candide Beaumont Conseillère clinique à l'ACRDQ (Association des Centres de Réadaptation en dépendances du Québec) viendront apporter l'acuité de leurs observations et la pertinence de leurs outils. Les intervenants français mettront une nouvelle fois leurs pierres à l'édifice fragile de la prise en compte des familles et à la construction de la transversalité entre institutions.

DYNAMIQUES FAMILIALES SOUS ALCOOL

Les dynamiques relationnelles des familles sous influence de l'alcool ou d'autres psychotropes toxiques ont été maintes fois décrites.

Lors de notre Congrès Familles et alcool de 2005, nous avons différencié les « alcoolisations problématiques » et le « dysfonctionnement familial alcoolique » pour les situations où une intervention semble utile.

Quand le dysfonctionnement familial alcoolique est installé, des règles dysfonctionnelles et des rôles prévisibles apparaissent et se maintiennent parfois pendant des années. Nos collègues belges de l'équipe du professeur Jean-Paul Roussaux ont défini que le l'alcool devenait alors un « organisateur relationnel familial ».

Les règles dysfonctionnelles de base sont au nombre de quatre :

La règle de « minimisation » ou de « déni » : celle-ci impose aux membres de la famille de minimiser ou de dénier les causes, les conséquences des comportements d'alcoolisation d'un ou plusieurs des membres de la famille. Parfois même de nier l'existence d'une consommation ou les effets les plus évidents. Ces processus de déni ou de minimisation sont guidés par des mécanismes psychiques internes et des mécanismes liés à la qualité de l'interaction nouée avec l'intervenant.



La règle de « **silence** » : cette règle exerce une influence forte sur les membres de la famille et leur prescrit à qui ils peuvent parler ou à qui ils ne doivent pas parler des problématiques de la famille. Cette règle définit aussi les contenus qu'ils peuvent révéler et ceux qu'ils « doivent » taire..

La règle d' « **isolement** » : cette règle est une conséquence des deux précédentes, les membres de la famille qui obéissent à la règle de silence et de minimisation se retrouvent isolés les uns vis-à-vis des autres et par rapport au monde extérieur. La quatrième règle est une méta règle, elle définit le degré de rigidité de trois premières. Ce degré de rigidité renforce les modalités de fermeture du système.

La « **métarègle de rigidité** » : celle-ci prescrit que les trois règles précédentes doivent être fixement installées quelles que soient les circonstances et, parfois, elles le sont sur plusieurs générations.

Ainsi les membres du système se retrouvent enfermés dans un enclos destiné à conserver les prérogatives de ceux qui ont contribué à les mettre en œuvre, souvent au détriment même des membres de la famille et de leur évolution. Ces règles sont à la fois construites par les personnes influentes du système et, une fois installées, sont renforcées par tout un chacun

Les rôles, comme dans une pièce de théâtre, sont distribués pour que le nouvel équilibre familial, influencé par les stress successifs des conséquences des alcoolisations problématiques soit le plus stable possible. Ces rôles sont endossés au fil de l'évolution des cycles de vie et des capacités des personnes à les jouer.

Ces rôles sont distribués entre les adultes et les enfants du système : chez les adultes le plus souvent il s'agit des rôles de « **Dépendants** » et de « **Co- dépendants** » ; chez les enfants on reconnaît successivement ou conjointement les rôles de « **Héros** » ou d'héroïne, de « **Sauveteurs** », de « **Clowns** », de « **Bouc-émissaire** », d' « **enfants invisibles** », de « **petits Rois** » ou de « **petites Princesses** », ou encore d' « **enfants Déficients** ».

L'attribution des rôles obéit à des règles conscientes et inconscientes ; la prescription de rôle se fait par l'intermédiaire de transactions non verbales au cours desquelles les initiatives des enfants sont soutenues par l'un ou l'autre des parents voire les deux.

Les enfants réagissent à ces encouragements indirects émanant de leurs parents et à leur perception de l'utilité de ce qu'ils ont accompli. Les interactions subtiles entre les rôles finissent par faire partie du quotidien et du paysage familial. Les parents et les enfants peuvent finir par en souffrir et réaliser le système d'interaction par lequel le dysfonctionnement familial aliène le développement individuel, à condition d'y être aidés.

L'ensemble des potentiels de chacun membres de la famille peut s'en trouver affecté momentanément ou durablement.

Nous ne reviendrons pas sur la dynamique spécifique de ces rôles et des conséquences particulières sur chaque zone du « **cercle des potentiels** » ce sera l'objet de la première séance plénière de demain matin où Janick Le Roy, formatrice à Pégase Processus, conseillère socio-éducative au CCAA de Rennes, et Frédérique Coignard-Desbordes, intervenante et formatrice à l'ANPAA d'Ille-et-Vilaine, présenteront le travail de groupe auprès d'adolescents de parents dépendants.



LES FAMILLES ET LES INTERVENANTS DU SERVICE D'AIDE A L'ENFANCE

Quand nous utiliserons le vocable services éducatifs ceci renvoie pour nous aux services d'aide à l'enfance, mais nos collègues québécois à la notion d'établissement scolaire. Le terme québécois correspondant est : services de protection de la jeunesse.

Les services de protection de la jeunesse, selon l'appellation québécoise ou encore les services de sauvegarde de l'enfance ou d'aide à l'enfance ou services éducatifs selon les appellations françaises se retrouvent au cœur de telles dynamiques familiales.

Ces dynamiques familiales que nous intitule « dysfonctionnement familial alcoolique » diffèrent des situations « d'alcoolisations problématiques » : dans ce cas, il s'agit d'épisodes d'alcoolisations parfois aiguës, parfois durables qui sont une réponse momentanée à une difficulté de l'existence : situation économique, séparation, deuil, accumulation de stress, difficultés passagères d'éducation. L'alcool ne joue pas encore le rôle d'organisateur relationnel, de chef d'orchestre des relations et des interactions entre les personnes. Pour que l'alcool devienne un organisateur relationnel, il est nécessaire que les membres influents du système renforcent les règles et les rôles dysfonctionnels, et qu'au fil du temps, ceux-ci deviennent un élément prégnant du théâtre familial.

On reconnaît le « dysfonctionnement familial alcoolique » au fait que celui-ci dure dans le temps et aux faits que les adultes et les enfants du système se retrouvent intriqués dans des jeux de rôle et de règles qui finissent par les dominer, alors que ce sont les membres du système eux-mêmes qui les ont créées.

Les éducateurs, les travailleurs sociaux, les psychologues ou encore les autres corps de métiers infirmiers et médecins, conseillères en économie sociale et familiale, visiteurs sociaux, mouvements d'anciens buveurs se retrouvent face à des personnes qui ont introjecté les règles, qui les vivent au quotidien et qui perçoivent que ces règles sont importantes pour les uns et les autres. Les intervenants se heurtent aux « murs invisibles de l'enclos » constitué par ces règles et ces rôles qui ont une fonction à la fois protectrice et aliénante.

Conformément aux recherches et aux pratiques des équipes italiennes qui ont travaillé avec des familles « rigides », les intervenants doivent montrer alors une « sympathie égale pour le changement et le non changement » (Edith Tilmans – Ostyn : Congrès de la revue Thérapie Familiale Lyon Mai 2010).

Dans l'atelier où nous présentons l'approche centrée sur les solutions, nous reviendrons en détail sur les moyens d'établir une relation de confiance, de construire des objectifs minimalistes et partagés, d'élaborer des éléments de contrat, de concevoir des étapes assumables pour la réalisation d'objectifs existentiellement importants pour les membres de la famille et de prendre en considération ces dynamiques du changement et du non-changement, en faisant l'hypothèse que les intervenants sont mieux à même d'expérimenter la souplesse. Toutefois chacun d'entre nous se heurte au discours commun sur l'alcool (et les autres, produits), aux stéréotypes des interventions en matière d'addictions et à sa propre équation personnelle face aux produits, à leur perception des causes ou encore à la perception des conséquences. Les règles dysfonctionnelles de minimisation, de déni parfois, mais aussi de silence, d'isolement ou de rigidité nous guettent parce que des « processus parallèles » sont en jeu.

Les aspects individuels et organisationnels de l'évaluation et de l'intervention



Pour la présentation de ce matin, nous avons choisi Annick Renaud Berna et moi-même de mettre l'accent :

- D'un côté sur des méthodologies individuelles d'évaluations auprès des familles où l'alcoolisation est une problématique en lien avec un mandat éducatif ou social.
- De l'autre sur des recommandations d'organisation entre les services pour faire face à ces problématiques d'alcoolisations redondantes qui dépassent momentanément les compétences individuelles des intervenants.

Le but de ces méthodologies individuelles et de ces recommandations d'organisation transversale du réseau est de favoriser la reprises existentielle chez chacun des membres de la famille ainsi que de soutenir les résiliences qui existent déjà au sein de la dynamique familiale, quelle que soit la gravité des problèmes ou des symptômes.

Deux façons de voir complémentaires coexistent : celle où l'alcoolisation est considérée comme le symptôme d'un dysfonctionnement, celles où l'alcoolisation est considérée comme génératrice de symptômes et de problèmes. D'un point de vue systémique ces deux approches gagnent à être considérées dans un ensemble de causalités circulaires où la dynamique du produit, la réactivité des personnes, les mécanismes d'adaptations familiaux, les pressions sociales, la réponse institutionnelle, l'état de la société viennent tour à tour apporter des éléments de réponses qui vont soit favoriser le changement soit renforcer la dynamique du dysfonctionnement. Le système d'intervention est impliqué comme élément pouvant permettre aux membres de la famille de changer leur façon de vivre ou au contraire, en cas d'inadéquation de contribuer à un maintien ou une aggravation des dysfonctionnements.

Il y a donc de notre point de vue une responsabilité individuelle et une responsabilité organisationnelle pour mettre en place des moyens de dépasser les schémas inopérants et aider les membres de la famille à recréer des règles fonctionnelles.

QUELQUES INDICATIONS POUR L'EVALUATION AU COURS DE L'INTERVENTION

Un institut de recherche américain (NIAA) propose une réflexion sur les questions de base à se poser et donne quelques indications sur les interventions qui en découlent. Avant qu'Annick Renaud Berna décrive le travail qu'elle a accompli pendant plusieurs années auprès de familles qu'elle suivait en mandat « éducatif » volontaire ou non volontaire, je livre à votre réflexion cinq questions que vous avez à vous poser quand vous devenez conscients que la prise de boisson est un problème pour cette famille.

- Quel type de problèmes de boisson existe dans cette famille qu'elle en est la sévérité et l'acuité ?
- Est-ce que je dois soulever le problème de la boisson ? Si oui quand devrais-je faire ?
- Si je soulève ce problème jusqu'à quel point serais-je capable d'aider cette famille ?
- Est-ce que je dois orienter le buveur ou d'autres membres de la famille vers des services spécialisés en matière d'alcoolisme à la place ou en supplément de l'intervention que j'effectue ?
- Si je prends la responsabilité de soulever le problème de boisson vais-je effectuer ce travail uniquement avec le buveur pendant un moment où devrais-je continuer de travailler aussi avec les autres membres de la famille ?



Le schéma numéro trois du document initial donne les grandes lignes des décisions que vous devrez prendre avant de procéder à n'importe quelle intervention.

➤ **Déterminer le type et la sévérité des problèmes d'alcool :**

Les problématiques familiales d'alcoolisation peuvent avoir différents degrés de sévérité qui peuvent aller de conduites acceptables et habituelles de consommation à une dépendance sévère à l'alcool dont il peut résulter une dépendance physique ou des problèmes médicaux.

Les problèmes les plus sévères réclament une attention immédiate et spécialisée ; ceux qui sont moins sévères peuvent être considérés dans le contexte d'un plan de traitement global.

➤ **Décider si les problèmes de boisson identifiés doivent être soulevés :**

Bien qu'il puisse sembler contre intuitif d'ignorer un problème important il y a cependant des raisons pour agir ainsi:

le traitement peut gagner à être orienté vers un autre problème sévère ou aigu comme un abus envers un enfant ou encore la maladie en phase terminale d'un adulte de la famille.

vous avez peut-être un nombre limité de séance ou un temps limité pendant laquelle la famille est disponible pour le traitement.

Vous pouvez apprécier que toute discussion sur les problèmes d'alcool pourrait entraîner un arrêt du traitement.

Bien que ces issues soient peu fréquentes quand les problèmes de boisson sont abordés de manière respectueuse, d'une façon centrée sur les besoins et objectifs des personnes vous pouvez choisir de différer une discussion directe sur la boisson si vous êtes convaincus que ça pourrait entraîner le fait qu'est la famille quitte la mesure.

➤ **Décidez du timing de votre intervention :**

Intervenez immédiatement si l'alcoolisation cause un problème médical aigu, des troubles psychologiques ou des problèmes interpersonnels alors il est préférable d'orienter vers les services de crise ou d'urgence. Pour les problèmes moins aigus, considérez les objectifs d'ensemble et les progrès effectués au cours de l'intervention et évaluez comment une discussion sur l'alcoolisation peut influencer la réalisation de ces objectifs.

Si l'alliance thérapeutique est faible, une discussion directe sur les problèmes de boisson peut renforcer l'alliance en faisant apparaître une problématique qui est jusque-là été cachée.

A l'inverse, relever les habitudes de consommation d'un membre de la famille peut contribuer à miner une alliance déjà faible.

L'alcoolisation peut sous tendre les problèmes présentés par la famille, comme les difficultés financières d'un couple, les perturbations sexuelles ou la structuration du temps. Les abus envers un enfant ou un conjoint peuvent être reliés directement à la consommation d'alcool de l'un des membres de la famille.

Quand l'alcoolisation est intimement liée aux problèmes présentés vous devez révéler l'alcoolisation précocement en cours de l'intervention.

L'alcoolisation peut être révélée directement et beaucoup plus immédiatement si elle interfère avec la réalisation des objectifs de l'intervention, comme un manque de suivi ou encore une absence de réalisation des consignes devant être effectuées à la maison, une implication fluctuante ou d'autres types d'interférences.

Si l'alcoolisation apparaît plus marginale par rapport aux problèmes présentés et que le traitement progresse en douceur, alors elle pourra être abordée plus tard.

➤ **Décider de traiter les problèmes d'alcool à l'intérieur de l'intervention familiale ou en orientant vers un service spécialisé :**

Si l'alcoolisation apparaît être plus marginale dans ses relations avec les problèmes présentés et que le traitement progresse suffisamment alors elle peut être révélée plus tard dans l'intervention.

Au moins deux éléments vont contribuer à cette décision :

le caractère central du lien entre l'alcoolisation et les problèmes présentés par la famille. Si les alcoolisations sont reliées directement aux problèmes présentés vous ne pourrez sans doute pas accomplir avec succès votre intervention sans que les problèmes de boisson y soient incorporés. votre propre expertise et niveau de confort pour traiter les problèmes relatifs à l'alcoolisation. Si vous avez un certain niveau de connaissances et d'expertise, intégrer les problématiques de boisson dans un plan de traitement plus large peut être efficace.

Si vous avez moins d'expertise, vous pourrez trouver plus confortable d'adjoindre une intervention qui confronte plus directement l'alcoolisation, alors permettez-vous de faciliter et de soutenir cette intervention complémentaire.

➤ **Décidez si vous rencontrez toute la famille ou seulement le buveur**

➤ **Décidez comment inclure les enfants**

Il y a plusieurs bonnes raisons d'inclure les enfants :

- Les enfants sont conscients si un parent boit « trop ». En discuter en présence des enfants peut contribuer à contester la règle de silence et si c'est fait au bon moment amener une perception des conséquences ;
- Même très jeunes les enfants perçoivent les modifications induites par l'alcool.
- Aborder le problème en leur présence peut les rassurer sur le fait que ces problèmes peuvent être abordés.

A contrario, il y a aussi des inconvénients et certains choix peuvent amener des retours de bâton.

Si les frontières entre parents et enfants sont attaquées de manière indue par une discussion ouverte sur les problèmes de boisson en présence de l'enfant. Il en est ainsi quand les partenaires conjugaux sont très divisés sur la perception des effets négatifs de la consommation. Il vaut mieux utiliser d'autres opportunités de résoudre ces dilemmes ou gérer l'intensité des réactions émotionnelles en dehors de la présence des enfants. Il faut parfois même freiner l'expression directe de cette problématique et s'en tenir à l'exploration des bons moments passés avec les enfants.

Toute discussion trop extensive pourrait amener à nommer des problèmes d'intimité conjugale dont l'écoute peut « fasciner » les enfants mais rendre confuse la frontière générationnelle.

S'il existe de la violence, il se peut que de leur demander d'exprimer leurs perceptions sur les conséquences des consommations de leurs parents n'augmente pas leur sécurité voire la diminue.

Vous pouvez constater que ces décisions nécessitent de faire des choix et qu'il n'y a pas de réponse univoque.

PROPOSITION D'AUTO-EVALUATION GENERALISEE ET D'EVALUATIONS SPECIALISEES

Toutefois nous observons que les problématiques d'addiction présentent un continuum allant des plus banales aux plus graves. La plupart des situations ne sont pas clairement diagnostiquées. Aussi proposons-nous que toutes les personnes adultes suivies par l'aide sociale à l'enfance bénéficie de l'accès à des tests d'auto-évaluation de leurs consommations, ces tests sont disponibles au sein des équipes d'addictologie. En complément et en fonction d'autres éléments d'observation, nous préconisons que les familles qui présentent des problématiques d'addiction même mineures aient droit à un diagnostic spécialisé effectué par des personnes formées pour cela au sein des équipes médico-sociales ou auprès des équipes spécialisées en addictologie. Encore faut-il que des dispositions organisationnelles soient prises pour cela.

DEPASSER L'ISOLEMENT CHOISIR LA TRANSVERSALITE

Il ne suffira pas que certains professionnels s'engagent dans cette voie, si les responsables des organisations de l'aide à l'enfance et des services spécialisés en addictologie ne se rapprochent pas. Les exemples québécois développés par le CRUV et le Centre Jeunesse montrent l'intérêt de créer une « addictologie de liaison médico-sociale » pour les situations d'aide à l'enfance, l'ouverture offerte par l'analyse des situations préoccupantes pourrait faire l'objet d'une réflexion sur le plus petit pas possible dans cette direction. L'objet d'un des forums de demain est d'approfondir cette question.

LE CHOIX DE LA TRANSVERSALITE EN ACTION

Annick Renaud –Berna, quand elle travaillait comme éducatrice, puis comme conseillère enfance au sein du Conseil Général du Finistère a eu l'occasion de pratiquer cette transversalité. L'objet de sa présentation est de mettre en évidence les principales étapes et les effets d'une telle pratique, d'inviter à sa généralisation.



Qu'il s'agisse d'action éducative dans des contextes amiables ou contraints, j'ai rencontré des familles où la problématique alcoolique avait des conséquences tellement graves sur les enfants que se posait la question de leur maintien à domicile.

Dans ces situations, l'alcool toujours au premier plan empêchait le travail éducatif et mettait la sécurité des enfants en jeu. Tantôt les parents étaient plus ou moins alcoolisés au moment des visites à domicile ou en venant aux entretiens, tantôt ils étaient dans le déni des difficultés : puisque l'alcool est dénié, les difficultés n'existent pas, seuls les enfants ont des problèmes.

La plupart du temps d'ailleurs, parents et enfants s'accordaient implicitement pour orienter les objectifs du travail vers d'autres domaines comme la scolarité ou l'organisation des vacances.... Tout le monde faisait comme-ci, masquant ainsi la problématique alcool et les parents reportaient la responsabilité sur les enfants qui avaient pour mission de changer. Si nous acceptons cette définition, nous leur envoyons le message que nous sommes d'accord avec cette définition de la ponctuation. Et que nous ne nous occuperons pas de l'alcool !

Dans de telles situations nous découvrons assez rapidement l'impossibilité d'un travail avec les parents sur la protection et la sécurité des enfants ; que ce soit la socialisation, l'autonomie, le soutien tout était « empêché » par exemple : les parents souhaitaient que l'éducatrice apporte une aide pour la scolarité, pour que les enfants réussissent et qu'ils ne soient plus convoqués et en même temps ils refusaient d'entendre que leurs enfants étaient fatigués et que l'institutrice constatait qu'ils s'endormaient ou qu'ils étaient la plupart du temps en retard ou bien qu'ils étaient oubliés le soir à l'école... ou encore que nos rendez-vous n'étaient pas honorés, au domicile la porte était close, pourtant les parents étaient là.

Il nous fallait donc déjà parler de l'alcool et surtout de ses conséquences sur les enfants, leur avenir et le travail éducatif pour avancer un tant soit peu.

Nous rencontrions beaucoup « d'impossible » :

- impossibilité de travailler avec les parents du fait de leur déni
- impossibilité de travailler avec les enfants du fait de leur loyauté et de leur désir de sauver leurs parents, ils étaient prêts à tout pour les protéger, les soutenir et les aider.

Dans ces situations extrêmes et avant d'envisager un placement du ou des enfants, j'ai choisi d'utiliser une procédure spécifique qui a porté ses fruits. Elle consiste à s'affilier aux enfants en allant dans le sens de leur loyauté, c'est à dire celui de les aider à poursuivre et améliorer ce qu'ils font déjà : surveiller et encourager leurs parents. Pour ce faire, j'ai choisi d'adresser les personnes vers des lieux de soin, des lieux connus pour leur travail avec une référence systémique.



LA CONSTITUTION DU RESEAU

Ayant eu l'expérience du travail en co-intervention et ou en équipe, j'ai mesuré la richesse d'utiliser les compétences de chacun et la force d'être un système face à un autre système celui de la famille .

Construire un réseau commence par :

- identifier les partenaires donc les connaître , leur existence, leurs compétences , leurs moyens
- oser se lancer, les contacter, faire lien
- les reconnaître ensuite c'est à dire se faire confiance , accepter l' altérité : une reconnaissance mutuelle, respect des rôles et des places, respect du secret professionnel , respect des procédures
- travailler avec et en présence de la personne
- définir qui fait quoi, sur qui s'appuyer

METTRE EN PLACE LES CONDITIONS NECESSAIRES POUR SOUTENIR LES PARENTS PAR LE SOIN ET PROTEGER LES ENFANTS

Je rappelle, pour ces situations, la découverte dans le début de la mesure éducative de graves problématiques d'addiction chez un ou les deux parents. Dans ce modèle le choix est donc fait de travailler avec les objectifs de l'entourage, ici des enfants sans exclure au besoin d'autres membres de la famille comme l' autre parent s'il n' a pas de problème d' addiction; nous choisissons alors de faire une sorte d' alliance avec une partie du système . Il est présenté au parent dépendant comme un choix entre des soins et le placement des enfants pour les mettre à l' abri des conséquences de l'alcoolisation du ou des parents . Un temps important est consacré avec le ou les parents pour éclairer ce choix.

Les étapes de cette procédure :

- Choisir la partie du système avec laquelle nous allons travailler : « le système client »
- Définition par l'intervenant de l'objectif : aller dans un centre spécialisé
- Régler les questions éthiques, par exemple : est-ce plus utile de le protéger lui et de le soigner ou de l'aider elle à partir pour protéger les enfants ? Ou bien de les adresser tous les deux au centre de soin et de confier provisoirement les enfants à un tiers ?
- Vérifier que la personne co-dépendante est prête à s'engager dans un processus de changement (elle contribue parfois au maintien de la situation) ce qui nécessite parfois plusieurs entretiens.
- Prendre le temps que la personne dépendante évalue les risques à rester dans la situation, notamment le placement des enfants, ainsi que les avantages à changer pour elle et pour chacun de ses enfants.



- Mobiliser les ressources « du système client » pour envoyer un message explicite à la ou les personne(s) dépendante (s) qu'il est nécessaire et indispensable de changer
- Chacun doit écrit une lettre dans laquelle il nomme:
 - o trois faits récents qui l'on affecté, associé aux sentiments éprouvés à ce moment-là
 - o trois choses qu'il aime bien dans la journée à la maison ou avec le parent
 - o le souhait qu' il a pour la personne, celui de se soigner

Pour cette étape, nous guidons la personne ou l'enfant à écrire sa lettre.
Pour les moyens, nous proposons 3 adresses de centres spécialisés.
- Organiser une séance avec le système client pour préparer la séance avec le parent dépendant, au besoin pour « s'entraîner à lire les lettre » en utilisant la chaise vide
- Organiser une séance avec la personne dépendante : prendre beaucoup de soin dans l'accueil et les explications sur le déroulement.

Lorsque la personne a choisi un centre, il convient de l'accompagner dans sa démarche. A ce moment-là, j'ai accompagné les personnes vers le service d'alcoologie de l'hôpital de Plouguernevel ; j' avais connaissance de leur pratique systémique et innovante. J'ai veillé avant d'adresser la personne à prendre plusieurs contacts avec ce service ; à voir ensemble la manière dont nous allions procéder, le début d'un réseau s'est construit avec le service, l'assistante sociale du secteur de la famille et moi-même. La première personne a été reçu en ma présence, nous nous étions mis d'accord pour que je l'accompagne, j' ai gardé le contact tout au long des 8 semaines d'hospitalisation, j'ai organisé des entretiens avec les enfants avant et après les permissions du parent. Nous avons construit progressivement une organisation, j'assistais la plupart du temps à la première séance du travail familial puis à la dernière séance, nous fonctionnons un peu comme un relais. La coopération de la famille était grande et l'alliance avec les enfants voire l' autre parent prenait alors une grande importance pour soutenir la démarche .

Dans la plupart de ces situations, les enfants n'ont pas été placés et un travail familial a pu se poursuivre. Lors des rechutes les personnes étaient beaucoup plus accessibles au travail.

➤ *Pour un complément d'information, voir les dossiers en annexe :*

- o N°3. Dossier du magazine Le Lien Social n°917 (19/02/2009) : « PARENTS ALCOOLIQUES : QUEL SOUTIEN POUR L'ENFANT ? » : Entretien avec Jean-François CROISSANT - A Rennes, un groupe de paroles pour les enfants
- o N°5. Extrait des actes du Congrès Vents d'Ouest 2005 : « ET LES ENFANTS ?! UN META-MODELE POUR LES AIDER ET AIDER LEURS PARENTS SOUS EMPRISE DE L'ALCOOL – DES OUTILS POUR LA GUIDANCE SYSTEMIQUE EN ALCOOLOGIE SOCIALE » - Jean-François CROISSANT
- o N°10. Extrait d'un article du bulletin Lettre Vents d'Ouest n°8 –Automne 2008: « L'APPROCHE SYSTEMIQUE EN TRAVAIL SOCIAL : S'APPUYER SUR LES RESSOURCES DES FAMILLES » – Gilles Lemoine



MARDI 8 JUIN 2010 - PLENIERE 2

L'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE EN BRETAGNE : UNE RESSOURCE ESSENTIELLE EN MATIERE DE PREVENTION

MARIE-CECILE COURCHAY, ANPAA 35

L'A.N.P.A.A 35 est un établissement départemental de l'A.N.P.A.A, association Loi 1901, reconnue d'utilité publique, agréée d'éducation populaire, agréée par l'Education Nationale, déclarée comme organisme de formation professionnelle.

L'A.N.P.A.A. en région Bretagne

Depuis plus de 25 ans, l'A.N.P.A.A. forme, conseille, accompagne les professionnels des champs social, éducatif, médical dans une démarche de prévention des conduites addictives, et plus largement des conduites à risque.

Sa démarche de formation s'inscrit dans une démarche globale de prévention des conduites à risque. L'offre de formation propose un ensemble cohérent qui prend en compte les dimensions personnelles et systémiques des conduites d'alcoolisation et plus largement des conduites addictives. Dans le cadre de ses formations, elle se réfère essentiellement à l'approche centrée sur les personnes, à l'analyse systémique, à l'approche centrée sur les solutions et à l'analyse transactionnelle.

Ses objectifs, sont de permettre :

- de comprendre la place et le rôle des conduites d'alcoolisation, et plus largement des conduites addictives, dans l'histoire de la personne concernée et de son système familial et professionnel,
- de découvrir et d'expérimenter des modèles d'intervention auprès des personnes en difficulté avec l'alcool et de leur entourage,
- d'enrichir et d'approfondir ces modèles d'intervention,
- de bénéficier de séances d'analyse de la pratique

L'équipe pédagogique

Les formations sont animées par des formateurs du secteur de l'alcoologie, de la toxicomanie, de l'addictologie qui assurent la cohérence de la session, facilitent les échanges entre les stagiaires et les intervenants, garantissent les objectifs de la formation.

Les intervenants sollicités, professionnels de terrain, transmettent leur expérience, le résultat de leurs recherches, de leurs actions. Ils mettent en perspective les questions soulevées en valorisant une approche transdisciplinaire de l'addiction.

➤ Pour en savoir plus, consultez l'annexe 16

Université 2010 | Alcoologie et addictologie systémiques

MARDI 8 JUIN 2010 - PLENIERE 3

LES OUTILS DE DETECTION ET D'ORIENTATION DES PERSONNES DEPENDANTES VERS LE PROCESSUS DE SOIN

ANNIE BELLAVANCE ET YVES GINGRAS DU CCENTRE READAPTATION UBALD VILLENEUVE (CRUV), QUEBEC ET MICHELES LA ROCHELLE ET PATRICK ARIAL DU CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC



LE CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSAIRE

Établissement du réseau de la santé et des services sociaux responsable de l'application de la loi de la protection de la jeunesse;

Responsabilité du DPJ: Voir à ce que chaque enfant soit dans des conditions de vie où sa sécurité et son développement sont assurés;



Principes de la loi:

Parents premiers responsables de la protection de leurs enfants;

Favoriser le plus possible que l'enfant demeure dans son milieu familial;



Principes de la loi (suite):

Si non, tenter de le confier à des personnes significatives dans la famille élargie ou des ressources d'hébergement comme les familles d'accueil, les foyers de groupe ou les centres de réadaptation;

Favoriser l'implication parentale;

À échéance ou délais d'hébergement: viser la permanence.



La protection de la jeunesse

Mission :

Réduire l'impact des problèmes vécus par les parents ou par l'adolescent lui-même afin d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant.

- L'objectif poursuivi n'est pas de régler tous les problèmes mais bien **d'assurer la protection de l'enfant**



En protection de la jeunesse

La sécurité	Le développement
Réfère à des conduites inacceptables de la part des parents ou des personnes qui en ont la garde ou de la part de l'enfant lui-même. Ces situations créent pour l'enfant un danger réel ou potentiel, actuel ou imminent. Par leur caractère de gravité, de chronicité ou de permanence, elles nécessitent souvent des interventions immédiates.	La notion de compromission en matière de développement réfère au vécu de l'enfant lorsqu'il se trouve dans une situation qui limite de façon importante l'actualisation de son potentiel et de ses capacités. L'atteinte au développement peut affecter une ou plusieurs sphères d'activités : physique, intellectuelle, affectives, morale. Se manifeste progressivement avec un caractère évolutif et souvent cumulatif.



NOMBRE DE JEUNES RÉPARTIS SELON L'ÂGE

	JEUNES AYANT REÇU DES SERVICES LPJ*	JEUNES AYANT REÇU DES SERVICES LSJPA*	SIGNALEMENTS RETENUS	JEUNES PRIS EN CHARGE À L'APPLICATION DES MESURES	PLACEMENTS EN CENTRES DE RÉADAPTATION	PLACEMENTS EN FOYERS DE GROUPE	PLACEMENTS EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL
	au 31 mars			Nombre d'utilisateurs différents			
0-5 ANS							
2008-2009	1546	—	733	330	—	—	208
2007-2008	1543	—	910	344	—	—	226
6-13 ANS							
2008-2009	2847	44	1218	701	61	79	511
2007-2008	3059	46	1625	668	47	81	527
14-17 ANS							
2008-2009	1884	677	608	603	479	110	356
2007-2008	2138	706	904	606	543	101	400
18 ANS ET +							
2008-2009	290	365	—	5	22	8	67
2007-2008	301	311	—	5	48	3	73
TOTAL							
2008-2009	6567	1086	2559	1639	562	197	1142
2007-2008	7041	1063	3439	1623	638	185	1226

LÉGENDE

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents



SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUES ET SOUS-RÉGIONS

	ABANDON	ABUS PHYSIQUE	ABUS SEXUEL	MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	NÉGLIGENCE	TROUBLES DE COMPORTEMENT	TOTAL
QUÉBEC-NORD 2008-2009	7	192	84	142	505	169	1099
2007-2008	10	390	136	127	608	275	1546
PORTNEUF 2008-2009	—	38	23	44	95	30	230
2007-2008	—	57	24	22	115	34	252
CHARLEVOIX 2008-2009	—	13	10	8	62	13	106
2007-2008	—	38	12	19	64	23	156
QUÉBEC-SUD 2008-2009	4	192	60	139	506	120	1021
2007-2008	2	337	123	121	577	189	1349
EXTÉRIEUR 2008-2009	—	25	5	4	61	8	103
2007-2008	4	16	27	12	72	5	136
TOTAL 2008-2009	11	460	182	337	1229	340	2559
%	0,4 %	18 %	7,1 %	13,2 %	48 %	13,3 %	100 %
2007-2008	16	838	322	301	1436	526	3439
%	0,3 %	24,4 %	9,4 %	8,8 %	41,8 %	15,3 %	100 %

Le total des signalements retenus a baissé de 25,6 % en 2008-2009. Cependant, nous notons une augmentation du pourcentage des signalements retenus pour mauvais traitements psychologiques et pour négligence.



