



# ACTES DU CONGRES INTERNATIONAL VENTS D'OUEST

## **FAMILLES,** Groupes, Réseaux et **ADDICTIONS**



14 et 15

juin 2012

à St-Malo

Organisé par :  
Pégase Processus



# “FAMILLES, GROUPE, RESEAUX ET ADDICTIONS”

Actes du Congrès Vents d'Ouest 2012

Congrès organisé par Pégase Processus

Siège Social :

29 avenue Corneille - 22 000 ST BRIEUC

Secrétariat de Rennes :

23 avenue Gaston Berger - 35 000 RENNES

Tél : 02.23.46.42.16 / Fax : 09.65.13.14.08

[secretariat@pegaseprocessus.fr](mailto:secretariat@pegaseprocessus.fr)

<http://pegaseprocessus.fr>

14 et 15 juin 2012





ORGANISE PAR :

EN PARTENARIAT AVEC :

 PEGASE PROCESSUS

[www.pegaseprocessus.fr](http://www.pegaseprocessus.fr)



 A.N.P.A.A.

[www.anpaa.asso.fr](http://www.anpaa.asso.fr)



 CENTRE JEUNESSE DE MONTREAL

[www.centrejeunessedemontreal.qc.ca](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca)

 CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC

[www.centrejeunessedequébec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca)



 ALCOOL ASSISTANCE

[www.alcoolassistance.net](http://www.alcoolassistance.net)

**alcool**  
assistance

Publication des Actes du congrès :

**AUTEURS : LES CONFERENCIERS ET INTERVENANTS AU CONGRES**

- Jean-Luc VENISSE
- Rachel CHARBONNEAU / Fannie FAFARD
- Blandine FAORO-KREIT
- Line CARON
- Janick LE ROY / Catherine DAVY
- Chantal LAVERGNE / Suzanne DESSUREAULT / Geneviève TURCOTTE,
- Candide BEAUMONT
- Antoinette FOUILLEUL-MIALON
- Michel PROULX
- Yves COULOMBIER
- Daniel BASSO-FIN
- François MOUREAU
- Gwénaëlle SIMON

MISE EN PAGE : CELINE ROUAULT

RELECTURE : ANNICK RENAUD-BERNA, SOPHIE BARRE, MARIE-AMELIE GAUTIER

Parution : septembre 2012

Remarque :

**Toute copie des documents est autorisée à condition qu'y figure la source du document et le nom du ou des conférenciers l'ayant écrit.**

**Par exemple: « Extrait de la conférence de Marie Choquet. Actes du Congrès Vents d'Ouest 2009, organisé par Pégase Processus**

## TABLE DES MATIÈRES

### “AU FIL DU TEMPS”

1 .....	
INTERET DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE .....	
DANS LE SOIN AUX ADDICTIONS DU SUJET JEUNE .....	13
2 .....	
LE PROGRAMME JESSIE : .....	
ENSEMBLE POUR PROTEGER LES ENFANTS .....	19
3 .....	
LES ENFANTS ET L'ALCOOLISME PARENTAL : POURQUOI .....	
TRAVAILLER EN FRATRIE ? .....	26
4 .....	
PROGRAMME D'INTERVENTION FAMILIALE POUR LES ENFANTS .....	
DE 6-12 ANS .....	32
5 .....	
LA PREVENTION DES TRANSMISSIONS GENERATIONNELLES DES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT FAMILIAL .....	51
6 .....	
ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : .....	
PRESENTATION D'UNE EXPERIENCE DE GROUPE DE PAROLE .....	52
7 .....	
LE PROJET MAIN DANS LA MAIN .....	53
8 .....	
APPROCHES MOTIVATIONNELLES ET IMPLICATION DE L'ENTOURAGE .....	54
9 .....	
LES THERAPIES FAMILIALES EN PRATIQUES : .....	
ENJEUX EXISTENTIELS, TRAUMATISMES, ETAPES DE RESOLUTION D'UN ALCOOLISME PLURIGENERATIONNELS .....	55
10 .....	
LE TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE CHEZ LES ADOLESCENTS .....	
UNE HISTOIRE DE FAMILLE .....	56



**“A LA CROISEE DES CHEMINS”**

1 .....  
L'ADDICTOLOGIE SYSTEMIQUE ET LES FAMILLES : LES POINTS DE VUE EXISTENTIEL HUMANISTE ET CENTRE SUR LES SOLUTIONS .....  
2 .....  
DE L'UTILITE DE L'IMPLICATION DES FAMILLES EN ADDICTOLOGIE : RESULTATS DE RECHERCHES ..... 59  
3 .....  
« LES TRAVAUX D'HERCULES » : POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE..... 60  
4 .....  
« RICHESSES, RESSOURCES ET LIMITES DE LA TOUR DE BABEL » : .....  
LE RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE EN ADDICTOLOGIE..... 64  
5 .....  
DES GROUPES POUR L'ENTOURAGE DES PERSONNES EN SITUATION DE DEPENDANCE ALCOOLIQUE..... 73  
6 .....  
LA PREVENTION DES ECARTS .....  
ET DES RECHUTES..... 74  
7 .....  
LE TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE CHEZ LES ADOLESCENTS : .....  
UNE CONSTRUCTION SYSTEMIQUE D'UN NOUVEL EQUILIBRE FONCTIONNEL..... 75  
8 .....  
LES GROUPES .....  
« ENTOURAGE - FAMILLE » : .....  
UN GROUPE DE PAROLE POUR ROMPRE LA LOI DU SILENCE..... 88  
9 .....  
QUAND UNE FAMILLE RENCONTRE DES FAMILLES, ELLE VA PLUS LOIN : .....  
UNE EXPERIENCE DES GROUPES THERAPEUTIQUES MULTI-FAMILIAUX (GTMF) ..... 89  
10.....  
UNE PRATIQUE DE RESEAU..... 95





JEUDI 14 JUIN 2012

## « AU FIL DU TEMPS »

APPARIER DES BESOINS ET DES REPONSES ; DES AGES ET DES GROUPES ; DES SERVICES AVEC D'AUTRES.

8h00 Accueil

8h30 Introduction : Pégase Processus et les Centres Jeunesse - Institut universitaire de Québec et Montréal

9h00 Conférences Plénières :

- 9h00 - **Le centre de référence en matière d'addiction en France: intervenir de façon efficace avec une approche prenant en compte les familles et l'entourage** - Professeur Jean-Luc Vénisse, CHU de Nantes (France) : L'addiction est une pathologie du lien et la dépendance problématique du sujet addict concerne d'abord ses liens à ses proches. C'est pourquoi il est fondamental que l'abord thérapeutique de ces patients, et notamment les plus jeunes, comprenne un travail avec leur entourage familial ; celui-ci s'appuiera sur des modalités concrètes très diverses : entretiens parents-enfants, entretiens familiaux, groupe de parents (cf atelier Dr ROCHER).
- 9h30 - **Le programme Jessie: Ensemble pour protéger les enfants** - Rachel Charbonneau, Centre Dollard Cormier (Québec) : « Si vous faisiez aussi un groupe pour nous » Ainsi parla Jessie en 1993 : au Centre Dollard Cormier à Montréal, cette demande fut le point de départ d'une aventure qui dure encore. Depuis une dizaine d'années, Rachel Charbonneau a la charge d'un partenariat et d'un accompagnement pluriprofessionnel en groupes pour les enfants des parents suivis pour leurs addictions.
- 10h00 - **Frères et sœurs face à l'alcoolisme parental : la question de la transmission et l'apport de la fratrie** - Blandine Faoro-Kreit (Belgique) : Les fratries exposées aux processus addictifs grandissent parfois sous vents contraires et s'y forgent, paient le prix d'adaptations forcées, se mobilisent. Blandine Faoro-Kreit retrace les points forts de ses années d'interventions. « Que doivent et que peuvent les enfants ? Qu'ont-ils laissé voir et entendre sur leurs liens et leurs émotions. Que nous disent leurs comportements ? Que faire, pour eux et avec eux ? »

10h45 Pause

11h15 Ateliers (en choisir un) : « A chaque Robin son Crusoë ». Comment survivre, vivre et sortir de son île

1. **Le programme Jessie : l'intérêt de travailler avec les enfants.** Rachel Charbonneau, Centre Dollard Cormier (Québec)
2. **L'alcoologie sociale et ses outils.** Yves Coulombier, Conseil Général 14 (France)
3. **Prévenir les transmissions générationnelles** (voir plénière de l'après-midi). Line Caron (Québec)
4. **Des parents inquiets par la consommation d'alcool, drogue, jeux de leurs enfants ou adolescents ont mis sur pied des groupes de parole.** Association Le Dire (France)
5. **Grossesse et addictions:** Cathy Simon, CHU de Brest et Le réseau de périnatalité 35.
6. **L'équipe pivot, une structure de support aux intervenants aux prises avec une clientèle présentant des problèmes d'addiction en protection de la jeunesse.** M.-J. Thériault, C. Bastien et N. Bérubé, Centre jeunesse de Québec - Institut univ.



## 12h30 Déjeuner

14h00 **Ateliers (en choisir un):** « A chaque Robin son Crusoë ». Comment survivre, vivre et sortir de son île »

1. **Fratrie et alcoolisme.** Blandine Faoro-Kreit (Belgique)
2. **Enfants issus d'une famille à dysfonctionnement alcoolique :** Présentation d'une expérience de groupe de parole. Janick Le Roy, CSAPA (France)
3. **Le rôle des mouvements d'entraide en addictologie.** Dr Karine Pain (France)
4. **Les addictions aux écrans :** L'internet a révolutionné le monde jusqu'à l'intérieur des foyers. Réflexions autour des «nouvelles pathologies repérées». Dr Bruno Rocher, CHU de Nantes
5. **Le projet Main dans la main :** Une action professionnelle concertée entre le milieu hospitalier et la protection de l'enfance dans un contexte de consommation maternelle abusive de drogue ou d'alcool. Chantal Lavergne, Suzanne Dessureault et Geneviève Turcotte, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (Québec).
6. **Approches motivationnelles et implication de l'entourage :** il y a 35 ans, Candide Beaumont invitait le conjoint à participer avec le patient au programme de réadaptation psycho-sociale pendant son séjour. Qu'en est-il aujourd'hui de la place des entourages, des familles et des groupes ? Candide Beaumont (Québec)
7. **Les thérapies familiales en pratique :** enjeux existentiels, traumatismes, étapes de résolution d'un alcoolisme plurigénérationnels. Dr Antoinette Fouilleu-Mialon, ANPAA et Pégase Processus (France)

## 15h30 Pause

### 16h00 Conférences en plénière

- 16h00 **Le traitement de la dépendance chez les adolescents... une histoire de famille**  
Michel Proulx, LE VIRAGE (Québec)  
*Le processus de réadaptation de l'adolescent est indissociable du travail effectué auprès des parents et des familles. Il ne s'agit pas ici d'une seule implication ponctuelle et symbolique de la famille ayant comme unique objectif de supporter l'adolescent « porteur de symptômes » dans sa réinsertion familiale, mais bien la famille en tant que système en réadaptation. Elle devient alors le principal objet d'intervention et est le principal acteur et maître de ses solutions.*
- 17h00 **La prévention des transmissions générationnelles des difficultés de fonctionnement familial**  
- Line Caron (Québec)  
*Les difficultés de fonctionnement familial peuvent se transmettre d'une génération à l'autre. L'ambition préventive de Line Caron est de mettre à disposition d'un large public une action de groupe qui leur permet d'avoir accès à une connaissance émotionnelle des mécanismes qui favorisent la transmission des difficultés fonctionnelles consécutives à alcoolisme, dépression, violences intrafamiliales ou les favorisant. Elle vise aussi une mise en action de petits changements quotidiens. L'atelier passe en revue : le cadre et les règles, les principes pour les animateurs, comment composer un groupe, assister les personnes dans leur plan d'action et les aider à travers les séances à faire ce qui leur est possible pour progresser, se former.*

### 18h00 Fin de la première journée



VENDREDI 16 JUIN 2012

« A LA CROISEE DES CHEMINS »  
TRAVAILLER EN RESEAUX ET AVEC DES GROUPES

8h00 Accueil

8h15 Introduction : Mot du président de l'ANPAA, Alain Rigaud

8h30 Conférences Plénières :

- 8h30 **L'addictologie systémique et les familles : les points de vue existentiel humaniste et centré sur les solutions.**

Jean-François Croissant, Pégase Processus et Antoinette Fouilleu-Mialon, ANPAA (France)

*Offrir aux familles et à leurs membres des modalités variées dès le début de leur parcours et par la suite. Voilà une idée fixe qu'Antoinette Fouilleu-Mialon et Jean-François Croissant tiennent à partager avec vous à travers quelques exemples. Les pratiques systémiques et les thérapies familiales engagent à inclure toutes les ressources nécessaires pour favoriser chacune des étapes d'un parcours de soins ou d'accompagnement social.*

- 9h00 **Des groupes et des familles en addictologie** - Frédéric La Belle, Pégase Processus (France)  
*Les groupes ont fait leurs preuves en accompagnement addictologique. Les groupes de familles ont cette particularité d'inclure tous les membres dans une coévolution partagée avec d'autres familles. C'est une aventure de longue haleine qui prend en considération le présent, le passé et le futur. Frédéric La Belle maîtrise ce modèle existentiel humaniste accepté par les familles qui en ont le plus grand besoin.*
- 9h30 **De l'utilité de l'implication des familles en addictologie: résultats de recherches**  
Candide Beaumont (Québec)

10h00 Pause

10h15 Conférences Plénières :

- 10h15 **« Les travaux d'Hercule »: pour une alcoologie sociale.** Yves Coulombier, C.G. 14  
*Alcoolisme problème de santé ? La place du travailleur social dans les situations alcool rencontrées dans le champ social. Quelques pistes pour structurer la relation...*
- 10h45 **«Richesses, ressources et limites de la tour de Babel» : le réseau pluridisciplinaire en addictologie.** Daniel Basso-Fin, CSAPA Synergie 17 et Alliance  
*Comment co-construire du lien, de l'affinité, dans le respect des compétences et des identités singulières, au service d'un projet collectif ? Comment favoriser la synergie, entre le médical, le psychologique, le social, le judiciaire, etc... Le réseau, comme expression d'une philosophie pratique de la solidarité, inter et transprofessionnelle.*
- 11h30 **Des groupes pour l'entourage des personnes en situation de dépendance alcoolique.** François Moureau, Alcool Assistance (France)  
*Qui mieux que les acteurs de ces groupes pour communiquer avec talent et imagination leur lot quotidien de questions, d'émotions, de solutions. La qualité d'un processus et d'une organisation nationale portée par Alcool Assistance*

12h00 Déjeuner

### 13h30 Ateliers (en choisir un): « Robinson crut Zoé » : Il faut le voir pour le croire

1. **Les familles : prévenir, soigner et accompagner.** L'ANPAA (France)
2. **Le projet Main dans la main :** Une action professionnelle concertée entre le milieu hospitalier et la protection de l'enfance dans un contexte de consommation maternelle abusive de drogue ou d'alcool. Chantal Lavergne, Suzanne Dessureault et Geneviève Turcotte, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (Québec).
3. **Le travail avec les familles.** Daniel Basso-Fin, CSAPA Synergie 17 et Alliance
4. **La prévention des écarts et des rechutes :** découverte et expérimentation d'outils d'intervention - Candide Beaumont (Québec)
5. **Un groupe entourage-patients centré sur les solutions en alcoologie** pour préparer la sortie du patient dans un service de sevrage complexe - J.-F. Croissant, Pégase Processus (France)
6. **Fratricide et alcoolisme.** Blandine Faoro-Kreit (Belgique)
7. **Lorsque les services de protection de l'enfance et les services de psychiatrie adulte collaborent** pour mieux aider les parents ayant un trouble de personnalité limite. Lise Laporte et Isabelle Laviolette, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (Québec)

### 15h00 Pause

### 15h30 Ateliers (en choisir un): « Robinson crut Zoé » : Il faut le voir pour le croire

1. **La prévention des transmissions générationnelles des difficultés de fonctionnement familial: méthodes et expérimentation de ce programme en France**  
Line Caron (Québec) et l'ANPAA Basse-Normandie (France)
2. **Le traitement de la dépendance chez les adolescents :** une construction systémique d'un nouvel équilibre fonctionnel. Michel Proulx, LE VIRAGE (Québec)  
*L'intervention familiale représente un défi dans le traitement des dépendances chez les adolescents. Comment gérer adéquatement les résistances de l'adolescent et des intervenants à impliquer la famille? Comment déterminer les modalités d'intervention familiale les plus efficaces dans un contexte de traitement des dépendances?*
3. **Les groupes « Entourage-famille » :** un groupe de parole pour rompre la loi du silence.  
Janick Le Roy et Catherine Davy, CSAPA (France)
4. **Les mouvements d'entraide et l'accompagnement de l'entourage des personnes en situation de dépendance alcoolique.** Alcool Assistance et Karine Pain (France)
5. **Quand une famille rencontre des familles, elle va plus loin :** une expérience des Groupes Thérapeutiques Multi-Familiaux (GTMF). Thérapeutes familiaux d'EVEA (France)
6. **Une pratique de réseau :** le Réseau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire.
7. **L'équipe pivot.** Marie-Josée Thériault, Chantale Bastien et Nancy Bérubé, Centre jeunesse de Québec Institut universitaire (CJQC-IU). *Le CJQC-IU a constitué une équipe pivot: des professionnels formés en toxicomanie pour guider leurs collègues en protection de la jeunesse quand l'addiction des parents est importante.*

### 16h30 Clôture du congrès



*“AU FIL DU TEMPS”*

***ATELIERS  
ET CONFERENCES***

**Du 14 JUIN 2012**

*Congrès*

*Organisé par Pégase Processus*



1

# INTERET DE L'APPROCHE SYSTEMIQUE DANS LE SOIN AUX ADDICTIONS DU SUJET JEUNE

Conférence de Jean Luc VENISSE

Professeur universitaire praticien hospitalier, actuellement Directeur du Pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Nantes

« Les familles heureuses se ressemblent toutes ; les familles malheureuses sont malheureuses chacune à sa façon » Léon TOLSTOI (*Anna Karenine*).

L'importance d'un abord systémique des problématiques addictives est soulignée depuis au moins une trentaine d'années et même si la France est restée longtemps un peu en retard vis à vis de ce type d'approche par rapport aux pays anglo-saxons et européens voisins, il faut rappeler que le centre de thérapie familiale Monceau a ouvert ses portes à Paris dès le début des années 1980. (2)

Modélisée initialement à partir des travaux de Grégory BATESON concernant la schizophrénie, (3) l'approche systémique a rapidement été étendue à d'autres problématiques, notamment psychosomatiques et addictives.

Il n'est pas question ici de reprendre l'historique de ces travaux ; plutôt de souligner à quel point le registre de l'addictologie justifie tout particulièrement un tel point de vue, aussi bien au niveau de l'analyse et la prise en compte des interactions familiales au sein desquelles s'inscrivent ces conduites pathologiques, que du côté de l'organisation et du fonctionnement du dispositif soignant qui leur est consacré.

## A. LES CONDUITES ADDICTIVES EXPRESSION D'UNE PROBLEMATIQUE GLOBALE DE DEPENDANCE.

Il est désormais tout à fait classique, et cliniquement évident, que les addictions dans leur diversité (c'est à dire notamment avec ou sans drogue), au-delà de la dépendance à comportement, avec ou sans consommation de substances psychoactives, manifestent une dépendance problématique à l'entourage le plus proche de celui qui s'y trouve entraîné et enfermé. C'est ce qui conduit à faire de ces troubles des



conduites des pathologies du lien témoignant peu ou prou d'un achoppement du travail de séparation-individuation dont le deuxième temps tel qu'il a été théorisé par Peter BLOS, dans le cadre des étapes du développement psycho-affectif, se situe à la période de l'adolescence.

L'épidémiologie nous confirme que les conduites addictives s'installent dans une période sensible qui correspond justement à l'adolescence, et ce même pour celles qui de par leur génie évolutif propre ne conduiront à de graves dommages motivant la rencontre avec le système de soin que beaucoup plus tard (c'est le cas par exemple des conduites de jeu pathologique et à un moindre degré des conduites d'alcoolisation).

Dans cette mesure la dépendance à un comportement, avec ou sans produit, peu avoir valeur d'auto traitement de substitution d'une dépendance inélaborable aux proches et réaliser un compromis acrobatique entre une revendication d'autonomie souvent affirmée haut et fort et un besoin de dépendance dont la représentation même doit être déniée.

Parmi les paradoxes de ces conduites, de l'anorexie mentale à la toxicomanie la plus classique en passant par beaucoup d'autres modalités de mise en danger et d'auto sabotage, se trouve le fait que la dimension de dégagement, de démarcation, que comporte l'addiction, au moins initialement, aboutit rapidement à renforcer les systèmes de dépendances intra-familiaux y compris dans les situations de rupture apparente des liens.

Pour rendre compte de cette difficulté majeure que rencontrent ces adolescents à assumer cette étape de la séparation-individuation, on invoque principalement, au sein d'une conception multifactorielle de ces troubles qui insiste sur les effets de rencontre et de sommation, de facteurs de fragilités multiples, biologiques, psychologiques et socio environnementaux, sur la faille narcissique sous-jacente qui sous tendrait la plupart de ces solutions addictives. Autrement dit c'est par ce que ces jeunes n'auraient pas constitué un capital de sécurité et de confiance personnelle suffisant que l'enjeu de la séparation serait chargé d'une potentialité destructrice ; comme si l'un ou l'autre des protagonistes ne devait pas y survivre.

On peut penser à partir de là que ce « défaut fondamental » comme l'appelait Mickaël BALINT, en général rapporté à des interactions précoces parents-enfants dysfonctionnelles, trouve sa pleine mesure lorsqu'il est resitué dans un espace plus large. Reconsidérée dans le cadre de la caisse de résonance familiale, la fragilité narcissique de l'adolescent et sa séparation-individuation avortée peuvent être envisagées du côté de l'interdépendance de ceux qui constituent le système familial.

## **B. LE JEUNE ADDICT THERAPEUTE DE SA FAMILLE.**

C'est le sens de l'approche familiale systémique que de replacer les tentatives apparemment inadaptées du jeune addictif dans le contexte qui les éclaire et fait de lui souvent à la fois un garant de l'homéostasie familiale et un thérapeute de sa famille.

A distance des risques de diabolisation comme de victimisation de ces familles, il s'agirait plutôt de prendre le pari que le comportement problème d'un, et souvent de plusieurs de ces membres, traduit une crise maturative de la famille, plus ou moins surdéterminée par un certain nombre d'éléments transgénérationnels ; crise pouvant justifier d'une aide spécifique.



Parmi ces éléments transgénérationnels sur lesquels l'accent est mis depuis une quinzaine d'années, il faut faire une place de choix aux pathologies du deuil dont on sait combien elles dramatisent les enjeux de perte dans les processus de séparation ; ces expériences de deuils traumatiques à la génération des grands-parents ou arrière-grands-parents, très difficiles à élaborer, auxquelles on relie également depuis les travaux de FERENCZI, puis Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK, les pratiques d'incorporation que les conduites addictives réalisent à leur manière (1).

C'est ce qui a conduit certains comme François Xavier COLLE à parler de généalogie de la dépendance, et qui en clinique se marque par le fait que les difficultés d'individuation d'un jeune renvoient souvent à la séparation inachevée de ses parents d'avec leurs propres parents.

Ainsi par exemple de Stéphanie suivie pendant plus d'un an dans la perspective d'une hospitalisation à temps plein à laquelle elle se refuse, à la fois au niveau d'entretiens individuels, d'entretiens concernant spécifiquement ses parents, et de quelques entretiens familiaux auxquels participe son frère aîné. Elle attendra pour accepter une hospitalisation de jour et remettre en question sa conduite anorexique que ses parents, et notamment sa mère, ait pu prendre conscience et aménager une dépendance extrême à ses parents vivant sous le même toit. Le décès précoce de l'arrière grand mère maternelle de Stéphanie, alors que sa fille était encore adolescente, s'avèrera rapidement au cours de ces entretiens, avoir été un déterminant initial majeur de cet espace de séparation introuvable au niveau transgénérationnel dont l'anorexie de Stéphanie et le projet d'hospitalisation peuvent être considérés comme révélateurs et occasion d'une mise en question et en chantier.

Une figuration à peine différente de cet impact est représentée par la notion de « court-circuit générationnel » développée notamment par Patrick CHALTIEL et Sylvie ANGEL ; elle est à rapprocher de celle de parentification des enfants décrite initialement à propos des pathologies psychosomatiques mais très opérante dans le champ de l'addictologie dans lequel le sujet entretient souvent une relation anaclitique avec un de ses parents (ce qui suppose qu'il soit en général tout à la fois appuyé sur lui et à son chevet, au plus près de l'étymologie de ce terme) ;

On parle également volontiers dans le même esprit de télescopage des générations.

En pratique clinique on est souvent frappé par la dimension extrêmement mortifère des interactions dans les familles de patients addictifs, avec le sentiment que la mort du jeune est quelque part préférable à toute individuation et amorce de dissociation de la famille synchronique. Ce qui serait ainsi évité à travers l'omniprésence de la mort de l'adolescent, c'est ce qui se trouve associé au niveau du cycle de vie à cette phase d'individuation de l'adolescent, à savoir d'une part la mort et le deuil des grands-parents, et d'autre part la nécessité pour le couple parental d'assumer une deuxième phase de vie, dite du « nid vide » :

« en fait tout se passe, écrivent Sylvie ANGEL et Patrick CHALTIEL, comme si la boucle générationnelle grands-parents - parents -enfants, était modifiée de telle façon que le couple parental redonne naissance à ses propres parents dans une famille synchronique interminable où les trois événements précédemment décrits n'ont plus cours ; A savoir : l'individuation de l'adolescent est impossible, le risque vital induisant la nécessité absolue de la protection parentale ; le deuil des familles d'origine est transformé en événement mineur devant la gravité de la situation ; enfin l'autonomisation du couple parental est annulée par la transmission directe d'un savoir grand parental donné à l'adolescent en excluant les parents »(2).