LE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE UBALD-VILLENEUVE

- Le seul établissement public du réseau de la santé et des services sociaux exclusivement dédié au traitement des dépendances: alcool, drogue, jeu de hasard et d'argent, dans la région de la Capitale-Nationale (Québec métro, Portneuf et Charlevoix)
- Il réunit plus de 130 employés: médecins, infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, etc.



L'OFFRE DE SERVICE SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE – MISSION

- Le Centre offre des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration et de réinsertion sociale à des personnes aux prises avec un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu de hasard et d'argent.
- Les personnes sont principalement reçues sur référence.
- Des services d'aide et de soutien à l'entourage de ces personnes sont également disponibles.



Les outils de détection et d'orientation des personnes dépendance vers le processus de soin

Annie Bellavance, psychologue jeunesse CRUV

Patrick Arial, psychoéducateur, CJQ-IU

Juin 2010



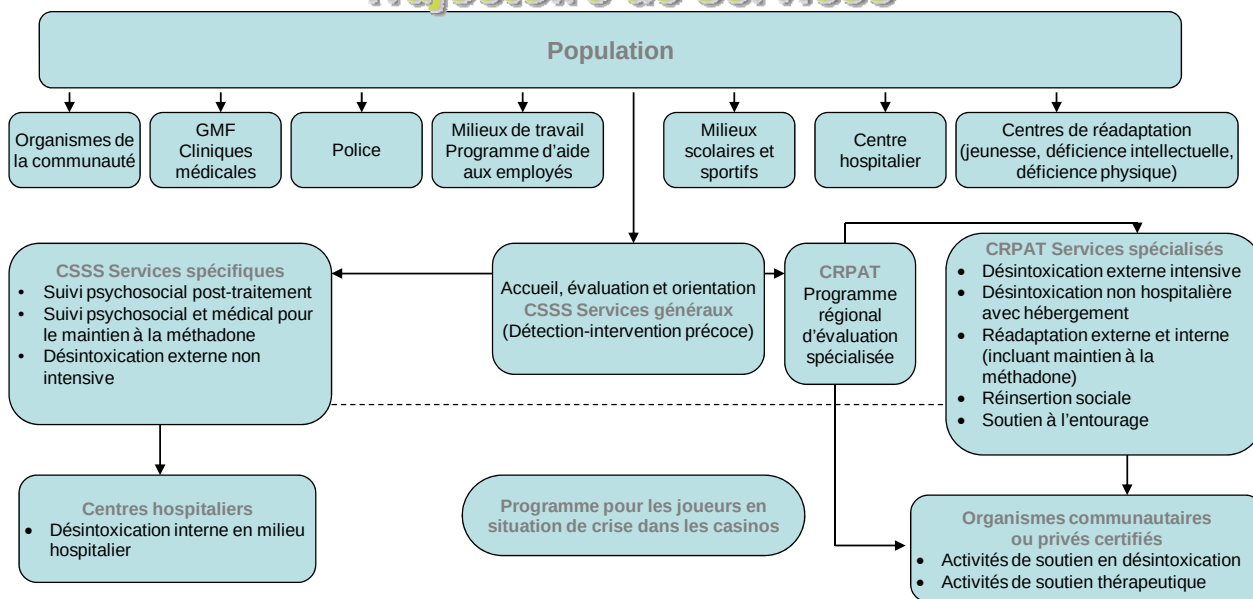
Objectifs

- Présenter les principaux outils de détection en dépendance
- Présenter les outils d'évaluation/orientation en dépendance.





L'offre de service en dépendances Trajectoire de services





Distinction services 1^{ère} ligne et service 2^e ligne

1 ^{ère} ligne	2 ^e ligne
• Repérage, détection et orientation vers les services appropriés; • Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation; • Suivis psychosociaux au terme d'un traitement spécialisé; • Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone; • Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial	• Programme régional d'évaluation spécialisée; • Réadaptation externe et interne incluant le programme de maintien à la méthadone; • Réinsertion sociale; • Désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement; • Soutien à l'entourage.



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

PAJT : Programme accès jeunesse en toxicomanie

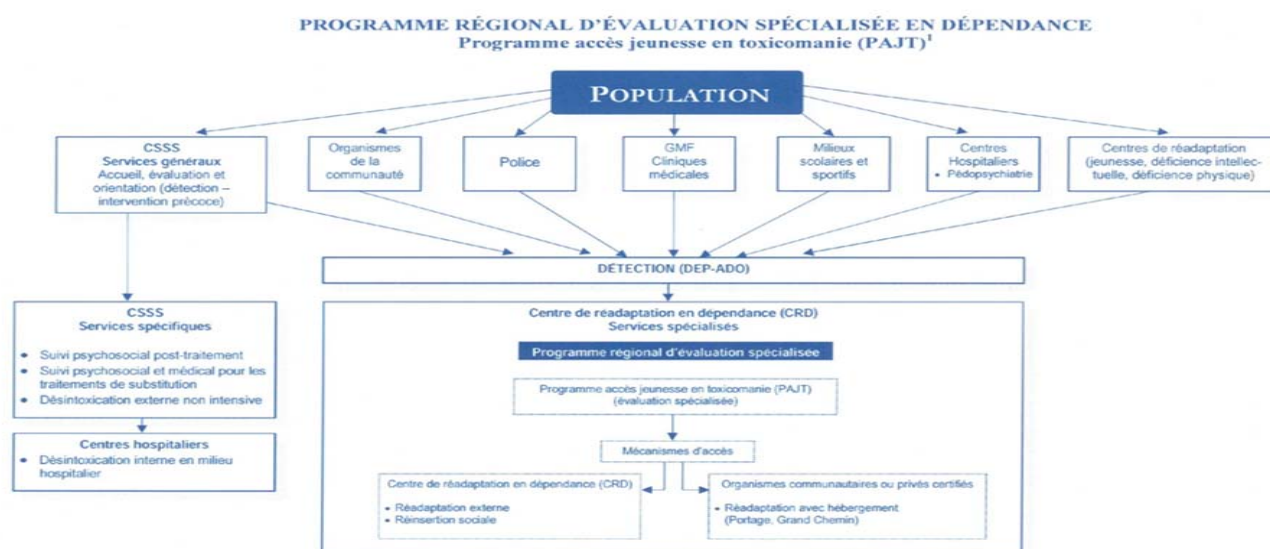


Figure III

¹ La trajectoire de services sera révisée dans le cadre de travaux du projet clinique dépendance.



DEP-ADO
GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES
 Version 3.2 - Septembre 2007

RISQ
 Recherche et intervention
 sur les substances psychoactives - Québec

No. dossier

Date :
 Année Mois Jour

Nom: _____ Prénom: _____
 (facultatif)

Âge : Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?
☐ Secondaire I
☐ Secondaire II
☐ Secondaire III
☐ Secondaire IV
☐ Secondaire V
☐ Autre niveau _____

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colle/solvant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Héroïne (ex.: smack)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amphétamines/speed (ex.: upper)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres*	☐	☐	☐	☐	☐	☐



* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) **Au cours de ta vie**, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? ☐ Oui ➔ Passez à 2b ☐ Non ➔ Passez à 3
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

- b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool?
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

Ans	

..... une ou des drogues?

Ans	

3. **Au cours de ta vie**, t'es-tu déjà injecté des drogues ? (noircir la réponse) ☐ Oui ☐ Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➔ passe à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des **30 derniers jours**? ☐ Oui ☐ Non

-1-

Toute reproduction ou utilisation de cette grille doit porter la mention: RISQ, Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J.
© RISQ, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007 Version 3.2 - Septembre 2007



5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris:

a) Garçon

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois	

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois	

b) Fille

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois	

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)

Oui Non

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)..... | ☐ | ☐ |
| b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)..... | ☐ | ☐ |
| c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille..... | ☐ | ☐ |
| d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse..... | ☐ | ☐ |
| e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)..... | ☐ | ☐ |
| f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... | ☐ | ☐ |
| g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... | ☐ | ☐ |
| h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... | ☐ | ☐ |
| i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi..... | ☐ | ☐ |
| j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant..... | ☐ | ☐ |



7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

- | | |
|---|--|
| ☐ Pas consommé | ☐ La fin de semaine ou une à deux fois par semaine |
| ☐ À l'occasion | ☐ 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours |
| ☐ Une fois par mois environ | ☐ Tous les jours |

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU correspondant

© RISQ, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007

-2-

Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec
950, rue de Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8; téléphone (514)385-3490 poste 1133;
télécopie (514)385-4685; courriel: risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca ; http://www.risq-cirasst.umontreal.ca





L'évaluation jeunesse : IGT Ado

- Outil d'évaluation de la toxicomanie pour les jeunes ;
- Permet d'évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés chez les adolescents.
- Il permet également l'orientation vers un traitement approprié;
- Il se compose de huit échelles :

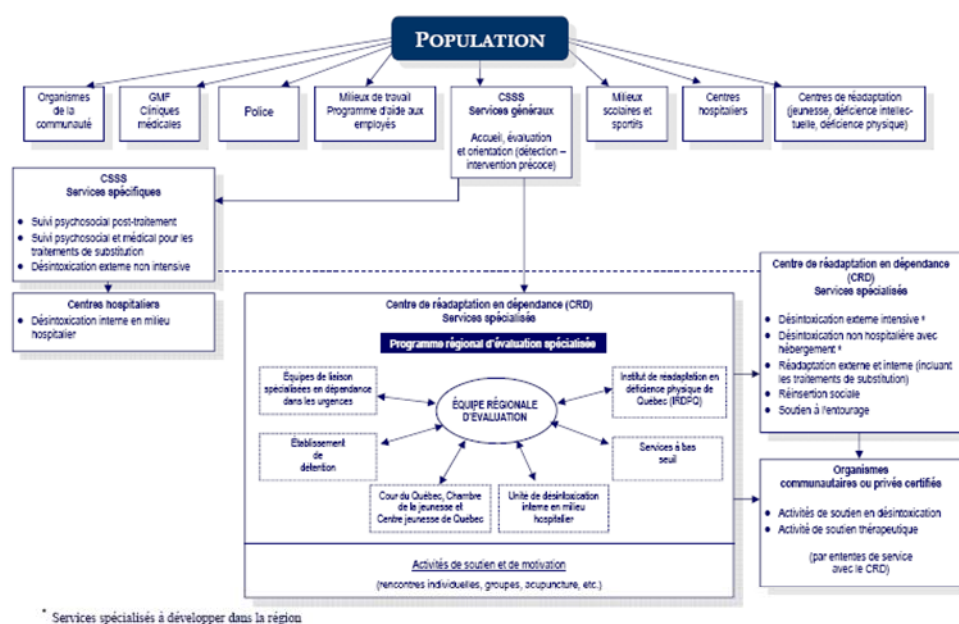
1. Alcool	2. Drogue
3. Santé physique	4. Occupation
5. État psychologique	6. Rel. interpersonnelles
7. Relations familiales	8. Système social et judiciaire



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

PROGRAMME RÉGIONAL D'ÉVALUATION SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE
Accès aux services pour la clientèle adulte (Québec-Métro/Charlevoix/Portneuf)







Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool **DEPUIS UN AN** et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." *Noircir la case appropriée.*

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4. ☐	☐	☐	☐
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5. ☐	☐	☐	☐
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	6. ☐	☐	☐	☐
7. Buvez-vous du matin au soir?	7. ☐	☐	☐	☐
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?.....	8. ☐	☐	☐	☐
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?....	9. ☐	☐	☐	☐
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10. ☐	☐	☐	☐
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11. ☐	☐	☐	☐
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	12. ☐	☐	☐	☐
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	13. ☐	☐	☐	☐
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14. ☐	☐	☐	☐
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?.....	15. ☐	☐	☐	☐
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	16. ☐	☐	☐	☐
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17. ☐	☐	☐	☐
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	18. ☐	☐	☐	☐
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? ☐ Oui ☐ Non				

QBDA
Total 4 à 18

Interprétation au verso

22



DÉBA-Alcool v1.8c (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000.

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
43 ml ($\cong$ 1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (142 ml) = 1 cons.
375 ml ($\cong$ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml ($\cong$ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 ml ($\cong$ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
	1 Max Bull (1.18 l) = 3.5 cons.	
	1 pichet = 4 à 6 c	
60 ml de Listerine = 1 cons.		"VIN FORTIFIÉ (20%)"
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.		1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

Interprétation des scores du QBDA

- 0-9 Intervention première ligne en CSSS
- 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du CRUV pour discussion concernant l'orientation
- 18-45 Intervention spécialisée par le CRUV

J'autorise _____ à faire
parvenir la présente évaluation à _____
et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____



Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA,
poser les questions suivantes avant de contacter l'intervenant du CRUV

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?20.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?21.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?22.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?23.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?24.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0.08?25.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?26.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?27.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?28.	☐	☐	☐	☐	☐	☐




Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues)v1.8c

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000

CENTRE DE RÉADAPTATION UBAL-VILLEUVE
Services publics spécialisés en dépendance
Alcoolisme - Toxicomanie - Jeu excessif

POUR VIVRE AUTREMENT SA VIE

Age:

No. dossier:

☐ Femme ☐ Homme

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

No. tél. résidence:

Autre no. téléphone:

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionnaire sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	
1. Médicaments sédatifs	☐	☐	☐	☒	☐	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes: ☐ Dépasse posologie ☐ De plus d'un médecin ☐ Non-prescrits
2. Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	Oral ☐ Nasal ☐ "sniffé" ☐ Fumé ☐ Injecté ☐
3. PCP	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hallucinogènes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cocaïne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Autres stimulants	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Opiacés	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Inhalants	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	☐	☐	☐	☐	☐	Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9 →

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.




Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

☐ Méd. sédatifs ☐ Cocaïne
☐ Cannabis ☐ Autres stimulants
☐ PCP ☐ Opiacés
☐ Hallucinogènes ☐ Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____ DEPUIS UN AN...

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?.....	☐	☐	☐	☐
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?	☐	☐	☐	☐
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?	☐	☐	☐	☐
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?..	☐	☐	☐	☐
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____?	☐ Facile (0)	☐ Assez difficile (1)	☐ Très difficile (2)	☐ Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues?

☐ Oui ☐ Non

ÉSD / Total =

Interprétation au verso



CENTRE DE RÉADAPTATION
UVALD-VILLEUVE
Services publics spécialisés en dépendance
drogue • toxicomanie • jeu excessif



Centre jeunesse
de Québec
Institut universitaire

DÉBA-Drogues v1.8c

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000

1. Médicaments sédatifs

5. Cocaine

6. Autres stimulants

8. Inhalants

Anxiolytiques

Alprazolam* (Xanax®)
Bromazépam* (Lectopam®)
Buspirone (Buspar®)
Chlordiazépoxide (Librax®, Librium®)
Clonazépam* (Rivotril®)
Clorazépate* (Tranxene (D))
Diazépam* (Valium®)
Hydroxyzine (Atarax®)
Lorazépam* (Ativan®)
Meprobamate (282 MEP®)
Oxazépam* (Serax®)

Hypnotiques

Flunitrazépam (Rohypnol)
Flurazépam* (Dalmane (D))
Hydrate de Chloral
Nitrazépam* (Mogadon®)
Témazépam* (Restoril®)
Triazolam (Halcion®)
Zapelon (Stamoc (D))
Zipoclon (Imovane®)

Barbituriques

Butalbitol (Fiorinal®, Trianal®)
Phénobarbital (Bellerigal®, Donnatal (D))

Cocaïne (prise + I.V.)
Crack (fumé)
Freebase (fumé)

Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine, Adderall®, Crystal)
Métamphétamine (*Crystallmeth*, Méthédrine)
Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®)
Phénermine (Ionamin® (D), Fastin)
Phénémétrazine (Preludine (D))

Aérosol
Colle
Chloroforme
Désapant
Dissolvant
Essence
Peinture
Poppers

2. Cannabis

Pot
Hash
Huile de haschich

3. PCP

Kétamine
Ketalar®
PCP (souvent
vendu sous le
nom de mess ou
mescaline)

4. Hallucinogènes

Acide
Champignons (psilocybine)
Ecstasy (MDMA/MDA)
L.S.D.
Mescaline
Salvia

7. Opiacés

Buprénorphine (Suboxone®)
Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®)
Diphénoxylate (Lomotil®)
Fentanyl (Duragesic®)
Héroïne (*Smack*)
Hydrocodone (Tussionex®)
Hydromorphone (Dilaudid®)
Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)

Pentazocine (Talwin®)
Péthidine (Demerol®)
Propoxyphène (Darvon®)
Speedball (héroïne/cocaïne)

Sirops avec codéine ou hydrocodone
(Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)
Benylin® codéine 3,3 mg D-E
Dalmacol®
Dimetane-Expectorant-C-DC®
Novahistex C et DH®
Tussamini® DH
Triaminic® C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD

0-2 Intervention première ligne par le CSSS

3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du CRUV pour discussion concernant l'orientation

6-15 Intervention spécialisée par le CRUV

J'autorise _____ à faire
parvenir la présente évaluation à _____
et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____



Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD,
demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant du CRUV

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez :	23. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. ☐	☐	☐	☐	☐	☐



DÉBA - Jeu v1.1

Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif

Tremblay, J., Ménard, J.-M. & Ferland, F. 2003. Révision 10 juin 2009
joel.tremblay@uqtr.ca

No. dossier:

Prénom du répondant **Nom du répondant**

Sexe
☐ Homme
☐ Femme

Âge

Date de passation - -
Année Mois Jour

Téléphone -



AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

1a) Avez-vous joué ou parié de l'argent aux vidéo-loteries, aux courses de chevaux, aux cartes, au casino, etc. ?
(Ne pas inclure la loterie à tirage comme "La quotidienne", "Super 7", "La mini", "6/49" ou les loteries instantanées / gratteux comme le "7 chanceux", "Mots cachés").

☐ Non

☐ Oui (continuer à la question 2) **1b) Avez-vous joué à une loterie quelconque?** (Ex. : loteries à tirage comme "La quotidienne", "Super 7", "La mini", "6/49" ou les loteries instantanées / gratteux comme le "7 chanceux", "Mots cachés").

☐ Non (terminez ici)

☐ Oui

1c) Avez-vous éprouvé des difficultés avec les jeux de loterie?

☐ Non (terminez ici)

☐ Oui (continuer à la question 2)

Commentaires: _____

2) Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?

3) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà parié plus que vous en aviez l'intention?

4) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?.....

5) Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?

6) Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?

7) Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?

	Presque toujours	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	☐	☐	☐	☐	☐

Score de 0 à 1

Score de 2 à 5

Score de 6 à 24

FEU VERT

FEU JAUNE (services 1re ligne)

FEU ROUGE (services spécialisés)

Additionner les
items 2 à 7

--	--

8) Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu ? ☐ Oui ☐ Non



Le DÉBA Alcool / Drogues et Jeu est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation.

Les questionnaires et le manuel sont disponibles sur le site web du CRUV à www.cruv.qc.ca

Pour informations, contacter Nadine Blanchette-Martin à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

31



Trajectoire Programme Jeunes-Parents

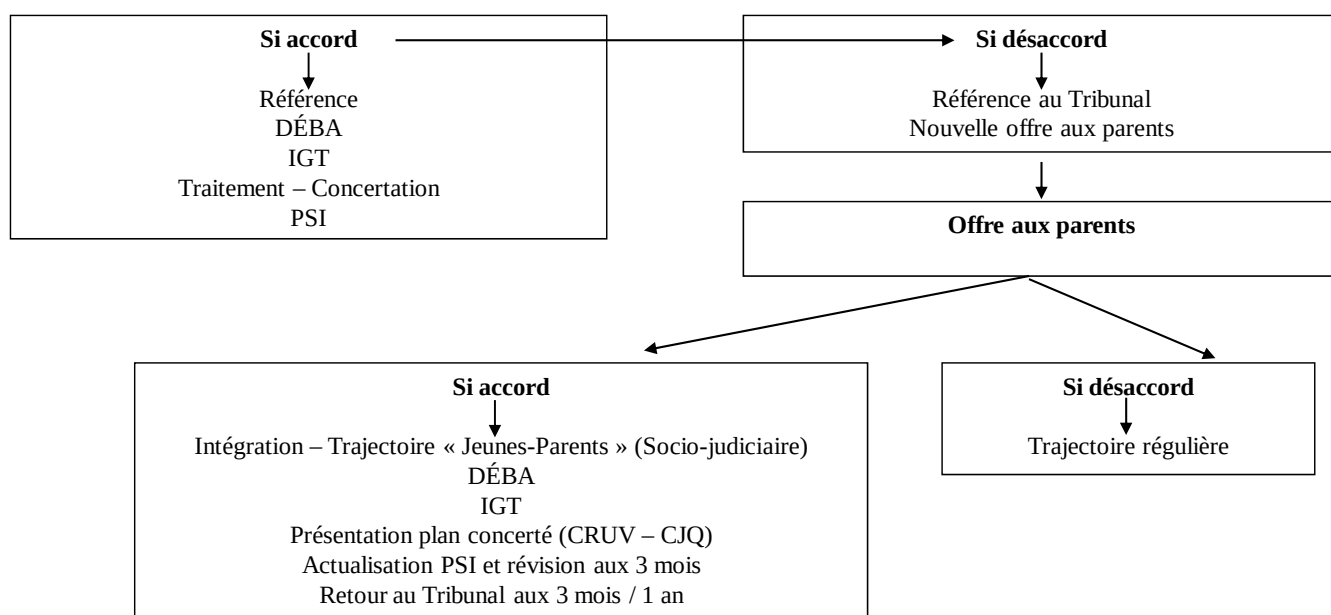
Trajectoire volontaire:

- Processus de protection de la jeunesse:
 - Signalement
 - Évaluation
 - Orientation
 - Application des mesures



Problèmes de dépendance

Offre d'accès aux services spécialisés du CRUV (À tout moment du processus)



MARDI 8 JUIN 2010 - ATELIER 2

LES GROUPES « ENTOURAGE-FAMILLE » : UN GROUPE DE PAROLE POUR ROMPRE LA LOI DU SILENCE (TEMOIGNAGES DE PARTICIPANTS)

JANICK LE ROY ET CATHERINE DAVY, CCAA, RENNES

Présentation d'une expérience de groupe de parole entourage-famille

Depuis 2003 au C.C.A.P.A. de RENNES

De quoi parle-t-on ?

Comme le dit le Dr. Fouilland : « d'une rencontre » : une (des) personnes viennent nous demander quelque chose, le plus souvent, c'est une femme, à propos de son conjoint, de son fils, de sa fille, mais ce peut être un mari (plus rarement), un fils, une sœur, un père... « cette personne parle de l'autre, celui qui n'est pas là ». A bien l'écouter au-delà des « il », elle dit « je ». Elle parle d'elle : « c'est intenable », « je n'en peux plus », « j'ai tout essayé », « J'ai besoin de conseils »... Suivent les récits des événements récents, anciens, livrés pêle-mêle, ponctués de larmes, d'émotions fortes, d'anecdotes parfois dramatiques.

De qui parle-t-on ?

De ceux que nous nommons l'entourage :

- Tout ce qui entoure pour orner (Est-ce bien cela ?)
- Personnes qui vivent habituellement auprès de quelqu'un
- Entourer, c'est aussi témoigner de la sympathie, des soins à quelqu'un, être auprès de lui.

Et pourtant cet « entourage », mis à mal, fracassé, souffre, se culpabilise de ne plus « entourer ». Souffrances physiques propres, souffrances psychiques propres, le plus souvent réactionnelles.

UN GROUPE : Pour qui ? Pour quoi ?

Le cadre théorique de notre démarche s'inspire d'auteurs comme Melody Beattie, Pia Melody et Earnie Larson (1998)

D'abord, nous retenons la définition de la co-dépendance par Melody Beattie (1987) « L'individu co-dépendant est celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu, et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne ». Nous complétons avec Pia Melody (1989) qui précise les difficultés majeures inhérentes à la dynamique de la co-dépendance. Elle nous démontre que la co-dépendance prend naissance dans la famille d'origine ; le milieu familial n'a pas validé ce que Melody Beattie appelle les caractéristiques naturelles d'un enfant : sa valeur, sa vulnérabilité, son imperfection, sa dépendance et son immaturité.

L'individu adulte développe alors des attitudes et des comportements de survie en regard de ces caractéristiques non validées construisant ainsi sa propre dynamique de co-dépendance.

- *Par rapport à sa valeur* : son attitude se situe dans un caractère d'infériorité ou de supériorité l'amenant à vivre avec une estime de soi inappropriée.
- *Par rapport à sa vulnérabilité* : elle s'exprime par un état trop vulnérable ou invulnérable.
- *Par rapport à son imperfection* : Elle se vit dans le registre de la rébellion ou de la perfection.
- *Par rapport à la dépendance* : la personne développe un comportement de survie dans le fait d'être trop dépendant, anti-dépendant ou sans besoins et sans désirs.
- *Par rapport à l'immaturité* : la personne adulte est, soit très immature ou trop mature. Elle a de la difficulté à vivre et à exprimer sa réalité de façon modérée.

Pour sa part, Earnie Larson nous démontre, par la théorie des systèmes, que l'ensemble de la famille est affectée par les comportements de chacun de ses membres. Nous constatons que les personnes expriment au moins deux besoins : que le problème trouve une solution et que leur souffrance soit prise en compte.

L'entourage reste démuni et souffre de ne pas pouvoir agir – le découragement, les stress ainsi que l'angoisse vont attaquer l'espoir et les potentiels de vie, les personnes s'enferment souvent dans le silence, l'isolement et la solitude.

Le groupe de parole va permettre de rompre cette solitude dans un échange avec d'autres qui partagent une certaine « familiarité » avec la problématique « alcool ».

Comme le souligne le psychologue J.M. Figard « Les participants expriment un soulagement de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls ». Le groupe est alors investi comme une ressource thérapeutique, « sorte d'enclave provisoire de lien » où puiser aide, écoute, conseil et affection.

Faire partie, c'est se reconnaître dans le groupe, être en lien, participer et s'identifier pour trouver réassurance, protection, sécurité et identité.

Nous croyons que les personnes peuvent reprendre le pouvoir sur leur vie et sortir des impasses de la co-dépendance par un processus de redécision.

Rompre la solitude et aussi reprendre goût à l'existence. « Temps projeté où les séances scandent le soin »

Petit à petit, les personnes vont apprendre ou réapprendre à prendre soin d'elles, à exprimer ce qu'elles ressentent, comprenant qu'elles ne peuvent pas changer l'autre, mais ont tout le pouvoir pour se changer elles. Le travail se fera sur des objectifs petits, concrets, réalisables.

Le groupe constitue, pour ses membres, un lieu de ressource et d'aide permettant l'expression des chagrins et des angoisses, mais aussi d'un retour à une vie sans penser à l'alcool de l'autre, un lieu d'identification.

Le détachement ce n'est pas se détacher de la personne qu'on aime, mais de la torture, de l'investissement en autrui.



Voici pour conclure une fable, en relation avec la thérapie, de Scott Egleston, Professionnel de la santé mentale :

« Il était une fois une femme qui s'installa dans une grotte dans la montagne, pour recevoir l'enseignement d'un gourou. Elle voulait, disait-elle, apprendre tout ce qu'il y avait à savoir. Le gourou lui procura des piles de livres et la laissa étudier seule. Tous les matins, il revenait à la grotte pour évaluer ses progrès. Il tenait à la main une lourde canne de bois. Tous les matins, il lui posait la même question : « As-tu appris tout ce qu'il y a à savoir ? ». Et tous les matins, la femme lui faisait la même réponse « Non, pas encore ». Là-dessus, le gourou lui assenait un coup de canne sur la tête.

Ce scénario se poursuivit pendant plusieurs mois. Un jour, le gourou entra dans la grotte, posa sa question habituelle, reçut la même réponse et leva sa canne pour frapper la femme. Mais cette dernière l'intercepta à mi-course.

Soulagée d'avoir mis fin à son châtimement quotidien, mais craignant des représailles, la femme regarda le gourou et eut la grande surprise de le voir sourire. « Félicitations » lui dit-il. Tu viens de réussir l'examen. Maintenant, tu sais tout ce que tu as besoin de savoir.

Comment cela ? demanda la femme.

Tu as appris que tu ne sauras jamais tout ce qu'il y a à savoir. Et tu as appris à faire cesser la souffrance »

Voilà ce dont il est question ici : mettre fin à la souffrance, et reprendre le contrôle de sa vie.



MARDI 8 JUIN 2010 : ATELIER 3

L'UNITÉ MÈRE-ENFANT DU CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE : UNE EXPERIENCE DE TRAVAIL AVEC LES JEUNES ENFANTS ET AUPRES DES PARENTS EN RISQUE OU DEPENDANTS

CATHERINE MARTINAY, CENTRE HOSPITALIER LOUIS SEVESTRE, TOURS

Le Centre Hospitalier Louis Sevestre est un établissement public de santé spécialisé en alcoologie et dans d'autres comportements addictifs.

Il dispose de 140 lits pour accueillir des hommes, des femmes ou des couples souffrant d'alcoolodépendance dont 5 lits pour des parents ou couples accompagnés d'enfants de 3 mois à 6 ans.

L'Unité mère-enfant du Centre Louis Sevestre a ouvert ses portes en 1993.

Cette unité accueille 5 familles, plusieurs approches thérapeutiques sont mises en place :

- Des groupes mères-enfants
- Des thérapies pour les mères

Le projet médical a pour buts :

- Faciliter l'acceptation des soins hospitaliers en accueillant les jeunes enfants ou les couples ayant des enfants en bas âge (3 à 6 mois) car si l'enfant est un élément moteur de la décision de cure pour le parent, il en est parfois le frein dans la mesure où la perspective du placement de l'enfant à cause de la mère ou des parents malades renforce considérablement la culpabilité de ceux-ci et par là, la méconnaissance de la maladie et des soins.
- Améliorer la qualité du lien parents-enfant ou mère-enfant. L'alcoolisme perturbe la femme et l'homme dans son rôle de parent. Il s'agit d'une femme, l'enfant peut souffrir du syndrome d'alcoolisme fœtal associant dysmorphie faciale et retard mental. Psychologiquement, sa souffrance peut être le résultat des carences affectives ou d'investissement pathologique, de carences éducatives, de maltraitements le plus souvent passives qu'actives. Par ailleurs, les pédo-psychiatres insistent sur le rôle néfaste des séparations entre la mère et le petit enfant sur la structure de la personnalité. Même si celle-ci est pathologique, psychotique ou alcoolique, il semblerait que la rupture de la dyade mère-enfant ne soit envisagée qu'à la dernière extrémité.

Selon Bowlby, l'éloignement de la mère entraîne une dégradation de l'estime de soi. Les enfants abandonnés ont tendance à être déprimés avec une sensation de vide existentiel et versent facilement dans la délinquance, l'alcoolisme ou la toxicomanie. Pour répondre à ces deux contingences, nous n'avons qu'une solution : ne pas rompre et soigner.

Nous proposons une simple rééducation à la vie familiale où l'alcool n'est plus un élément perturbateur et, un accompagnement de la mère dans son rôle nourricier, éducatif ou affectif.

MARDI 8 JUIN 2010 : ATELIER 4

LES TECHNIQUES SYSTEMIQUES ACTIVES EN GROUPES THERAPEUTIQUES APPLIQUEES A LA PROBLEMATIQUE DES ADDICTIONS : GENOGRAMME, JEUX DE ROLE, SCULPTURE ...

FREDERIQUE LA BELLE, INSTITUT FAMILIAL DE MONTREAL

Initialement, le génogramme est la représentation de la généalogie et des relations entre les différents membres des familles et les lignées sur au moins trois générations. Le but du génogramme est de donner un contexte aux relations, une perspective historique à la construction des patterns familiaux répétitifs ou innovants. L'intervenant apprend les méthodologies d'exploration, les processus et règles qui régissent les relations à l'intérieur de toute famille et accède à la fois à la diversité des contenus et à l'universalité des processus.

Le génogramme, outil systémique, permet de faire un voyage émotionnel avec la famille autour de l'histoire familiale. Il va permettre à tous ces membres d'entendre la représentation de chacun, de mesurer l'écart entre ce que dit l'état civil et ce qui se vit, ce qui se tait. Ils se verront alors d'une autre manière, de nouvelles perspectives apparaîtront.

Concrètement, le génogramme est une représentation graphique qui rassemble les informations généalogiques et relationnelles sur au moins trois générations. Cette représentation graphique illustre la complexité de l'histoire familiale, des relations entre les membres de la famille ; une possibilité de travailler en équipe pour construire des hypothèses de travail ; une aide pour permettre à l'enfant de repérer sa place, sa filiation, ses origines.

Sa construction nécessite un travail exploratoire guidé et l'acquisition de symboles internationalement acceptés. Il est utilisé pour l'évaluation des ressources et des enjeux systémiques, comme outil d'évolution des perceptions et un moyen de donner une perspective et un contexte historique aux événements récents.

Le génogramme va permettre de décoder les processus familiaux explicites et surtout implicites. Il mettra en lumière les répétitions transgénérationnelles et procurera les clés pour trouver les solutions jusque là non expérimentées.