Ces fonctionnements permettent de comprendre la massivité des mécanismes de déni habituellement rencontrés dans ces familles et les innombrables modes de résistance, ou de complicité de résistance avec le



patient, déployés par rapport au projet de soin. On a coutume de dire que le message implicite adressé aux thérapeutes par ces familles est en règle :

« Désintoxiquez le mais ne nous changez pas ! ». Par ailleurs on connaît la dimension subversive et menaçante pour l'ordre établi dans la famille de la parole retrouvée du sujet en train de se libérer de son fonctionnement addictif avec la résurgence de conflits d'adolescence longtemps mis entre parenthèses.

A coté de ce point de vue psychogénétique qui privilégie de notion de cycle de vie et les enjeux de l'adolescence en tant que révélateur familial, un autre axe est celui des mythologies familiales souvent retrouvées dans ces familles, faisant une place de choix :

Aux mythes de pardon, expiation, donnant une valeur sacrificielle à la conduite addictive, dans l'esprit des écrits de René GIRARD (ce qui peut s'articuler assez directement avec ce qui précède). Ainsi qu'aux mythes de l'harmonie familiale, si prégnant et s'accompagnant pour certains, comme Denis VALLEE, d'un mythe du couple parental idéal, espace de relations aconflictuelles et asexuées, qui s'appuierait sur un fantasme d'endogamie selon lequel le lien conjugal serait de même nature que les liens du sang, c'est-à-dire indéfectible (7).

On mesure la dimension transgressive, au moins inconsciente, de tels fonctionnements, souvent perceptible à un niveau transgénérationnel aussi bien du côté du registre des lois et de la justice que du registre des normes morales, en particulier à type de transaction incestuelle.

Ces transactions incestuelles ne sont pas aisées à repérer dans la pratique clinique puisqu'une de leur fonction est justement de garantir l'occultation portée sur certains faits. Néanmoins on sait qu'à travers les équivalents d'inceste que peuvent représenter certains objets, symptômes ou encore activités et ambiances familiales, comme certains secrets, le clinicien averti saura remarquer ce qu'ils cachent et exhibent tout à la fois. Leur capacité à induire, contre transférentiellement, une véritable sidération de la pensée, ou au contraire une excitation de l'activité fantasmatique à tonalité plus ou moins obscène, est un indicateur précieux, de même que l'atmosphère de confusion et de dédifférenciation qui affecte les individus et les générations aussi bien que l'articulation entre intime, public et privé (6).

### || C. COMMENT PREVENIR LA CACOPHONIE DE LA FAMILLE THERAPEUTIQUE ?

Face aux capacités très faibles d'auto organisation de ces familles, qu'on qualifie souvent de familles dysfonctionnelles non rigides par opposition aux familles de psychotiques, et compte tenu de la symbiose inter-individuelle et de la dédifférenciation des générations et des sexes qui s'y manifestent, il est essentiel que le cadre de soin proposé, d'une part ménage un espace spécifique pour la famille, et d'autre part essaie de ne pas répéter en miroir, au moins durablement, les fonctionnements précédemment décrits.

Ménager un espace spécifique pour la famille, c'est faire exister un espace apte à recevoir ses mouvements transférentiels c'est à dire faisant une place au moi / non moi groupal du patient (en référence aux travaux de Maurice BERGER sur la fonction transitionnelle des entretiens familiaux) (4). Cet espace prendra des formes concrètes différentes avec chaque famille en fonction de beaucoup de facteurs difficiles à codifier et il serait dommageable de le réduire comme on le fait trop souvent au cadre strict de la psychothérapie familiale réglée même si celui ci reste très privilégié pour mettre au travail les fonctionnements



précédemment évoqués, à travers notamment une dynamique d'affiliation et d'appartenance des thérapeutes, la mieux à même pour beaucoup de révéler et d'infléchir les interactions les plus problématiques.

Différents types d'entretiens plus ou moins formalisés et élargis participent dans les pratiques soignantes à cet espace pour la famille, de même qu'une disponibilité et une écoute suffisante portées aux interventions de tel ou tel membre du groupe familial. Cela commence dès les premières rencontres avec l'importance d'entendre et d'évaluer qui demande quoi pour qui.

Ainsi les interactions fondatrices de la rencontre entre systèmes familiaux et systèmes thérapeutiques ont-elles tout intérêt à être abordées dans la perspective de l'instauration d'un contexte métathérapeutique qui permette de travailler à la redéfinition du problème dans la famille, d'aider chacun à gérer de façon plus tranquille ses relations avec les autres, et notamment le patient désigné. L'émergence de demandes de thérapies individuelles ou plutôt duelles de la part de tel ou tel membre du groupe familial témoigne sur ce fond commun d'une ouverture qui peut être soutenue avec l'idée d'espaces distincts et complémentaires.

Ceci vaut d'ailleurs plus largement pour l'ensemble des propositions thérapeutiques susceptibles d'être faites au fil de l'évolution d'une prise en charge qui se conçoit en règle sur plusieurs années.

Le travail en institution a tout intérêt à s'appuyer avec ces patients sur une gamme élargie de soins ambulatoires plus ou moins intensifs. Ceux-ci apportent en effet un étayage à géométrie variable (en fonction des moments évolutifs) essentiel. Entretiens individuels et familiaux, groupes thérapeutiques de nature et références diverses, hospitalisations de jour à temps plus ou moins partiel, y trouveront leur place et leur pertinence, à la condition qu'un référent global de la prise en charge (bien repéré et validé par tous) ait le souci d'articuler ces différents espaces de soins en leur donnant un sens.

On sait combien la pluralité des intervenants et des espaces thérapeutiques est le plus souvent une garantie par rapport au patient addictif de ne pas être embarqué du côté d'un transfert massif, à tonalité narcissique, facteur de rupture précoce tant il vient solliciter une avidité et une appétence objectale insupportables. Inversement cette pluralité peut dans certains cas tourner à la cacophonie et ressembler à s'y méprendre à l'indifférenciation des places et des fonctions qui règne dans ces familles. C'est pourquoi l'approche systémique peut là encore nous aider à prévenir ces risques, ou tout au moins à repérer de telles dérives avec l'espoir que la redéfinition de nos cadres thérapeutiques, de nos fonctionnements en réseau, plus ou moins formalisés, aide ces familles à redéfinir elles aussi leurs fonctionnements d'une façon qui permette au patient addictif comme à ceux qui l'entourent de récupérer un espace de liberté et d'individuation.

On peut dire que c'est à cette condition que les conduites addictives que présentent certains adolescents sont une occasion pour un travail de séparation-individuation, resté en souffrance au sein de leur famille... et peut-être parallèlement à cette condition également que le concept d'addiction, qui reste quelque peu exploratoire, est d'abord pour les soignants qui s'occupent de ces patients et de leur famille, une opportunité pour accepter leur dépendance, c'est-à-dire ne pas dénier la représentation angoissante de leur propre dépendance à ces sujets avides d'un tout massivement régressif, voire également leur dépendance à un système thérapeutique nécessairement élargi dans lequel ils ne sont qu'un élément parmi beaucoup d'autres.



## D. BIBLIOGRAPHIE

1 - ABRAHAM N. et TOROK M.

L'écorce et le noyau

Ed FLAMMARION et Paris, 1987, 480 p

2 - ANGEL P. et S.

Familles et toxicomanie

Ed Universitaires, 1989, 137 p.

3 - BATESON G.

Vers une écologie de l'esprit

T1 (1977), T2 (1980)

SEUIL Ed, Paris

4 - BERGER M.

Entretiens familiaux et champ transitionnel

PUF, Paris, 1986

5 - COLLE F. X.

Toxicomanies, systèmes et familles

ERES Ed, 1996, 262 p.

6 - GELUGNE F., ABIVEN O., LAMBERT S., VENISSE J.L.

Expression de l'incestuel - Intérêt et éléments de repérage de l'incestuel dans la pratique clinique.

In Synapse, octobre 2005, N°218

7 - VALLEE D.

Les familles dépendantes introduction à la clinique des systèmes flous.

TOXIBASE, 18, 2005, 7-12



2

# LE PROGRAMME JESSIE : ENSEMBLE POUR PROTEGER LES ENFANTS

Conférence de Rachel Charbonneau (Québec)

Coordnatrice clinico-administrative, programme spécialisé adulte au Centre Dollard Cormier de Montréal, un établissement public de réadaptation ayant pour mission d'améliorer l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu de pathologique.

« Si vous faisiez aussi un groupe pour nous » Ainsi parla Jessie en 1993 : au Centre Dollard Cormier à Montréal, cette demande fut le point de départ d'une aventure qui dure encore. Depuis une dizaine d'années, Rachel Charbonneau a la charge d'un partenariat et d'un accompagnement pluriprofessionnel en groupes pour les enfants des parents suivis pour leurs addictions.

## A. HISTORIQUE

Le programme Jessie est né de l'initiative d'un intervenant social<sup>1</sup> du Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain (CSSMM) qui, ému par le cas d'une petite fille appelée *Jessie*, dont la mère était toxicomane, a cru nécessaire de réunir des collaborateurs du milieu de la toxicomanie et de la réadaptation pour aider cette famille à assurer la sécurité et le développement de leur enfant.

Quelques mois plus tard, une équipe d'intervenants<sup>2</sup> entreprend de dispenser des services auprès de familles qui, sur une base volontaire, acceptent que des interventions soient faites afin de les aider à résoudre leurs problèmes de consommation et de négligence. Un comité aviseur est aussi créé, rassemblant divers représentants du Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain (CSSMM), aujourd'hui appelé le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) et du Centre Alternatives, maintenant connu sous le nom du Centre Dollard-Cormier. En 1994, un an après le début des premières interventions et démarches, une entente se formalise. L'implantation de ce nouveau programme se fait progressivement dans le secteur Sud-ouest pour devenir, au printemps 1997, accessible à l'ensemble des territoires et intégré officiellement à l'offre de service aux enfants âgés de 0 à 5 ans dont leur sécurité ou leur développement est compromis et à leur famille.

<sup>1</sup> Serge Bouchard.

<sup>2</sup> Les intervenants *pionniers* du projet Jessie sont : Serge Bouchard (travailleur social), Roger-Marc Lalande (éducateur), Christiane Lavoie (intervenante É/O), Estelle Gemme (intervenante du Centre Dollard- Cormier).

En 2003, soucieux d'affiner le fonctionnement du programme sur le terrain, les partenaires mettent sur pied un comité de suivi dans chacune des deux directions territoriales réunissant les intervenants du CJM-IU et du Centre Dollard-Cormier. C'est également au cours de cette année que la direction du CJM-IU modifie le rôle du comité aviseur et donne officiellement à ce groupe de travail le mandat de réviser le programme Jessie dans le but de le consolider et d'assurer sa pérennité. Ce groupe de travail réunissant des représentants du CJM-IU et du Centre Dollard-Cormier deviendra en cours de route le comité de coordination du programme Jessie. Le programme Jessie prend alors une nouvelle vitesse de croisière. Le nombre de familles inscrites à ce programme augmente et le travail de partenariat se consolide pour l'atteinte d'un objectif commun soit d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant en favorisant son maintien ou son retour dans sa famille.

## B. LA DOUBLE PROBLEMATIQUE DE LA TOXICOMANIE PARENTALE ET DE LA NEGLIGENCE

Une étude réalisée en 1998 sur l'incidence et les caractéristiques des situations signalées aux DPJ de l'ensemble de la province<sup>3</sup> relève la présence de consommation excessive d'alcool ou de drogues chez les parents dans 45% des cas où le signalement pour négligence s'est révélé fondé. En 2005-2006, au CJM-IU, 39% des situations évaluées où la sécurité et le développement étaient compromis font état d'un problème de toxicomanie chez l'un ou l'autre des parents. La toxicomanie est relevée dans 60% des situations de négligence<sup>4</sup>. L'abus de drogue ou d'alcool est reconnu pour être un facteur augmentant le risque des mauvais traitements envers les enfants. La consommation abusive chez le parent entraîne une réponse inappropriée aux besoins des enfants. Le parent consommateur n'est pas nécessairement un parent incompetent, mais ses problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ont certes un impact négatif sur sa capacité à donner les soins requis à son enfant.

## C. LE LIEN PARENT-ENFANT, UNE PRIORITE REAFFIRMEE

L'enjeu de la continuité des soins et de la stabilité des liens dans la vie des tout-petits pris en charge en vertu de la LPJ est fondamental. Notre action auprès de ces enfants et leur parent ne peut y échapper et doit, par conséquent, en tenir compte dans les efforts et les stratégies d'intervention déployées. La toxicomanie d'un parent étant un facteur de négligence important et fréquemment rencontré dans le cadre de l'intervention en protection de la jeunesse, il importe de mobiliser nos énergies, nos connaissances et notre savoir faire pour réussir ensemble à donner des opportunités au parent de se mobiliser pour changer son mode de vie et mieux répondre aux besoins de son enfant dans un délai raisonnable. Le programme Jessie offre une telle opportunité.

<sup>3</sup> Tourigny, M., Mayer, M. et al. Juin 2002. Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la jeunesse au Québec. Rapport final. Montréal. CLIPP.

<sup>4</sup> <sup>14</sup> Bilan DPJ 2005-2006. 2006. CJM-IU.

Les amendements à la LPJ qui sont entrées en vigueur en juillet 2007, réitèrent l'importance dans le cadre de l'application de la LPJ de tout mettre en œuvre pour susciter la participation et l'implication du parent dans la démarche d'intervention et la prise de décision. À titre de premier responsable de son enfant, le parent doit être situé avec clarté et transparence sur les motifs qui justifient l'intervention du DPJ ainsi que les enjeux de cette intervention. Il doit, par ailleurs, être conscientisé à l'urgence d'agir pour corriger la situation problématique et faire en sorte que son enfant puisse trouver auprès de lui une réponse adéquate à l'ensemble de ces besoins de même que la continuité des soins et la stabilité des liens auxquelles il a droit. L'enjeu du temps dans la vie de l'enfant est crucial et doit être expliqué au parent dont l'enfant fait l'objet d'une mesure de retrait du milieu familial.

## D. LES PRINCIPES DE BASES

Le programme d'intervention Jessie veut offrir à la clientèle du CJM-IU suivi en protection, une intervention multidisciplinaire, concertée, rapide, intégrée et intensive dans le dépistage, l'évaluation et le traitement des problématiques de négligence et des dépendances.

### ■ UNE INTERVENTION MOTIVATIONNELLE

La participation au programme Jessie peut constituer un important levier de changement pour les parents puisque le but est de maintenir ou réintégrer l'enfant dans son milieu familial, et ce, en leur offrant une démarche soutenue leur permettant de développer les capacités parentales nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité et le développement de leur enfant.

### ■ UNE INTERVENTION MULTIDISCIPLINAIRE

L'intervention implique des intervenants provenant des services d'évaluation et d'orientation, du service de la révision et des services territoriaux (psychosocial et de réadaptation) ainsi que des intervenants du Centre Dollard-Cormier. L'expertise de chacun est mise à contribution aux diverses étapes du processus.

### ■ UNE INTERVENTION CONCERTÉE

Une intégration du programme Jessie aux autres programmes s'adressant aux enfants de 0-5 ans soit le programme *À chaque enfant son projet de vie permanent* et le programme en négligence *Des racines et des ailes : programme d'aide aux familles* favorise les collaborations entre intervenants et consultants des différents services du CJM-IU lesquels s'inscrivent dans des cellules d'intervention<sup>5</sup> et ceux du Centre Dollard-Cormier.

<sup>5</sup> 15 Cellule d'intervention : regroupement d'intervenants psychosociaux et de réadaptation qui interviennent en complémentarité auprès des familles en utilisant aussi les ressources du milieu afin d'offrir des services intensifs et diversifiés.

Tout au long de la démarche, l'équipe Jessie formée de l'intervenant psychosocial (personne autorisée), l'intervenant de réadaptation et l'intervenant du Centre Dollard-Cormier travaillent étroitement ensemble mettant en commun leurs connaissances et leurs expertises pour mieux répondre aux besoins du parent.

À cette démarche sont associés les partenaires privilégiés (autres intervenants déjà impliqués dans la situation) et selon les besoins, d'autres collaborateurs peuvent également être interpellés tels que les intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des Centres de la petite enfance, des organismes communautaires, etc.

La collaboration avec les ressources de la communauté est privilégiée tout au long de l'intervention.

Par ailleurs, étant donné que le parent demeure le premier responsable de l'enfant, il doit être considéré comme un collaborateur privilégié. Il participe entre autres à toutes les rencontres réseau.

### UNE INTERVENTION RAPIDE

---

La *Grille de dépistage des enfants à risque de discontinuité des soins et d'instabilité des liens* utilisée de façon systématique auprès de tous les enfants âgés de 0 à 5 ans retenus en protection, inclue un indicateur sur la toxicomanie des parents permettant de repérer rapidement ceux qui pourraient bénéficier du programme Jessie.

Dès que les parents sont inscrits au programme Jessie, une démarche d'intervention s'amorce. L'accès aux services et programmes du Centre Dollard-Cormier est alors priorisé. À l'intérieur de la période d'orientation qui se limite à 45 jours, plusieurs rencontres effectuées simultanément par le CJM-IU et le Centre Dollard-Cormier sont planifiées pour évaluer les besoins des parents et leur offrir les services requis.

### UNE INTERVENTION INTEGREE

---

Le programme Jessie vise à assurer la continuité de l'intervention entre l'évaluation-orientation, l'application des mesures, la révision, l'aide éducative, l'aide spécialisée en toxicomanie, les soins de santé, etc. et ce, à partir d'un plan de services individualisé (PSI) et d'un transfert personnalisé.

Des rencontres conjointes, appelées «rencontre réseau» permettent de préciser en concertation le travail des intervenants et les attentes de chacun. La première rencontre (Réseau 1) est l'occasion d'une prise de contact entre les divers professionnels et les parents pendant laquelle les attentes pour la période des 45 premiers jours sont partagées avec les parents. La seconde (Réseau 2) fait le bilan du travail effectué durant les derniers 45 jours<sup>6</sup> et vise à convenir du régime et des mesures de protection à mettre en place.

---

<sup>6</sup> Dans les situations où des mesures de protection sont convenues dans le cadre de mesures provisoires volontaires, le Réseau 2 doit se tenir à l'intérieur d'une période de 30 jours.

Cette dernière se tient au moment de la *table d'accès*. Elle vise la réalisation d'un plan de services individualisé et dessine les grandes lignes du plan d'intervention. Des rencontres d'actualisation sont ensuite prévues en moyenne aux deux mois en fonction des besoins de la situation.

### UNE INTERVENTION INTENSIVE

---

Au cours des six premières semaines, soit entre la rencontre Réseau 1 et celle du Réseau 2, la démarche d'évaluation implique quelques rencontres effectuées par chacun des intervenants avec les parents et les membres de leur famille dans le milieu de vie de ceux-ci et au bureau de l'intervenant. Outre l'objectif général d'évaluation, ces rencontres permettent de soutenir les parents dans leur situation de vie actuelle et d'amorcer auprès de la famille l'intervention de réadaptation qui apparaît nécessaire.

## E. LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

---

### OBJECTIFS GENERAUX

---

1. Évaluer la nature et les conséquences des problèmes de la famille en vue de l'orienter vers les services appropriés.
2. Soutenir les parents afin qu'ils développent les capacités requises pour assurer la sécurité et le développement de leur enfant.
3. Favoriser le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial.
4. Réduire chez l'enfant les séquelles possibles de la négligence relativement à la poursuite de son développement.
5. Mobiliser les parents vers un processus de réflexion et par la suite, de changement quant aux problèmes liés aux dépendances.
6. Réduire les méfaits de la dépendance sur la capacité du parent d'assurer la sécurité et le développement de son enfant.
7. S'assurer de la consolidation des acquis afin d'éviter la récurrence de la situation de négligence.

## OBJECTIFS SPECIFIQUES

### *Par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*

- Dans l'intérêt de l'enfant, clarifier avec les parents leurs intentions ainsi que les enjeux relatifs à la nécessité d'un changement dans un délai raisonnable<sup>7</sup>.
- Identifier les mesures les plus mobilisantes pour le parent afin de faire cesser le plus rapidement la situation de compromission et favoriser le maintien de l'enfant ou son retour dans son milieu familial.
- Mobiliser les parents à profiter du programme Jessie.
- Évaluer les capacités parentales ainsi que les forces et les limites du milieu<sup>8</sup>. (Réfère aux axes 2 et 3 du programme en négligence).
- Promouvoir et soutenir le développement et l'actualisation des capacités parentales.
- Favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique.
- Amener les parents à se créer un réseau de soutien social.
- Évaluer de façon globale le développement de l'enfant.
- Mettre en place les services nécessaires à la reprise du développement de l'enfant le cas échéant.

### *Par le Centre Dollard-Cormier*

- Accroître la motivation des parents à entreprendre une démarche de changements à l'égard de leurs comportements de consommation de psychotropes et de jeux.
- Favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique.
- Favoriser la réduction des méfaits en lien avec les comportements de consommation de psychotropes et de jeux pathologiques des parents.
- Identifier avec les parents les zones problématiques de leur fonctionnement biopsychosocial.
- Permettre aux parents de stabiliser, d'améliorer et de consolider leur fonctionnement biopsychosocial.

<sup>7</sup> Référence aux délais prescrits par la LPJ.

<sup>8</sup> Utilisation de l'outil *Guide d'évaluation des capacités parentales*. Adaptation du guide de Steinhauer.



- Soutenir le parent dans le maintien des sphères de vie dans lesquelles, il est fonctionnel.
- Sensibiliser les parents aux impacts de la problématique de la dépendance sur leur fonctionnement biopsychosocial et plus spécifiquement sur l'exercice de leur rôle parental.

## F. LA CLIENTELE VISEE ET LES CRITERES D'ADMISSIBILITE

- ✓ L'enfant de 0-5 ans dont la sécurité ou le développement est jugé compromis au terme de l'évaluation et pour lequel une prise en charge en vertu de la LPJ est envisagée.
- ✓ Les parents sont de tous âges, habitent l'île de Montréal et reconnaissent un problème de dépendance.
- ✓ Lors de l'évaluation en protection, l'intervenant identifie une consommation d'alcool ou de drogue chez le(s) parent(s), ayant une incidence sur la sécurité ou le développement de l'enfant.
- ✓ Les parents se mobilisent afin de maintenir l'enfant dans leur famille ou de le reprendre dans les délais prescrits par la LPJ.
- ✓ Le parent accepte de participer au processus d'évaluation totalisant de six à dix rencontres avec les différents intervenants impliqués durant une période de 45 jours.

Une trajectoire de services est développée afin de répondre aux besoins de cette clientèle et d'atteindre les objectifs ciblés par les deux organismes. Nous travaillons dans l'optique de tisser un filet de sécurité pour les enfants et la famille.

## G. DIAPORAMA VISIONNE PENDANT LA CONFERENCE

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)

## H. BIBLIOGRAPHIE

[Bibliographie](#)



3

# LES ENFANTS ET L'ALCOOLISME PARENTAL : POURQUOI TRAVAILLER EN FRATRIE ?<sup>9</sup>

Conférence de Blandine Faoro-Kreit (Belgique)

Psychologue et psychanalyste, membre de la Société belge de psychanalyse et de l'Association psychanalytique internationale. Auteur de «Les enfants et l'alcoolisme parental» et «L'alcoolique en famille».

## A. INTRODUCTION

Alors que l'alcoolisme est un phénomène largement répandu et qui touche quasi une famille sur quatre<sup>10</sup>, il reste étonnant que la souffrance des proches et particulièrement des enfants soit peu envisagée dans le milieu de la santé mentale. Les prises en charge se portent davantage vers la personne qui consomme.

L'explication se situe, sans aucun doute, dans la particularité même de cette problématique. Elle entraîne, on le sait, une telle honte pour celui qui la vit ou la côtoie au quotidien qu'elle encourage au silence, au déni, à l'isolement et au secret. En outre, la gravité des situations de l'alcoolodépendance, qu'accompagne la difficulté de la compliance au traitement, monopolise les équipes soignantes et thérapeutiques vers l'urgence réclamée pour le patient alcoolique. La prise en compte de l'entourage passe en arrière plan.

L'unité Assuétudes du Centre Chapelle-aux-Champs (Service de Santé Mentale, Université Catholique de Louvain, à Bruxelles) a développé depuis une vingtaine d'années des consultations ambulatoires pour les patients alcooliques avec une attention portée à la famille et principalement au conjoint.<sup>11</sup>

La sensibilité que nous pouvions avoir vis-à-vis de la souffrance des enfants n'avait pas trouvé jusqu'ici un cadre thérapeutique suffisamment adapté. Nous étions cependant régulièrement sollicités de diverses façons :

- ✓ Les patients alcooliques, eux-mêmes, expriment bien souvent des regrets pour ce qu'ils font subir ou ont fait subir à leurs enfants. Le fossé qui s'est creusé entre eux et leur entourage ne les laisse pas indifférents. Qu'il soit père ou mère, le parent alcoolique se sent souvent impuissant à retrouver sa place de parent qui a été vacante pendant un temps. La honte empêche de faire une démarche dans ce sens même s'il y a abstinence. Le souhait, malgré parfois certaines ambivalences, n'en reste pas moins qu'une aide puisse être apportée à leurs enfants.