➤ Pour un complément d'information, voir les textes de Frédéric La Belle en annexe :

- o Annexe n°5 : « Les groupes d'adultes en travail social »
- o Annexe n°6 : « Extrait du Congrès de Lyon en mai 2004 »
- o Annexe n°8 : Extrait d'un article du bulletin Lettre Vents d'Ouest n°5 – printemps 2007 – Frédéric La Belle : « LE TRAVAIL DE GROUPE : PRINCIPES PRATIQUES »



MERCREDI 9 JUIN – PLENIERE 1

ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : ROMPRE LA LOI DU SILENCE POUR S'ATTACHER A ENTENDRE CE QUI, JUSQU'ALORS ETAIT GARDE « SECRET »

JANICK LE ROY, CCAA ET FREDERIQUE COIGNARD-DESBORDES, ANPAA 35



INTRODUCTION

Constatant l'absence quasi-totale de proposition d'aide spécifique aux jeunes vivant l'alcoolodépendance d'un ou de deux parents (environ une quinzaine de groupes en France) le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) prépare un projet :

- Recherche action
- Propose à l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) de s'y associer

Ce partenariat, qui, en 2000 décide de donner la parole à ces enfants.



Rompre la loi du silence pour s'attacher à entendre ce qui, jusqu'alors était gardé « secret ».

En bref :

- En France, seulement 5% des alcoolo-dépendants sont désocialisés
- 1 enfant sur 8 serait concerné par cette problématique
- Précisons que ce n'est pas nécessairement parce que les parents boivent que les enfants ont des symptômes, mais parce que l'ambiance familiale finit par en être affectée. On parle alors de conséquences dommageables.

Parler avec un enfant de parent alcoolo-dépendant de ce qu'il vit, de ses émotions, de la difficulté de son parent n'est pas facile. Le jeune n'a pas l'habitude de se confier et de parler de sa situation familiale.

Nous savons qu'il a honte, qu'il se sent souvent responsable et coupable.

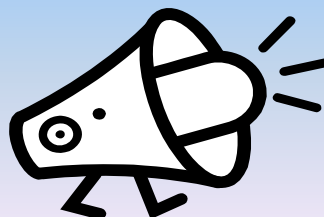
SYNOPSIS

- I) **But de notre démarche**
- II) **Objectifs à long terme**
- III) **Objectifs intermédiaires**
- IV) **Objectifs opérationnels**
- V) **Méthodes à privilégier**
- VI) **Thèmes abordés**
- VII) **Questions fréquemment posées**
- VIII) **Changements constatés**
- IX) **L'héritage positif**



I) But de notre démarche

- Permettre à l'enfant et à l'adolescent d'accéder à une offre de soutien à moyen / long terme
- Faire un premier pas qui lui donne le droit de parler du problème alcool de son parent. Sorte de laboratoire expérimental où il peut constater que sa famille n'est pas détruite s'il parle de sa souffrance et de ce qu'il vit.
- Parler n'est pas trahir mais constitue une aide pour lui et pour ses parents



II) Objectifs à long terme

Mettre en place une recherche – action dans le but de

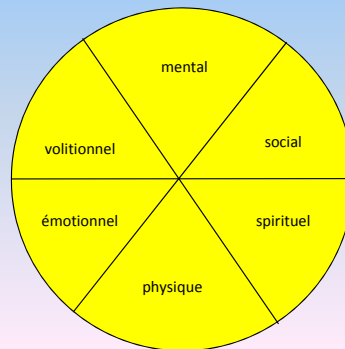
- Mieux identifier leurs besoins
- Prévenir les conduites à risque
- Prévenir les répétitions transgénérationnelles des conduites de dépendances.



III) Objectifs intermédiaires

Permettre aux jeunes concernés :

- de ne plus être prisonniers de leurs rôles
- de reprendre en compte leurs propres besoins
- de développer l'ensemble de leurs potentiels



IV) Objectifs opérationnels

- Parler, échanger et s'apercevoir qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation
- Faire l'expérience de pouvoir dire les choses, avant de pouvoir éventuellement les dire dans leur famille
- Faire l'expérience que parler, tout en étant écouté, et créer du lien, peut apporter un certain soulagement



V) Méthodes à privilégier

Les aider :

- à se centrer sur leurs propres besoins
- à parler, échanger, à rompre avec l'agir
- à repérer les petits moments de bien – être
- à dire ce dont ils ne veulent plus, se fixer des limites
- à comprendre la fonction de l'alcoolisation chez le parent dépendant
- à réfléchir aux alternatives quand cela ne va pas bien

En :

- validant leurs ressentis, leurs impressions, leurs émotions
- ouvrant des chances de désenclaver leur système familial
- échangeant sur les solutions expérimentées

Les aider :

- à prendre conscience du rôle qu'ils jouent dans leur famille, à valoriser leur courage et à assumer des responsabilités
- à abandonner l'idée qu'ils sont là pour changer le parent en difficulté
- à prendre conscience qu'ils doivent répondre à des besoins contradictoires : les leurs et ceux du système

Il nous semble important de permettre aux jeunes de faire la différence entre :

- leurs désirs et leurs besoins
- la personne (son parent) et son comportement lorsqu'elle s'alcoolise

**NOTRE DEMARCHE SE VEUT POSITIVE, MOTIVATIONNELLE ET CENTREE SUR LES SOLUTIONS DE FAÇON
À MOBILISER AU MIEUX LES POTENTIELS DE L'ENFANT**

VI) Thèmes abordés

Le vécu de l'alcoolisation au sein de la famille entraîne toute une gamme de ressentis allant de la peur, de l'agressivité à la violence souvent accompagnée d'un sentiment de culpabilité, de honte, de sentiment de ne pas exister :

- **Souffrance souvent tue, oubliée**

- **Adolescent entre haine et amour**



VII) Questions fréquemment posées

- Mon père est alcoolique, est-ce que je vais, moi aussi, devenir comme lui ?
- Si ma mère m'aimait vraiment, elle arrêterait de boire ?
- Pourquoi ne tient-elle jamais ses promesses ?
- Si je travaillais mieux à l'école, tout irait mieux ?
- Pourquoi mon père, après avoir arrêté de boire, a recommencé peu de temps après ?
- Il paraît que l'on reste alcoolique à vie ?



L'impression de ne pas compter, voire de ne pas exister aux yeux de leurs parents, est partagée par une majorité de jeunes : « c'est comme si je n'existais pas, comme si je n'étais pas là ... », « j'ai parfois l'impression d'être un fantôme », « ça me fait bizarre, j'ai l'impression d'être son père ou sa mère ... »

VIII) Changements constatés

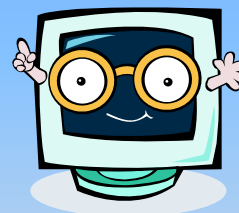
- La parole se libère dans un climat de sérénité
- Certaines relations entre frères et sœurs sont devenues meilleures (moins d'agressivité)
- Certains jeunes sont sortis de leur rôle (sauveteurs, bouc – émissaires)
- Ils ont réussi à mieux se centrer sur leur vie, leurs propres besoins et surtout se donner des choix



IX) L'héritage positif

La nécessité d'inventer des façons de survivre au climat de terreur, de honte, d'imprévisibilité et de confusion ont pu permettre de développer certaines compétences ou habiletés telles que :

- La tolérance
- La générosité
- La prévoyance
- La débrouillardise
- L'imagination
- La ténacité
- Le sens de l'organisation
- La combativité ...



CONCLUSION

A ce jour, **134** jeunes ont fréquenté ce groupe.



« Le seul, le vrai, l'unique voyage, c'est changer de regard »

Marcel Proust



MERCREDI 9 JUIN 2010 - PLENIERE 2 :

L'ASSOCIATION NATIONALE ALCOOL ASSISTANCE : UN EXEMPLE D'ACTION D'ENTRAIDE AUPRES DE L'ENTOURAGE

FRANÇOIS MOUREAU, ALCOOL ASSISTANCE, RENNES

alcohol assistance

- *Une association loi 1901 créée en 1910*
- *Reconnue d'utilité publique*
- *Agréée Jeunesse et éducation Populaire*
- *Agréée représentant des usagers*
- *Agréée Organisme de Formation*
- *Signataire de la Charte Européenne de la Sécurité routière*
- *Aide et Accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et de leur entourage*
- *Formation et prévention sur les risques liés aux consommations de produits psycho actifs toxiques*

alcohol
assistance

alcohol
assistance

*Présente dans
77 Départements
et + de 450 Sections
Elle regroupe
environ 8000 cotisants*



alcohol
assistance

L'accompagnement :

→ Orientation vers les soins
→ Soutien par les groupes d'entraide

- FEMMES - HOMMES - MIXTES
- ENTOURAGE - JEUNES

La Personne en difficulté:

- a droit au respect.
- a le droit d'être entendue et d'être aidée.
- peut demander à être accompagnée dans son processus de changement .

Avec l'appui de réseaux de proximité

alcohol
assistance

POURQUOI S'OCCUPER DE L'ENTOURAGE ?

Qui est cet entourage?

- Le conjoint (surtout conjointe qui nous contacte)
- Les parents
- Les grands enfants
- Un ami
- Un responsable d'établissement ou d'entreprise
- Un élu
- Autres

alcool
assistance**5 à 7**

Quand il y a une personne dépendante, on estime que cinq à sept personnes souffrent de la co dépendance

alcool
assistance

Que veulent ces personnes?

Que l'on prenne en charge le malade
(100% des appels)

Pourquoi?

- Elles sont épuisées
- Elles sont au bord de la rupture
- Elles ont tout essayé

alcool
assistance

Qu'attendent – elles?

Une solution pour leur personne
dépendante.

Jamais de demande pour soi.

alcool
assistance



Deux possibilités

- La personne dépendante est consciente de son état.
- Elle est dans le déni.

alcool
assistance

Premier cas

- Possibilité de rencontrer les deux personnes: celle de l'entourage et la dépendante.

alcool
assistance

Deuxième cas la personne dépendante est dans le déni

Prise en charge de la personne de l'entourage

alcool
assistance



Difficulté de prise en charge de l'entourage

- Ne se considère pas malade.
- Pense que si la personne dépendante n'est pas prise en charge, il n'y a rien à faire.
- Tout l'art et la difficulté est d'arriver à faire admettre à la personne en souffrance qu'elle peut être aidée pour elle même.
- Au contact téléphonique va suivre un ou plusieurs entretiens individuels.

alcohol
assistance

Premier entretien individuel

- Prévoir disponibilité
- Contact chaleureux
- Respecter le rythme de la personne
- Confidentialité
- La laisser parler
- Ecoute empathique
- Valoriser la personne
- Déculpabiliser
- Lui expliquer la maladie quand elle sera prête
- Lui proposer un autre entretien

alcohol
assistance

2^{ème} et 3^{ème} entretien

- Continuer l'écoute empathique
- L'amener vers le groupe de parole
- Ou orientation vers le réseau

alcohol
assistance

Groupe de parole

- C'est un espace identitaire
- C'est un lieu d'information
- Une sortie de l'isolement
- Une aide à la prise de distance
- C'est « une turbine à penser » (Roland Coutanceau) (échange , partage,...)
- Une aide à se reconstruire (retrouver l'estime de soi)
- Une aide à accepter le changement pour soi
- Une aide à retrouver l'autonomie

alcool
assistance

Différents regards portés sur l'intérêt de la prise en charge de l'entourage

- Certains entourages n'en n'éprouvent pas le besoin
- Cela gêne certains malades de ne plus être le centre d'intérêt
- Certains malades freinent leur entourage car ils ont des représentations négatives des groupes de parole entourage

alcool
assistance



Que faire pour ceux là?

- Journée de réflexion sur un département, par exemple, où des personnes (responsables ou pas) des sections malades et entourage vont se réunir pour réfléchir et travailler sur leurs représentations de l'intérêt des groupes de parole entourage.

alcool
assistance

Questionnaire proposé

- Quelle est pour vous l'utilité du groupe entourage dans l'association ?
- Quelle est l'idée que vous vous en faites ?
- Quels sont pour vous les « a priori » que vous avez par rapport à l'entourage ?
- Qu'est ce qui pourrait vous déranger ?
- Avez vous une petite idée sur la manière dont cela se passe dans le groupe entourage ?
- Comment le voudriez vous ?
- Pouvez vous définir la codépendance ?
- Lors d'un contact avec un dépendant est-il nécessaire de parler d'entourage ?
- En quoi un groupe entourage diffère d'un groupe de dépendants ?

alcool
assistance



Suite à ces journées : constat

- Meilleure vision des groupes entourage.
- Compréhension du dépendant des besoins de l'entourage.
- Plus grande place donnée à l'entourage dans les groupes mixtes.
- Désir de création de groupe entourage.

Si ce désir et cette nécessité est là, mise en place de formation pour les animateurs de ces groupes et accompagnement pour les premières séances si nécessaire.

alcool
assistance

Pour les départements où les groupes entourage fonctionnent

- Journées d'échanges de pratiques
- Réponses aux différents besoins du groupe:
 - par des invitations d'intervenants extérieurs, ANPAA pour groupes enfants, médecin, psychologues.....
 - par des formations spécifiques: communication éducative, non violente, sexualité, estime de soi.....
 - par des outils comme le jeu de rôle, la musicothérapie, la sophrologie

alcool
assistance

Objectif

- Permettre à la personne qui fait appel à l'association d'aller mieux, si elle va mieux, elle va entraîner sa famille à aller mieux.
- Et, comme elle va modifier son comportement, cela va questionner la personne dépendante qui va parfois entamer un processus de soins.

alcool
assistance

En conclusion

Soyons acteurs de notre santé

alcool
assistance



MERCREDI 9 JUIN 2010 – PLENIERE 3

LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN AMBULATOIRE

DANIEL BASSO-FIN – DIRECTEUR DU CSST SYNERGIE 17 ET CCAA ALLIANCE, THERAPEUTE FAMILIALE (SYSTEMIQUE)

CO-DEPENDANCE, DEPENDANCE & C°

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

Cette relation se construit dans l'interaction entre les personnes dépendantes et leurs proches les plus motivés à les aider : les co-dépendants.

C'est une œuvre collective signée par un seul.

Il s'agit le plus souvent des parents, des conjoints, des enfants, mais également des amis et professionnels engagés dans l'accompagnement.

Ces personnes sont motivées, voire très motivées, pour aider le dépendant. D'autres encore peuvent être « trop motivées, excessivement motivées, existentiellement motivées »

La dimension problématique est conditionnée par l'intensité et l'excès d'implication dans l'interaction dépendant/co-dépendant.

Ces propos démontrent ce qui caractérise l'engagement des co-dépendants.

Ils ont pour compétence de contribuer à la mise en place d'un processus relationnel d'interdépendance problématique.

Nous pourrions dire, de manière caricaturale, « que le dépendant dépend du produit et le co-dépendant dépend de celui qui dépend du produit ».

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

Cette aide de l'entourage est également précieuse pour les thérapeutes. Nous considérons que les co-dépendants sont potentiellement des « partenaires thérapeutiques ».

Pour ce faire, il est indispensable que leurs compétences et leurs savoirs-faire soient reconnus et respectés afin de construire une affiliation suffisante.



Comme pour le dépendant, il s'agit de l'aider à prendre conscience que son existence personnelle, sa réalité propre, méritent qu'il s'en occupe.

Le co-dépendant préfère s'occuper des autres que de s'occuper de lui-même.
Il est sauveteur bénévole ou professionnel.

Les manifestations de la co-dépendance sont multiples mais la constante observée porte sur la capacité à créer du non changement (homéostasie).

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

QUELQUES TRAITS QUI CARACTERISENT LES COMPORTEMENTS DE LA PERSONNE CO-DEPENDANTE :

- Elle cherche à garder le contrôle de la définition de la relation (sauveteur-co-dépendant / victime-dépendant)
- Elle co-construit avec le dépendant une relation sur le mode de l'inter-dépendance problématique.
Ce processus de relation se caractérise par l'absence de choix de part et d'autre, il traduit la gestion de l'entrave dans une quête désespérée du lien.
- Dépendant et co-dépendant partagent souvent des missions transgénérationnelles. Elles peuvent prendre la forme de :
 - o missions de sauvetage ou de réparation,
 - o de loyautés visibles et invisibles,
 - o d'injonctions paradoxales.
- Ces personnes ont peu de protection pour elles-mêmes, elles ont des fragilités sur le plan :
 - o de leur personnalité (fond de dépression, angoisse, culpabilité, déficit de sécurité intérieure, de confiance en soi),
 - o de leur histoire (deuils non faits, relations non bouclées,...) qui nous parle de leur difficulté à se séparer.
- Elles sont plus compétentes à s'occuper des autres qu'à s'occuper d'elles-mêmes. Elles s'occupent d'elles-mêmes en s'occupant de l'autre (paradoxe).

- Les co-dépendants et les dépendants développent des comportements isomorphes, comme :
 - o le déni de leurs propres souffrances, de leurs propres difficultés, de leurs propres désirs. Déni de leurs propres indicateurs de danger
 - o passer de la toute puissance à la toute impuissance - sauveteur – victime – persécuteur
 - o faire avec la souffrance (sur la durée)
 - o faire avec la douleur (somatique, etc...)
 - o considérer le sevrage comme résolution de tous les problèmes
 - o inscription dans le processus : illusion/désillusion
- Comportement sur le mode action/réaction (intensité dramatique – relation miroir – peu d'élaboration – relation dans les affects).
- Quête de réassurance paradoxale sur le fait que les choses ne vont pas changer – ou ne changent pas (le paradoxe : « nous voulons que ça change sans rien changer »).
Dépendant et co-dépendants sont très compétents dans le non changement.
La liberté, la créativité, sont vécues comme un danger.
- Le co-dépendant a une capacité à confondre aider avec porter. Il est persuadé que son équilibre dépend du dépendant.

LE CO-DEPENDANT ADULTE

- Il s'agit des conjoints, des parents, des proches.
- Initialement, ils ont mis en place du soutien et de l'aide auprès du dépendant, mais au fur et à mesure de l'ancrage relationnel autour de l'addiction, ils sont passés d'aider à porter.
- Ce soutien démesuré est devenu le sens de leur vie. Ce glissement exprime des modalités partagées de survie et de souffrance (isomorphe dépendant).
- Les co-dépendants qui utilisent les substances psychoactives licites le font souvent pour rester vigilants et mobilisés pour le dépendant, voire pour d'autres membres de la famille.
- Ils sont paradoxalement plus fragiles que le dépendant (pas d'anesthésie, peu d'évitement, peu de fuite).

La souffrance peut s'exprimer par des somatisations physiques et psychologiques, des passages à l'acte. Elle s'exprime encore sur un mode de plainte, voire un mode sacrificiel ou un rapport persécuteur/victime/sauveteur.



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

LE CO-DEPENDANT PROFESSIONNEL

Sur le plan de la relation d'aide, la recherche de « la bonne distance » nous parle de l'interaction dépendant/co-dépendant.

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

La conscience d'être pris dans la co-dépendance nous permet de développer de la ressource et de la créativité thérapeutique dans les différentes phases du processus à savoir : la dépendance, l'appartenance, la séparation.

Autrement dit, il est nécessaire pour le thérapeute d'accepter de faire partie du problème pour faire partie de la solution.

Les stratégies thérapeutiques qui favorisent l'appartenance permettent d'entrevoir une possible ouverture vers la séparation, qui est souvent impossible pour les dépendants et co-dépendants.

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

LE CO-DEPENDANT ENFANT

Sur un plan général, nous observons à quel point les enfants se sentent concernés et préoccupés par leurs parents.

Nous avons identifié plusieurs formes de co-dépendance concernant des enfants vivant auprès de parents addicts. Elles s'expriment sous forme de missions et délégations venant de la transgénération, ou de l'entourage familial ou d'auto-mission.

- Les enfants hyper raisonnables. Ils sont en position d'être parent du parent et développent un comportement très mentalisé, très coupé des affects. Ils gèrent, d'une certaine manière, la vie de la famille et contiennent tout ce qu'ils peuvent.
Ils occupent les places vacantes de père, d'amant, de héros familial.
- Les enfants qui stimulent les parents par des passages à l'acte, des conduites à risques. L'objectif implicite est d'obliger les parents à réagir, les obliger à être parent.



Processus de relation fondé sur l'injonction.

L'enfant en adoptant une posture *de victime, de danger* propose de l'impuissance pour stimuler la puissance du *sauveteur/parent*.

C'est une tentative de réintroduction du devoir de parent à partir de la puissance d'incitation des passages à l'acte. S'il n'y a pas de réaction des parents, on peut observer une escalade de la problématique. Souvent, ces enfants sont en situation pouvant entraîner le placement. Leur comportement « signal d'appel » interpellent les tiers sociaux.

- Les enfants co-dépendants qui cherchent à rejoindre les parents sur « leur planète », sous-entendu, « je vais consommer comme toi, comme ça je pourrais voir où tu vas et être avec toi »

Dans cet exemple, il semble que l'enfant cherche à faire partie du problème, « à *entrer dans la forteresse* » pour comprendre, pour éprouver ce qui permettrait de trouver un canal relationnel compatible.

Quels que soient les scénarios mis en place par les enfants dans les postures de co-dépendance pour aider le dépendant, ils sont dans des scénarios à risques.

On peut faire l'hypothèse, que si le passage à l'acte de l'enfant réussit à réactiver les postures de parent, l'enfant peut vérifier qu'il a la puissance de modifier la relation, voire de « sauver » le parent.

S'il ne réussit pas, il est dans le traumatisme de l'échec, de l'impuissance à aider le parent. Il peut également mesurer « sa côte - ou sa décote - d'amour »

Certains enfants co-dépendants trouveront leur équilibre de vie à partir de cette expérience difficile, d'autres deviendront des professionnels de la relation d'aide dans les domaines médico-psycho-social.

D'autres encore vont vivre un traumatisme très important dans cette posture de co-dépendant et notamment lorsqu'ils ne vont pas réussir « la mission », « le sauvetage », « la réparation ». Dans ce cas, nous rencontrons des enfants, des adolescents, qui reproduisent le schéma et sont enfermés dans cette définition de la relation. Ils pourront rejouer le scénario dans le rôle du co-dépendant voir celui du dépendant.

Ces processus dans lesquels les enfants s'immergent et sont immergés, peuvent réancrer pour eux-mêmes de futurs processus d'addiction, de dépression, de violence, etc...

Nous pouvons faire l'hypothèse que les enfants connectent la part enfant du parent en difficulté.

Lorsque l'on explore l'histoire familiale, il s'agit souvent d'une part enfant traumatisé qui a favorisé et conditionné la problématique du parent.

Sur un plan métaphorique, nous pouvons supposer que dans l'interaction dépendant / co-dépendant, l'enfant va donner « *son nounours invisible* » pour rassurer le parent et l'aider à trouver une sécurité intérieure.

Dans le même temps, il se dépossède de ce qui le rassure et se fragilise dans la construction de sa propre sécurité intérieure (sacrifice de la finalité individuelle)



La démarche thérapeutique consiste à les aider à se dégager des missions et délégations familiales, afin qu'ils puissent se réapproprier leur propre histoire et faire avec cette histoire familiale difficile.

C'est également aider l'enfant à garder ou à récupérer légitimement son « nounours ».

C'est aussi aider le parent à remercier l'enfant de sa générosité et à le lui rendre.

C'est aider le dépendant à trouver pour lui-même une autre « Winnicotterie » plus acceptable que les drogues et/ou l'alcool.

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



MERCREDI 9 JUIN 2010 - PLENIERE 4

UN EXEMPLE DE COLLABORATION D'UN INTERNAT EDUCATIF, LE CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC, AVEC UN CENTRE SPECIALISE EN ADDICTION, LE CENTRE DE READAPTATION UBALD-VILLENEUVE

ANNIE BELLAVANCE ET YVES GINGRAS DU CENTRE READAPTATION UBALD-VILLENEUVE (CRUV), QUEBEC ET MICHELE LA ROCHELLE ET PATRICK ARIAL DU CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC



Objectifs

- **Présentation de la collaboration entre le CJQ-IU et le CRUV :**
 - Les assises
 - Un portrait du partenariat
 - Les pratiques gagnantes



Partenariat

Accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

Conditions de réussite :

- Créer un lien de confiance et faire preuve d'ouverture;
- Travailler en équipe, en consultation et en concertation;
- Respecter les missions de chacun;
- Respecter les attentes et les limites de chacun;
- Partager les pouvoirs, les risques et les responsabilités.



Pour faire du partenariat

- Rapport d'égalité (réciprocité);
- Reconnaissance mutuelle d'expertise;
- Recherche de consensus;
- Des finalités, des intérêts et des valeurs partagés;
- Partenariat toujours à construire, jamais acquis (évolutif).



Se connaître mutuellement et se faire confiance, c'est:

- Formation croisée : aller chez l'autre; s'imprégner de sa réalité;
- Connaître les enjeux de son partenaire;
- Être conscient de nos préjugés; les nommer et en parler (ouverture);
- Se faire confiance...
 - Intérêt commun: le client.



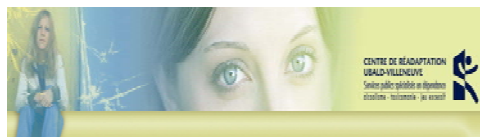
Pourquoi travailler ensemble ?

- Fort pourcentage de jeunes ont double problématique:
 - 60 % des jeunes qui reçoivent services CRD proviennent des CJ.
- Pour optimiser la qualité des services offerts aux jeunes;
- Pour mettre en commun notre expertise et nos connaissances;
- Pour travailler en harmonie, de façon complémentaire;
- Pour faire face aux grands défis d'intervention (complexité) que pose cette clientèle;
- Pour éviter de vivre un sentiment d'impuissance;
- Pour éviter de vivre la récurrence des situations (rechute).



Notre partenariat

- Internat
 - Développer, supporter et maintenir l'intervention en toxicomanie au Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire.
- LSJPA – Toxico-justice pour les jeunes
 - Dispenser des services spécialisés en toxicomanie aux jeunes séjournant en garde fermée sous le couvert de la LSJPA.
- Programme Jeunes-Parents.



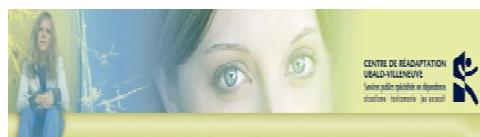
Exemple de collaboration d'un internat (CJQ – IU) et d'un centre de réadaptation en dépendance (CRUV)

- **Objectif :**

- Développer, supporter et maintenir l'intervention en toxicomanie en CJQ-IU (développer une expertise et faciliter le transfert des connaissances dans la pratique de réadaptation à l'interne).

- **Moyens :**

- Formation sur la trajectoire de services, les mandats de la 1^{ère} ligne et de 2^e ligne et les outils de détection;
- Formation sur les concepts de base en toxicomanie et sur l'approche motivationnelle;
- Sensibilisation aux meilleures pratiques en réadaptation en dépendance pour la clientèle jeunesse;
- Support clinique pour accompagner et supporter les éducateurs dans leurs interventions au quotidien avec les jeunes.



Comment faire la conciliation

- Conciliation : Rendre compatibles des choses diverses, des intérêts contraires, harmoniser.
- La conciliation implique un enjeu de connaissance et de confiance mutuelle dans le respect du mandat de chacun.





DPJ et dépendance ... pas si différents !!!

	Réadaptation en dépendance	Protection de la jeunesse
Objectif :	L'objectif poursuivi ce n'est pas de régler TOUS les problèmes, mais de réduire les conséquences négatives et/ou l'aggravation des problèmes de consommation.	L'objectif poursuivi n'est pas de régler TOUS les problèmes, mais bien d'assurer la protection de l'enfant.
Défis :	Mobiliser la personne dans une démarche de changement en lien avec sa consommation.	Mobiliser la personne dans une démarche de changement en dépit du contexte d'intervention sous contrainte.
Clientèles :	Adultes (Parents) jeunes	Parents Jeunes
Intervention :	Intervention lorsque correspond critères dépendance et abus. Résolution dépendance abus transfert en 1 ^{ère} ligne.	Intervention : caractère exceptionnel. Résolution compromission fin de l'intervention DPJ.
On fait :	RÉDUCTION DES MÉFAITS	RÉDUCTIONS DES MÉFAITS

MERCREDI 9 JUIN – ATELIER 1

LA PREVENTION EN PREMIERE LIGNE LORS D'ÉVÉNEMENTS FESTIFS : UN MODELE QUI DONNE DES RESULTATS

ALBERT GALIPEL, ASSOCIATION D'ADDICTOLOGIE D'AIDE DE PREVENTION ET DE FORMATION 5AAPF°
BRETAGNE, RENNES

➤ Voir le texte en Annexe 4 : « *SYNTHESE DE L'ACTIVITE 2009 DE L'ORANGE BLEUE* »



MERCREDI 9 JUIN – ATELIER 2

L'APPROCHE CENTREE SUR LES SOLUTIONS : UN OUTIL D'INTERVENTION RICHE ET PERTINENT POUR LES PERSONNES AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION

GILLES LEMOINE ET JEAN-FRANÇOIS CROISSANT, PEGASE PROCESSUS

L'APPROCHE CENTREE SUR LES COMPETENCES, SOLUTIONS ET POINTS FORTS.

Les racines historiques de ce courant remontent aux années 1930 en travail social, des développements plus récents ont été médiatisés par Guy Ausloos et son concept de « compétences des familles » ou encore par Steve de Shazer et Insoo Kim Berg, fondateurs de l'approche centrée sur les solutions.

L'approche centrée sur les solutions a été fondée, structurée et diffusée mondialement par ce couple. Le couple y ajoutant une alchimie spécifique au-delà de l'addition des deux personnalités. Tous deux rôlés à la démarche scientifique :

- Steve de Shazer, musicien professionnel et chercheur en sociologie : l'objet de ses recherches était « comment se fait-il que les thérapies marchent ? les secrets de l'efficacité de Milton Erickson » et
- Insoo Kim Berg Docteur en Pharmacie s'étant recyclée volontairement en Travailleuse sociale, très compétente dans le travail avec les sans-abri, ou encore les alcooliques ou toxicomanes.

Tous deux ont fondé le Brief Family Center (B.F.T.C) de Milwaukee, après avoir été formés et influencés par John Weakland (voir Palo Alto). Cherchant à mettre à jour les usages du langage qui avaient suscités les effets les plus probants du point de vue des membres des familles. Enquêtant inlassablement sur ce qui pouvait avoir été le plus utile, ils ont élaboré une méthodologie fondée sur une philosophie respectueuse de ce que « le patient veut faire de sa vie ».

La quête de ce sens existentiel (qui se traduit par l'accomplissement quotidien d'actes satisfaisants si on les trouve ou au contraire par des symptômes, l'enracinement dans des registres de problèmes plus ou moins redondants si l'on s'en éloigne) est le cœur de ce processus que l'on dit centré sur les solutions, par commodité. En fait, on pourrait tout aussi bien dire centré sur les objectifs de vie du patient et de son entourage, l'amplification de leurs propres solutions et l'activation de leurs compétences, capacités, ressources pour les atteindre et la promotion de solutions ou d'éléments de solutions imaginés ou expérimentés par eux. Le positionnement de l'intervenant devient alors celui d'un allié et d'un chercheur qui aide la personne et son entourage à s'y retrouver dans ce qui est existentiellement important pour eux.



Cette approche se fonde sur un usage particulier du questionnement tel qu'il a été construit après toutes ces années de recherches obscures et par la confirmation ou l'enrichissement qui a suivi la diffusion de ce modèle sur les cinq continents.

Pégase Processus a pris l'initiative de faire venir en Bretagne dès son deuxième voyage, Steve de Shazer lors de ses échanges internationaux pour la diffusion de leur méthodologie.

Steve de Shazer et Insoo Kim Berg ont été nos formateurs à cette approche, les côtoyer et apprendre avec eux pendant plus de 10 ans nous a permis un approfondissement sans cesse renouvelé d'une méthodologie et d'une philosophie du respect, qu'ils témoignaient au quotidien. Les preuves scientifiques de l'efficacité de leur méthode ont précédé la découverte de l'intérêt que les différents professionnels ont pu y trouver. Simple à expliquer, cette approche nécessite un entraînement régulier.

L'exploration attentive de la situation met l'accent sur les actions satisfaisantes, les progrès, les compétences, les exceptions, les hypothèses les plus utiles tout autant que l'exploration rigoureuse de l'« espace problème ».

Les préoccupations existentielles sont également au cœur de l'approche centrée sur les solutions, il s'agit d'aider les personnes à mieux faire face aux difficultés de leur existence en les aidant à renforcer les « solutions » qu'ils sont à même de mettre en place et d'assumer dans leur contexte de vie, en s'intéressant à leur objectifs « ce qu'ils veulent », à leurs ressources du moment et à celles mobilisables dans leur environnement.



MERCREDI 9 JUIN – ATELIER 3

LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES EN AMBULATOIRE

DANIEL BASSO-FIN, CSPA, SYNERGIE 17 ET ALLIANCE, SAINTES

➤ Voir les contenus présentés précédemment dans la plénière du matin



MERCREDI 9 JUIN – ATELIER 4

REGARDS CROISES FRANCO-QUEBECOIS : 2 EXEMPLES FRANÇAIS ET QUEBECOIS D'INTERVENTION AUPRES DES PARENTS DONT LES ENFANTS SONT PLACES ET AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION

MICHEL DECODIN DE L'ASSOCIATION TY YANN, BREST

SOUTENIR ET RESSOURCER UNE FAMILLE QUI DEVELOPPE UNE PROBLEMATIQUE ALCOOLIQUE AFIN DE FAVORISER LE RETOUR DE L'ENFANT DANS SA FAMILLE...