<sup>9</sup> Voir le livre : « Les enfants et l'alcoolisme parental », sous la direction de Blandine Faoro-Kreit, Erès, 2011.

<sup>10</sup> Les rapports de l'Inserm parlent de 9% d'alcooliques sur la population générale, c'est-à-dire près d'une personne sur dix et donc près d'une famille sur quatre. Ces chiffres sont confirmés par l'OMS pour l'Europe Occidentale.

<sup>11</sup> J-P. Roussaux ; B. Faoro-Kreit ; D. Hers, *L'alcoolique en famille - Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, Bruxelles, De Boeck et Larquier, 2<sup>ème</sup> édition, 2000.



- ✓ Les enfants d'alcoolique à l'âge adulte nous interpellent également :
  - De façon directe par des questions précises sur :
    - La transmission où se laisse poindre l'angoisse face à cette affliction. « Tous les hommes dans ma famille sont alcooliques, vais-je le devenir ? », « tout le monde boit autour de moi, mes parents, ma sœur, mon frère, est-ce dans les gènes ? ».
    - - Les conduites à tenir et les moyens disponibles pour aider le parent alcoolique.  
Ce sont des conseils concrets qui sont attendus afin d'aider le père ou la mère, et qui laissent enfouies leurs propres souffrances.
  - De façon indirecte quand, lors de thérapies ou de consultations, il apparaît que les patients ont grandi dans un milieu alcoolisé. Les souffrances vécues sont bien souvent atténuées ou indicibles, cachées aux yeux extérieurs et amènent à développer des mécanismes défensifs invalidants.
- ✓ Nous ne pouvions rester insensibles à ces détresses lorsque, via les parents, nous apprenions, et encore bien partiellement, les situations traumatiques auxquelles les enfants dans ces contextes alcoolisés étaient soumis régulièrement. Cependant, les diverses démarches vers des collègues spécialisés dans les thérapies individuelles d'enfants et d'adolescents se sont avérées infructueuses pour la plupart. Les enfants, par honte et par loyauté filiale, ne pouvaient s'exprimer sur ce qu'ils vivaient à la maison. Ces entretiens se clôturaient généralement après deux ou trois séances sans grands résultats.

Cette situation nous a stimulés à approfondir davantage notre questionnement.

- ✓ Quel est l'impact de l'alcoolisation parentale sur l'organisation familiale et principalement sur le vécu des enfants ? Quels mécanismes de protection et de défense, ceux-ci, ont-ils du développer dans ce contexte ? Quels en sont les impacts sur leur vie actuelle et future.
- ✓ Y a-t-il des moyens de prévention et d'intervention pour protéger l'enfant qui grandit dans un milieu alcoolisé ?
- ✓ N'avons-nous pas, comme alcoologues, intervenant du côté des parents, une place particulière dont pourraient bénéficier les enfants ?

C'est à partir de ces réflexions et des atouts que pouvaient procurer notre position spécifique, que nous avons proposé un cadre de consultations thérapeutiques qui offrirait, en fratrie, un lieu où les enfants pourraient se déposer et s'exprimer.

Se présenter d'emblée comme intervenants en alcoologie, c'est-à-dire comme « avertis » de la situation et comme soutiens des pères et mères dépendants, offrait les meilleures chances nous semblait-il, pour que les enfants puissent enfin parler d'eux. La parole libérée du déni et du secret de l'alcoolisme parental et de la crainte de jugements ou de critiques de notre part vis-à-vis du parent buveur, était une ressource sur laquelle nous voulions compter. Nous avons aussi, à certains moments, la capacité d'évoquer notre propre impuissance, nos échecs et nos difficultés à aider le parent alcoolique, même comme spécialistes de la question. Cette reconnaissance de non maîtrise de notre part, face à l'addiction alcoolique, donnait l'opportunité aux enfants de se libérer du poids de leur culpabilité et de leur responsabilité de n'avoir pu guérir ou sauver leur parent.



En proposant de recevoir les enfants d'une même famille, et ainsi rassembler les frères et sœurs<sup>12</sup>, nous voulons ranimer les liens fraternels très souvent abîmés dans ce contexte. Les ressources de la fratrie amenuisées pourraient alors se redynamiser. L'appui sur des semblables, les frères, les sœurs, seules personnes autorisées à dévoiler ce qui se passe au sein de la famille, permet à chacun de se réapproprier son histoire, libéré du poids du silence. Etre reconnu dans sa souffrance, briser le silence et l'isolement à l'intérieur de sa propre famille, partager ses peurs, ses peines, ses colères, ses déceptions aide à retisser les liens fraternels et ouvre au déploiement psychique.

Notre expérience clinique nous a montré que ce cadre de travail fraternel concernait également les enfants d'alcoolique à l'âge adulte, ainsi que les adultes inquiétés par l'alcoolisme d'un frère ou d'une sœur. Nous recevons donc des fratries d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, tous concernés par l'alcoolisme soit d'un parent soit d'un frère ou d'une sœur.

Si nous sommes convaincus que l'on ne peut guère se sortir seul de l'alcool, il est tout aussi vrai que, comme intervenants nous avons besoin des uns et des autres. Les patients nous y obligent d'ailleurs du fait de leur passage nécessaire dans les diverses structures de soins et de soutien. Nous sommes donc régulièrement en contact avec les collègues de différentes institutions.

En 2004, grâce à l'intervention de la Commission Communautaire Française<sup>13</sup>, nous avons pu constituer un réseau officiellement reconnu : le Réseau Dépendance Bruxelles Est. Ce réseau comprend 11 entités spécialisées dans diverses prises en charge de l'alcoolique en fonction des nécessités du traitement (services ambulatoires, hospitaliers, centres de jour, appartements supervisés). Le projet du réseau est de soutenir et de développer ce nouveau type de prises en charge thérapeutiques en fratrie, adressées aux enfants d'alcoolique ou frères et sœurs d'alcoolique, quel que soit leur âge, comme on vient de le décrire.

## **B. MAIS POURQUOI TRAVAILLER EN FRATRIE ?**

Il nous a semblé opérant d'utiliser la fratrie pour les ressources qu'elle contient et qui justement sont mises à mal dans ces familles comme dans toute famille à caractère traumatique.

Pour rappel la fratrie est le lieu même d'expérimentation de l'individuation, de narcissisation et d'identification. C'est un lieu propice pour le renforcement et la consolidation de la personnalité.

En effet on peut, pour le dire rapidement, reconnaître 3 apports de la fratrie :

1. C'est un terrain pulsionnel sans grand danger. On peut expérimenter sa colère sur un frère ou une sœur avec plus de sécurité que sur un parent, pour ne citer qu'un exemple.

Les autres motions affectives comme la jalousie, l'amour, la tendresse etc. pourront se vivre également sans les mêmes conséquences que vis-à-vis d'un père ou d'une mère. . De même recevoir les motions agressives de ses frères et sœurs n'est pas de même valeur que de les recevoir des parents.

---

<sup>12</sup> Pour éviter des confusions, nous précisons bien que nous ne recevons qu'une seule fratrie à la fois. Il ne s'agit nullement de rassembler des enfants de différentes familles.

<sup>13</sup> COCOF : Commission Communautaire Française (Belgique).

2. C'est un lieu de l'étagage identificatoire qui renforce par la même le sujet. C'est une possibilité de revivre le maternage au travers d'un plus jeune, tout comme se propulser dans l'avenir au travers d'un aîné. Revenir dans le passé grâce à l'identification à un frère ou une sœur plus jeune permet à chacun, de se réapproprier et de profiter (encore) par la régression, des soins et de l'affection reçus alors. De la même façon, s'identifier au plus grand offre la possibilité de se préparer et d'imaginer ce qui va arriver dans le décours du temps.

3. C'est une expérimentation du socius. On partage le même territoire, les mêmes parents ...Il faut composer avec l'autre, les autres. C'est aussi appartenir à un groupe avec ses exigences, ses idéaux, ses rites, ses mythes.

La relation fraternelle se présente comme un véritable terrain d'expérimentation de soi-même et des autres. Terrain mouvant car évolutif en fonction des nouvelles naissances dans la famille et de la distribution des sexes dans la fratrie. Ceci demande à chaque fois une adaptation et un réajustement de la place qu'on occupe, ce qui ne va pas sans provoquer des émotions intenses. Or les affects auxquels est confronté tout humain peuvent s'y déployer sans de trop de dangers.

Le frère ou la sœur est celui avec lequel on a partagé sa vie dès le début. C'est la relation la plus longue que l'on puisse connaître puis que présente dès le début de la vie.

C'est donc le lieu où les tâches d'individuation et d'identification sont expérimentées au quotidien et par-là même offre un support précieux pour le développement de la personnalité.

## C. LES ECUEILS DE LA FRATRIE EN CAS D'ALCOOLISME

Comme dans toute famille confrontée à un traumatisme, la famille où l'un des parents est dépendant de l'alcool provoque bien des fractures tant externes c'est-à-dire vers le social, qu'internes.

Vis-à-vis de l'extérieur, c'est la loi du silence qui domine par honte et par loyauté vis-à-vis du parent et de l'image de la famille. C'est l'isolement social qui protège du regard réprobateur ou apitoyé.

A l'intérieur de la famille l'isolement est tout aussi important mais sous des formes très diverses. On constate que le sous-groupe fraternel est très souvent enchevêtré dans les sous-groupes parentaux et conjugaux. Des alliances particulières peuvent se créer entre un parent et un enfant qui peuvent mettre ce dernier soit à la place d'un parent soit à la place d'un partenaire du couple. On a assez décrit toutes ses positions « d'enfant parentifié » ou encore d'enfant pris comme confident ou protecteur d'un des parents que pour y revenir davantage. Mais sous l'angle de la fratrie, ne fusse que parce que justement le groupe des enfants n'existe plus comme tel ou a tellement été mis à mal, on observe l'altération jusqu'à la destruction de toutes ses ressources décrites plus haut.

Toute l'organisation de la famille va s'organiser autour de la consommation de l'alcool. Chacun de ses membres va tenter de se protéger au mieux des violences immanquablement inhérentes à la consommation (violence en acte, en parole, par négligence ou manque de sécurité...). Une distribution implicite et inconsciente des rôles se met en place à l'insu même de chacun des protagonistes. Chacun réagit en fonction de son âge, de son sexe, de sa place dans la fratrie et de ses ressources propres mais aussi, on l'a vu, en fonction de transmissions intergénérationnelles. Lorsque ces positions sont prises, il est difficile de les modifier puisqu'elles doivent assurer la stabilité de cette famille en équilibre précaire.



Le groupe fraternel dissout ne servira plus ni d'appui, ni de support pulsionnel. Le sentiment d'appartenance à un groupe sera malmené au point que chacun aura le sentiment de souffrir seul de cette situation. Les fonctions de consolidation de personnalité, d'étayage et d'expérimentation du socius seront réduites par-là même.

Les rites et les mythes familiaux et fraternels seront, pourrait-on dire, imbibés de cette histoire alcoolique. C'est alors laisser la place à l'inéluctable répétition de l'héritage alcoolique.

Nous voulons miser sur cette force fraternelle en ranimant ces liens précoces uniques et irremplaçables.

Notre objectif est de recréer ce tissu fraternel en brisant le silence et l'isolement, en partageant ses peurs, ses colères, ses déceptions, en repérant les rôles assumés par chacun. C'est recomposer l'histoire familiale au travers du traumatisme et par-là même s'en dégager. La dépendance ne sera plus à l'avant plan parce que parlée et non plus subie. Ceci laissera la place aux mythes propres de la fratrie en dehors de l'alcool et permettra la consolidation et l'épanouissement de chacun. C'est aussi une forme de prévention pour enrayer la répétition de la problématique alcoolique à la génération suivante.

## || D. LES MODALITES DE CES PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Ces modalités sont reprises sous forme d'un dépliant accessible aux professionnels et aux personnes intéressées.

Les entretiens se pratiquent au sein du réseau Dépendance Bruxelles-Est. Les thérapeutes sont au nombre de deux par fratrie, un homme et une femme, psychologue ou psychiatre. Ils sont expérimentés en alcoologie et utilisent les référents théoriques systémiques et psychanalytiques.

Les séances durent une heure. Leur rythme et leur nombre sont déterminés en fonction de chaque situation.

Pour les fratries d'enfants, un entretien avec les parents est demandé au préalable. L'accord et le soutien des parents sont indispensables. Nous constatons que ce sont les mères qui sont les plus réticentes à ce que leurs enfants se réunissent sans elles. Certaines mamans peuvent se sentir en compétition et rivalité avec les thérapeutes. Que leurs enfants se confient à d'autres ou la crainte que d'autres réussissent là où elles pensent avoir échoué est une blessure narcissique qu'elles essaient d'éviter. Ceci se rencontre autant lorsque la maman est alcoolique que lorsqu'elle est épouse d'alcoolique. Il est donc possible que ces enfants soient accompagnés par un des parents ou par toute personne autorisée. Nous sommes sensibles à garder un modèle souple car la diversité des situations est telle qu'il faut pouvoir s'adapter et créer pour chaque fratrie la solution la plus adéquate.