Au terme d'une réflexion et d'une formation sur plusieurs années, deux professionnelles du PFS ont mis en place un groupe de parole sur le vécu des enfants de parents alcooliques.

C'est à partir de cette expérience que le service est sollicité pour participer au forum organisé à LANDERNEAU.

Un représentant de ce service a fait part de ce vécu pour partager avec l'assemblée l'intérêt de ce groupe et les répercussions sur l'enfant et sa famille.

L'intervention s'est déroulée pour partie au côté de Mr VIELLEVILLE juge pour enfants à Brest. Cette précision n'est pas banale dans la mesure où se trouve invité à cette table ronde à la fois le décideur de la mesure de placement (le juge pour enfants) et l'un des représentants de service qui se doit sur la base d'une ordonnance de placement de conduire les projets éducatifs.

Ce qui a changé depuis quelques années est le contenu des jugements. En effet autrefois il s'agissait de motiver la séparation parents enfants à partir d'un danger au sein de la cellule familiale. Il était souvent dans l'ordonnance question de fragilités parentales. L'alcool n'était que trop rarement mentionné comme étant une des causes du placement. Aujourd'hui cela est clairement mentionné. Ce qui formalise clairement la raison de la déstabilisation familiale. Il nous faut néanmoins modérer cela puisque les motivations de protection ne sont pas essentiellement relié à la problématique alcoolique du ou des parents.

Un groupe de parole pour des enfants dont les parents vivent ou ont vécu une dépendance à l'alcool

L'idée d'un groupe de parole pour des enfants dont les parents vivent ou ont vécu une dépendance à l'alcool n'est pas nouvelle. Elle est réapparue au cours des formations suivies ces dernières années. L'intérêt que nous portons aux familles à transaction alcoolique s'est développée au fil de notre pratique éducative au PFS et en internat éducatif.

Proposer un espace et un lieu de parole à ces jeunes, c'est leur proposer une alternative au dysfonctionnement familial dans lequel ils sont bien souvent emprisonnés, c'est peut-être participer à un avenir hors répétition. Là où il y a silence, isolement, nous voulons réintroduire de la parole, du lien social et de la relation.

Là où le déni parental engendre le doute sur ce que l'enfant perçoit, pense et ressent, nous voulons lui permettre de trouver grâce à l'échange et à l'expression avec d'autres jeunes, une confirmation de ce qu'il vit, une affirmation de son savoir sur cette réalité.

Avec l'accord de la Directrice de la Maison d'Enfants, nous avons dans un premier temps constitué un petit groupe de réflexion. Celui-ci est composé d'un médecin alcoologue, d'un chef de service, d'une éducatrice et d'une psychologue intervenant au PFS.

Nous avons réfléchi à la constitution du groupe en terme d'objectif, de temps, de rythme, du lieu, du nombre de participants, de leur âge mais aussi en terme de fonctionnement (règles, animation, etc...). Nous avons convenu de la nécessité de maintenir ce groupe en tant que groupe de régulation pour soutenir les 2 animatrices, les aider dans l'analyse et la conduite du groupe de parole, et ce à raison d'une fois tous les deux mois.

Comment informer les parents ?

Sachant que les enfants sont l'objet d'un placement ordonné par le magistrat nous avons opté pour une information adressée aux parents et non pour une demande d'autorisation vis-à-vis de leur enfant sachant qu'il n'y a aucune obligation à ce que ces derniers participent. C'est sur la base du volontariat que chacun décidera ou pas de venir échanger sur son vécu.

Des réunions, des courriers ont permis à ce que tous les enfants de plus de 10 ans soient informés de la mise en place de ce groupe.

Après un an de réflexion, de concertation, il nous fallait passer de l'élaboration à l'effectivité de ce qui nous apparaissait être un outil de communication sur la base de similitudes vécues.

Nous décidons d'une date sachant qu'aucun des parents ne s'est manifesté pour exprimer une quelconque désapprobation ou désaccord.

Les enfants se sont montrés timides à décider de se rendre à la première réunion. Le risque de la stigmatisation étant réel. Bien qu'ils puissent se confier sur leur histoire et partager leur traumatisme de façon informelle les enfants sont pour autant prudents à devoir afficher une quelconque problématique défaille de leur parent.

Nous décidons que les éducateurs des différents foyers décident ouvertement de dire aux enfants : « vous n'êtes pas tenus de venir avec moi à cette réunion mais moi cela m'intéresse même si je suis seul je m'y rends. L'éducateur a fait mine de démarrer la voiture, cela a suffi pour décider les enfants puisque 6 d'entre eux ont suivis. Cet encrage fut important puisque depuis le bouche à oreille a fait le reste.

Depuis janvier 2009, le groupe de parole a lieu les derniers jeudi du mois de 18h30 à 19h30 dans un centre social. Nous avons voulu en nous réunissant à l'extérieur de Ty-Yann favoriser une expression plus libre, et dégager les enfants au moins en partie des enjeux du placement.

Le groupe est limité à 10 enfants entre 10 et 18 ans. C'est un groupe ouvert c'est à dire que les enfants peuvent y venir autant de fois qu'ils le veulent. Depuis 16 enfants y ont participé.



L'une des conséquences de cette modalité d'approche est que les entretiens familiaux ont pris une autre dimension éducative. La problématique alcoolique du parent est abordée sans détour. A partir de l'ordonnance qui mentionne comme cela a déjà été précisé la fragilité du parent, mais aussi du fait que la parole de l'enfant soit convenue par une non opposition de son père ou de sa mère il s'instaure un travail de fond sur ce qui fait problème. L'emblème du secret, la lourdeur de ce que l'enfant se devait de cacher se dilue et permet l'échange sur ce thème avec le parent. Il nous faut préciser que le contenu de ce qui est partagé par les enfants n'est en aucune manière divulgué aux équipes éducatives. L'abnégation acceptée des professionnels favorisent la libéralisation des mots, des émotions, des détails parfois difficiles à entendre pour les deux professionnelles qui animent le groupe. Le respect de la règle de confidentialité est vérifié par les enfants. Sans cette assurance la participation des enfants ne pourrait se pérenniser. « Le risque est celui de ne pas en prendre »... En effet l'institution, les professionnels ont admis que le vécu des enfants était un terreau traumatisant et beaucoup plus conséquent que la parole qui se libère. Sans cette confiance mutuelle entre les deux intervenants, l'institution, les équipes qui ont en charge les enfants ce projet n'aurait pas d'avenir.

Quelques éléments sur la dynamique du groupe :

Pendant plusieurs mois nous avons constaté une sur-représentation des jeunes vivants en foyer éducatif sur les jeunes placés en famille d'accueil. La présence d'un noyau de 4 jeunes provenant d'un même foyer a été porteuse de la dynamique du groupe.

La tonalité de ces temps de parole était marquée par beaucoup d'agitation, de rires, d'interpellations sympathiques et joyeuses quoique un peu turbulentes, qui ont demandé des interventions régulières et cadrantes. Nous pensons aussi que des mouvements défensifs face au sujet douloureux qu'ils traitent là, peut être une défense maniaque pour lutter contre la dépression. Une autre hypothèse concerne l'apologie entre l'état d'excitation de la personne alcoolisée et celui du groupe d'enfants. Il pourrait s'agir d'une mise en scène groupale inconsciente d'un vécu antérieur lui aussi groupal...celui de la famille.

Autour de l'expression, nous pouvons souligner que tous sont centrés sur le sujet, ils viennent bien là pour parler du problème d'alcool de leur parent, et de la façon dont ils le vivent, le ressentent et le pensent.

Ils livrent leur vécu avec facilité, ce qui nous étonne. Certains sont plus inhibés, écoutent, confirment d'un mouvement de tête comme si celui qui parlait traduisait leur propre expérience. A défaut de parler, une des participantes utilise son corps pour s'exprimer, se blessant à deux reprises avec une canette de coca. Nous avons depuis opté pour des briquettes de jus de fruits en carton. Les attitudes auto agressives ont disparu pour laisser place à l'expression verbale.

Que ce soit sur le plan verbal ou sur le plan émotionnel, nous percevons combien les jeunes sont en phases les uns avec les autres par la façon qu'ils ont de réagir, de rebondir sur ce qui est exprimé. Ils osent aussi maintenant s'interpeller, être dans des interactions plus directes autour du contenu, ce qui constitue à notre sens une évolution du groupe. Le sujet de l'alcool paraît au fil des séances les fédérer entre eux.

L'expérience de ce vécu au sein du groupe de parole vient donner une autre dimension à ce que l'enfant peut dire de ce qu'il vit. Cela légitime sa parole donc sa personne.



Lors d'entretien avec le parent les sujets en lien avec l'alcool sont plus accessibles (la violence, le désintérêt du parent et l'insécurité que cela provoque, l'inversion des rôles l'enfant qui se « parentalise » en aidant son parent à s'aliter par exemple...) . Pour exemple et sous forme de plaisanterie une enfant a pu en présence de sa mère dire qu'elle préférerait quand elle buvait le week-end car elle pouvait se lever de table quand elle le voulait. Cette remarque vient préciser combien l'enfant se joue du parent quand ce dernier n'a pas conscience de ces faits et gestes en même temps l'enfant a pu très vite affirmer qu'elle préférerait une mère autoritaire à une mère qui laissait tout faire...

C'est un leurre que de penser qu'un retour au domicile est suspendu au seul fait de l'abstinence du parent. Les instances juridiques, éducatives, ont évolué vers le fait que la prise de conscience du parent associée à un suivi médical pouvait suffire à entrevoir un retour au domicile en rétablissant le rôle et place de chacun.

Depuis la mise en place de ce groupe de nouveaux enfants participent aux échanges. La similitude permet d'avancer dans une réflexion singulière.

Nous observons que les jeunes commencent à aborder pour eux même la recherche de solution. Nous espérons pouvoir les amener davantage vers cette voie tout en rassurant le parent sur l'intérêt d'échanger sur les conséquences de la problématique alcoolique dans leur famille...

Au vu des évolutions de certains placements nous pouvons d'ors et déjà dire que cela porte ces fruits puisque dans le cadre d'audience certains parents ont pu sans tabou et sans craindre une réaction du magistrat évoquer plus librement leur problématique. Cet état de fait à savoir l'accessibilité des juges à cette expression douloureuse mais nécessaire du parent nous conforte dans le sens de maintenir une dynamique d'expression afin de faire obstacle au non dit vecteur de souffrance chez l'enfant et de ses proches.

ANNIE BELLAVANCE ET YVES GINGRAS DU CENTRE READAPTATION UBALD-VILLENEUVE (CRUV), QUEBEC ET MICHELE LA ROCHELLE ET PATRICK ARIAL DU CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC

➤ *Pour plus de détails, voir le texte de la plénière 4 du matin (9 juin 2010)*



JEUDI 10 JUIN 2010 – PLENIERE 1

TRAVAIL AVEC LES FAMILLES TOUT AU LONG DU PROCESSUS DE SOIN, QU'IL SOIT AMBULANTOIRE OU HOSPITALIER : QUI SONT LES GAGNANTS ?

JEAN-FRANÇOIS CROISSANT, PEGASE PROCESSUS

➤ *Textes en annexe :*

- o Annexe n°3. Dossier du magazine Le Lien Social n°917 (19/02/2009) : « *Parents alcooliques : quel soutien pour l'enfant ?* » Entretien avec Jean-François CROISSANT
- o Annexe n°5. Extrait des actes du Congrès Vents d'Ouest 2005 : « *ET LES ENFANTS ?! UN META-MODELE POUR LES AIDER ET AIDER LEURS PARENTS SOUS EMPRISE DE L'ALCOOL – DES OUTILS POUR LA GUIDANCE SYSTEMIQUE EN ALCOOLOGIE SOCIALE* » - Jean-François CROISSANT



JEUDI 10 JUIN – PLENIERE 2

PROGRAMME JEUNES-PARENTS : UN SERVICE SPECIALISE EN DEPENDANCE DANS LE CONTEXTE DE LA PARENTALITE ET/OU LE SIGNALEMENT DU CAS D'UN ENFANT EN PROTECTION DE L'ENFANCE.

LES EQUIPES DU CENTRE DE READAPTATION UBALD VILENEUVE ET DU CENTRE JEUNESSE DE
QUEBEC



LE CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSAIRE

Établissement du réseau de la santé et des services sociaux
responsable de l'application de la loi de la protection de la
jeunesse;

Responsabilité du DPJ: Voir à ce que chaque enfant soit
dans des conditions de vie où sa sécurité et son
développement sont assurés;



Principes de la loi:

Parents premiers responsables de la protection de leurs enfants;

Favoriser le plus possible que l'enfant demeure dans son milieu familial;



Principes de la loi (suite):

Si non, tenter de le confier à des personnes significatives dans la famille élargie ou des ressources d'hébergement comme les familles d'accueil, les foyers de groupe ou les centres de réadaptation;

Favoriser l'implication parentale;

À échéance ou délais d'hébergement: viser la permanence.





Défis de l'intervention du DPJ:

- Une intervention d'autorité, intrusive et non volontaire à une intervention visant **aide, conseil et assistance**;
- Une responsabilisation et une mobilisation du parent à régler les problèmes qui compromettent la protection de leurs enfants;
- L'accès **rapide** pour la clientèle à des services d'aide en lien avec leurs problématiques;
- Une concertation avec les ressources du milieu pour aider le parent à mettre fin à la compromission;

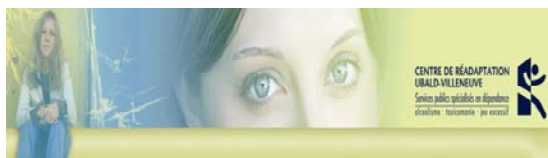


La protection de la jeunesse

Mission :

Réduire l'impact des problèmes vécus par les parents ou par l'adolescent lui-même afin d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant.

- L'objectif poursuivi n'est pas de régler tous les problèmes mais bien **d'assurer la protection de l'enfant**



En protection de la jeunesse

La sécurité	Le développement
Réfère à des conduites inacceptables de la part des parents ou des personnes qui en ont la garde ou de la part de l'enfant lui-même. Ces situations créent pour l'enfant un danger réel ou potentiel, actuel ou imminent . Par leur caractère de gravité, de chronicité ou de permanence , elles nécessitent souvent des interventions immédiates.	La notion de compromission en matière de développement réfère au vécu de l'enfant lorsqu'il se trouve dans une situation qui limite de façon importante l'actualisation de son potentiel et de ses capacités . L'atteinte au développement peut affecter une ou plusieurs sphères d'activités : physique, intellectuelle, affectives, morale. Se manifeste progressivement avec un caractère évolutif et souvent cumulatif.



La protection de la jeunesse

- L'intervention d'autorité de l'état dans la vie des familles revêt un **caractère exceptionnel**.
- Elle est liée aux motifs d'intervention clairement balisée par **la LPJ** (art.38) : une atteinte grave à la sécurité et au développement de l'enfant ou du jeune.
- La résolution de cette situation met fin à l'intervention du DPJ.



La nature de la contrainte en protection de la jeunesse

- C'est le **résultat visé** par la DPJ soit : que les enfants et les jeunes vivent dans un milieu de vie où leur sécurité et leur développement sont assurés.
- **Ce résultat n'est pas négociable** et lie toutes les parties :
 - Parents et jeunes.
 - DPJ et Tribunal.
 - Intervenants dispensant des services.



NOMBRE DE JEUNES RÉPARTIS SELON L'ÂGE

	JEUNES AYANT REÇU DES SERVICES LPJ*	JEUNES AYANT REÇU DES SERVICES LSJPA*	SIGNALEMENTS RETENUS	JEUNES PRIS EN CHARGE À L'APPLICATION DES MESURES	PLACEMENTS EN CENTRES DE RÉADAPTATION	PLACEMENTS EN FOYERS DE GROUPE	PLACEMENTS EN RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL
	au 31 mars						
	Nombre d'utilisateurs différents						
0-5 ANS							
2008-2009	1546	—	733	330	—	—	208
2007-2008	1543	—	910	344	—	—	226
6-13 ANS							
2008-2009	2847	44	1218	701	61	79	511
2007-2008	3059	46	1625	668	47	81	527
14-17 ANS							
2008-2009	1884	677	608	603	479	110	356
2007-2008	2138	706	904	606	543	101	400
18 ANS ET +							
2008-2009	290	365	—	5	22	8	67
2007-2008	301	311	—	5	48	3	73
TOTAL							
2008-2009	6567	1084	2559	1639	562	197	1142
2007-2008	7041	1063	3439	1623	638	185	1226

LÉGENDE

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUES ET SOUS-RÉGIONS

	ABANDON	ABUS PHYSIQUE	ABUS SEXUEL	MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	NÉGLIGENCE	TROUBLES DE COMPORTEMENT	TOTAL
QUÉBEC-NORD 2008-2009	7	192	84	142	505	169	1099
2007-2008	10	390	136	127	608	275	1546
PORTNEUF 2008-2009	—	38	23	44	95	30	230
2007-2008	—	57	24	22	115	34	252
CHARLEVOIX 2008-2009	—	13	10	8	62	13	106
2007-2008	—	38	12	19	64	23	156
QUÉBEC-SUD 2008-2009	4	192	60	139	506	120	1021
2007-2008	2	337	123	121	577	189	1349
EXTÉRIEUR 2008-2009	—	25	5	4	61	8	103
2007-2008	4	16	27	12	72	5	136
TOTAL 2008-2009	11	460	182	337	1229	340	2559
%	0,4 %	18 %	7,1 %	13,2 %	48 %	13,3 %	100 %
2007-2008	16	838	322	301	1436	526	3439
%	0,3 %	24,4 %	9,4 %	8,8 %	41,8 %	15,3 %	100 %

Le total des signalements retenus a baissé de 25,6 % en 2008-2009. Cependant, nous notons une augmentation du pourcentage des signalements retenus pour mauvais traitements psychologiques et pour négligence.



PROGRAMME « Jeunes-Parents »

À la Cour du Québec,
Chambre de la jeunesse

En collaboration avec le
Centre jeunesse de Québec (CJQ)
et le
Centre de réadaptation Ubald Villeneuve (CRUV)



- Historique
- Présentation brève du CRUV
- Orientations et défis
 - CRUV
 - CJQ
 - Magistrature
- Pertinence du projet
- Projet général
- Constats
- Avantages
- Conditions gagnantes
- Résultats
- Commentaires - Questions



HISTORIQUE DU PROGRAMME

- La Cour du Québec s'intéresse aux diverses clientèles présentant des problématiques particulières dont celles aux prises avec des problèmes de dépendance (alcool, drogues, jeu de hasard et d'argent)
- La Cour souhaitait se familiariser avec des expériences étrangères inspirées du mouvement de « jurisprudence thérapeutique » existant dans plusieurs états américains ainsi qu'au Canada
- En matière jeunesse, l'expérience d'un juge des mineurs de Santa Clara en Californie nous a fourni une base de réflexion pour une intervention concertée et efficace auprès de parents dont la dépendance est source de compromission de la sécurité ou du développement de leurs enfants.



HISTORIQUE DU PROGRAMME (Suite)

- Parallèlement à notre réflexion, le CJQ et le CRUV élaboraient un projet conjoint d'intervention auprès de la clientèle de parents d'enfants âgés entre 0 et 5 ans
- Il était d'intérêt que la Magistrature soit associée à cette démarche pour les situations judiciarisées
- La Cour a sollicité du CRUV une offre de services conjointe avec le CJQ
- Le 14 octobre 2008, présentation de l'offre de service à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse
- Élaboration d'un projet-pilote.



LE CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE

- Le seul établissement public du réseau de la santé et des services sociaux exclusivement dédié au traitement des dépendances: alcool, drogue, jeu de hasard et d'argent, dans la région de la Capitale-Nationale (Québec métro, Portneuf et Charlevoix)
- Il réunit plus de 130 employés: médecins, infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, etc.
- En 2008-2009, plus de 4 500 usagers ont reçu des services du Centre
- Les personnes sont principalement reçues sur référence: critères cliniques équivalents aux diagnostics d'abus et de dépendance



OFFRE DE SERVICES « JEUNES-PARENTS »

- Vise les parents dont les enfants font l'objet d'une intervention de la DPJ qu'elle soit volontaire ou judiciaire
- La Cour du Québec est impliquée seulement lorsque la situation d'un enfant est judiciairisée
- Le CRUV offre une démarche d'évaluation, d'accompagnement et de traitement du parent qui désire de l'aide tout en lui permettant lorsque possible, de maintenir son enfant auprès de lui durant la thérapie



CLIENTÈLE

Parents d'enfants de 0-5 ans,^(*)
qui ont un problème de consommation
et qui acceptent de participer
au projet-pilote

(*): **Vulnérabilité de la clientèle** (lien d'attachement, délais maximaux de placement).
Enfants plus âgés.



IMPLICATION DU CJQ

- Détecter / sélectionner la clientèle propice à s'inscrire au projet
- Assurer la sécurité et le développement de l'enfant durant le traitement du parent
- Préserver le lien parent-enfant en évitant les placements si possible
- Assurer que les mesures correspondent en tout temps à l'intérêt de l'enfant et au respect de ses droits



INTERVENTION DE LA COUR DU QUÉBEC

- Bien qu'habituellement, les références au programme sont faites à l'étape de la compromission, il peut arriver qu'elles le soient antérieurement, lors de mesures d'application immédiate ou de mesures provisoires, de même qu'à l'étape de la révision.

Pour les fins de la présentation, nous avons choisi d'illustrer la trajectoire lorsqu'une requête en protection est accueillie et que la compromission repose sur la dépendance d'un des parents:

- La proposition au parent de participer au projet peut provenir de plusieurs endroits: juge, avocat, intervenants sociaux
- Si le parent accepte: La pertinence de l'orientation de la situation dans le projet est évaluée avec les parties en présence du juge qui aura à décider de l'intégration ou non dans le projet « Jeunes-Parents »
- Si intégration dans le projet, il y a évaluation par le CRUV et élaboration d'un plan de traitement pour le parent et de mesures pour assurer la sécurité de l'enfant durant la période de l'évaluation du parent (30 jours)
- Ce plan de traitement concerté est présenté au tribunal
- Si non intégration dans la trajectoire « Jeunes-Parents », la situation est maintenue dans la trajectoire judiciaire régulière



INTERVENTION DE LA COUR DU QUÉBEC (Suite)

- Si le juge considère que le plan concerté proposé se situe dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits, il vérifie à nouveau la position du parent
- Si la situation n'est pas référée à « Jeunes-Parents » (refus du parent – non implication du parent), le juge fixe une date d'audition pour l'enquête sur les mesures applicables
- Si le parent accepte, le juge rend un jugement intérimaire d'une durée de trois mois qui peut être révisé en tout temps si des faits nouveaux surviennent
- Le dossier est révisé à tous les trois mois par le même juge, et ce, durant une année



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

ORIENTATIONS – DÉFIS

CRUV	CJQ	CHAMBRE DE LA JEUNESSE
Rejoindre les clientèles les plus vulnérables là où elles font une « demande » de service; Faire une offre de services spécialisés en dépendance dans un contexte qui offre un levier de changement; Mobiliser la personne dans une démarche de changement en lien avec sa dépendance; Fournir un accès prioritaire et rapide aux services de réadaptation; Dispenser des services de façon concertée.	L'intervention du DPJ Une intervention d'autorité, intrusive et non volontaire à une intervention visant aide, conseil et assistance; Une responsabilisation et une mobilisation du parent à régler les problèmes qui compromettent la protection de leurs enfants; L'accès rapide pour la clientèle à des services d'aide en lien avec leurs problématiques; Une concertation avec les ressources du milieu pour aider le parent à mettre fin à la compromission.	Mieux connaître le degré de vulnérabilité des parents, les mesures d'aide disponibles, ainsi que leur motivation à s'impliquer. Assurer en tout temps la protection de l'enfant tout en lui permettant si possible de demeurer avec son parent ou de revenir rapidement avec lui. S'assurer que les services d'aide sont dispensés aux parents, et ce, tout en respectant les délais légaux.

Pertinence du projet



CONSTATS

- 32 % des mères et 40 % des pères dont les enfants sont signalés en protection de la jeunesse auraient des problèmes de consommation (Forget, 2000)
- Des signalements retenus par problématiques au Québec en 2008-2009, la négligence est la plus importante
- Le taux d'abus et de négligence serait de 10 à 16 fois plus élevé chez les parents toxicomanes VS population en général (Bilan 2005-2006, DPJ, Centre jeunesse de Montréal)
- La parentalité est un levier de changement par rapport à des comportements problématiques en regard de la consommation
- Clientèle qui a peur de demander de l'aide: appréhension face au risque de perdre l'enfant, difficulté à reconnaître l'importance ou l'étendue de leurs difficultés
- L'intervention du DPJ crée une crise qui offre une fenêtre d'opportunité propice au changement, à la mobilisation
- L'implication du judiciaire est un levier supplémentaire au changement
- Impact du placement sur les jeunes enfants pour le développement du lien d'attachement



PROJET GÉNÉRAL

- Depuis septembre 2008 – Trajectoire « volontaire »
- Offre de service tout au long du processus d'évaluation: du signalement à l'application des mesures
- De septembre à avril 2009, comité de suivi (comité interne aux deux établissements) qui nous a permis de:
 - Définir le processus de référence
 - Mieux connaître nos missions respectives
 - Définir les paramètres entourant la confidentialité et l'échange d'informations
 - Définir les modalités de collaboration
 - Systématiser la formalisation des PSI autour d'une réelle concertation



EN AVRIL 2009

- **Implication d'un troisième acteur: Cour du Québec, Chambre de la jeunesse**

- Concertation avec le monde judiciaire
- Période d'ajustement: avril à septembre
- Comité directeur



CONSTATS

- **Culture différente, ex: qui est le client ?**
 - Pour le CJQ: Client/enfant et sa famille
 - Pour le CRUV: Personne d'abord/parent après, incluant l'enfant
 - Pour le Judiciaire: L'enfant et sa famille
 - Nouveau dossier / dossier en traitement
- **Des apprentissages dans l'appréciation de la problématique**
 - Distinction entre dépendance et utilisation de substance
 - Confrontation de croyance, ex.: client référé non retenu par le CRUV (non dépendant, mais consommation)



- **Préciser les zones d'expertise et déterminer nos rôles et responsabilités, ex.:**
 - Évaluer les capacités parentales (rôle du DPJ)
 - Déterminer la compromission (rôle du DPJ et de la Cour)
 - Évaluer la gravité de la dépendance (rôle du CRUV)
 - Judiciaire: Détermine la compromission
Décisionnel sur l'orientation
- **Amener la nécessité de développer des connaissances et des référents communs: formations de part et d'autre**
- **Changement de pratique**



AVANTAGES DU PROJET

- Utilisation du contexte pour la mobilisation du parent
- Accès rapide et même prioritaire à une évaluation et à des services spécialisés
- Accompagnement du parent par les intervenants et le tribunal
- Concrètement, possibilité de maintenir l'enfant auprès de son parent durant la thérapie ou de le reprendre rapidement
- Effort tangible pour appliquer l'esprit de la réforme de la Loi de la protection de la jeunesse
- Concertation des ressources pour aider le parent à contrôler sa dépendance en assurant la sécurité de son enfant
- Permet un éclairage supplémentaire pour la clarification du projet de vie d'un enfant, notamment quant à la prestation des services fournis et à l'implication du parent
- Permet l'assurance à la disponibilité du service



CONDITIONS GAGNANTES

- Ouverture à la culture et à la réalité des acteurs en présence
- Croyance sur la valeur ajoutée
- Construction d'une relation de confiance
- Orientation du programme discuté en concertation
- Développement du programme en continu
 - Attention particulière aux ajustements au fur et à mesure
 - Attention aux besoins exprimés
- Reconnaissance de l'expertise et de l'inter-dépendance incontournable
- Mécanismes de suivi
- Miser sur l'interdisciplinarité

RÉSULTATS

- Nombre de dossiers volontaires: 41
- Nombre de dossiers judiciaires: 9
 - Origine de la référence: 3 avocats de la défense
4 juges (dont 2 recommandations du médecin)
2 CJQ
 - Étape du processus DPJ: 3 évaluation-orientation
6 applications des mesures
 - L'évolution: Pour 6 clients / 9 : Implication soutenue
Pour 3 clients / 9: Implication mitigée

JEUDI 10 JUIN – PLENIERE 3

L'INTERVENTION AUPRES DES DETENUS AYANT DES PROBLEMES D'ADDICTION : LE PROGRAMME TOXICOMANIE JUSTICE

ANNIE BELLAVANCE, PSYCHOLOGUE, ÉQUIPE JEUNESSE, CRUV, PATRICK ARIAL, PSYCHOÉDUCATEUR, CJQ-IU ETYVAN GINGRAS, COORDONNATEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS, CRUV

Naissance du projet

- ▶ CRUV à l'EDQ depuis 2004
- ▶ Invitation à participer au projet de département
- ▶ Comité de travail avec l'éducation des adultes aussi présent à l'EDQ depuis 1981

Un « work in progress »

- ▶ Communications diverses sur une base régulière afin d'effectuer les mises au points nécessaires
- ▶ Nous nous sommes donné une année
- ▶ Révision du Plan d'intervention aux trois mois





Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

- ▶ Début du programme, le 28 septembre 2009
- ▶ Département de détention à sécurité minimum
- ▶ Inscrit à l'école à mi-temps
- ▶ Thérapie dans la salle commune du département (maximum 14 hommes)
- ▶ Durée de six semaines, groupe ouvert, pour hommes ayant été sentenciés seulement
- ▶ Coanimation par deux intervenantes du CRUV

Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

Objectifs de la thérapie en milieu carcéral

- Établir un lien de confiance en vue d'une consultation ultérieure
- Comprendre leur problématique de dépendance
- Améliorer la gestion des émotions
- Favoriser la réinsertion sociale
- Prévenir la récurrence



Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

Critères de référence

- ▶ Hommes dont le niveau de sécurité requis en détention est minimal
- ▶ Condamnation supérieure à 90 jours
- ▶ Avoir un minimum de six semaines restantes à purger pour compléter le programme
- ▶ Problématique de consommation alcool / drogue dépistée pour intervention spécialisée de 2^e ligne
- ▶ Être motivé à entreprendre la démarche d'aide
- ▶ Savoir lire et écrire
- ▶ Être capable de fonctionner en groupe

Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

Motifs d'exclusion ou de renvoi

- ▶ mentale non stabilisée par une médication
- ▶ Mauvais dossier disciplinaire (EDQ)
- ▶ Analphabétisme ou refus d'aller à l'école
- ▶ Toute autre personne ne répondant pas aux critères d'admission mentionnés précédemment
- ▶ Cheminement thérapeutique insuffisant

Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

HORAIRE DU DÉPARTEMENT DE TOXICO

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
A	Groupe A et B (14) Session toxico ▪ Connaissance de soi	Groupe A (7) Toxico ▪ Saines habitudes de vie Groupe B (7) École	Groupe A et B (14) Session toxico ▪ Prévention de la rechute	Groupe B (7) Toxico ▪ Connaissance de soi Groupe A (7) École	Groupe A (7) ▪ ITSS ▪ Point de repères Groupe B (7) École
M	Groupe A (7) École Groupe B (7) Zoothérapie	Groupe B (7) Toxico ▪ Saines habitudes de vie Groupe A (7) École	Groupe A et B (14) ▪ Travail individuel ▪ Rencontres multidisciplinaires ▪ Bilans	Groupe A (7) Toxico ▪ Connaissance de soi Groupe B (7) École	Groupe A (7) École Groupe B (7) ▪ ITSS ▪ Point de

Le département spécialisé en toxicomanie à l'EDQ

Thèmes abordés

- ▶ Hygiène de vie
- ▶ Gestion des émotions
- ▶ Affirmation de soi et communication
- ▶ Estime de soi
- ▶ Prévention de la rechute, cycle d'assuétude
- ▶ Réseau social, ressources
- ▶ Connaissance de soi

Ingrédients gagnants

- Rendre la communication plus accessible :
Du temps pour se parler
- Des règles portées par les trois partenaires,
 - Éviter les conflits et le clivage des clients
Ex. : Rencontre du lundi matin
- Le bon client au bon endroit



Les améliorations possibles

Point de vue clinique

- Vision commune de la réinsertion des personnes incarcérées
- Formation sur la toxicomanie pour les agents des services correctionnels
- Éducateur du CRUV en détention afin de produire les évaluations IGT sur place
- Aménagement d'un local et d'un bureau à l'extérieur du département

Programme en toxicomanie pour les jeunes sous le couvert de la loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) en garde fermée.



Pertinence du programme

- ▶ Lourde consommation de psychotropes chez les adolescents et leur résistance à être aidés
- ▶ Services en toxicomanie inexistantes donc ne trouvaient pas de réponse à leurs besoins
- ▶ CRUV avait développé une expertise avec la clientèle adulte en détention
- ▶ Important d'assortir aux mesures de contrôles des mesures d'aide qui puissent permettre aux jeunes d'enclencher un processus thérapeutique

Objectifs du programme toxicomanie justice pour les adolescents

- Dispenser des services spécialisés en toxicomanie aux jeunes séjournant en garde fermée sous le couvert de la LSJPA :
 1. Sensibiliser le jeune à la problématique de toxicomanie et de délinquance en vue de réduire les risques s'y rattachant (réduction des méfaits)
 2. Guider l'adolescent dans sa compréhension du phénomène de la toxicomanie et de la délinquance et leur ramifications (ex. : liens entre toxicomanie et agissements délictueux)
 3. Identifier des situations à risque de consommation et/ou d'agissements délinquants (prévention de la rechute) et identifier des stratégies visant à réduire ou cesser sa consommation ainsi que les méfaits
 4. Accompagner le jeune dans un changement de style de vie, particulièrement aux niveaux de sa consommation de psychotropes



Caractéristiques de l'application du programme

- Un intervenant du CRUV se déplace en milieu fermé et complète le suivi amorcé à l'externe si nécessaire
- Responsabilité du CJQ-IU d'identifier les besoins de l'adolescent et de s'assurer que la situation correspond aux critères du programme
- La durée du suivi est de six à huit rencontres qui peuvent se prolonger au besoin (Il faut noter que le suivi à long terme n'est pas recommandé pour ce profil de clientèle. Il vaudrait mieux cesser le suivi et reprendre plus tard un bloc de 6 à 8 rencontres)

Description du programme

- S'adresse aux adolescents et adolescentes de 14 ans et plus, pour qui s'applique une peine de mise sous garde fermée d'au moins six mois en centre de réadaptation
- Les adolescents sont admis indépendamment de leur niveau de volontariat, de la sévérité de leur toxicomanie et de leur objectif personnel de consommation



JEUDI 10 JUIN 2010 – ATELIER 1

LES APPROCHES MOTIVATIONNELLES : COMMENT SUSCITER, DEVELOPPER ET MAINTENIR LA MOTIVATION AU CHANGEMENT CHEZ LES PERSONNES DEPENDANTES ?

CANDIDE BEAUMONT, QUEBEC

Objectif principal de l'atelier :

- Présenter les fondements et le style de counselling des approches motivationnelles

Objectifs spécifiques :

- Réflexion sur les motivations (Souvent secrètes!)
- Réflexion sur le changement (Rarement facile!)
- Sensibilisation au style d'intervention des approches motivationnelles (Fondé sur l'empathie!)
- Connaissance de quelques stratégies visant à aider la personne à préciser sa motivation face au changement (« Empathie directive »)

QUELQUES RÉFÉRENCES dans la section Bibliographie à la fin des actes

Reproduction autorisée avec la mention : « Présentation de Candide Beaumont, Ma Ps, Psychologue, revu et conçu d'après expérience et lectures. »



Souvent secrètes !

Réflexion sur les motivations

*Si importantes!
Le moteur du changement ce n'est
pas le problème mais bien la
motivation à affronter la situation.*

*Pourtant si peu utilisées par les
intervenants pour aider leurs clients à faire
des choix valables*

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivation... une affaire

- De décision personnelle
- De choix
- Chacun à sa façon

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivation: une affaire d'autodétermination

Decy et Ryan (Début vers 1980...)

- Phénomène complexe
- Types /degrés entraînant des comportements différents

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivation: une affaire d'autodétermination

Decy et Ryan (Début vers 1980...)

- **Motivation intrinsèque**
 - Pousse à l'action parce que l'action est intéressante, pour le défi, pour le plaisir d'agir en soi...
- **Motivation extrinsèque**
 - Agir pour un but extérieur à soi

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Motivation: une affaire d'autodétermination

- Les individus sont motivés par des éléments différents
- Les activités ou les tâches ne sont pas motivantes en soi... elles le sont en fonction de la valeur motivationnelle, celle que leur attribue l'individu (valeur motivationnelle)
- La « valeur motivationnelle » est intimement personnelle seulement

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Continuum de la motivation

- Amotivation
- Motivation extrinsèque
 - Régulation externe
 - Pour satisfaire une demande extérieure
 - Régulation projetée (Introjection)
 - Sous la pression extérieure mais action posée pour éviter un déséquilibre ou une baisse d'estime de soi
 - Identification
 - Règle est acceptée comme s'il choisissait
 - Intégration
 - Individu utilise son rationnel pour justifier (intégrer) les contingences extérieures, les changements inévitables...
- Motivation intrinsèque
 - Causalité interne

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivation intrinsèque

Pousse à l'action parce que l'action est intéressante, pour le défi, pour le plaisir d'agir en soi...

- Motivation intrinsèque: important réservoir d'énergie pouvant être utilisé **seulement si**:
 - Sentiment de compétence
 - Sentiment d'autonomie

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Motivation extrinsèque

Agir pour un but extérieur à soi

- La plupart des actions des adultes sont motivées par des attentes extrinsèques et pas seulement pour le plaisir, le défi, la conviction profonde, le sentiment du devoir accompli...
- Ce qui est accepté... pour socialisation.. vers l'intégration

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

La clé : l'autonomie

- Fournir un motif rationnel à l'action ou au changement
- Reconnaître l'ambivalence
- Laisser le libre-choix....

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Implications de la théorie

- Le mouvement motivationnel est possible ..
- Augmenter le sentiment d'appartenance, de lien (alliance thérapeutique...)
- Augmenter le niveau de compétence perçue:
 - Feedback
 - Soutien
 - Défi à sa mesure

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Le libre choix... avec ses résolutions...



Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Le libre choix avec... ses tentations, ses écarts et ses rechutes!



Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Rarement facile!

Réflexion sur le changement

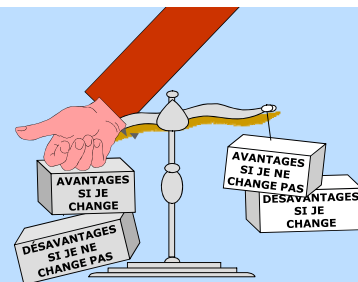
Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Réflexion sur le changement

- Pourquoi vos clients ne changent-ils pas quand vous leur dites que cela est nécessaire, mieux...?
- Pourquoi n'arrêtent-ils pas de fumer, de boire... alors que leur vie, leur longévité en dépend!
- Qu'est-ce qui peut bien les garder dans leur « problème »?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

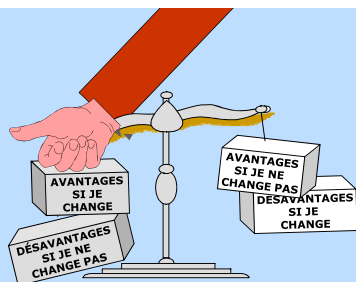
Comment voyez-vous votre rôle dans la décision de changer de vos clients?



Allez quoi! Cessez donc de...!

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Comment voyez-vous votre rôle dans la décision de changer de vos clients?



Quel impact cette vision a-t-elle sur vous-même?

Quel impact cette vision a-t-elle sur votre client?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivé! Pas motivé!

✓ SUR QUOI L'INTERVENANT SE BASE-T-IL POUR JUGER QU'UN CLIENT EST MOTIVÉ ?

- ✓ Le client manifeste clairement son désir de changement
- ✓ Le client indique son désir d'aide
- ✓ Le client est d'accord avec le thérapeute
- ✓ Le client accepte l'étiquette du diagnostic
- ✓ Le client démontre de la détresse
- ✓ Le client est d'accord, se soumet aux recommandations de l'intervenant

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivé! Pas motivé!

✓ SUR QUOI L'INTERVENANT SE BASE-T-IL POUR JUGER QU'UN CLIENT EST MOTIVÉ ?

- ✓ Le client manifeste clairement son désir de changement
- ✓ Le client indique son désir d'aide
- ✓ Le client est d'accord avec le thérapeute
- ✓ Le client accepte l'étiquette du diagnostic
- ✓ Le client démontre de la détresse
- ✓ Le client est d'accord, se soumet aux recommandations de l'intervenant

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivé! Pas motivé!

✓ SUR QUOI L'INTERVENANT SE BASE-T-IL POUR JUGER QU'UN CLIENT N'EST PAS MOTIVÉ ?

- ✓ Le client est en désaccord avec l'intervenant
- ✓ Le client refuse d'accepter le diagnostic ou d'autres jugements thérapeutiques
- ✓ Le client n'exprime pas de désir ni de besoin d'aide
- ✓ Le client n'est pas en détresse au sujet de sa condition
- ✓ Le client ne se plie pas aux suggestions de l'intervenant

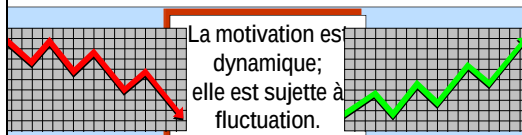
Source principale: Travaux de W.R. Miller et S. Rollnick

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

CE QU'EST LA MOTIVATION?

La probabilité que la personne initie, continue et adhère à une stratégie spécifique de changement.

État de disponibilité
et de désir ardent de changer.



**DÉFI PRINCIPAL DE L'INTERVENANT:
INFLUENCER LA MOTIVATION**

Comment les changements surviennent-ils?

- Les changements naturels
- Les résultats des interventions brèves
- Effet placebo
- Les effets de la confiance et de l'espoir
- Les effets des intervenants eux-mêmes
- L'effet "liste d'attente"
- Les effets du discours sur le changement

Miller et Rollnick (Miller, 2000)

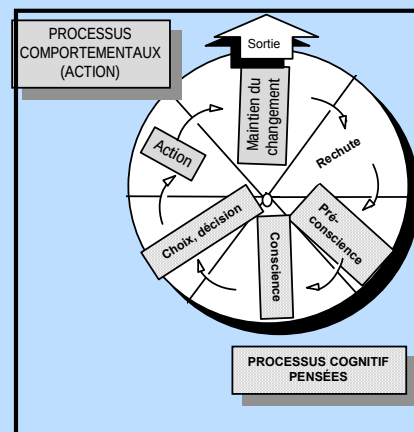
**Le réflexe de l'expert-aidant
(ou réflexe correcteur)**

Je veux **ton** bien...
comme **je** le vois

et

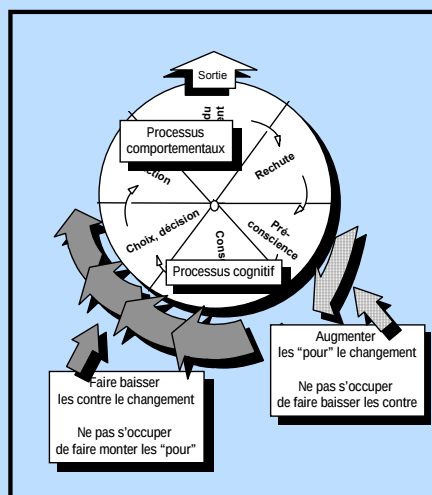
Je vais te dire
comment l'atteindre

LE CHANGEMENT: UN PROCESSUS DE MOTIVATION PAR ÉTAPE - (Travaux de Prochaska et coll.)



LES « POUR » ET LES « CONTRE » DU CHANGEMENT

(Travaux de Prochaska et coll.)



Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

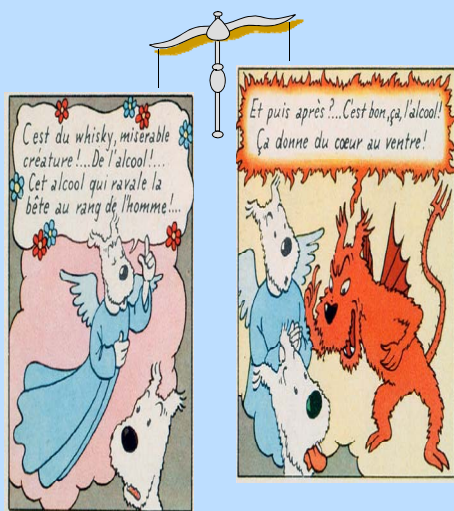
Prochaska et diclemente

■ Le modèle présume que:

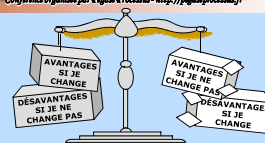
- Les gens aux prises avec un problème de consommation sont foncièrement ambivalents sur la nécessité de changer de comportement
- Qu'ils voient à la fois les bons et les mauvais côtés

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

L'ambivalence le nœud du conflit



Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Pour le changement

Contre le changement

AVANTAGES SI JE CHANGE

Une amélioration de sa santé physique
Une amélioration de ses "humeurs"
Une chance de trouver de nouveaux amis
Plus de capacités à composer avec la vie
De meilleures relations familiales
Des chances de développer d'autres intérêts
Des chances de retrouver d'anciens intérêts ou passions
Une meilleure image de soi, plus de confiance...

DÉSAVANTAGES SI JE NE CHANGE PAS

Une diminution de mes capacités physiques (nausées, engourdissement, difficultés de concentration, problèmes de sommeil)
Des séquelles sur le plan médical
La perte d'amis
La perte de sa famille
Perte, détérioration d'une relation intime
Des possibilités de problèmes légaux
La possibilité que l'habitude de consommer s'installe de plus en plus au fil des ans
De la violence familiale
Des pertes d'emploi
Pertes d'occasions de rencontres, de sorties...
Des pertes d'opportunités de trouver un travail et de travail

AVANTAGES SI JE NE CHANGE PAS

Des émotions agréables
Des sensations physiques agréables
La réduction des émotions désagréables
La méthode la plus efficace pour "passer à travers"
Meilleures habiletés sociales
Quelque chose de plaisant à faire
Garder mes amis
Facilite l'intimité

DÉSAVANTAGES SI JE CHANGE

Débordement d'émotions négatives
Rien de bon à attendre de la vie
Perte d'amis
Fortes envies continues de consommer
Perte d'habiletés sociales
Incapacité à "passer à travers"

D'après Miller, Rollnick, Prochaska & alt., Westermeyers

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

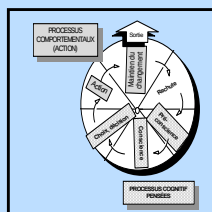
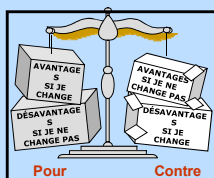
Résistances au changement

Nier,
Argumenter,
Interrompre,
Élever le ton,
Faire la sourde oreille,
Prévoir le pire,
Éviter, changer de sujet
Minimiser,
Justifier, rationaliser
Etc...

Résistances =
« Je ne suis pas encore rendu là! »
Mécanismes protecteurs employés
en réponse au style, aux
interventions et/ou aux attentes de
l'intervenant (tels que perçus par le
client)

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
Révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

« Diagnostic motivationnel »



- Amotivation
- Motivation extrinsèque
 - Régulation externe
 - Pour satisfaire une demande extérieure
 - Régulation projetée (Introjection)
 - Sous la pression extérieure mais action posée pour éviter un déséquilibre ou une hausse d'estime de soi
 - Identification
 - Règle est acceptée comme s'il choisissait
 - Intégration
 - Individu utilise son rationnel pour justifier (intégrer) les contingences extérieures, les changements inévitables...
- Motivation intrinsèque
 - Causalité interne

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Échelles de disposition au changement de Rollnick

Désireux: réfère à l'importance de changer – Échelle d'importance de Rollnick

Capable: a trait à la confiance de réussir le changement – Échelle de confiance de Rollnick

Prêt: Une question de priorité



1.....5.....10

Prêt? Désireux? Capable?
prêt+désireux+capable?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Michèle...

- Michèle, une cliente âgée de trente-cinq ans vient me rencontrer.
- Elle m'explique qu'elle consomme de la cocaïne qu'elle s'injecte. Elle me dit qu'elle fait souvent des fêtes de 2-3 jours, ce sans dormir.
- C'est un problème très présent pour elle dans sa vie, d'autant plus qu'elle est enceinte de cinq mois.
- Elle vit avec son conjoint depuis un an; il consomme lui aussi.
- A la fin de la rencontre elle me dit qu'elle est prête à commencer une thérapie dans les deux semaines.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures.
révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

« Empathie directive »

Quelques stratégies motivationnelles

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Étapes de changement	Tâche de l'intervenant
Précontemplation	Conscientiser les clients aux risques encourus et les problèmes qui lui occasionnent son comportement. Semer le doute.
Contemplation	Discuter des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo
Décision	Aider le client à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre
Action	Aider le client à effectuer ces premiers pas
Maintien	Aider le client à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.
Rechute	Aider le client à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



L'entrevue motivationnelle

Traduction libre de Miller, W.R.,

Définition

L'entrevue motivationnelle est une intervention de style directif, centrée sur le client pour stimuler le changement de comportement en aidant le client à explorer et à résoudre l'ambivalence qu'il éprouve à faire ces choix.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

L'ESPRIT DE L'ENTREVUE MOTIVATIONNELLE

■ EVOCATION:

- les éléments critiques du processus de changement sont **chez la personne**
- C'est le travail du clinicien de les mettre à jour.

■ COLLABORATION:

- le clinicien est une ressource; le client est l'expert.

■ AUTONOMIE:

- c'est le client, non le clinicien, qui doit décider de changer et trouver les moyens de le faire.
 - Le clinicien est là comme facilitateur.

Pr
te

4 principes généraux de l'entrevue motivationnelle

1. Exprimer l'empathie

- Si quelqu'un se sent à l'aise d'échanger son expérience avec vous vous pourrez mieux évaluer où et quand il a besoin de votre soutien et quels empêchements il peut rencontrer dans son processus de changement
- L'acceptation facilite le changement
- L'écoute active est fondamentale
- L'ambivalence est normale
- La confrontation hostile augmente le taux d'abandon et les rechutes

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Principes généraux de l'intervention

1. Exprimer l'empathie
2. Faire ressortir les contradictions (entre sa situation actuelle et la situation souhaitée)
3. Aller dans le sens de la résistance et éviter les argumentations
4. Soutenir l'efficacité personnelle

D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url
<http://motivationalinterview.org/>

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

4 principes généraux de l'entrevue motivationnelle

2. Faire ressortir les contradictions

- « La motivation survient quand les gens perçoivent l'incongruence entre où ils sont et où ils voudraient être (Miller, Zweben, Di Clemente & Rychmand, 1992)
- Faire ressortir les contradictions (entre sa situation actuelle et celle qu'il souhaite)
- Le client plutôt que l'intervenant doit avoir envie de changement
- Le changement est motivé par les contradictions (différences) perçues entre le comportement actuel et les valeurs ou buts personnels significatifs.

D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url
<http://motivationalinterview.org/>

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

4 principes généraux de l'entrevue motivationnelle

3 Allez dans le sens de la résistance et éviter les argumentations

- Explorer les résistances plutôt que de les combattre
- En explorant les préoccupations d'un client, l'intervenant peut l'inviter à trouver de nouvelles solutions moins menaçantes
- Éviter d'argumenter
- Ne pas s'opposer directement à la résistance
- Les nouvelles avenues sont proposées, pas imposées
- La résistance est un signal de s'y prendre autrement
- La personne est la source première pour trouver les réponses et les solutions

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

*Presser
le client
comme un citron!?!*



*Pourquoi?
Et pour qui?*

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

4 principes généraux de l'entrevue motivationnelle

4. Soutenir l'efficacité personnelle

- Un client qui pense qu'il **peut** changer aura plus de motivation à essayer de le faire
- Il y a **plusieurs « bonnes façons »** de changer...
- Un plan de changement peut être modifié
- La croyance d'efficacité personnelle est un important renforçateur.
- La personne, et non l'intervenant, est responsable de choisir et de mettre en oeuvre son changement
- Les croyances de l'intervenant au sujet de la capacité de changement de son client est positivement relié au succès.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Entrevue motivationnelle: 2 phases

(W.R. Miller, S. Rollnick)

Phase I - Portrait global

- Susciter la décision de changer
- Amener le client à nommer lui-même ses raisons de changer, son intention de changement et sa confiance d'y parvenir

Phase II - Consolider la décision Entamer les actions

ATTENTION:
NE PAS « FORCER » LE PROCESSUS

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

PHASE I 5 méthodes à employer au début

1. Poser des questions ouvertes (contrairement à l'interrogatoire médical habituel)
 - Parlez-moi de votre consommation?
 - Quelles sont vos inquiétudes?
 - Quels problèmes entourent votre consommation ou qu'est-ce qui pourrait en devenir un?
 - Qu'avez-vous l'intention de faire par rapport à votre consommation?
2. Écouter en faisant des reflets - moyen principal de communiquer l'empathie telle que définie plus haut. Reflets aussi nombreux que possible et sûrement plus nombreux que les questions
3. Affirmer – Approuver - Pour soutenir le sentiment d'efficacité personnelle
 - Ce n'est pas facile ce de faire ce que vous avez fait...
4. Faire fréquemment des synthèses, des résumés
5. Provoquer un discours de changement

D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url
<http://motivationalinterview.org/>

Discours de résistance

Je n'ai aucun problème avec le pot !
Quand je suis high, je suis plus relaxe et créatif !
Je peux boire toute la soirée et ne jamais être chaud !
Il est pas question que je lâche la coke !
Moi j'irai jamais à l'hôpital!
J'ai déjà essayé d'arrêter et j'en suis incapable!
Il y a tellement de choses qui arrivent en même temps que j'ai pas le temps de penser à tout ça et encore bien moins d'arrêter!

Discours-changement

Parfois, quand j'ai consommé, je n'arrive plus à penser ou à me concentrer
Je ne sais pas quoi faire mais il faut bien que ça change
Dites-moi ce que je devrais faire si je vais à l'hôpital
Je pense que si je le voulais je pourrais arrêter
Quand j'ai quelque chose en tête, je suis capable de le faire!

■ Miller.W.R. (1999) - Traduit par Rossignol (2001)

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

La motivation s'exprime via le discours-changement

- *Reconnaissance du problème*
- *Préoccupations*
- *Optimisme face au changement*

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Exemples de questions pour faire ressortir le discours-changement

- *Reconnaissance du problème*
- Qu'est-ce qui vous fait dire que ceci est un problème ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez eu en relation avec votre consommation ?
- De quelles façons vous et vos proches ont été affectés par votre consommation ?
- De quelle façon est-ce que ceci a été un problème pour vous ?
- Comment votre consommation de tranquillisants vous a arrêté de faire ce que vous auriez aimé faire ?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Exemples de questions pour faire ressortir le discours-changement (suite)

- *Préoccupations*
- Qu'est-ce qu'il y a dans votre consommation qui vous préoccupe ou préoccupe vos proches ?
- Qu'est-ce qui vous préoccupe dans votre consommation de drogues ? Qu'est-ce qui pourrait vous arriver ?
- A quel point ceci vous préoccupe ?
- Qu'est-ce qui arrivera, selon vous, si vous ne changez pas ?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Exemples de questions pour faire ressortir le discours-changement (suite)

- *Optimisme face au changement*
- Qu'est-ce qui vous indique que si vous désiriez changer, vous pourriez le faire ?
- Si vous le décidiez, qu'est-ce qui vous encouragerait à changer ?
- Si vous décidiez de changer, quelles stratégies marcheraient pour vous ?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Exemples de questions pour faire ressortir le discours-changement (suite)

- Le fait que vous soyez ici démontre que, en partie tout au moins, vous pensez qu'il soit temps de faire quelque chose?
- Quelles sont les raisons que vous avez identifiées pour faire un changement?
- Qu'est-ce qui vous fait dire que vous devriez changer votre consommation?
- Si vous réussissiez à 100% et que tout fonctionnait sur des roulettes, qu'est-ce qui serait différent?

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Discours de changement (Discours d'auto-motivation)

- Désavantages du statu quo
- Avantages du changement
- Optimisme pour réussir le changement
- L'intention de changer

D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url <http://motivationalinterview.org/>

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Provoquer le discours changement

- Énoncés motivationnels

- Poser directement les questions évoquant le changement
- Utiliser une échelle d'importance du changement (Échelle de Rollnick)
- Exercice de balance décisionnelle
- Faire élaborer sur la situation et sur ses questionnements
- Recherche des extrêmes (le pire et le mieux)
- Avant/ Après
- Analyser les buts et valeurs et les conflits entre ces valeurs et la consommation

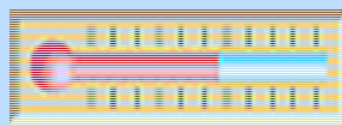
D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url <http://motivationalinterview.org/>

Échelles de disposition au changement de Rollnick

Désireux: réfère à l'importance de changer – Échelle d'importance de Rollnick

Capable: a trait à la confiance de réussir le changement – Échelle de confiance de Rollnick

Prêt: Une question de priorité



1.....5.....10

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Renforcer le discours de confiance de changer

- Poser des questions ouvertes
- Utiliser l'échelle de confiance (Rollnick)
- Revoir les succès passés
- Analyser les forces et les ressources personnelles – Celles de son groupe de soutien...
- Faire un "Brainstorming"
- Donner de l'information et des avis
- Recadrer
- Changement hypothétique/radical – Baguette magique...

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Augmenter la confiance Pièges à éviter

- Prendre charge
- Réconforter
- Perdant/perdant - Gloom à deux

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Augmenter l'importance du changement

- Utiliser la balance décisionnelle
- Utiliser l'échelle d'importance (Rollnick)
- Faire nommer le pire et le meilleur scénario
- Se projeter dans le futur/Se projeter dans le passé
- Faire des reflets sur les objectifs, les valeurs

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Augmenter l'importance du changement

- Utiliser la balance décisionnelle
- Utiliser l'échelle d'importance (Rollnick)
- Faire nommer le pire et le meilleur scénario
- Se projeter dans le futur/Se projeter dans le passé
- Faire des reflets sur les objectifs, les valeurs

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Répondre à la résistance

- Accepter - Reconnaître
- Reflet simple
- Reflet complexe
- Rouler avec la résistance
- Changer de focus
- Recadrer – un autre éclairage
- Augmenter le sentiment d'autonomie personnelle
- Bien entendu c'est vous qui allez décider
- Avis contraire

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Reconnaître s'il est prêt à passer de la phase 1 à la phase 2

- Les résistances diminuent
- Moins de discussions et de questions sur le problème
- "Air décidé »
- Discours vers le changement
- Questions au sujet du changement
- Il fait des prévisions
- Il essaie

D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url <http://motivationalinterview.org/>

Entrevue motivationnelle: 2 phases (W.R. Miller, S. Rollnick)

Phase II

- Consolider la décision
- Entamer les actions

NE PAS « FORCER » LE PROCESSUS

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

PHASE 2

- Stratégies
 - « Quel est le premier pas ? »
 - Quand le client hésite à nouveau: retour aux stratégies de phase I
 - En tout temps: l'esprit...

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Régis Processus - http://pagesprocessus.fr</i> <i>Phase 2</i> <i>Pièges à éviter</i> ■ Sur-prescrire ■ Manque d'orientation, de direction D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url http://motivationalinterview.org/	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Régis Processus - http://pagesprocessus.fr</i> <i>Début - Phase 2</i> ■ Récapituler ■ Donner de l'information et des avis ■ Négocier un plan de changement D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url http://motivationalinterview.org/
<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Régis Processus - http://pagesprocessus.fr</i> <i>Négocier un plan de changement</i> ■ Déterminer les objectifs ■ Considérer les options de changement ■ Faire le plan ■ Provoquer l'engagement D'après un diaporama de Miller trouvé sur Internet à l'Url http://motivationalinterview.org/	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Régis Processus - http://pagesprocessus.fr</i> <i>Repères au sujet de l'entrevue motivationnelle</i> ■ Parlez moins que votre client ■ En moyenne faites 2 reflets pour chaque question ■ Posez la plupart du temps des questions ouvertes ■ Évitez de précéder votre client dans son intention de changer: en lui donnant des avis, en le confrontant, en lui donnant les réponses ■ Utiliser des stratégies menant le client à répéter souvent à haute voix les commentaires « auto-motivant » et de changement. Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



L'approche motivationnelle Conférence organisée par Élieux Procaccia - <http://pagesprocaccia.fr>

Les pièges à éviter
(MI « Traps » and Techniques)
W.R. Miller et S. Rollnick



PIÈGES

- Questions / réponses
- Confrontation / Négation
- Expert
- Diagnostic, généralisation
- Cible prématurée
- Blâme

TECHNIQUES

- Reflet...
- Reflet amplifié
- Reflet à double face
- Changement de focus
- Dans le sens du poil (résistance)
- Recadrage (restructuration de pensées)

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, version 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

L'approche motivationnelle Conférence organisée par Élieux Procaccia - <http://pagesprocaccia.fr>

Stratégies face aux comportements résistants des clients
(verbatim tiré de Miller, 1995) :

Le reflet simple : refléter simplement ce que le client dit.

Le reflet amplifié : refléter en exagérant ou en amplifiant ce que le client dit au point où le client le désavouera. Attention de ne pas trop en mettre et de susciter de l'hostilité.

« Donc, en ce qui te concerne, il n'y a jamais eu de problèmes ou de méfaits directement liés à ta consommation. »

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, version 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

L'approche motivationnelle Conférence organisée par Élieux Procaccia - <http://pagesprocaccia.fr>

Stratégies face aux comportements résistants des clients
(verbatim tiré de Miller, 1995) :

Le double reflet: refléter l'ambivalence (d'un côté, et de l'autre...)

CLIENT: Mais je ne peux pas arrêter maintenant. Tous mes amis consomment.
AIDANT: Vous avez de la difficulté à imaginer comment vous pourriez ne pas boire avec vos amis et en même temps, vous vous inquiétez de l'effet que l'alcool a sur votre santé.

Changer le point de mire: enlever l'attention sur l'élément problématique. Vous pouvez bien y revenir plus tard.

CLIENT: Mais je ne peux pas arrêter maintenant. Tous mes amis consomment.
AIDANT: Il ne faut pas mettre la charrue devant les boeufs. J'te parle pas d'arrêter et je crois pas que l'on devrait en discuter maintenant. Terminons le feedback et on regardera plus tard s'il y a lieu de faire quoique ce soit.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, version 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

L'approche motivationnelle Conférence organisée par Élieux Procaccia - <http://pagesprocaccia.fr>

Stratégies face aux comportements résistants des clients
(verbatim tiré de Miller, 1995) :

Encaisser la résistance:
Lorsqu'un client semble rejeter tout ce qui est dit.

Mettre l'emphase sur la liberté de choix du client. Les clients résistent lorsqu'ils se sentent coincés. Il est facile, de par nos techniques, notre façon d'être, de forcer les clients à prendre une décision qu'ils ne veulent pas vraiment prendre.

CLIENT: Ouais, mais j'peux pas arrêter d'même, j'veux dire tous mes amis consomment.
AIDANT: Il se peut que lorsque nous aurons fini, vous décidiez qu'il est mieux de continuer à consommer comme avant, que ce soit trop difficile de changer. Ce sera à vous de décider.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, version 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Stratégies face aux comportements résistants des clients (verbatim tiré de Miller, 1995) :

Recadrer: stratégie qui consiste à inviter le client à voir un problème sous un nouvel éclairage :

CLIENT: Ma femme est toujours sur mon dos à cause de ma consommation.

AIDANT: C'est peut-être sa façon de démontrer qu'elle s'inquiète pour toi et ta santé.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Repères au sujet de l'entrevue motivationnelle

- Parlez moins que votre client
- En moyenne faites 2 reflètes pour chaque question
- Quand vous faites des reflètes faites plus de reflètes « complexes » que de reflètes simples (la moitié du temps)
- Posez la plupart du temps des questions ouvertes
- Évitez de précéder votre client dans son intention de changer: en lui donnant des avis, en le confrontant, en lui donnant les réponses
- Utiliser des stratégies menant le client à répéter souvent à haute voix les commentaires « auto-motivant » et de changement.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Motivationnel en Groupe

- Diverses façons de concevoir:
 - groupe à approche motivationnelle
 - groupe « motivationnel » à thèmes
 - Groupe utilisant diverses techniques motivationnelles.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Groupe motivationnel « pur »

- Le Motivational Enhancement Therapy - Projet MATCH (Miller, Zweben, Di Clemente & Rychtarik, 1995) = quatre rencontres.
- Les clients participant à l'étude ont complété **une série de tests de dépistage et d'inventaires** les questionnant sur leur consommation, leur réseau social et leur santé psychologique. Certains de ces éléments étaient utilisés pour produire un **Bilan**
- Maximum 4 participants
- 60 et 90 minutes,
- Les première, deuxième et troisième rencontres = Intervalle d'une semaine et la quatrième a lieu quatre semaines après la troisième rencontre, donc à la septième semaine.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Groupe motivationnel « pur »

- **Préalable:** Inventaires et tests
- **Amorce du groupe** (Consigne spécifique au groupe motivationnel)
 - délimiter le temps disponible;
 - remercier les clients pour avoir complété les questionnaires d'évaluation;
 - une explication des consignes de confidentialité;
 - une explication de la « non-coercition » au changement inhérent à l'EM;
 - une invitation à réfléchir sur leur situation, à avoir une discussion constructive sur l'opportunité de changer un comportement possiblement problématique;
 - rappeler le *Libre arbitre* des individus.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Groupe motivationnel « pur »

- **Première rencontre:**
 - Accueillir et faire connaissance
 - Informer du fonctionnement du groupe – nombre de rencontres, durée des rencontres et du programme – objectifs visés – libre arbitre –, contenus discutés
 - Absences, confidentialité
 - Explorer les raisons les ayant poussés à participer –
 - Cerner les éléments de la balance décisionnelle des clients,
 - Vérifier leur niveau de confiance à effectuer un changement au niveau de leur consommation (efficacité personnelle),
 - Vérifier l'état de l'ambivalence face au changement
 - Mieux cerner la place de chaque client dans le cycle du changement

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Groupe motivationnel « pur »

- **Explication du déroulement :**
 - survol de la situation individuelle des clients
 - présentation du bilan (comprenant un rappel que les individus sont libres de partager ou non leur résultats d'évaluation)
 - période de commentaires et de réactions face au bilan
 - un échange sur la possibilité d'entrevoir une modification de comportement.
- **Explication des consignes particulière à l'EM :**
 - évitez les étiquettes
 - évitez de commander ou de prescrire
 - évitez les argumentations
 - évitez de blâmer
 - rappel du partenariat conseiller/client.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Groupe motivationnel « pur »

- **Deuxième rencontre:** présentation du Bilan.