Il n'y a pas de limites d'âge pour participer à ces entretiens. Nous insistons vivement pour que tous les frères et sœurs, même petits, puissent venir. La place de chacun est unique et l'étayage sur les autres bien utile.

Les demandes sont habituellement initiées par un membre de la famille, un parent voire encore les grands-parents. Mais en amont il y a fréquemment une personne sensibilisée à cette problématique qui a encouragé la famille à faire cette démarche. Cela peut être un médecin traitant, le thérapeute de l'un des parents, un enseignant...

Pour la fratrie d'adultes, la demande émane le plus souvent d'un de ses membres

- ✓ Qui s'inquiète de l'évolution soit d'un de ses parents soit d'un frère ou d'une sœur qui abuse d'alcool.

- ✓ Qui cherche à pouvoir nommer et reconnaître la souffrance liée à la consommation d'alcool dans sa famille et ses effets sur le présent.
- ✓ Qui s'interroge sur la répétition du recours à l'alcool à travers les générations et qui cherche un mode de prévention.

C'est en général à l'occasion d'un évènement particulier pour un membre de la famille comme un accident, une hospitalisation... que la démarche prend forme.

Comme pour les fratries d'enfants, nous insistons pour que tous les membres de la fratrie adulte soient présents.

## || E. LES RESULTATS

Il est toujours difficile d'estimer les résultats de toute prise en charge thérapeutique tant les paramètres sont multiples et ne peuvent se constater que bien des années plus tard, la plupart du temps.

Cependant, il est patent que les fratries rencontrées ont toutes pu vivre quelque chose qui peu ou prou les ont marquées.

La gravité des situations rencontrées a dépassé de loin ce que nous avons imaginé. Les intervenants sont sollicités tant dans leurs qualités humaines que professionnelles. Il faut beaucoup d'adaptabilité du cadre pour que ces séances puissent avoir lieu dans le respect du rythme et des mécanismes de défense de chacun.

La place particulière que nous occupons a pour conséquence que c'est à nous qu'il est fait appel des années plus tard parfois, pour nous annoncer des heureux évènements familiaux ou à l'inverse pour être guidé ou conseillé dans des situations difficiles voire dangereuses<sup>14</sup>.

## || F. CONCLUSIONS

Réelle, imaginaire ou symbolique, la fratrie nous colle à la peau. Les liens fraternels et les motions affectives qui en forment le complexe sont à prendre dans leurs axes horizontaux avec les pairs versus le social et verticaux avec les parents ou toute figure substitutive. Les couleurs qui teintent les affects peuvent y être les plus noires comme les plus tendres. On ne peut s'approcher de cette entité aux facettes multiples qu'avec prudence et modestie.

C'est l'entreprise que nous avons risquée en proposant un cadre d'intervention qui mette d'emblée la fratrie à l'avant plan.

Nous sommes convaincus que revitaliser les ressources amoindries de la fratrie dans le contexte alcoolisé est un outil parmi d'autres pour contrer la répétition de l'héritage alcoolique et offrir un meilleur déploiement psychique pour chacun.

---

<sup>14</sup>Voir la dernière partie de l'ouvrage : « Les enfants et l'alcoolisme parental » op. cité, où sont décrits et analysés nombre de ces prises en charge.

4

# PROGRAMME D'INTERVENTION FAMILIALE POUR LES ENFANTS DE 6-12 ANS

Atelier de Rachel Charbonneau et Fannie Fafard - (Québec)

Centre de réadaptation en dépendance Dollard-Cormier, Institut universitaire. Un établissement public de réadaptation ayant pour mission d'améliorer l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu de pathologique.

## A. HISTORIQUE DU PROGRAMME 6-12 ANS

Depuis sa fondation le Centre Dollard-Cormier : Institut universitaire en dépendance, offre des services aux membres de l'entourage des toxicomanes. En 2002, les services offerts à l'entourage ont été regroupés et un programme spécifique a été créé. Ce programme a été surtout conçu pour une clientèle adulte. Dès le début du programme, nous avons reçu des demandes de services d'enfants qui vivaient une situation de vulnérabilité reliée aux impacts négatifs de la toxicomanie d'un de leur parent. Tout comme les adultes, les enfants verbalisaient leurs inquiétudes et leur impuissance devant la toxicomanie. De là est né l'intérêt de bâtir un programme spécifiquement adapté aux besoins des enfants âgés de 6 à 12 ans. La recherche et la pratique clinique ont guidé l'élaboration de notre offre de service à cette clientèle. Une recension des écrits a été entreprise pour identifier les impacts de la toxicomanie parentale sur le développement des enfants âgés de 6 à 12 ans et sur les compétences parentales. Nous avons aussi fait une recension des programmes et des interventions déjà existants pour les enfants de 6 à 12 ans. Le développement du programme au Centre Dollard-Cormier a été particulièrement inspiré par celui du Centre Jellinek. Son élaboration a commencé en 2004 et a vu le jour en 2006.

Depuis son début, le programme a été révisé régulièrement pour mieux répondre aux besoins de la clientèle et fait l'objet d'une étude visant à évaluer son implantation dans trois sites au Québec. En janvier 2011, un autre volet s'est ajouté à notre offre de service. Il a été instauré dans le cadre d'une subvention fédérale. En mars 2011, les groupes PIAF (programme d'intervention appui aux familles) ont débuté au Centre Dollard-Cormier, un des trois centres québécois choisis pour faire l'implantation d'une adaptation culturelle du programme américain Strengthening Families Program. L'initiative est en partie financée par le CNPC (Centre national de prévention de la criminalité) et ce, jusqu'en 2015.

Le développement du Strengthening Families Program a débuté en 1983 à titre de projet de recherche. Il est depuis un programme validé scientifiquement. Composé de 14 rencontres, ce programme est hebdomadaire, à raison d'une session de trois heures par semaine. La première heure est consacrée au repas, la seconde heure comprend, simultanément, un groupe

s'adressant aux parents et un autre groupe aux enfants et la troisième heure permet de réunir les deux groupes pour intervenir au niveau de la famille dans son ensemble.

Le programme est conçu pour réduire les facteurs de risque environnementaux et améliorer les facteurs de protection avec comme objectif ultime d'augmenter la résilience personnelle à la consommation de drogue chez les jeunes à haut risque.

Les critères d'admissibilité au deux volets sont les suivants :

- ✓ Enfant âgé de 6 à 12 ans (âge de niveau scolaire primaire) ayant vécu la dépendance d'une figure parentale.
- ✓ Enfant ayant un trouble externalisé du comportement (déficit d'attention, hyperactivité, trouble de l'opposition, trouble des conduites pour le PIAF)
- ✓ Une figure parentale (ou deux) disposée à participer avec l'enfant aux ateliers.

À noter, si l'enfant ayant un trouble externalisé à une fratrie entre 6 et 12 ans, les frères et sœurs pourront aussi participer aux ateliers. De plus, par figure parentale, nous entendons tout adulte qui représente une figure d'attachement et qui joue un rôle éducatif auprès de l'enfant. Ainsi, le parent dépendant ou non peut y participer mais il peut s'agir aussi d'un parent d'accueil, peu importe qu'il ait ou non la garde exclusive de l'enfant.

En lien avec les droits d'accès à l'enfant, le parent doit voir son enfant minimalement quelques fois par semaine pour pouvoir mettre en pratique les activités proposées.

Notre offre de service pour les familles d'enfants âgés de 6 à 12 ans et ayant des parents affectés par la dépendance, comprend maintenant deux volets. Ils offrent tous les deux une intervention familiale, comprenant de 10 à 15 rencontres de groupes; une à trois rencontres familiales et du soutien ponctuel.

## B. LE DEVELOPPEMENT NORMAL DES 6-12 ANS

Un des principes qui légitime notre intervention auprès de la clientèle des 6 à 12 ans est celui basé sur les stades de développement de l'enfance.

*« Longtemps considérée comme une période sans changement majeur sur le plan du développement des enfants, et d'ailleurs qualifiée de « période de latence » par les tenants freudiens, nous savons aujourd'hui que la période du 6-12 ans est fondamentale, notamment sur le développement social et émotionnel de l'enfant. »<sup>15</sup>*

<sup>15</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p. 10

En effet, nous savons que de 6 à 12 ans, la socialisation de l'enfant est en jeu.

« La socialisation se définit comme un processus par lequel l'enfant s'intègre dans la société en apprenant à exercer adéquatement les comportements et les attitudes encouragées par les différents groupes auxquels il adhère ainsi qu'à se conformer à leurs codes de conduite. »<sup>16</sup>

L'amitié prendra une nouvelle place dans la vie sociale de l'enfant, l'enfant se trouvant ainsi influencé par de nouveaux acteurs. Les amis pourront en venir à prendre autant de place que sa famille, l'école étant un « lieu privilégié de socialisation »<sup>17</sup>. Le concept de soi et l'image de soi sont aussi au cœur des développements de l'enfance.

Plus précisément, entre 6 et 8 ans, l'enfant commence à développer son empathie face au monde, il devient plus soucieux d'autrui. Le sentiment de culpabilité émerge lorsqu'il agit mal.

Entre 8 et 10 ans, l'enfant fait maintenant face à des choix et des décisions dans ses relations. Sa conscience morale se développe et il fait de plus en plus la part entre ce qui est bien et mal, lui donnant ainsi la possibilité de mieux choisir ses comportements. De plus, on espère que le jeune en viendra à faire un passage de l'âge de la raison à celle de l'autodiscipline.

Entre 10 et 12 ans, des changements hormonaux importants se produisent pour amener l'enfant vers l'adolescence. Dans le meilleur des cas, il y aura passage de l'âge de l'impulsivité à l'âge de la réflexivité.

## C. L'IMPACT DE LA TOXICOMANIE PARENTALE

### ATTACHEMENT

Un attachement de type insécuré est souvent remarqué chez les enfants de parents dépendants.

« Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1982), l'attachement « insécuré » représente un type d'attachement négatif caractérisé par l'indifférence ou l'ambivalence des enfants à l'égard des figures d'attachement (Moss, Tarabuly, St-Laurent, Bernier et Cyr, 2007). »<sup>18</sup>

<sup>16</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p. 10

<sup>17</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.11

<sup>18</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.13

L'attachement de type insécuré est intimement relié au développement de comportements antisociaux et anxieux. Des problèmes cognitifs, des difficultés relationnelles et une faible estime de soi peuvent aussi en découler. Les programmes du volet parentalité offert par le CDC-IUD visent justement à intervenir sur ces aspects soit le développement de comportements prosociaux, d'améliorer l'estime des parents et de leurs enfants et de travailler les dynamiques et la communication familiales.

## NEGLIGENCE

« Au Québec, la toxicomanie parentale représente le 2<sup>e</sup> facteur de risque susceptible d'entraîner un signalement pour négligence. (Clément et Tourigny, 1999)»<sup>19</sup> La négligence peut se vivre à trois niveaux, soit la négligence physique, la négligence émotionnelle et la négligence éducative. Certains impacts ont été corrélés avec la négligence parentale. La négligence se manifeste par les difficultés à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. On peut alors constater chez les enfants de parents dépendants des retards scolaires et une faible performance. De plus, ces enfants sont plus susceptibles d'être placés en classes spécialisées. Ils ont aussi une plus « forte propension à la consommation d'alcool et de drogues »<sup>20</sup>. Les problèmes de comportements internalisés (dépression et anxiété) et externalisés (problèmes de comportement et délinquance) sont aussi plus fréquents.

Les programmes du volet parentalité du CDC-IUD visent la diminution des troubles de comportement. En guise de modèle familial, une certaine routine est instaurée entre autres autour du repas familial qui fait partie intégrante de nos programmes. Nous misons alors sur l'instauration de certaines routines ou rituels pour augmenter les facteurs de protection familiaux. « Une des conséquences immédiates du PIAF est de réduire les mauvais traitements infligés aux enfants et la négligence en renforçant l'amour des parents, leur attention et leur empathie envers leurs enfants. »<sup>21</sup>

<sup>19</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p. 15

<sup>20</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.16

<sup>21</sup> Extrait de la traduction du manuel d'implantation et d'application du Strengthening Families Program, Karol Kumpfer, Département de sensibilisation aux problèmes de santé et de l'éducation, Université de l'Utah, ©2006. P.4

## PARENTIFICATION

Une des dynamiques rencontrées au sein de certaines familles de parents dépendants est la parentification, soit l'inversion des rôles. La parentification est un frein à la socialisation car « l'enfant est placé dans une situation où il se sent forcé d'endosser prématurément un rôle parental et d'assumer des responsabilités d'adulte (Stein, Riedel et Rotheram-Borus, 1999). »<sup>22</sup> Il a été prouvé que la parentification a des conséquences directes sur la formation de l'identité de l'enfant et de sa socialisation. Cette dynamique a aussi des impacts sur la réussite scolaire. Cette dynamique est observable chez certains enfants inscrits aux programmes du CDC-IUD. A travers les thématiques abordées, nous tentons que chacun puisse reconnaître sa place dans le système familial et puisse permettre aux enfants de reprendre leurs rôles.

## CO-DEPENDANCE

On définira la personne co-dépendante comme ayant « tendance à gérer les problèmes de l'autre, à le protéger, à faire sienne sa souffrance, tout cela en secret, par crainte du jugement d'autrui. »<sup>23</sup> Cette co-dépendance a été mise en lien avec des émotions telles que « la peur, la honte, l'imprévisibilité, l'instabilité et le doute. (Chayer Gélinau et Moreau, 1998). »<sup>24</sup> Cette dynamique peut en effet être observée chez certains enfants et les programmes offerts par le CDC-IUD permettent justement aux enfants d'apprendre à nommer leurs émotions et aux parents à prendre conscience des impacts de leur dépendance sur leur système familial.

## D. L'INTERVENTION DE GROUPE

La recension des écrits est claire sur l'efficacité des groupes bimodaux. Le groupe bimodal est celui qui traite les parents et les enfants en simultanément. Les études ont démontré qu'ils sont plus efficaces que les groupes de parents et d'enfants traités séparément. L'utilisation du groupe bimodal s'est avéré le plus efficace en matière d'acquisition d'habiletés pro-sociales. De plus, la recherche démontre une augmentation des facteurs de protection par rapport au risque de consommation chez l'enfant. Le groupe bimodal permet à l'enfant de vivre une expérience avec son parent. Il permet à l'enfant de voir une autre dimension possible de son

<sup>22</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.16

<sup>23</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.13

<sup>24</sup> LANDRY, Véronique, Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement, Centre Dollard-Cormier Institut Universitaire sur les Dépendances, 2010, p.17

parent qui investit du temps de qualité et du plaisir à travers des ateliers souvent ludiques mais qui visent l'acquisition ou la consolidation d'habiletés parentales, de techniques de communication et de nouvelles habitudes familiales (ex. : repas en famille, réunion familiale, etc.). Le groupe bimodal permet aussi aux parents de voir leurs enfants sous un autre jour et de recréer ou consolider des liens parfois fragiles. Le groupe bimodal permet aux intervenants de voir plus précisément les dynamiques familiales en jeu et de coacher parents et enfants dans une nouvelle façon d'entrer en relation. Le renforcement immédiat d'habiletés présentes ou nouvellement acquises est alors possible.

L'animation de groupe, particulièrement chez les enfants mais tout aussi vrai chez les parents, se doit d'être interactive et imagée. Des techniques comme le jeu, le jeu de rôle et la mise en situation sont à privilégier. Il est possible de jouer tout en apprenant à donner des consignes claires ou à décoder des émotions par exemple. Au sujet des techniques utilisées, il faut noter l'importance des « devoirs » donnés aux familles. Ces devoirs rappellent qu'il faut un investissement au quotidien pour qu'il y ait acquisition et maintien de nouvelles habiletés.

Un dernier avantage indéniable est que le groupe a pour avantage de donner aux parents et aux enfants un lieu d'échange et de soutien avec d'autres familles. Bien qu'on puisse avoir parfois craindre des alliances négatives entre personnes dépendantes, l'impact des exemples au groupe sont d'autant plus riches et forts en impact. S'il est parfois difficile de se voir aller, il est possible pour un parent de regarder une autre famille soit dans les conséquences négatives vécues (ex. : la perte de la garde d'un enfant) ou encore dans ce qu'elle a de meilleur (ex. : comment cadrer un enfant avec fermeté et amour).

Lorsqu'il est question d'efficacité des groupes, on se doit aussi de parler du temps d'exposition au programme. Les études ont démontré que l'exposition doit tendre idéalement vers les 45 heures d'exposition directe avec le programme en question pour être le plus efficace dans l'atteinte des objectifs. Au CDC-IUD, les programmes du volet parentalité tendent donc vers cet objectif.

Au sujet de l'animation des groupes pour enfants, le CDC-IUD croit qu'il est important pour la sécurité et le bien-être des enfants que deux intervenants soient présents lors des ateliers. De plus, il faut aussi réfléchir au nombre maximal d'enfants admis dans un groupe compte tenu des difficultés particulières de cette clientèle. Nous tendons vers un maximum de huit enfants.



**Les critères prédictifs de l'efficacité d'un programme de prévention et d'intervention familiale auprès des parents dépendants aux psychotropes et de leurs enfants.**

Il était important de nous assurer que le programme mis en place rencontrait les critères d'efficacité en traitement. Myriam Laventure, chercheuse pour l'université de Sherbrooke, a donc effectué pour nous une révision scientifique du programme 6-12 ans.

Elle a ressorti certains critères prédictifs de l'efficacité des programmes s'adressant aux parents dépendants et à leurs enfants. Ces différents critères ont été regroupés ci-dessous:

1. Plus la famille est dysfonctionnelle plus l'intervention **devrait débuter précocement** (les meilleurs résultats s'observent entre 3 et 10 ans);
2. Le programme doit être **accessible**;
3. Les besoins de la famille doivent être clairement identifiés à l'aide d'une **évaluation initiale rigoureuse**;
4. Les programmes doivent offrir une intervention **multifactorielle** visant à diminuer les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection;
5. Les programmes **axés sur la famille** sont plus efficaces que les programmes axés sur les parents uniquement ou sur le jeune seulement, surtout si la famille présente des difficultés interpersonnelles. Il faut toutefois souligner que les programmes axés uniquement sur les parents ont démontré une meilleure efficacité que ceux uniquement axés sur l'enfant;
6. Les programmes devraient **inclure des stratégies pour améliorer les relations familiales, la communication et le contrôle parental**;
7. Les programmes démontrent un plus grand maintien des acquis s'ils visent des **changements cognitifs, affectifs et comportementaux généralisables** aux différents environnements de la famille (les changements effectués en clinique doivent être réinvestis à la maison);
8. Les programmes offerts aux familles à grandes difficultés doivent **augmenter le dosage et l'intensité**. En effet, le dosage et l'intensité sont deux facteurs critiques pour l'efficacité d'une intervention. De 25 à 50 heures (idéalement 45 heures) sont recommandées auprès des familles ayant plusieurs facteurs de risque et peu de facteurs de protection. Des rencontres hebdomadaires sont également conseillées.
9. Le programme **doit être adapté à l'âge, au niveau de développement et de maturité de l'enfant**;
10. Le programme devrait prévoir des **stratégies incitatives** (nourriture, transport, offre du programme dans un milieu neutre; récompense pour les devoirs complétés, graduation) favorisant le recrutement et la rétention dans le programme;
11. Le programme devrait inclure des **méthodes pédagogiques interactives** (jeux de rôles, modelage actif, sessions de pratique en famille, devoirs pratiques, vidéos illustrant les pratiques adaptées et les pratiques inadaptées) contrairement à des pratiques éducatives didactiques (lectures, enseignements) ayant pour objectifs d'augmenter les connaissances uniquement.

12. Les attitudes et à la personnalité de l'intervenant sont fortement liées à l'efficacité du programme (bonne connaissance du programme, chaleur, sensibilité, humour, empathie, encadrement et directivité, compétence de communication, bonne écoute, flexibilité, crédibilité, expériences personnelles avec des enfants);
13. Le programme doit prévoir **un suivi pour les familles**, sous forme de rencontres supplémentaires, de référence dans la communauté afin de maximiser et maintenir les acquis réalisés dans le cadre du programme;
14. Le programme soit être complété par une **évaluation postintervention rigoureuse** afin de mesurer l'impact du programme et améliorer les pratiques.

Ainsi, aucun critère à lui seul ne saurait être efficace, le cumul d'éléments reconnus pour leur efficacité dans un même programme permettrait tout de même de juger de la qualité scientifique d'un programme. C'est donc à partir de ces différents critères prédictifs de l'efficacité des programmes s'adressant aux parents dépendants et à leurs enfants que le programme 6-12 ans du CDC-IUD sera jugé.



## Comparaison du programme 6-12 ans du CDC-IUD aux critères prédictifs de l'efficacité des programmes

<i>Critères prédictifs de l'efficacité des programmes</i>	Programme 6-12 ans du CDC - IUD
● Précocité de l'intervention (Alvarado et Kumpfer, 2000; Webster-Stratton et Taylor, 2001; Wilson et al., 2007)	X
● Accessibilité (Wilson et al., 2007)	X
● Évaluation initiale rigoureuse (Wilson et al., 2007) □	X
● Intervention multifactorielle (Kumpfer et Alder, 2003; Wilson et al., 2007)	X
● Interventions axées sur la famille (Bor et al., 2002; Dishion et Andrew, 1995; Wilson et al., 2007)	X
● Stratégies axées sur l'amélioration des relations familiales, la communication, le contrôle parental (Kumpfer, 1996; Kumpfer et Alvarado, 1998)	X
● Interventions visant des changements cognitifs, affectifs et comportementaux visant la généralisation des acquis (Kumpfer et Alvarado, 2003)	X
● Dosage et intensité (45 heures minimum) (Kazdin, 1987; Patterson et Narrett, 1990) -	X
● Contenu adapté à l'âge, au niveau de développement et de maturité de l'enfant (Kumpfer et Alder, 2003; Wilson et al., 2007)	X
● Stratégies incitatives (Kumpfer et al., 2002)	X
● Méthodes pédagogiques interactives (Kumpfer et Alvarado, 2003; Nixon et al., 2003; Webster-Stratton, 1994; Wilson et al., 2007)	X

Nous pouvons constater que d'un point de vue scientifique, le programme 6-12 ans du CDC-IUD présente plusieurs critères prédictifs de l'efficacité des programmes à offrir aux familles dont les parents sont dépendants. Il est donc possible d'affirmer que ce programme présente de très bonnes qualités scientifiques.

Afin d'augmenter le potentiel d'efficacité de ce programme, l'offre de services devrait (1) augmenter en nombre d'heures et en intensité, (2) proposer des stratégies davantage interactives pour les parents et (3) prévoir une évaluation post intervention.

Les ajustements en lien avec ces recommandations sont en cours d'actualisation.



## E. DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

L'expérimentation du programme a débuté en octobre 2005 et dès la deuxième cohorte, l'équipe d'intervenants a rencontré des problèmes de recrutement importants. Certaines familles n'ont pas dépassé la procédure d'admission. Le nombre insuffisant de familles inscrites nous a obligés à reporter, à plusieurs reprises, le début des groupes. Nous nous retrouvons alors dans un cercle vicieux car les familles inscrites qui attendent trop longtemps abandonnent. Le bassin de familles existe, mais nous n'arrivons pas à les rejoindre et à les intéresser. La difficulté du recrutement de familles est un phénomène complexe et répandu à travers le monde (Spoth et coll. 2007).

Au Québec, d'autres expériences d'intervention familiale ont été développées (Jellinec, Moi c'est moi, Adojeune de Gatineau). Les intervenants ont été confrontés à des difficultés de recrutement comparable aux nôtres (Vitaro, Normand, Charlebois, 1999). Nous devons toutefois prendre en considération que le recrutement et la rétention sont deux opérations interreliées, mais distinctes (Vitaro, Normand, Charlebois, 1999). Ce constat nous amène à développer des stratégies pour augmenter le taux de recrutement.

Nos observations sur le terrain nous permettent de constater que les parents qui initient le programme l'apprécient et poursuivent la démarche. Nous obtenons un taux de rétention comparable à d'autres interventions, soit entre 40% et 60% (Vitaro, Normand, Charlebois, 1999).

## F. LES FACTEURS FAVORABLES ET LES OBSTACLES AU RECRUTEMENT

Les facteurs favorables à l'engagement des parents touchent à deux aspects : les éléments qui facilitent l'organisation familiale et le sentiment de confiance envers le distributeur de services. Au niveau des obstacles nous retrouvons, aussi deux grandes catégories : Ceux liés à l'individu et ceux liés au programme 6-12 ans.

- ✓ L'ensemble des obstacles peut être regroupé en deux grands thèmes :
  - La peur du jugement, qui touche à l'estime de soi, est par le fait même plus interne. Les parents se perçoivent jugés par le distributeur de services, incluant certains intervenants; la promotion (le dépliant); la société et eux-mêmes.
  - L'organisation familiale, dans ce qui peut faciliter la vie, ce qui est davantage externe. Les parents ciblent l'accessibilité parfois complexe et longue; la distance trop grande; le besoin de garderie; les horaires ne correspondant pas à leur disponibilité.

Ce constat nous amène à recommander que la promotion et l'intervention s'effectuent dans une optique motivationnelle afin de maintenir et renforcer la perception d'efficacité et ainsi augmenter la motivation à s'engager ; d'offrir ce programme en partenariat avec les organismes du milieu particulièrement les organismes communautaires pour la famille, les CLSC et les écoles; de sensibiliser les intervenants sur l'impact de la stigmatisation et surtout sur la façon dont elle se joue au quotidien même par des intervenants qui souhaitent vraiment aider ces parents; d'utiliser de nouvelles stratégies de promotion, adaptées à la clientèle-cible dont les plateformes Web. Afin d'actualiser cette recommandation, nous croyons qu'il est



important d'utiliser des promoteurs reconnus et crédibles; de consulter les acteurs concernés dont les parents, les intervenants et les partenaires. Le message véhiculé par la promotion doit être axé sur la famille et sur la capacité et le désir des parents à s'occuper de leurs enfants, afin de favoriser leur perception de compétence parentale. De plus la promotion doit s'effectuer de façon continue sur toute l'année.