Feedback personnalisé - des membres du groupe.

Niveau de consommation,

Sévérité des conséquences négatives de leur consommation et résultats d'inventaires mesurant leur niveau de fonctionnement psychosocial et psychologique.

Ne pas briser la confidentialité de chaque participant et présente donc les résultats du bilan de façon générale (*ex: les personnes ayant un score X, ont généralement.....*).

En plus du bilan, chaque participant reçoit un document intitulé "*Comprendre votre bilan*" Ce document explique plus en détails les divers résultats contenus dans le bilan des clients.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Éliane Provençal - http://pagesprovençal.fr</i> <i>Groupe motivationnel « pur »</i> <i>Vincent Rossignol, MA - Centre de recherche de l'Hôpital Douglas-Programme de recherche sur les addictions</i> ■ Troisième rencontre = mise en œuvre, le cas échéant, d'un plan de changement. ■ Quatrième rencontre = rencontre de suivi permettant d'évaluer les progrès, les questionnements, les obstacles et les succès des participants. Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Éliane Provençal - http://pagesprovençal.fr</i> Approches Motivationnelles Efficacité Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.
<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Éliane Provençal - http://pagesprovençal.fr</i>  Jacques Bergeron, Université de Montréal, RISQ et Hélène Simoneau, Centre Doland-Cormier, RISQ Motivation et persévérance en traitement: la part du client ou l'apport du thérapeute? Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Éliane Provençal - http://pagesprovençal.fr</i> • Importance prépondérante de 3 concepts motivationnels : • Le stade de motivation • Le niveau d'auto-détermination • Le sentiment d'efficacité personnelle -- Bergeron et Simoneau, RISQ -- 19 Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par l'Equipe Proccesu - http://pagesproccesu.fr</i> <i>Résultats – Preuves de l'efficacité de l'Entrevue motivationnelle</i> ■ Plusieurs évaluations rigoureuses ■ Projet MATCH: 4 séances de thérapie de renforcement motivationnelle = aussi efficace que 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale ou que le programme A.A. ■ http://casaa.unm.edu/info/pptfiles/2 ■ + efficace quand: le réseau social n'approuve pas la consommation ■ + efficace quand le client est plus en colère. Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par l'Equipe Proccesu - http://pagesproccesu.fr</i> <i>Résultats - Utilisation des modèles thérapeutiques MTT et EM:</i> □ Éventail de professionnels l'utilisent (Large consensus) □ Adapté à toute sorte de changement au niveau de la santé (diabète, diète, médicaments...) Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.
<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par l'Equipe Proccesu - http://pagesproccesu.fr</i> <i>Résultats – Preuves de l'efficacité du Modèle transthéorique</i> ■ Le MTT : pas de solides données empiriques confirmant ou infirmant l'efficacité ■ Modèle très ambitieux et difficile à mesurer ■ A surtout permis de considérer la dépendance comme ayant un début et une fin et à mieux nous adapter aux besoins de nos clients À clarifier les objectifs à poursuivre avec chacun, selon l'étape du changement. Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par l'Equipe Proccesu - http://pagesproccesu.fr</i> <i>De quoi dépend le changement en psychothérapie (1)</i> ■ 40% ■ Facteurs externes n'appartenant pas à la thérapie (conditions de vie, entourage, environnement, caractéristiques du client...) ■ 30% ■ Dépend de la relation thérapeutique (client-intervenant) ■ 15% ■ dépend de l'espoir et des attentes du client (motivation) ■ 15% ■ dépend des techniques d'intervention. (1)Asey et Lambert, 1999 Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Équipe Processus - http://pagesprocauau.fr</i> <i>Parmi les caractéristiques de succès reliés au client</i> ■ Disposition au changement ■ Stade de motivation (Prochaska et Di Clemente) ■ Confiance, sentiment d'efficacité personnelles par rapport à sa capacité de changer ■ Réponses efficaces à l'envie de consommer Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Équipe Processus - http://pagesprocauau.fr</i> <i>Parmi les caractéristiques de succès reliés à la relation client-aidant</i> ■ Empathie, ■ Chaleur ■ Congruence ■ Authenticité ■ Flexibilité ■ Soutien à la recherche de buts Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.
<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Équipe Processus - http://pagesprocauau.fr</i> <i>Parmi les approches efficaces</i> ■ Approches motivationnelles ■ Approches cognitives comportementales ■ La prévention des rechutes ■ Modèles des A.A. ■ Et certaines combinaisons d'approches Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.	<i>L'approche motivationnelle Conférence organisée par Équipe Processus - http://pagesprocauau.fr</i> <i>Quelques approches motivationnelles</i> ■ Autodétermination - Deci et Ryan ■ Modèle transthéorique - Prochaska et Diclemente, ■ Miller & Rollnick, 2002– Entretien motivationnel ■ Motivationnal enhancement therapy □ Intervention motivationnelle la plus démontrée □ Un protocole – Manualisée □ Techniques de l'entretien motivationnel et feedback comparant leur consommation et leur situation à celle de la population générale ■ Besoins d'abord – ASAM Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.



Parmi les modalités efficaces

- Individuel
- Modèles avec membres de l'entourage (conjugale, familiale...)
- Groupe

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Résultats

- L'efficacité du traitement dépend davantage des liens que nous établissons avec le client que de tout autre facteur.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Jean-Paul

Jean-Paul se présente à votre bureau de consultation externe. Son employeur lui a dit de « régler son problème d'alcool » sans quoi il perdrait son emploi. Jean-Paul vous dit : « Je n'ai pas le choix de venir vous voir! Mais vous savez, depuis le temps que je bois, je suis certain que je ne serai jamais capable d'arrêter.... Je ne sais pas trop ce que je fais ici! Aussi bien donner ma démission... 15 ans de travail. Mes sorties, c'est dans les bars, tout mon monde est là... C'est toute ma vie! ».

Identifier le stade de changement
Intervention pour passer au stade suivant
Pratique d'entretien

[Retour](#)

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

Jeanne

- Jeanne en est à sa 2^{ème} condamnation pour conduite avec facultés affaiblies. Elle a 23 ans et vit avec une amie dans un appartement de deux chambres. Elle a commencé à boire à 19 ans et prétend que son arrestation était simplement une erreur que tout le monde peut faire.
- Elle est célibataire et ne fréquente personne pour le moment. Elle dit prendre un verre pour se détendre après une journée de travail et se décrit comme étant une buveuse sociale. Elle est bouleversée d'être obligée de subir un test de dépistage, pleure durant l'entretien et dit être prête à faire tout ce que le conseiller lui demandera.
- Avec l'autorisation de Jeanne, vous communiquez avec une tierce personne qui vous assure que la situation personnelle de Jeanne les inquiète énormément. Ils se refusent à vous en dire davantage, à l'exception qu'elle vous mentionne qu'elle prend des « pilules pour les nerfs ».

Votre tâche

- Tracer le diagnostic motivationnel de Jeanne.
- Discuter l'impact de ces aspects motivationnels sur la suite des événements et les hypothèses qui en découlent quant à un plan de changement visant à éviter une récidive.

Présentation par Candide Beaumont, Ma Ps., psychologue, revu et/ou conçu d'après expérience et lectures, révision 2007 - Reproduction permise avec cette mention.

JEUDI 10 JUIN 2010 – ATELIER 2

PROGRAMME JEUNES-PARENTS : COMMENT INTERVENIR DE FAÇON CONCERTÉE ET EFFICACE AUPRES DE PARENTS DONT LA DÉPENDANCE COMPROMET LA SÉCURITÉ OU LE DÉVELOPPEMENT DE LEURS ENFANTS ?

CRUV, QUÉBEC ET LE CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC

➤ Voir les contenus présentés précédemment dans la plénière 2 du 10 juin

JEUDI 10 JUIN 2010 – ATELIER 3

ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE À DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : PRÉSENTATION D'UNE EXPÉRIENCE DE GROUPE DE PAROLE

JANICK LE ROY, CCAA ET FRÉDÉRIQUE COIGNARD-DESBORDES, ANPAA 35

➤ Voir les contenus présentés précédemment dans la plénière 1 du 9 juin

JEUDI 10 JUIN 2010 – ATELIER 4

ALCOOL ET PRÉCARITÉ : DU « COMMENT MIEUX FAIRE ENSEMBLE » AU TRAVAIL DE RÉSEAU, UNE RÉPONSE DE PROFESSIONNELS DU MÉDICAL ET DU SOCIAL AVEC LES FAMILLES

GILLES LEMOINE, ALFADI, GAËLLE GOUEROU, L'ESCALE ET PATRICK GILLES, HABITAT 35

➤ Témoignages



VENDREDI 11 JUIN 2010 – PLENIERE 1

POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE : L'ALCOOLISME EST-CE UN PROBLEME DE SANTE OU UN PROBLEME SOCIAL ?

YVES COULOMBIER, CONSEIL GENERAL DU CALVADOS

Yves Coulombier est assistant social spécialisé en alcoologie pour le conseil général du Calvados depuis 1992, il forme des travailleurs sociaux à la gestion sociale des problèmes d'alcool, anime des groupes analyse de pratique, et a pour mission d'aider au règlement des problèmes d'alcool.

C'est en 1992, grâce au RMI que mon poste d'assistant social spécialisé en alcoologie a été créé, il est souvent assimilé à un poste « santé » car il traite des problèmes d'addiction et la question de la légitimité de l'intervenant social dans le domaine de la santé m'a souvent été posée.

Je vais donc aujourd'hui vous faire part de mon point de vue d'assistant social (opinion liée à la position que l'on occupe) sur la question de la légitimité de l'intervenant social, le déni, puis l'alternative de l'alcoologie sociale. Ces trois sujets sont étroitement liés.

Mon point de vue est en perpétuel mouvement, il est celui d'un travailleur social qui a beaucoup échoué et curieusement, dès que je crois détenir une vérité, je rencontre une situation qui me prouve le contraire de ce que je croyais. C'est donc avec beaucoup de relativité que je vous demande d'accueillir mon discours. Je vais essayer de vous parler de généralités et non pas de recettes.

1) LA LEGITIMITE DE L'INTERVENANT SOCIAL

Quand on observe les comportements sociaux face à l'alcoolisme, on constate que les problèmes d'alcool sont fréquemment reconnus comme étant des problèmes de santé, la partie sociale quand à elle est souvent comprise comme accessoire et inutile à travailler tant que le problème d'alcool n'est pas réglé.

L'intervenant social a quelquefois l'impression que son rôle, sa mission, se limite à orienter vers la structure de soins et que sa mission en alcoologie s'arrête à l'entrée en « cure » pour reprendre éventuellement à la sortie, mettant à la disposition du soignant le désigné alcoolique.

D'autres fois, il se bornera, souvent inutilement, à rechercher l'insertion professionnelle, de « l'intéressé ».

On constate des pratiques de l'alcoologie bien différentes suivant les intervenants sociaux, comme si chacun était un peu livré à lui-même dans ce domaine.



Une question se pose alors : l'intervenant social est-il légitime pour travailler dans ce domaine et dans quelles limites ?

Envisageons tout d'abord l'alcoolisme uniquement sous l'angle de la maladie, le médecin serait alors la seule personne compétente et habilitée à diagnostiquer puis traiter le problème.

Si la solution d'un problème d'alcool revenait uniquement au médecin alcoologue, cela présenterait à mon sens au moins deux inconvénients pour le système :

- les problèmes d'alcool ne seraient que rarement traités (uniquement lorsque le « patient » serait prêt à rencontrer le soignant = 6% des alcooliques).
- La seule réponse envisagée serait la cure ou la prise en charge du traitement médical. Ce point de vue, s'il présente des inconvénients, présente aussi des avantages et ce sont sûrement pour ces derniers qu'il existe :

Le fait de « maladiser » l'alcoolique atténue sa culpabilité.

- Cela atténue également la responsabilité de l'intervenant social, justifie les échecs de l'insertion, lui donne raison de ne pas intervenir...



Envisageons maintenant l'alcoolisme comme un problème uniquement social : que de travail pour nous ! Ce point de vue aurait pour avantage de dédouaner le corps médical, mais culpabiliserait la population, l'entourage et notamment l'intervenant social, de ne pas faire plus.

Je suis persuadé que, comme bien souvent, la vérité doit se situer quelque part au milieu, elle est un mélange des deux et peut être d'autres choses encore. On dit que si l'alcoolisme est une maladie, il faut comprendre le terme au sens bio psycho social.

Pour que tout se déroule dans les meilleures conditions possibles, chacun devrait s'occuper de ce qui le concerne, de ce qui est dans ses missions, dans son champ d'intervention. Cela n'empêche pas de communiquer avec d'autres points de vue.

A la question sur la légitimité, la logique voudrait que tant que l'on reste dans les limites du travail social, une pratique de l'alcoologie soit possible

pour l'intervenant social.

2) LE DENI DE L'INTERVENANT SOCIAL

Etre légitime est une chose mais se sentir légitime en est une autre. Si l'intervenant social se sent légitime pour intervenir, il peut ressentir une gêne : Est-il à l'aise avec sa propre consommation d'alcool ? A t-il comme la plupart d'entre nous, dans son entourage, une personne alcoolique ?

En fonction de sa situation, il peut donc être amené plus ou moins consciemment à choisir l'option de ne pas voir un problème d'alcool (cela lui permettra de ne rien faire en ayant bonne conscience), de le minimiser, d'en rechercher les causes s'il n'en a pas la responsabilité... Ces comportements sont à rapprocher me semble-t-il du déni.

Ces comportements sont très variables d'un individu à l'autre

Par exemple, lorsque je travaillais en CHRS, j'ai pu observer les différents positionnements qui cohabitaient au sein de l'équipe éducative : Un de mes collègues ne voyait jamais les problèmes d'alcool, (nous fonctionnions en binômes). Lorsqu'un problème se présentait, j'étais obligé de le « gérer ».

Une autre de mes collègues au contraire, repérait très vite les problèmes, elle était à l'aise avec le sujet et n'avait pas d'appréhension particulière.

A travers cet exemple, on peut constater des différences importantes de comportements professionnels qui vont avoir, des incidences en termes de résultats.

Les conséquences de ce déni de l'intervenant social sont fréquemment intéressantes à court terme pour le travailleur social et favorables à notre alcoolique qui bien souvent n'a pas envie de traiter son problème, au moins dans l'immédiat.

Dans le long terme, la situation sociale risque de plutôt s'aggraver.

Ne pas trouver de légitimité professionnelle lorsque l'alcool pose un problème social est à rapprocher du déni.

Sur le terrain, ce déni peut se manifester de différentes manières par exemple, dans le cadre dur RMI, il est fréquent, (au moins en Normandie), de voir écrit dans les contrats d'insertion : problèmes de santé. Pour la majorité de ces contrats, il s'agit en fait de problèmes d'alcool et quelquefois psychiatriques, que le référent RMI n'a pas osé aborder pour plusieurs raisons possibles:

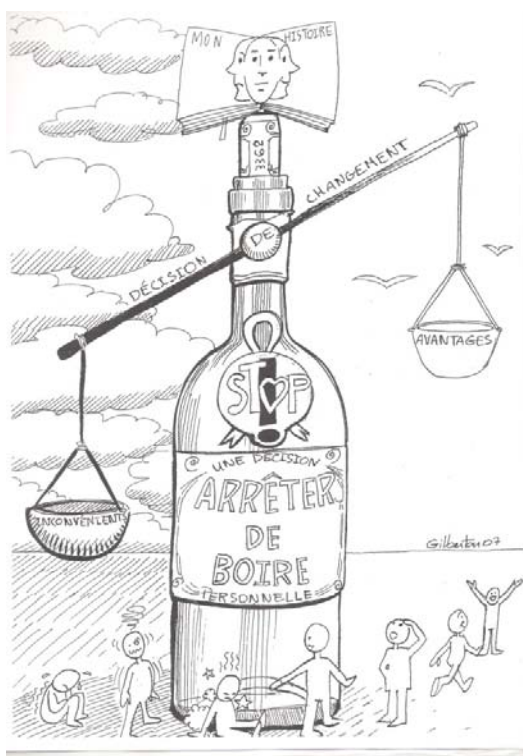
- Par peur ou manque de formation pour le dire.
- Pour ne pas choquer le bénéficiaire.
- Par peur du déni de l'alcoolique. Etc.

3) L'ALCOOLOGIE SOCIALE

Comme on peut souvent le constater, le travailleur social est mal à l'aise face à un problème d'alcool ; on pourrait même aller jusqu'à dire que l'alcoolique lui pose un problème.

Je suis persuadé que si l'intervenant social se sent à l'aise dans la relation, il gagnera en efficacité. Pour cela, il faut envisager non pas une approche soignante mais plutôt sociale. L'alcoologie sociale représente une





alternative, la définition que l'on pourrait en donner est : *Outil destiné à aider l'intervenant social dans sa relation avec une personne qui présente un problème d'alcool.*

En effet, les problèmes d'alcool, tels qu'ils se présentent à l'intervenant social, sont très concrètement sociaux et constituent une entrave voire un obstacle à l'accompagnement et à l'insertion.

L'alcoologie sociale aide à structurer cet accompagnement en proposant une méthodologie d'intervention en cinq étapes destinées à aider l'intervenant social :

➤ **VOIR** un problème d'alcool (le diagnostic social de l'alcoolisme)

Passer de l'impression à la conviction, dépasser son déni, avoir une définition de l'alcoolisme adaptée à sa légitimité...

Ne plus faire référence au modèle médical, pouvoir envisager que la personne a peut être une « solution » alcool qui pose un problème aux autres (proches, collègues, travailleur social ...).

Dans ce cas, il faut renoncer à l'idée que l'alcoolique a un problème d'alcool, modifier son approche, ne plus vouloir l'aider, se centrer sur les personnes en difficulté et non pas sur celui qui boit. Ne pas se focaliser sur le produit mais sur ses conséquences.

➤ **DIRE** ne pas être interrogatif, émettre le message 5/5, être authentique, ne pas chercher à faire « avouer », ne pas le dire à une personne en état d'ébriété...

➤ **DECLANCHER DES CHANGEMENTS** (et non pas l'abstinence totale et définitive), ne pas cautionner l'alcoolisation, contractualiser, verbaliser ce qu'on observe, ne pas rentrer dans le triangle SVP, chercher la résolution du problème et non pas l'arrêt de l'alcool ...

➤ **ORIENTER** la personne vers une structure qui convient à la situation...

➤ **LES PREMIERS TEMPS DU CHANGEMENT, DE LA GESTION OU DE L'ABSTINENCE** : Une phase hyperactive qui précède une phase dépressive, l'anticipation et la dédramatisation de la ré alcoolisation...

Je me suis rendu compte que la plupart des dysfonctionnements en alcoologie étaient dus à des erreurs chronologiques dans l'ordre de ces étapes, le plus pressé étant l'intervenant qui se fixe un objectif lointain comme l'abstinence totale et définitive de son client.

L'alcoologie sociale peut l'aider à situer dans le temps ce qui est fait, ce qui reste à faire, qu'il ressente une sécurité dans le suivi, mesure l'évolution de la relation avec la personne qui présente un problème d'alcool... Envisager l'alcoologie sociale constitue pour moi un moyen de montrer à l'intervenant social la place qu'il peut occuper et la nécessaire complémentarité qu'il peut avoir avec le milieu médical.

➤ *Pour plus de détails, voir l'annexe n°17*



11 JUIN 2010 : PLENIERE 2

ALCOOL ET VIOLENCES INTRA-FAMILIALES : DE LA DESINHIBITION A LA DERESPONSABILISATION

ANDRE PRONOVOST, OPTION, MONTREAL ET JEAN-FRANÇOIS CROISSANT, PEGASE PROCESSUS

VIOLENCE CONJUGALE

Etat de la situation en France

- Une femme meurt tous les trois jours des suites de violences domestiques.
- Un homme meurt tous les treize jours des suites de violences domestiques. Dans plus de la moitié des cas, la femme auteure de l'acte subissait des violences de sa part.
- 13% de toutes les morts violentes recensées en France et dans lesquelles l'auteur a été identifié ont eu lieu dans le cadre du couple.
- 41% des crimes conjugaux sont liés à la séparation (crimes commis par des ex-conjoints ou séparation en cours).
- 23% des auteurs d'homicides se sont suicidés après leur acte (97% d'hommes).

[Tiré de l'Étude nationale sur les décès au sein du couple - bilan des neuf premiers mois de 2006 - Ministère de l'intérieur, France]

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Effets induits par l'alcool

■ Sphère neurologique:

- ❑ Impulsivité
- ❑ Desinhibition
- ❑ Jugement altéré
- ❑ Anesthésie le ressenti émotif (auto prescription)

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

Effets induits par l'alcool (suite)

■ Sphère comportementale

- ❑ Diminue la capacité à régler les conflits par la négociation
- ❑ Inhibe les réflexes de protection

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Effets induits par l'alcool (suite)

■ Sphère sociale

- ❑ Problèmes financiers
- ❑ Relations familiales détériorées
- ❑ Isolement social

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

ALCOOL ET VIOLENCE CONJUGALE

- Sur 3 femmes qui font des demandes d'aide en tant que victimes de violence conjugale 2 rapportent que leur conjoint a un problème de consommation d'alcool (Carlson 1977 dans Brochu 1994)
- 70% des hommes accusés de violence conjugale étaient intoxiqués (drogue ou/et alcool) au moment de commettre leurs gestes violents (Roberts 1988)
- La violence se manifeste 2 fois plus dans des familles où l'un des membres a un problème d'alcool (Kantor et Strauss 1989)

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Alcool et violence conjugale

- Étude portant sur des hommes alcooliques (1)
 - ▣ Incidence 11 fois plus élevée de risque d'agression lorsqu'alcoolisé
 - ▣ 60% des épisodes de violence conjugale surviennent dans les 2 heures qui suivent la consommation d'alcool
 - ▣ Entre 50 et 60% des hommes qui vont en traitement pour alcoolisme disent avoir exercé de la violence envers leur conjointe comparativement à environ 12% chez la population générale
 - ▣ Les hommes qui réduisent leur consommation suite à un traitement en alcoologie sont moins violents envers leur conjointe après le traitement

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

1- Falls-Stewart 2003

Alcool et violence conjugale

- La violence conjugale est plus sévère et risque davantage de causer des blessures physiques lorsque les auteurs ont consommé de l'alcool (2)
- Le lien entre alcool et violence se retrouve également chez les femmes auteures de violence conjugale (3)
- Se mettre en état d'ébriété est le plus important facteur de risque en ce qui a trait à une rechute après avoir suivi un traitement pour violence conjugale (3)

2- Breckiln, 2002
3-Foran et O'Leary 2008

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Alcool et violence conjugale

■ Croyances

- ❑ De croire que la consommation d'alcool va conduire à des comportements violents augmente le risque d'agression envers la partenaire (Field et al., 2004)

■ Relationnel

- ❑ Des tensions dans la relation conjugale vont amplifier le lien entre la consommation d'alcool et la violence conjugale (White et al., 2001)

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

Raisons données par les femmes pour expliquer l'agressivité du conjoint (1)

- Volonté d'imposer son autorité 63%
- Alcoolisme 54%
- Maltraitance au cours de l'enfance 47%

1-CNIDF Programme Daphné (2000)

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Alcool et déresponsabilisation

- Utilisé comme élément de déresponsabilisation par:
 - ❑ L'agresseur
 - ❑ Les victimes
 - ❑ L'entourage
- Utilisé afin d'externaliser la problématique de violence (la théorie de l'autre)
 - ❑ Préserve l'estime de soi

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

Déterminants psycho-sociaux impliqués dans l'adéquation alcool-violence (Brochu 1994)

- Tendances initiales de la personne
- Les attentes face aux effets de la consommation
- Les normes du groupe d'appartenance
- Les possibilités de désaveu du comportement de violence
- Le mécanisme d'attribution de son comportement à un objet extérieur

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



PRÉVENTION

- Stratégies de prévention doivent tenir compte de:
 - ❑ Tolérance de la société en général face à la violence conjugale
 - ❑ Non acceptation de l'alcoolisation comme facteur atténuant
 - ❑ Stratégies visant à modérer la consommation d'alcool (accessibilité; ex: USA prix +1% vc -5% Markowitz, 2000),

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

TRAITEMENT

- Les traitements offerts séparément:
 - ❑ Ne tiennent pas ou peu compte des interactions alcool-violence
 - ❑ Provoquent une perte des clients dans le processus de référence
 - ❑ Exposent les clients à différentes ressources (alcoologie, violence conjugale) ayant des philosophies de traitements différentes, horaires différents, etc.
 - ❑ Sont moins efficaces que traitements intégrés (Goldkamp, 1996)
- Les traitements intégrés ont un meilleur taux de rétention et un plus faible taux de récurrence

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



Optimiser l'intervention auprès des auteurs de violence conjugale

- Établir des liens de partenariat entre les ressources en alcoologie et les ressources de traitement de la violence conjugale
 - Transfert de connaissance
 - Mécanismes de références personnalisées
 - Vers un traitement intégré du trouble concomitant...

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

CONCLUSION

- L'utilisation de la violence est un choix individuel
- L'intoxication alcoolique affecte la sensibilité cognitive (facteur précipitant)
- Le choix de l'utilisation de la violence est liée à des facteurs:
 - personnels
 - culturels
 - sociaux

Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes

Conception et rédaction

- André Pronovost,

Psychologue, thérapeute de groupe
et formateur à Option : une
alternative à la violence conjugale et
familiale
- Reproduction avec autorisation écrite préalable

Option@cooptel.qc.ca



Université de printemps organisée par Pégase
Processus, juin 2010, Rennes



VENDREDI 11 JUIN 2010 - PLENIERE 3

LA PREVENTION DES ECARTS ET DES RECHUTES EN ADDICTOLOGIE :

CANDIDE BEAUMONT, QUEBEC

*Prévention de la rechute
d'approche motivationnelle**Par Candide Beaumont, psychologue*Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite*De quoi dépend le changement en
psychothérapie (1)*

- **40%**
 - *Facteurs externes n'appartenant pas à la thérapie (conditions de vie, entourage, environnement, caractéristiques du client...)*
- **30%**
 - *Dépend de la relation thérapeutique (client- intervenant)*
- **15%**
 - *dépend de l'espoir et des attentes du client (motivation)*
- **15%**
 - *dépend des techniques d'intervention.*

(1)Asey et Lambert, 1999Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Parmi les approches efficaces

- *Approches motivationnelles*
- *Approches cognitives comportementales (dont celle de couple)*
- *La prévention des rechutes*
- *Modèles des A.A.*
- *.... Et certaines combinaisons d'approches*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Parmi les caractéristiques de succès reliées au client

- *Disposition au changement*
- *Stade de motivation (Prochaska et Di Clemente)*
- *Confiance, sentiment d'efficacité personnelle par rapport à sa capacité de changer*
- *Réponses efficaces à l'envie de consommer*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Parmi les modalités efficaces

- *Individuel*
- *Modèles avec membres de l'entourage (conjugale, familiale...)*
- *Groupe*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

PRÉVENTION DE LA RECHUTE

- **Plusieurs façons de faire pour éviter que la personne ne connaisse une rechute dans le comportement qu'elle veut éviter**
 - **Alcooliques anonymes - Modèle de Gorsky**
 - **Modèle de suivi communautaire - Changer le style de vie**
 - **Modèle de Marlatt et d'Annis (cognitivo comportemental pour expliquer et tenter d'éviter la rechute dans le comportement qu'elle veut éviter)**

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

PRÉVENTION DE LA RECHUTE

- *Fondé sur l'approche cognitivo comportementale*
- ***Pour éviter que la personne ne connaisse une rechute dans le comportement qu'elle veut éviter***

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Objectifs visés

- *Notion d'abstinence*
- *Notion de boire contrôlé*
- *Notion de réduction des méfaits*
- *--- tout « mixte » de ces objectifs souhaités par le client.*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Écart et rechute

■ Écart

- *Manquer à son objectif par rapport à la consommation (ou tout autre comportement)*

Par exemple:

Consommer une verre si je voulais demeurer abstinent

Consommer deux verres si je visait à n'en consommer qu'un ...

■ Rechute

- *Revenir au même modèle de consommation et de mode de vie qu'avant de s'être fixé des objectifs par rapport à sa consommation*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

■ EXPLICATION COGNITIVO COMORTEMENTALE DU DÉVELPPEMENT DE LA DÉPENDANCE

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

CONSOMMATION:
un comportement appris
de **3** principales façons

1 En faisant ce que mon entourage faisait
(imitation)

BANDURA: MODÈLE D'APPRENTISSAGE SOCIAL

2 En répétant ce comportement qui m'a déjà
procuré ce que je recherchais
(plaisir, évitement de la souffrance)

SKINNER: J'AGIS DE TELLE FAÇON SELON LE RÉSULTAT ATTENDU

3 Par association, par habitude
(CONDITIONNEMENT)

•STIMULUS INCONDITIONNEL: CELUI QUI DÉCLENCHÉ NORMALEMENT LA RÉACTION

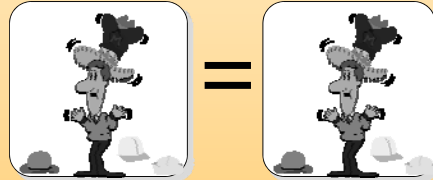
•STIMULUS CONDITIONNÉ: CELUI QUI À FORCE D'ÊTRE ASSOCIÉ À UNE RÉACTION DÉCLENCHÉ AUSSI CETTE RÉACTION

•MODÈLE DE LA MÉMOIRE DE LA CONSOMMATION (Goldman, M.S.)

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

1 En faisant ce que j'ai vu ou ce que je vois
faire aux autres

Modelage social: imitation



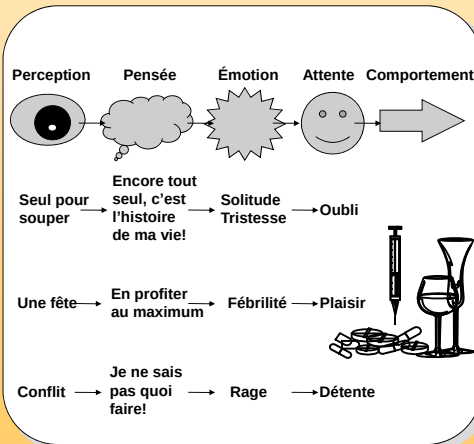
JE PEUX RÉAPPRENDRE PAR IMITATION

- Reconnaître le comportement que je veux éviter
- Faire le choix de ne plus imiter ce comportement
- Éviter les gens qui le pratiquent
- Choisir une ou d'autres personnes à imiter
- Choisir d'autres comportements plus efficaces à imiter
- Pratiquer ces nouveaux comportements et les évaluer

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

2 En répétant ce comportement qui m'a déjà
procuré ce que je recherchais, c'est-à-dire
avoir du plaisir et éviter de souffrir

Conditionnement opérant: nous apprenons à agir
selon les conséquences que nous prévoyons obtenir
(attentes)
de nos comportements



Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

En répétant ce comportement qui m'a déjà
procuré ce que je recherchais
(plaisir, évitement de la souffrance)

SKINNER: J'AGIS DE TELLE FAÇON SELON LE RÉSULTAT ATTENDU

•Situation difficile

•Fête

•Pas d'amis

•Pas de plaisir

•Insomnie

•etc.

•Ça n'arrive qu'à moi !!!
•Tout va mal
•Personne ne m'aime
•Je ne vauds rien

Je me sens tellement
•malheureux!!!
•en colère!!!
•coupable!!!
•désespéré!!!

JE SAIS CE QUI ME FERA
ME SENTIR MIEUX

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

2 JE PEUX RÉAPPRENDRE À OBTENIR CE QUE JE VEUX

AUTREMENT QU'EN CONSOMMANT

Conditionnement opérant: nous apprenons à agir selon les conséquences que nous prévoyons obtenir (attentes) de nos comportements

Perception Pensée Émotion Attente Comportement



• Reconnaître

- les situations dans lesquelles je risque de consommer
- les résultats que j'attends en prenant de l'alcool ou d'autres drogues dans ces situations
- les antécédents (pensées, croyances...), qui me portent à répéter ce comportement
- les attentes que j'ai envers la consommation

• Éviter

- les situations dans lesquelles je risque de consommer
- les pensées qui me portent à consommer

• Réagir autrement qu'en consommant à ces antécédents et à ces situations qui me portent à consommer

• Par la pensée:

- M'évader, me satisfaire, relaxer sans consommer

• Par l'action:

- Trouver ou apprendre d'autres façons d'atteindre les mêmes résultats sans consommer

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Je consomme pour répondre à des attentes

A Antécédents			B Bénéfices attendus	C Comportement
Situation	Pensée Ce que je me dis	Émotion Comment je me sens	Effets attendus Ce que je veux	Ce que je fais
Offre de consommer	Je ne peux refuser	Peur du rejet	Me sentir accepté par les autres	Consommation
Mise à pied	Rien ne fonctionne jamais Je vais éclater	Manque de confiance en moi Frustration	Me remonter le moral Oublier	Consommation
Conflit avec quelqu'un	Je ne sais pas quoi faire	Colère	Me calmer Me soulager Exprimer mon agressivité	Consommation
Difficultés conjugales	Elle veut me contrôler	Impuissance Colère	Oublier Remettre à plus tard Ne pas en entendre davantage	Consommation
Rencontres sociales	Je ne suis pas assez bien pour eux Je ne suis pas capable	Gêne Timidité Anxiété	Me sentir à l'aise	Consommation
Insomnie	J'ai tout essayé...	Fatigue	Dormir	Consommation
Perte, deuil	Je ne pourrai jamais me remettre de ça	Désespoir Tristesse	Oublier Moins souffrir Me sentir mieux	Consommation
Pas de loisirs...	La vie est monotone	Ennui Lassitude	Ressentir du plaisir Oublier mon ennui	Consommation

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Analyse des situations à risque de consommation

A Antécédents			B Bénéfices attendus	C Comportement
Faits	Ce que je me dis	Comment je me sens	Comment je veux me sentir	Ce que je fais
Événement tel que je le perçois	Croyances Pensées	Plaisantes Désagréables	Mieux être Sentiment d'appartenance Détente Stimulation	Usage de drogues Consommation d'alcool Consommation de nourriture Tabagisme
CONSÉQUENCES DE CETTE FAÇON DE ME COMPORTEUR (CONSOMMER): À court terme: PARFOIS, j'obtiens ce que je veux, parfois non... À moyen et long terme: M'empêche d'être, d'avoir et de faire ce que je voudrais				

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

ANALYSE ET CHOIX DE MOYENS pour traverser mes situations à risque sans consommer

Situation à risque: _____

A Antécédents			B Bénéfices attendus	C Comportement
Faits	Ce que je me dis	Comment je me sens	Comment je veux me sentir	Ce que je fais
				Consommation
1. RECONNAÎTRE CONSÉQUENCES DE CETTE CONSOMMATION: À court terme: À moyen et long terme:				
2. ÉVITER 3. RÉAGIR À LA SITUATION À RISQUE				
Faits	Ce que je peux me dire	Comment je me sentirai	Comment je voudrai me sentir	Ce que je ferai
CONSÉQUENCES DU NOUVEAU COMPORTEMENT: À court terme: À moyen et long terme:				

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

3 Par association, habitude, enregistrement

Conditionnement classique: réaction provoquée par des déclencheurs associés directement ou indirectement au comportement

Déclenchement automatique d'envies de consommer

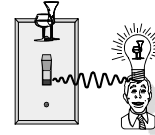


Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

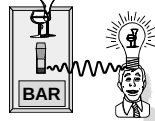
3 Par association, habitude, enregistrement

Conditionnement classique: réaction provoquée par des déclencheurs associés directement ou indirectement au comportement

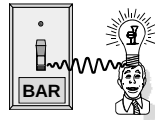
La vue ou la pensée de l'alcool déclenche une envie de consommer seulement parce j'en ai déjà pris auparavant.



L'endroit, les sons, les odeurs, les personnes habituellement associés à l'alcool sont aussi enregistrés dans ma mémoire.



Ces éléments deviennent si associés à la consommation que lorsque j'y pense, que je les perçois, ils provoquent l'envie de consommer même si je ne perçois pas d'alcool.

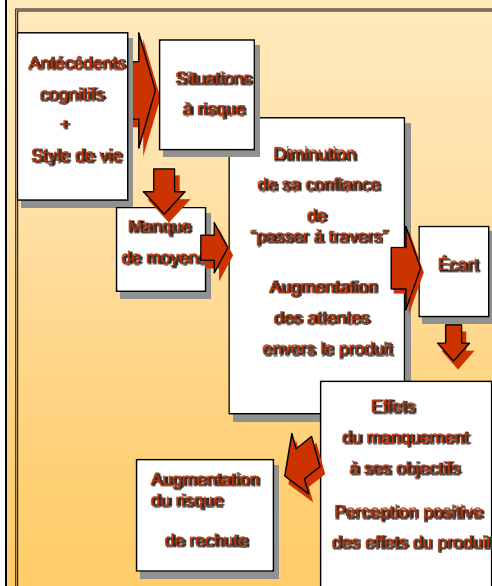


Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

■ L'intervention de prévention de la rechute – MARLATT

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Le processus vers la rechute (Marlatt)



Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Le processus vers la rechute

Croyances, pensées :

**Antécédents
cognitifs
+
Style de vie**

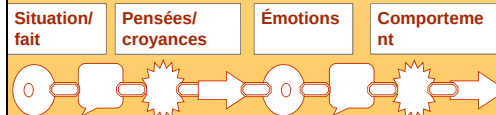
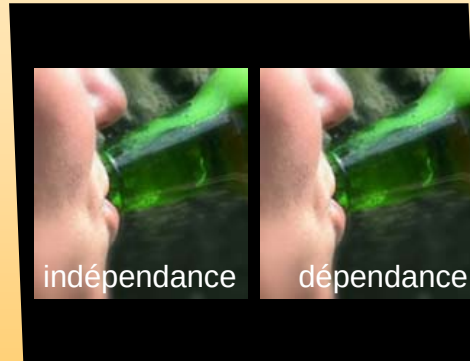
Au sujet de la
consommation
Au sujet de la
réadaptation
Au sujet de soi
Au sujet des autres
Au sujet de la vie

Style de vie à risque:

- Proximité du produit
- Proximité de consommateurs
- Vie « stressantes »
- Vie « plate!

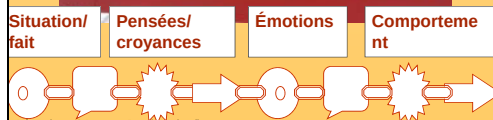
Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Aider à comprendre et à revoir le rationnel



Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Aider à revoir le rationnel



Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

FAÇONS DE PENSER À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES - Toxicomanie (Beck, Westermeyer...) –

Filtre mental

Seuls les détails négatifs sont retenus; ils masquent de la réalité tout aspect positif de la situation. Ou le contraire.

Ex.: Prendre de l'alcool est tellement plaisant, je ne trouverai jamais ce feeling ailleurs.

Pensées extrémistes

Les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises. Il n'y a jamais de degrés. Vous réussissez parfaitement ou c'est un échec.

Ex.: Ma vie sera tout à fait "plate" sans cocaïne.

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

FAÇONS DE PENSER À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES - Toxicomanie (Beck, Westermeyer...)

Sur-généralisation

Tirer une conclusion générale à partir d'une information incomplète, à partir d'une seule information. Si quelque chose s'est déjà produit une fois, elle se répétera tout le temps de la même façon. Ex.: J'ai tellement eu de plaisir en prenant un coup avec mes "chums", que j'ai toujours besoin d'alcool pour revivre le même plaisir.

Lecture dans les pensées

Sans que personne ne disent rien je sais ce qu'ils pensent, comment ils vont réagir, ce qu'ils vont faire... et comment ils se sentent envers moi. Ex.: Les gens ne m'aimeront plus si j'arrête de consommer.... Quand je consomme, ils m'aiment bien.

FAÇONS DE PENSER À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES - Toxicomanie - (Beck, Westermeyer...)

Dramatisation

S'attendre au pire, et entretenir des pensées de désastre, de fin du monde. Ex.: Je ne serai jamais capable de vivre sans alcool; de passer à travers une épreuve sans alcool...

Je suis contrôlé

Se voir comme incapable, comme une victime, contrôlé par les gens et les situations.

Ex.: Au moins, quand je bois, l'alcool me permet d'oublier tout. La cocaïne me donne du pouvoir. Je ne suis pas capable de vivre sans consommer

Je dois tout contrôler

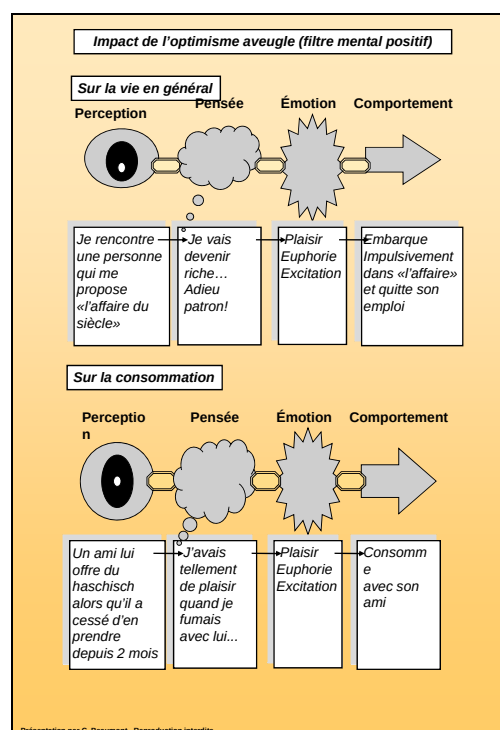
Penser que le pouvoir est une affaire de tout ou rien. Ex.: Même si je ne reprenais qu'un seul verre... ce serait un désastre!!!

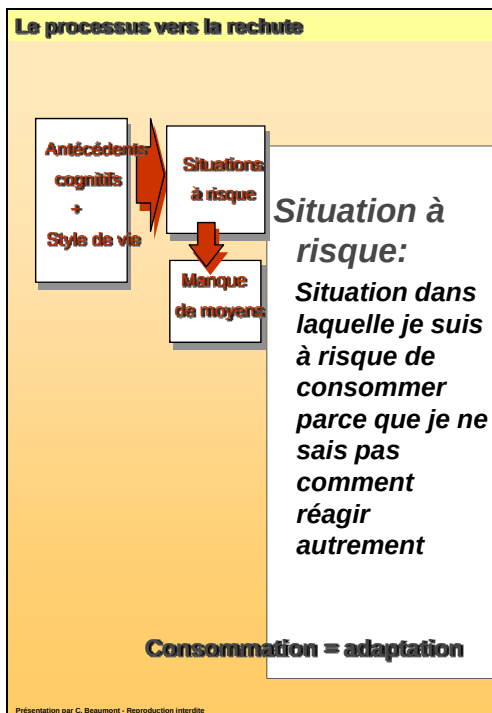
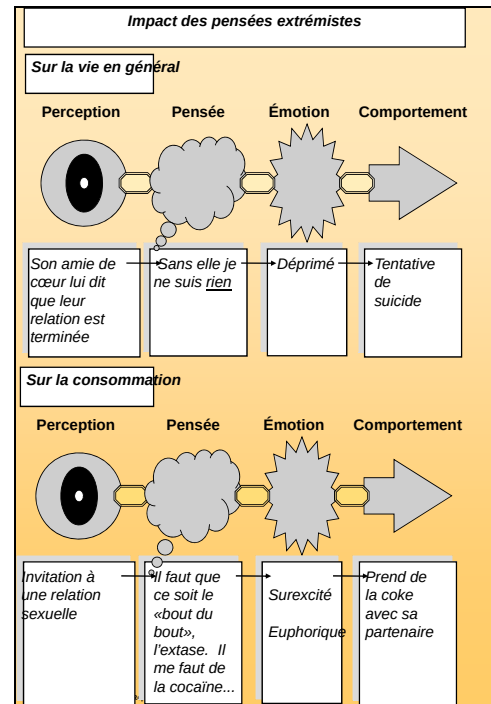
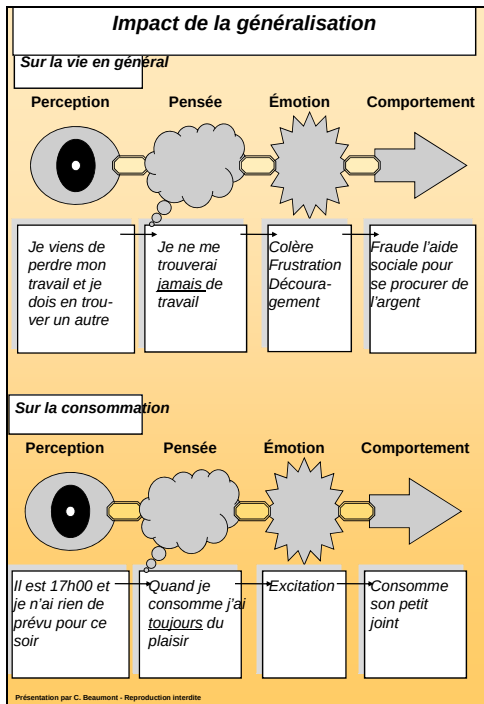
Blâme

Les autres sont responsables de tout ce qui m'arrive. Ex.: De toute façon, même si j'arrête de consommer, mes amis vont me pousser à recommencer

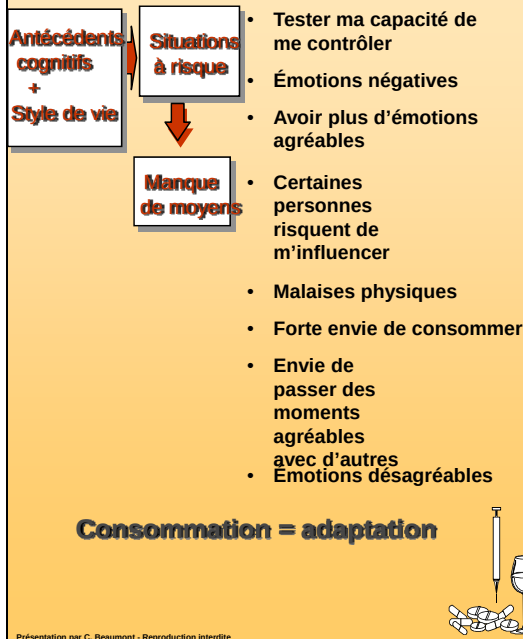
Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

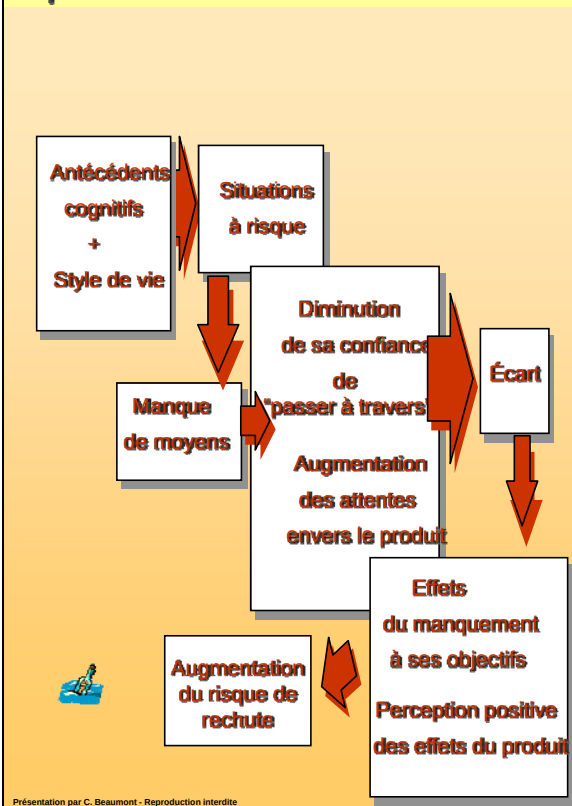


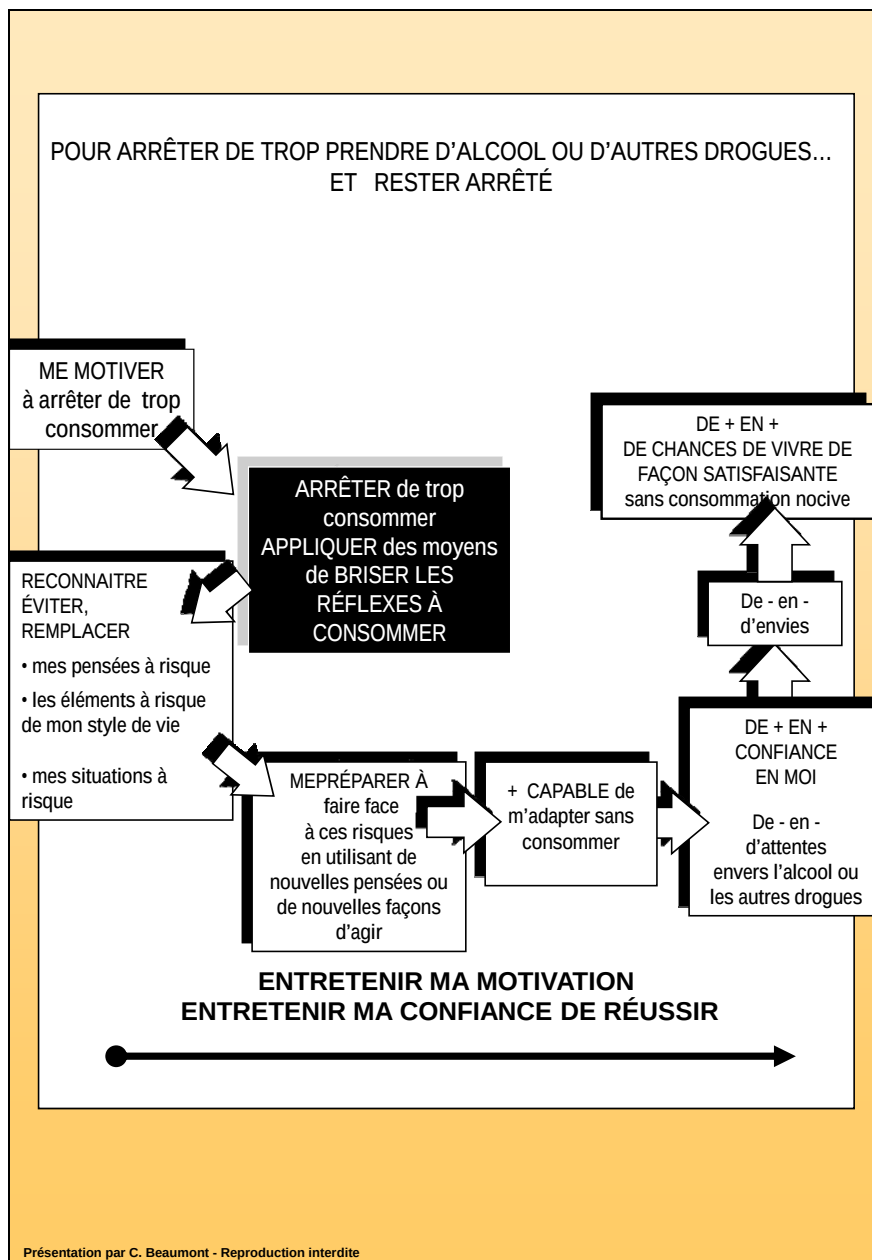


Le processus vers la rechute dans un comportement violent

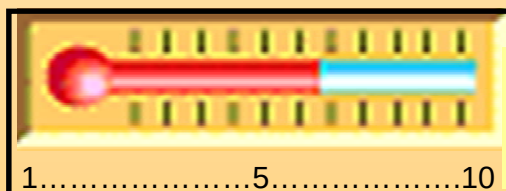
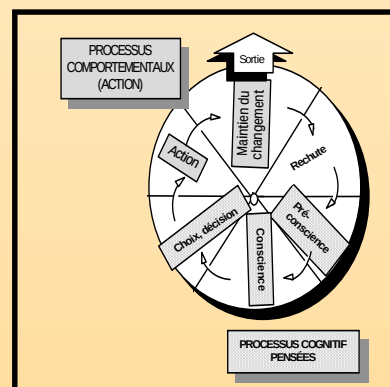
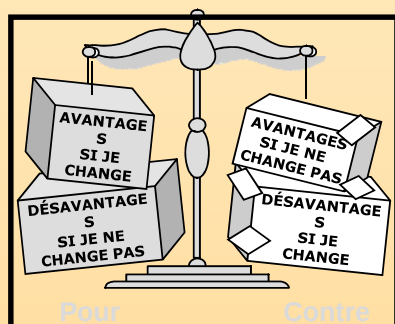


Le processus vers la rechute





« Me motiver »...



Prêt? Désireux?
Capable?
prêt+désireux+capable?

- **Amotivation**
- **Motivation extrinsèque**
 - **Régulation externe**
 - Pour satisfaire une demande extérieure
 - **Régulation projetée (Introjection)**
 - Sous la pression extérieure mais action posée pour éviter un déséquilibre ou une hausse d'estime de soi
 - **Identification**
 - Règle est acceptée comme s'il choisissait
 - **Intégration**
 - Individu utilise son rationnel pour justifier (intégrer) les contingences extérieures, les changements inévitables...
- **Motivation intrinsèque**
 - Causalité interne

SURMONTER LES ENVIES FORTES DE CONSOMMER

- *De-dramatisation*
- *Désamorçage des attentes*
- *Distraction par la pensée ou par l'action*

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Intervention motivationnelle brève en prévention des écarts (Adapté de Miller et Marlatt...)

1. Reflétez au client son désespoir, sa détresse
2. Centrez la conversation sur le contexte de l'écart ou de la récidence

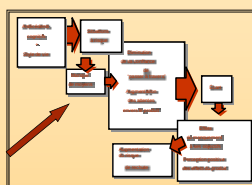
- Mettez le focus sur les aspects externes plutôt qu'internes,
- Ne donnez pas tout de suite des avis...
- Mettez-le sur la piste des déclencheurs possibles
- Revoyez avec lui ce qui est arrivé avant, pendant et après
- Vérifiez si et comment ça s'est déjà produit auparavant.



Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Intervention brève en prévention des écarts (Adapté de Miller...)

3. Faites un état de la situation



- Aidez-vous du schéma de Marlatt
 - Déterminez là où ça a flanché,
 - ce qui manqué
 - Résumez-lui le portrait
 - Demandez-lui s'il est d'accord avec votre lecture de sa situation
 - Corrigez au besoin.

4. Discutez de l'effet de manquement

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Intervention brève en prévention des écarts (Adapté de Miller...)

5. Trouvez ensemble des moyens de réagir devant pareille situation

- Demandez ce qu'il a déjà fait pour régler une situation semblable
- Donnez des moyens à court terme pour éviter un retour à la violence
- Proposez des démarches ou des moyens à long terme

6. Faites la synthèse du contact

7. Faites au besoin des arrangements de suivi

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

INTERVENTION BRÈVE EN PRÉVENTION DE LA RECHUTE

(Adapté de Miller...)

1. REFLÉTEZ AU CLIENT SON DÉSESPOIR, SA DÉTRESSE

2. CENTREZ LA CONVERSATION SUR LE CONTEXTE DE L'ÉCART OU DE LA RECHUTE

- Mettez le focus sur les aspects externes plutôt qu'internes,
- Ne donnez pas tout de suite des avis...
- Mettez-le sur la piste des déclencheurs possibles
- Revoyez avec lui ce qui est arrivé avant, pendant et après
- Vérifiez si et comment ça s'est déjà produit auparavant.



3. FAITES UN ÉTAT DE LA SITUATION

- Aidez-vous du schéma de Marlatt
- **Déterminez là où ça a flanché, ce qui manqué**
- Résumez-lui le portrait
- Demandez-lui s'il est d'accord avec votre lecture de sa situation
- Corrigez au besoin.

4. DISCUTEZ DE L'EFFET DE MANQUEMENT

5. TROUVEZ ENSEMBLE DES MOYENS DE RÉAGIR DEVANT PAREILLE SITUATION

- Demandez ce qu'il a déjà fait pour régler une situation semblable
- Donnez des moyens à court terme pour éviter un retour à la consommation
- Proposez des démarches ou des moyens à long terme

6. FAITES LA SYNTHÈSE DU CONTACT

7. FAITES AU BESOIN DES ARRANGEMENTS DE SUIVI

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

Matériel pour la clientèle en annexe n°18

Jean-Paul

Jean-Paul se présente à votre bureau de consultation externe. Son employeur lui avait dit de « régler son problème d'alcool » sans quoi il perdrait son emploi. 15 ans à ce travail, ses seules sorties étaient dans les bars, avec des copains de travail... Pourtant, il a réussi à cesser pendant 3 mois de consommer... Mais là il vient vous voir car avant-hier il a pris 3 bières avec des copains de travail!

[Retour](#)

Présentation par C. Beaumont - Reproduction interdite

VENDREDI 11 JUIN 2010 – ATELIER 1

REGARD CROISES FRANCO-QUEBECOIS : L'INTERET D'UNE PRESENCE REGULIERE DE L'INFIRMIER ADDICTOLOGUE AU SERVICE ACCUEIL URGENCES DE L'HOPITAL

LES EQUIPES DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA), CENTRE HOSPITALIER "JACQUES MONOD" DE FLERS, DR OURY, I.GAUMER, C. LEPELTIER, INFIRMIERES ADDICTOLOGUES



Intérêt du passage quotidien de l'infirmière addictologue dans le Service Accueil Urgences du Centre Hospitalier

1. LE CONTEXTE

Flers est une ville de 30 000 habitants à caractère industriel située aux confins de l'Orne et du Calvados.

L'hôpital a une attractivité d'environ 100 000 habitants dans un contexte socio démographique à caractère rural. Les possibilités de transports en commun sont limitées. L'habitat reste dispersé.

L'hôpital défini comme hôpital de recours pour ce territoire de proximité dispose de 300 lits actifs :

- Pôle femme enfant avec des urgences pédiatriques (2000 passages par an) différenciées
- Service Accueil Urgences avec SMUR (17 000 passages par an) avec SMUR
- Service de réanimation médico chirurgicale
- Services de médecines, chirurgie et psychiatrie spécialisée.

Les représentations sociales « traditionnelles » concernant les consommations de boissons alcoolisées se sont un peu modifiées. Mais les produits du terroir (cidre/ calvados) et cannabis ne sont pas si dangeureux que cela puisque c'est « bio ».

Les représentations soignantes des problématiques addictives sont toujours marquées par une image plutôt négative au regard des pathologies plus nobles comme la chirurgie , la cancérologie, le diabétologie, la cardiologie....

L'équipe de liaison et de soins en addictologie est mise en place depuis 1995, créée dans le cadre d'une fédération de services : médecine, psychiatrie et des urgences. Elle a plusieurs missions :

- Mailler un réseau de partenariat de proximité avec les intervenants sociaux ou médicaux
- Assurer les bilans addictologiques pour les hospitalisés, accompagner le sevrage hospitalier (programmé ou non)
- Assurer les soins ambulatoires
- Faciliter un dépistage précoce des risques pour favoriser le changement en impliquant l'environnement .

L'équipe de liaison et de soins en addictologie est rattachée au dispositif de psychiatrie générale de l'établissement, qui, par ailleurs dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison et d'une équipe ressource d'évaluation et d'accueil des jeunes suicidants.

Par ailleurs, les CSAPA de la région sont distants de 80 kms (Alençon et Caen).

2. Composition de l'équipe de liaison et soins en addictologie :

- 3 infirmières addictologues
- 1 psychologue à temps partiel dédié spécifiquement
- 1 assistante sociale à temps partagé pédiatre et addictologie
- 1 secrétaire
- Mi- temps médical dédié à la consultation assurée par :
 - 2 psychiatres
 - 1 pneumologue/tabacologue
 - 1 praticien ayant une formation en alcoologie.

Pour l'année 2009, l'activité de l'ELSA a concerné 580 patients.

L'ELSA a un lieu de soins ambulatoires spécifiques en dehors de l'hôpital et une antenne de consultations au sein d'un centre médico-psychologique en secteur rural.

Jusqu'en mai 2008, l'équipe de liaison et de soins en addictologie n'intervenait aux urgences qu'à la demande. La disponibilité des infirmières était réduite entre les plages de consultations, le suivi des sevrages...

Souvent ni l'équipe des urgences, ni les patients n'avaient le temps d'attendre. L' intervention systématique tous les matins a été une décision partagée avec les urgences et le service de psychiatrie qui a financé un poste d'infirmier supplémentaire.

Parallèlement l'assistante sociale d'ELSA, du fait de son temps partagé avec la pédiatrie continuait à assurer l'évaluation des jeunes, et de leur entourage, hospitalisés 24 à 72 h en pédiatrie suite à une ivresse aigue.



3. Pourquoi mettre en place un entretien infirmier spécialisé systématique au Service Accueil Urgence d'un hôpital général ?

A notre sens une intoxication alcoolique aigüe conduisant aux urgences traduit, quelque soit l'âge, un usage nocif ou à risque.

En cas d'alcoolisme dépendance, il nous semble préférable de privilégier des hospitalisations préparées en ambulatoire programmées pour sevrage plutôt que des hospitalisations immédiates après le passage au SAU.

Les objectifs de l'entretien infirmier devraient permettre de :

- Rompre une tendance à la banalisation des ivresses accueillies aux urgences
- Repérer les répétitions
- Proposer une évaluation de la consommation d'alcool qui limite ou évite le rejet ou l'épuisement des équipes des urgences mais également de l'entourage
- Identifier un interlocuteur possible pour favoriser un rencontre et initier un processus de changement.

4. Comment ?

L'infirmière de l'équipe d'addictologie participe au staff avec les médecins urgentistes et leur équipe (transmissions des conditions d'arrivée des patients). Elle assure un temps d'évaluation individuelle avec les patients et définit les orientations possibles. Elle transmet systématiquement (sauf refus du patient) un résumé de l'évaluation au médecin traitant.

En soirée et en week-end, le relais est assuré par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Cette articulation avec l'équipe de psychiatrie de liaison permet, en effet :

- D'assurer cette évaluation 365 jours par an
- De formaliser des évaluations conjointes menaces suicidaires – alcoolisations aiguës
- De prendre en compte au mieux l'association pathologies psychiatriques/conduites poly addictives

5. Présentation de l'étude réalisée par Isabelle GAUMER, infirmière au sein de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (étude réalisée dans le cadre de son travail de mémoire de D.U. d'alcoologie)

Le recueil de données a été effectué sur une période de 3 mois. L'analyse concerne 42 personnes accueillies au S.A.U.

La tranche d'âge 35 / 65 ans correspond à l'âge moyen de recours aux soins pour la population présentant un problème avec l'alcool (usage nocif ou dépendance).

Le passage aux urgences n'est peut être pas un lieu de dépistage précoce (???).

a) Les objectifs de l'entretien infirmier au S.A.U. :

- Inscrire l'évènement dans l'histoire actuelle du patient
- Identifier les problèmes (les solutions) liés à l'alcool
- Etablir le type de consommation
- Proposer une orientation :
 - Intervention brève
 - Une prise en charge à la maison des addictions
 - Proposition d'une consultation à distance en ambulatoire pour compléter l'évaluation.

L'évaluation de la situation de la personne en rapport au dispositif de soins en addictologie a mis en évidence que la moitié des personnes rencontrées ont déjà été vues au moins une fois par l'équipe d'ELSA antérieurement. De plus, 6 patients (inférieur à 10 %) sont déjà pris en charge par l'ELSA en ambulatoire au moment du passage au S.A.U.

b) L'entretien au S.A.U.

L'accord préalable à l'entretien avec l'infirmière addictologue est recueillie par le médecin ou l'infirmière des urgences.

En majorité, les femmes vont refuser l'entretien.

c) Les outils de recueil de données utilisés

➤ pour identifier le problème alcool :

- Questionnaire DETA (Version française du questionnaire CAGE)

DETA = Diminuer, Entourage, Trop, Alcool.°

- Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez vous déjà eu l'impression que vous buvez trop ?
- Avez vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

- FACE

Ce questionnaire permet d'approcher le type de consommation .



- Au cours de 12 derniers mois

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

	Cotation
☐ jamais	0
☐ Une fois par mois ou moins	1
☐ 2 à 4 fois par semaine	2
☐ 2 à 4 fois par semaine	3
☐ 4 fois ou plus	4

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

	Cotation
☐ Un ou deux	0
☐ Trois ou quatre	1
☐ Cinq ou six	2
☐ Sept à neuf	3
☐ Dix ou plus	4

- Au cours de toute votre vie...

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

	Cotation
☐ non	0
☐ oui	4

Avez vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

	Cotation
☐ non	0
☐ oui	4

Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

	Cotation
☐ non	0
☐ oui	4



A la fin du questionnaire, on effectue le total des cotations obtenues pour chaque item.

Score	Hommes	Score	Femmes
Inférieur à 5	Risque faible ou nul	Inférieur à 4	Risque faible ou nul
compris entre 5 et 8	Consommation excessive	compris entre 4 et 8	Consommation excessive
supérieur à 8	dépendance	supérieur à 8	dépendance

Le bilan biologique effectué à l'admission pourra aussi aider au repérage en fournissant des indications et aider à amorcer un processus de soins ou de changement.

➤ Pour l'intervention brève :

Elle est utilisée quand le patient admis aux urgences est un consommateur non dépendant de l'alcool mais présentant un mésusage (consommation supérieure au seuil définis de l'OMS et présentant un risque pour la santé physique et psychique et un risque de désordre social)

◦ REAGIR (version française de FRAMES)

C'est un outil pour mener cet entretien.

R comme repérer le problème somatique, repérer la consommation d'alcool mais aussi le stade de motivation de la personne.

E comme empathie, importante dans toute relation soignante et gage d'efficacité.

A comme avis, à donner à la personne tant vis-à-vis des complications somatiques éventuelles que vis-à-vis de son niveau de consommation et des risques.

G comme gestion c'est à dire adapter l'information et les conseils selon le stade motivationnel.

I comme influence positive à savoir positiver et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du malade et de ses chances de contrôler avec succès sa consommation, même en cas d'échec antérieur.

R comme responsabilité : laisser le choix du changement.

6. Questionnements

- Les conditions matérielles de l'entretien infirmier au SAU sont parfois difficiles (confidentialité, temps disponible, espace spécifique...)
- Intérêt d'un courrier systématique au médecin traitant.

Les hommes acceptent le rendez vous mais n'y vont pas. Les femmes iront plus facilement au rendez vous avec le médecin traitant mais refusent majoritairement l'entretien infirmier. Est ce que la durée du passage au SAU est trop courte ? Faut il systématiser une hospitalisation supérieure à 24h pour favoriser l'évaluation ?



- Dans la trajectoire du patient alcoolo dépendant, l'évaluation par une infirmière de l'équipe nous paraît essentiel pour faire du lien avec ses référents habituels et pour donner du sens à cet état d'ivresse aiguë (petit écart/rechute/sortie ?). Ce sens à donner concerne l'interressé mais également l'entourage.

Le cycle des répétitions n'est jamais dans l'identique mais reste un mouvement en spirale.

- Le passage systématique de l'infirmier en addictologie au SAU permet une reprise de soins en cas de rupture. Il permet également de différencier le recours à l'hospitalisation immédiate dans une précipitation qui peut satisfaire tout le monde (les soignants, l'entourage et le patient lui même). La durée de temps d'évaluation et d'accueil au SAU paraît trop courte(intérêt de pouvoir prolonger sur 48 voire 72h).
- Le passage systématique d'une infirmière spécialisée devrait améliorer en amont l'accueil au SAU. Nous avons peut être en partie changé certaines représentations négatives : transmissions aux soignants du SAU concernant le devenir des patients, prise en compte de l'épuisement face à certaines crises répétées, demande actuelle de l'équipe des urgences d'informations ou de formations sur les outils utilisés par ELSA dans le cadre de l'intervention brève.
- Les parents de certains mineurs ont imposé la sortie immédiate malgré le protocole d'hospitalisation minimale de 24 h en pédiatrie.
- Le relais assuré par l'équipe de psychiatrie de liaison en soirée ou le week end a ses limites du fait que le dossier patient ne soit pas informatisé et non accessible en temps réel, et aussi des techniques d'intervention brève mal maîtrisées.
- Dans l'analyse de l'activité 2009, nous avons pu constater que pour certains, un projet de soins a pu se construire au décours de plusieurs passages répétés au SAU.
- Nécessité de revoir les documents écrits remis au patient (formulation/recours possible non identifiable)

Pour conclure, nous proposons à la discussion la présentation de 2 cas cliniques particuliers.

Mr G, 41 ans (Isabelle GAUMER)

Jess, 14 ans (Christine LEPELTIER) 11/06/2010

ÉQUIPE DE LIAISON SPECIALISEE EN DEPENDANCE DANS LES URGENCES

ANNIE BELLAVANCE, PSYCHOLOGUE – EQUIPE JEUNESSE ET YVAN GINGRAS,
COORDONNATEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS, CENTRE DE READAPTATION UBALD
VILLENEUVE

- Consultez les contenus dans l'annexe 21

VENDREDI 11 JUIN – ATELIER 2

LA PREVENTION DES ECARTS ET DES RECHUTES : DECOUVERTE ET EXPERIMENTATION D'OUTILS D'INTERVENTION

CANDIDE BEAUMONT, QUEBEC

➤ *Voir les contenus présentés précédemment dans la plénière 3 du 11 juin*



VENDREDI 11 JUIN – ATELIER 3

THERAPIES DE GROUPES MULTIFAMILIAUX : UNE APPROCHE GLOBALE DES PROBLEMATIQUES FAMILIALES

AUDE SENANT, JOËLLE PINELLI, CENTRE DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE, MORLAIX ET FREDERIC LA BELLE

CENTRE DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE, MORLAIX

Lors de cet atelier, nous présenterons aux participants le groupe thérapeutique multi familial (GTMF) mis en place au Centre départemental de l'enfance et de la famille du Finistère- unité de la Garenne.

Cet outil est proposé à des familles dont les enfants bénéficient d'une mesure de placement éducatif à domicile. La particularité de cet outil est qu'il permet de réunir, autour de professionnels, plusieurs parents et leurs enfants afin qu'ils échangent sur des difficultés communes.

L'objectif vise à rechercher dans le groupe, les ressources nécessaires à l'émergence de solutions pour chacun. Nous expliciterons au cours de cet atelier l'origine de la mise en place de cet outil, son expérimentation, et les bénéfices retirés.



CONSEIL GENERAL
FINISTERE



Penn-ar-Bed

DIRECTION
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

CENTRE
DEPARTEMENTAL
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

UNITE ENFANCE
LA GARENNE

Méthodologie

Une équipe pluridisciplinaire d'environ 5 professionnels de l'Unité Enfance « La Garenne » encadre un groupe de parents et d'enfants composé au minimum de 3 familles. La séance se déroule toujours dans une même salle. La fréquence des rencontres est fixée tous les 15 jours sur un cycle de 6 séances. Lors de la réunion d'information, les professionnels présentent les règles du groupe et le code d'accompagnement qui devront être signés avant toute participation (cf annexes). La mise en place de ce travail n'a pu être élaborée qu'avec la participation de Frédéric LABELLE. Une supervision est nécessaire pour maintenir cet outil.

La mise en place du groupe se décompose en 3 temps :

♦ La pré-séance : Durée 30 à 45 minutes.

Elle se déroule juste avant la rencontre, avec les membres de l'équipe. Il s'agit de se remettre en mémoire la séance précédente, tant dans les émotions que dans le contenu, et de définir le rôle de chacun dans la séance à venir.

♦ La séance : Durée 1h30

A une heure précise, les familles s'installent en cercle dans une pièce dont les dimensions, l'acoustique et la ventilation sont satisfaisantes. Une petite table est disposée au centre du cercle avec des petites chaises où les enfants trouveront papier-crayons pour s'occuper et s'exprimer calmement. Cette séance est filmée afin de pouvoir retravailler les interactions verbales et non-verbales entre les membres du groupe par l'équipe encadrante. Le thérapeute est garant du respect du cadre et impulse un processus visant à faire émerger la parole de chacun. Il n'y a pas de thème choisi auparavant ; ceux-ci émergent du groupe et des échanges du moment. Il s'agit de rebondir sur un sujet et de permettre à la parole de circuler, afin que chacune des familles puisse exprimer les modes de fonctionnement qui opèrent au sein de leur foyer. L'objectif est que chacun puisse apprendre des autres, et permettre une réflexion sur les difficultés rencontrées. Le groupe permet un partage et une découverte des modes et codes relationnels. Les familles jouent parfois le rôle de co-thérapeute en permettant l'accès au processus de changement, en proposant des conseils et des solutions à un membre du groupe. L'écoute, le respect et la tolérance sont nécessaires.

Pour clore la séance, nous proposons un goûter.

♦ La post-séance : Durée 30 à 45 minutes.

Elle se déroule juste après la séance avec l'équipe encadrante. Elle permet de noter les ressentis et le contenu de la séance et de permettre aux professionnels de poser des hypothèses de travail pour les séances suivantes.

CONSEIL GENERAL
FINISTERE



Penn-ar-Bed

DIRECTION
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

CENTRE
DEPARTEMENTAL
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

UNITE ENFANCE
LA GARENNE

REGLES DU GROUPE, COMMUNES AUX FAMILLES ET AU SERVICE

- ☐ La séance débute à une heure précise, et finit à une heure précise aussi
- ☐ Il est important d'être ponctuel et de rester présent jusqu'à la fin de la séance
- ☐ Tout ce qui est dit dans le groupe reste dans le groupe
- ☐ La confidentialité est importante
- ☐ Il est demandé de respecter chaque membre du groupe (parents, enfants, animateurs) dans son expression ou son silence
- ☐ Il est demandé d'avoir un comportement adapté (pas d'agressivité, pas d'alcool, pas de toxiques, pas de violence verbale ni physique)
- ☐ Il est demandé de venir à toutes les séances, ce qui permet l'évolution de chacun et du groupe (vos expériences peuvent être utiles à tous et réciproquement).

CONSEIL GENERAL
FINISTERE



Penn-ar-Bed

DIRECTION
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

CENTRE
DEPARTEMENTAL
DE L'ENFANCE
ET DE LA FAMILLE

UNITE ENFANCE
LA GARENNE

CODE D'ACCOMPAGNEMENT du Groupe de Familles du P.E.A.D.

(copie du contrat en deux exemplaires, 1 à la famille, 1 à l'équipe du P.E.A.D.)

Nous nous engageons :

- A être présents, à vous accueillir, à assurer une continuité tous les 15 jours, selon le calendrier qui vous sera communiqué
- A vous accompagner dans un travail de réflexion, de changement, de soutien, dans un contexte de confidentialité (sauf cas légal d'obligation en lien avec de la maltraitance)
- A faire respecter le cadre (horaires, règles, sécurité), la régularité

Vous vous engagez :

- A être présents tous les 15 jours pour un minimum de 6 séances renouvelables
- A prévenir en cas d'absence exceptionnelle le service P.E.A.D. (☎ 06.32.71.53.40)
- A ne pas quitter le groupe sans en informer les autres familles, lors d'une dernière séance
- A respecter les règles de fonctionnement et la confidentialité (tout ce qui est dit dans le groupe reste dans le groupe).

Votre participation implique votre acceptation des conditions d'accompagnement des professionnels, avec séance filmée et/ou participation d'observateurs professionnels éventuels.

Nom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Signatures

Les participants

L'équipe du PEAD

ALCOOL ET FAMILLES : GROUPE THERAPEUTIQUE MULTIFAMILIAL

Frédéric La Belle

Si nous acceptons l'abus de l'alcool comme symptôme d'un besoin du système – famille, réseau ou contexte social - insuffisamment compris (i.e. décodé) ou complètement incompris, nous pouvons commencer à comprendre l'importance que cela peut avoir pour l'individu concerné, en rapport avec son milieu. Plus spécifiquement, comme beaucoup d'autres choix de comportement de survie, il s'agit d'une tentative d'adaptation dans un contexte « mésadapté » ; c'est à dire une famille dysfonctionnelle. Ce qui commence comme une réponse finira par détruire ce que cela cherchait à protéger. Les effets à long terme pour la famille concernée (victime d'un tel choix) peuvent être : la négligence des enfants, la détérioration des liens entre les parents et entre parents, enfants et la famille élargie. Cela a comme conséquence ultime l'absence de soutien, de protection et de l'accompagnement nécessaire pour le bon fonctionnement de la famille. Les Groupes Thérapeutiques Multifamiliaux (q.v.*) sont le lieu privilégié, dans un milieu social protégé, pour favoriser un rééquilibrage familial vers un meilleur fonctionnement.

q.v. : Cette forme de travail thérapeutique d'origine psychiatrique, a évolué depuis ses premières expériences de guérison et de rétablissement d'équilibre dans la famille pour devenir aujourd'hui un outil de soutien, d'accompagnement, de désisolement (réouverture) et de transformation utilisé (appliqué) dans de multiples milieux ; de lieux carcéraux aux cliniques externes, de résidences en toxicomanie au milieu ouvert, pour toutes les formes de famille, nucléaire, recomposée, monoparentale et tri-générationnelle. Ce travail peut servir également pour des problématiques variées et des contextes culturels différents.

Ceci comprend un travail d'équipe multidisciplinaire formée systématiquement et un modèle d'intervention qui favorise la reconnaissance des ressources, la dépathologisation et de la mise en place des moyens alternatifs d'aide et de changement par le biais d'une mobilisation du système créée par les familles participantes. La Psychothérapie de groupe multifamiliale est un outil qui s'adapte bien à de multiples besoins biopsychosociaux.



VENDREDI 11 JUIN – ATELIER 4

POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE : LA PLACE DU TRAVAILLEUR SOCIAL DANS LES SITUATIONS D'ADDICTIONS RENCONTREES DANS LE CHAMP SOCIAL

YVES COULOMBIER

- *Voir les contenus présentés précédemment dans la plénière 1 du 11 juin*
- *Et l'annexe 19 sur les phases d'un suivi social en alcoologie*



BIBLIOGRAPHIE

Voici quelques suggestions de lectures pour accompagner et approfondir votre réflexion systémique :

SOURCE FREDERIC LA BELLE :

- AUSLOOS Guy (1995) « La Compétence des Familles » Paris, Ed ERES
- BLOCH Donald A. (1973 – Grunes and Stratton, Ed) (1994) « Techniques de base en thérapies familiales » Paris, Ed ERES (Recueil valable pour les débuts des réflexions de l'approche systémique – F. L B)
- GARNIER Anne-Marie – MOSCA Francesca. «Génogramme – Mille et un contes de familles». Ed ERES
- HELINGER Bert – TENHÖVEL Gabrielle (2001) « Constellations Familiales » Barret Sur Méouge, Ed Souffle d'Or
- KERFORNE Philippe (2003) « Comment se libérer de ses blocages familiaux » Paris, Ed Trajectoires
- LANGLOIS Doris et Lise « La Psychogénéalogie – Transformer son héritage psychologique». Ed De L'Homme
- LAMARRE Suzanne (1998) « Aider sans nuire, de la victimisation à la coopération » Montréal, Ed Lescop
- SATIR Virginia ses deux livres traduits donnent le sens humaniste au travail systémique
- COOK-DARZENS Solange, CASSEN M., DELILE J-M *et al.*: *Thérapies multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques* - Paris. Érès, collection relations (2007)
- CYRULNIK Boris : *De chair et d'âme* - Paris, Odile Jacob (2006)
- LA BELLE Frédéric : "Le choix de la dépendance. Une solution qui crée problème. La place de l'entourage" - In les *Cahiers de Thun*, n° 2, sur les journées du 50^{ème} anniversaire du centre de post-cure en alcoologie Gilbert Raby (2004)

SOURCE JEAN-FRANÇOIS CROISSANT :

- « Thérapie de couple et de la famille ». Virginia Satir Ed. de l'Epi.
- « Dans le dédale des thérapies familiales ». Muriel Meynckens-Fourez & Marie-Cécile Henriquet-Duhamel - éd. Erès.
- « Des solutions à inventer dans les services à l'enfance ». Insoo Kim Berg, S. Kelly. Edition: Satas
- « Survol historique de la psychologie et de la psychothérapie existentielles-humanistes au Québec ». Claire Lebourgeois, Université de Montréal. Revue Québécoise de Psychologie. Vol 20, no 2. 199 9
- « Solution Focused Group Therapy ». Linda Metcalf. Editions Simon et Schuster, collection Free Press
- « Solution-focused Therapy. Theory, Research and Practice ». Alasdair Macdonlad. Editions Sage.
- « Solution-Focused Groupwork ». John Sharry. Editions Sage.
- « La puissance de la cohérence. Accorder ses valeurs et ses actions ». Paul Pyronnet et François Roux. Editions Jouvence.
- « La dynamique des groupes restreints ». Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin. éditions PUF

- « De l'entretien à la solution. L'accent sur le pouvoir des clients » Peter de Jong et Insoo Kim Berg. Ed. SATAS.
- « La programmation Neuro-linguistique en débat ». Monique Esser. Editions L'Harmattan
- « La dynamique des groupes ». Roger Mucchielli. Editeur ESF

SOURCE CANDIDE BEAUMONT :

- Deci, E.L. Et Ryan, R.M. (1985) Intrinsic Motivation and Self determination in Human behavior. New York; Plenum
- Marlatt, G. A. & Gordon J. R. (Eds.). Relapse prevention. New York: The Guilford Press. 1985.
- Miller W. R., & Rollnick, Stephen, Lecailler, Dorothée (traduction), Michaud, Pierre (traduction). L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. InterEditions, Paris 2006.
- ANNIS, H.M., HERIE, M.A., & WATKIN-MEREK, L. *Prévention structurée de la rechute: Modèle d'orientation en consultations externes*. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Toronto, 1996.
- Centre Dollard-Cormier, La motivation, quelque chose qui se construit, Cahier de formation, 2004
- Beaumont, C.; La rechute et les écarts existent : suggestions d'intervention en prévention de la rechute, avril 2000 et matériel d'accompagnement à la session. Pour l'instant documentation avec formation.
- Beaumont, C.; Comment intervenir auprès d'une clientèle peu motivée... Pour l'instant documentation avec formation
- Prochaska, James O., Norcross, John C. & DiClemente, Carlo C. Changing for good: The revolutionnary Program That Explains the Six Stages of change and Teach You How to Free Youself from Bd Habits. New-York: Wiliam Morron Company Inc.. 1994.

PÉGASE PROCESSUS. EXTRAIT DE «FAMILLES ET ALCOOL». ACTES CONGRÈS VENTS D'OUEST 2005

Source : «THERAPIE FAMILIALE ET ALCOOLISME : 10 ANNEES D'EVOLUTION ET PREOCCUPATIONS ACTUELLES» de Denis Hers, Centre Chapelle aux Champs, Bruxelles :

- Consultations préliminaires dans le traitement de l'alcoolique/BORWICK B. in Thérapie Familiale, vol. 3, n° 3 [pp201-213], 1982
- Fonction familiale de l'alcoolisme/CASSIERS L. in Thérapie Familiale, vol. 3, n° 3 [pp 291-305],1983
- Alcoolisme et entreprises /ROUSSEAU J-P., DERELY M. (Ed.). in Alcoolismes et toxicomanies. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. Oxalis, 1989
- La thérapie de l'alcoolisme par le couple/HERS D., DERELY M.,ROUSSAUX J-P. in Thérapie Familiale, vol. 10, n° 1 [pp 63-72], 1989
- Pour une typologie familiale de l'alcoolisme /ROUSSAUX J-P., DERELY M, (Ed.). in
- Alcoolismes et toxicomanies. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. Oxalis, 1989
- The Family as mean of therapy for alcoholism/ROUSSAUX J-P., HERS D. in 11th Polisch

- Belgian Medical Week on bbbbbb and Drug Dependence. Warsaw : Ministry of Health and Social Welfare, [pp 83-92], 1990
- La place de l'hôpital dans le traitement de l'alcoolisme/ROUSSAUX J-P. in Louvain Medical 110, [pp 485-492], 1991
- L'alcoolique en famille/ROUSSAUX J-P., FAORO-KREIT B., HERS D. Bruxelles : Ed. De Boeck, Coll. de l'Oxalis, 2000, deuxième édition revue et augmentée

Source : « DES OUTILS POUR LA GUIDANCE SYSTEMIQUE EN ALCOOLOGIE SOCIALE : UN METAMODELE. » ; Jean-François Croissant, Pégase Processus.

- Another Chance/Wegscheider-Cruse S. Editions Science and Behavior Books
- Alcool ,une approche centrée sur la solution/Berg I-K, Miller S. Editions Satas
- Analyse Transactionnelle, face à la diffi culté d'apprendre/Sichem V. Editions Psycom
- Scripts, the Role of Permission/Allen J.R., Allen B.A. TAJ net
- Les enfants de parents affectés d'une dépendance/ Vitaro F., Assaad J-M., Carboneau R.
- Québec : Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, septembre 2002
- Le bonheur est toujours possible, construire la résilience/Vanistendael S., Lecomte J. Editions Bayard
- Des solutions à inventer dans les services à l'enfance/Berg I.K., Kelly S. Bruxelles : Editions Edisem et Satas
- Modéliser avec la PNL/Dilts R. Editions InterEditions

Source : «THÉRAPIE FAMILIALE AVEC TROIS GÉNÉRATIONS : ENJEUX EXISTENTIELS ET TRAUMATISMES, LES ÉTAPES DE RÉOLUTION D'UN ALCOOLISME PLURIGÉNÉRATIONNEL» Antoinette Mialon-Fouilleul, Intersecteur d'Alcoologie, Saint-Lô (France).

- L'écorce et le noyau/Abraham N., Török M. Paris : Aubier-Flammarion, 1978, édition. révisée et complétée, 1987, trad. En amér. The Shell and the Kernell, U. of Chicago Press, 1994
- Aïe, mes Aïeux !/Ancelin-Shützenberger A. Desclée de Brouwer, 1995, 15ème édition
- La compétence des familles. Temps , Chaos, Processus/Ausloos G. Paris : Editions Erès, 1995
- Invisible Loyalties/Boszormenyi-Nagy I., Spark G-M.. Harper & Row, N- Y, 1973
- Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres ?/Cannault N. Desclée de Brouwer, 1998
- Sous le signe du lien/Cyrułnik B. Paris : Hachette, col. Pluriel, 1989
- La théorie du chaos. Vers une nouvelle science/Gleick J. Paris : Flammarion-Champs, 1989
- Anorexie, Addictions et fragilités narcissiques/Marinov V., Mc Dougall J., Jacquet M., Rigaud A. Paris : Presses Universitaires de France, 2001
- Les ressources de la fratrie/Tilmans-Ostyn E., Meynckens-Fourens M. Paris : Erès
- Le psychisme à l'épreuve des générations, Clinique du fantôme/Tisseron Serge et Coll. Paris: Dunod, 1995
- La honte, psychanalyse d'un lien social/Tisseron S. Paris : Dunod, 1992

Source : « LES ENFANTS DEVIENNENT DES ADULTES : COMPRENDRE L'IMPACT DE LA DYNAMIQUE, FAMILIALE ALCOOLIQUE SUR L'ENFANT ET SON DEVENIR À L'ÂGE ADULTES », Paulette Chayer-Gélineau, Québec, Fabienne Moreau, Québec

- Guérir d'un parent Alcoolique/Chayer-Gélineau P., Moreau F. Novalis, 1999, 144 pages

Source : « PROJET DE RÉSEAU CENTRÉ SUR LES ENFANTS D'ALCOOLIKES ET LE SOUTIEN PAR LA FRATRIE». Cédric Levaque, Centre La Chapelle aux Champs, Belgique

- Dictionnaire de la psychanalyse/Chemama R., Vandermersch B. Paris : Editions Larousse-Bordas, 1995
- Comment aider les enfants d'alcoolique ? L'apport de la fratrie/Faoro-Kreit B., Hers D., Levaque C., Anselot C.
- Revista Analisis Vol : 3 N° 5, Medellin-Colombia, 2004
- La terreur de penser - Sur les effets transgénérationnels du trauma/Ginestet-Delbreil S. Plancoët : Entendre l'archaïque, Editions Diabase. 1997
- Clinique Psychanalytique de l'alcoolisme/Nougué Y. Paris : Editions Economica, 2004
- La Passion du sujet freudien. Entre pulsionnalité et signification/Penot B. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès. (2001)
- L'alcoolique en Famille, Dimensions Familiales des Alcoolismes et implications thérapeutiques/Roussaux J-P., Faoro-Kreit B., Hers D.
- La rencontre avec la femme alcoolique/id. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2000

Source : « NOS CAPACITES THERAPEUTIQUES SONT-ELLES DEPASSEES FACE A L'ALCOOLIQUE DESINSERE? ». Docteur Denis Hers, Centre Chapelle aux Champs, Bruxelles

- La thérapie de l'alcoolisme par le couple/HERS D., DERELY M., ROUSSAUX J-P. Genève : Thérapie Familiale, 1989, 10 163-72.
- Pour une typologie familiale de l'alcoolisme/ROUSSAUX J-P., DERELY M., HERS D., VANDENBOSCH M., GEERAERT R., DEVOS M. in Alcoolismes et toxicomanies/ROUSSAUX J-P., DERELY M. Bruxelles : Ed. De Boeck, coll. Oxalis, 1989
- L'alcoolique en famille/ROUSSAUX J-P., FAORO-KREIT B., HERS D. Bruxelles : Ed. De Boeck, coll. de l'Oxalis, 2000. Deuxième édition revue et augmentée



ANNEXES

1. PROGRAMME DE L'UNIVERSITE DE PRINTEMPS 2010
2. PRESENTATION DES INTERVENANTS DE L'UNIVERSITE DE PRINTEMPS 2010
3. Dossier du magazine Le Lien Social n°917 (19/02/2009) : « *PARENTS ALCOOLIQUES : QUEL SOUTIEN POUR L'ENFANT ?* »
 - a. Entretien avec Jean-François CROISSANT (Plénière n°1 du 8 et 10 juin)
 - b. A Rennes, un groupe de paroles pour les enfants (atelier n°3 du 10 juin)
4. « *SYNTHESE DE L'ACTIVITE 2009 DE L'ORANGE BLEUE* » pour l'atelier n°1 du 9 juin 2009 – Albert Galipel
5. Extrait des actes du Congrès Vents d'Ouest 2005 : « *ET LES ENFANTS ?! UN META-MODELE POUR LES AIDER ET AIDER LEURS PARENTS SOUS EMPRISE DE L'ALCOOL – DES OUTILS POUR LA GUIDANCE SYSTEMIQUE EN ALCOOLOGIE SOCIALE* » - Jean-François CROISSANT (Plénière n°1 du 8 et 10 juin)
6. Texte de Frédéric La Belle : « *LES GROUPES D'ADULTES EN TRAVAIL SOCIAL* » (atelier n°4 du 8 juin)
7. Texte de Frédéric La Belle : : « *LES GROUPES THERAPEUTIQUES MULTI-FAMILIAUX. Extrait du congrès de Lyon en mai 2004* » (atelier n°4 du 8 juin)
8. Extrait d'un article du bulletin Lettre Vents d'Ouest n°5 – printemps 2007 – Frédéric La Belle: « *LE TRAVAIL DE GROUPE : PRINCIPES PRATIQUES* » (atelier n°4 du 8 juin)
9. Extrait d'un article du bulletin Lettre Vents d'Ouest n°11 – printemps 2010 – Jocelyne Guillon: « *UN PONT ENTRE L'EDUCATIF ET LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS* » (forum n°2 du 8 juin)
10. Extrait d'un article du bulletin Lettre Vents d'Ouest n°8 –Automne 2008 – Gilles Lemoine: « *L'APPROCHE SYSTEMIQUE EN TRAVAIL SOCIAL : S'APPUYER SUR LES RESSOURCES DES FAMILLES* » (plénière n°1 du 8 juin)
11. *OUTIL DE DEPISTAGE/ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE (DEBA) - ALCOOL (DÉBA-ALCOOL)* v1.8c. Centre de Réadaptation Ubald Villeneuve. 2009
12. *OUTIL DE DEPISTAGE/ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE (DEBA) - DROGUES (DÉBA-Drogues)* v1.8c Centre de Réadaptation Ubald Villeneuve. 2009
13. *Outil de Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide (DEBA) – JEU*. Centre de Réadaptation Ubald Villeneuve. 2005
14. *MANUEL D'UTILISATION du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu*. Centre de Réadaptation Ubald Villeneuve

15. *DEP-ADO, Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents.* Recherche et intervention sur les substances psychoactives (RISQ) 2008
16. *ANPAA 35*
17. *ALCOOLOGIE SOCIALE.* Yves Coulombier. Plénière n°1 et atelier n°4, 11 juin 2010
18. *MATERIEL POUR LA CLIENTELE EN MATIERE DE PREVENTION DES RECHUTES.* Candide Beaumont. Plénière n°3, 11 juin 2010.
19. *ALCOOLOGIE SOCIALE : LES 5 PHASES D'UN SUIVI SOCIAL EN ALCOOLOGIE.* Yves Coulombier. Plénière n°1 et atelier n°4, 11 juin 2010
20. *BIBLIOGRAPHIE* proposée par Yves Coulombier
21. *EQUIPE DE LIAISON SPECIALISEE EN DEPENDANCE DANS LES URGENCES.* Atelier n° 1, 11 juin 2010. Centre de réadaptation Ublald Villeneuve.





Secrétariat et adresse postale:

23 av. Gaston Berger - 35000 Rennes

Tél. 02 23 46 42 16 - Fax 09 65 13 14 08

secretariat@pegaseprocessus.fr - <http://pegaseprocessus.fr>

Siège social : 29 av. Corneille - 22000 Saint-Brieuc - Domiciliation Bancaire: Banque Populaire - Saint-Brieuc N°20521811127 - RCS Saint-Brieuc B404 993 933 Organisme de formation enregistrée sous le n°53 22 05 16 222 (Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat) SARL au capital de 7622,45 € - Code APE 8559A-Siret n°404 993 933 00039

Situé à St-Brieuc et Rennes, existant depuis 1986 (1), nous sommes un centre de Formation, de Recherche et de Psychothérapie, centré sur les pratiques systémiques et la thérapie familiale. Les formations reposent sur une vision « systémique » des problématiques relationnelles. Nos interventions sont appliquées au travail social, éducatif, médico-social, médical et psychiatrique.

Les formations sont diffusées sous forme de sessions organisées au centre (à Saint-Brieuc ou à Rennes) ou sur site auprès des équipes ou des institutions qui en font la demande.

NOS DOMAINES SPECIFIQUES D'INTERVENTION :

- L'intervention systémique et la thérapie familiale : cycle long, génogramme, sessions thématiques
- L'approche systémique appliquée dans différents contextes professionnels :
- L'alcoologie, l'addictologie
- Les institutions, les écoles, les entreprises : violences des usagers, gestion des conflits,...
- La psychiatrie
- L'accompagnement social et éducatif
- La protection de l'enfance
- Méthodologies de la relation d'aide :
- Animation systémique des groupes
- Approche centrée sur les solutions
- Communication NonViolente
- Analyse Transactionnelle
- Thérapie de la réalité et du choix
- Prévenir et gérer les violences*
- *Le soutien aux équipes* : Régulation, supervision, analyse de pratiques, recherches-action
- *Les carrefours d'échanges Vents d'ouest* : Congrès, universités, journées d'études, conférences

DES FORMATEURS EXPERIMENTES ET PRATICIENS : UNE EQUIPE FRANCO-QUEBECOISE

Depuis 1988, nous travaillons en collaboration avec le Québec, notamment avec OPTION, organisme communautaire Montréalais (Québec) de traitement et de prévention des violences conjugales, avec l'équipe du Centre Jeunesse de Québec, avec Candide Beaumont de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec...

1 La fondation de PÉGASE PROCESSUS remonte à 1986, et sous sa forme juridique actuelle à 1996.



Secrétariat et adresse postale:

23 av. Gaston Berger - 35000 Rennes

Tél. 02 23 46 42 16 - Fax 09 65 13 14 08

secretariat@pegaseprocessus.fr - <http://pegaseprocessus.fr>

Siège social : 29 av. Corneille - 22000 Saint-Brieuc - Domiciliation Bancaire: Banque Populaire - Saint-Brieuc N°20521811127 - RCS Saint-Brieuc B404 993 933 Organisme de formation enregistrée sous le n°53 22 05 16 222 (Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat) SARL au capital de 7622,45 € - Code APE 8559A-Siret n°404 993 933 00039

Situé à St-Brieuc et Rennes, existant depuis 1986 (1), nous sommes un centre de Formation, de Recherche et de Psychothérapie, centré sur les pratiques systémiques et la thérapie familiale. Les formations reposent sur une vision « systémique » des problématiques relationnelles. Nos interventions sont appliquées au travail social, éducatif, médico-social, médical et psychiatrique.

Les formations sont diffusées sous forme de sessions organisées au centre (à Saint-Brieuc ou à Rennes) ou sur site auprès des équipes ou des institutions qui en font la demande.

NOS DOMAINES SPECIFIQUES D'INTERVENTION :

- L'intervention systémique et la thérapie familiale : cycle long, génogramme, sessions thématiques
- L'approche systémique appliquée dans différents contextes professionnels :
- L'alcoologie, l'addictologie
- Les institutions, les écoles, les entreprises : violences des usagers, gestion des conflits,...
- La psychiatrie
- L'accompagnement social et éducatif
- La protection de l'enfance
- Méthodologies de la relation d'aide :
- Animation systémique des groupes
- Approche centrée sur les solutions
- Communication NonViolente
- Analyse Transactionnelle
- Thérapie de la réalité et du choix
- Prévenir et gérer les violences*
- *Le soutien aux équipes* : Régulation, supervision, analyse de pratiques, recherches-action
- *Les carrefours d'échanges Vents d'ouest* : Congrès, universités, journées d'études, conférences

DES FORMATEURS EXPERIMENTES ET PRATICIENS : UNE EQUIPE FRANCO-QUEBECOISE

Depuis 1988, nous travaillons en collaboration avec le Québec, notamment avec OPTION, organisme communautaire Montréalais (Québec) de traitement et de prévention des violences conjugales, avec l'équipe du Centre Jeunesse de Québec, avec Candide Beaumont de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec...

1 La fondation de PÉGASE PROCESSUS remonte à 1986, et sous sa forme juridique actuelle à 1996.