Nous ajoutons deux cadres conceptuels qui expliquent les fondements du programme :

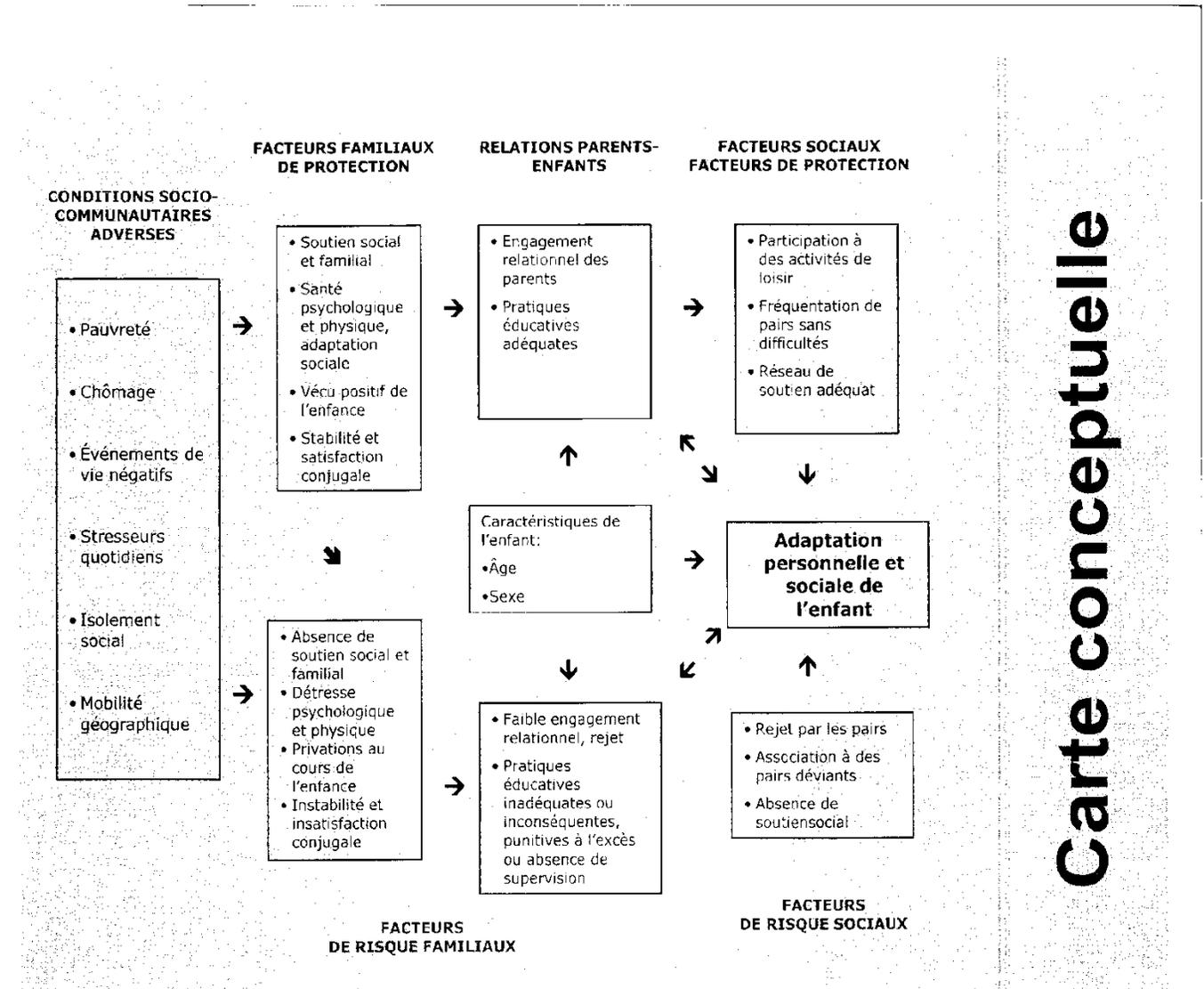


Tableau produit par Myriam Laventure, chercheure

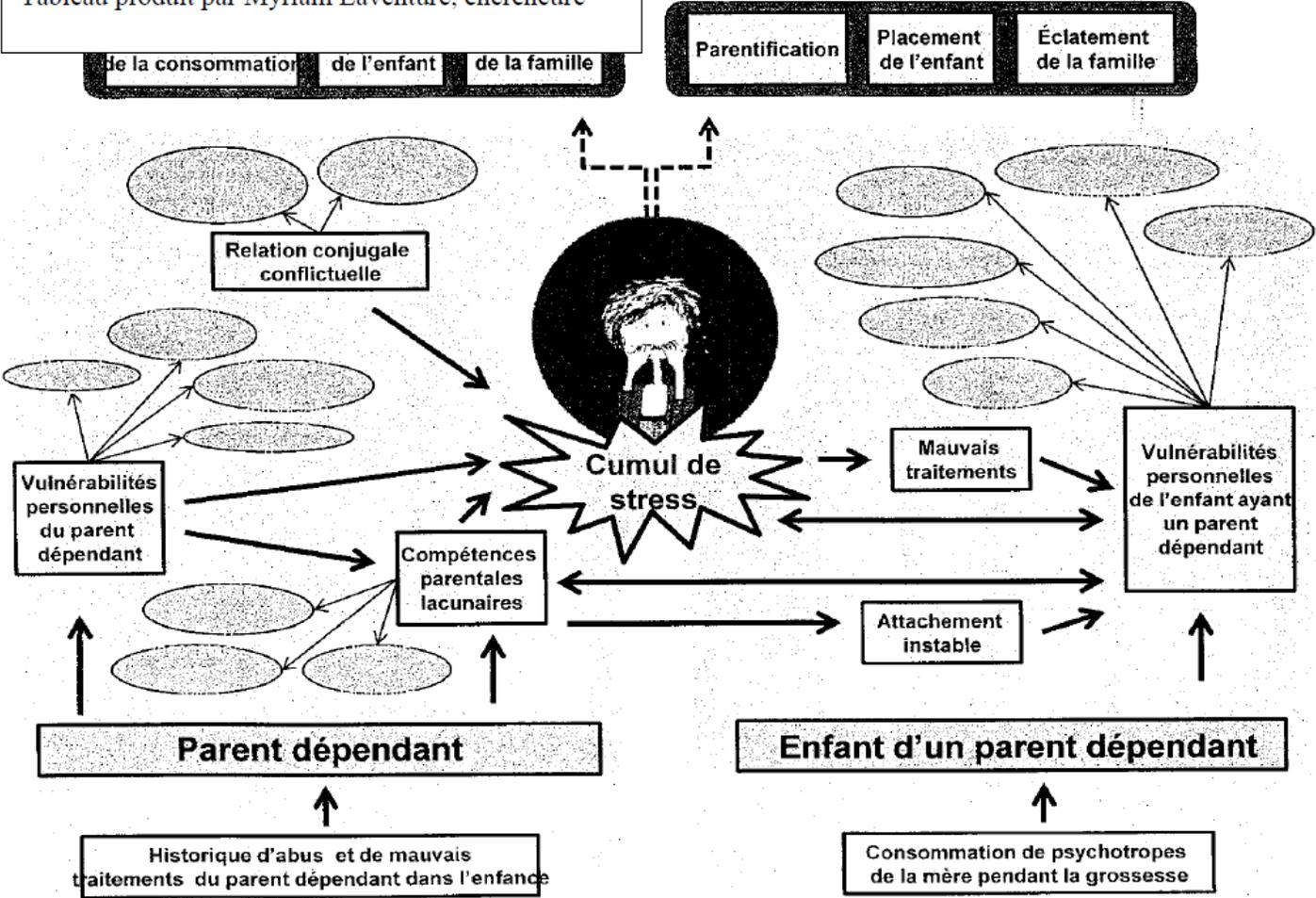


Schéma de la logique de fonctionnement du programme d'intervention appui aux familles (Piaf)

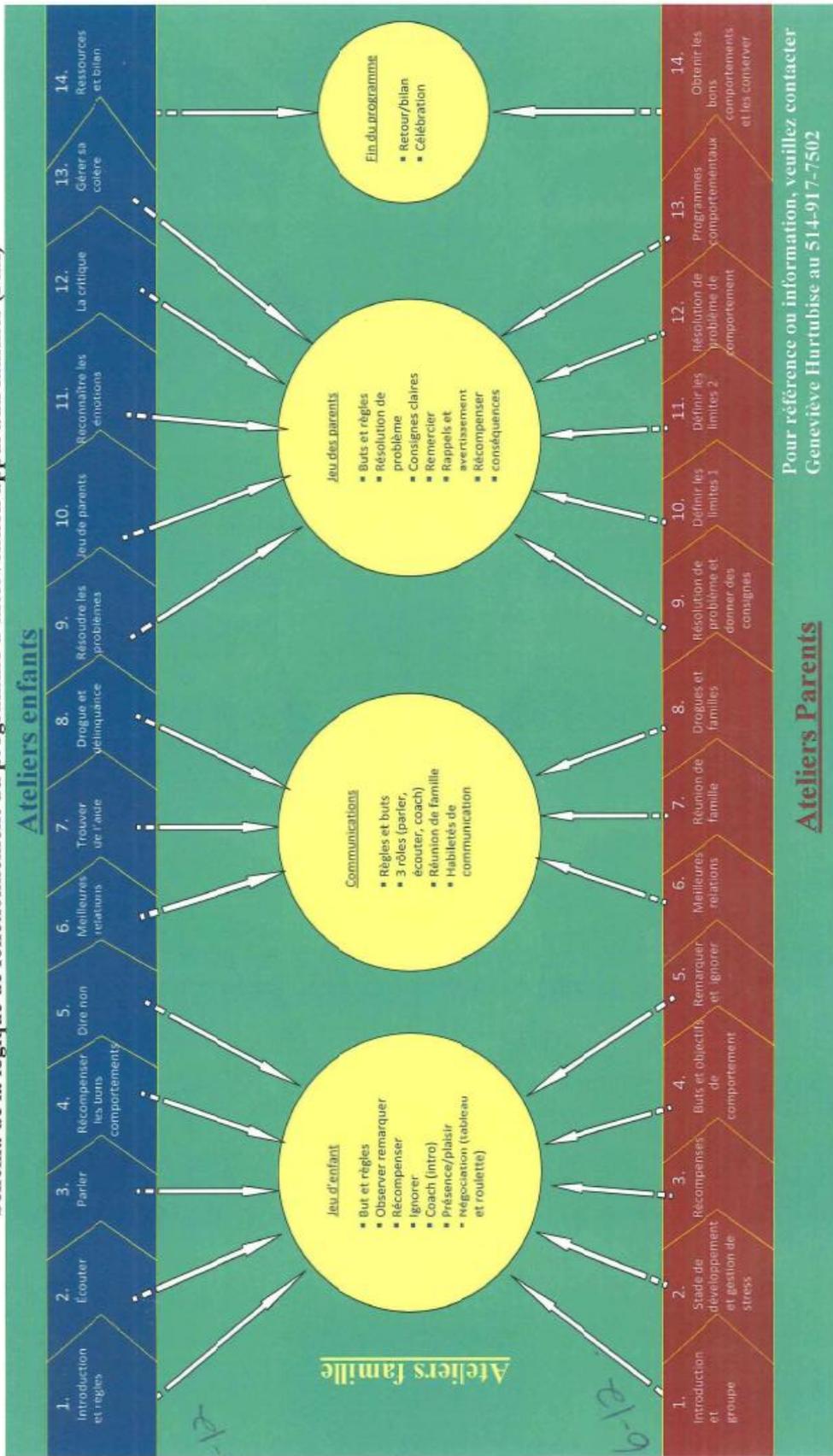


Tableau produit Fannie Fafard, criminologue CDC-IUD 2011

## G. DIAPORAMA VISIONNE PENDANT L'ATELIER

Pour visionner le diaporama ctrl + Clic sur la souris

## H. BIBLIOGRAPHIE

Anaut, M. et Pedinielli, J.-L. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. (2e éd.), Paris : Nathan.

Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Barnard, M. et Barlow, J. (2003). Discovering parental drug dependence: silence and disclosure, *Children and Society*, 17, 45-56.

Barnard, M.A. et McKeganey, N.P. (2004). The impact of parental problem use on children: what is the problem and what is being done to help? *Addiction*, 99 (5), 552-559.

Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M., et Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : une réadaptation qui protège les enfants ? In C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocne (Eds), *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* (69-87). Québec : Presse de l'Université du Québec.

Boily, N. et Bitaudeau I. (2002). Place à la famille. *Drogues, santé et société*. Vol. 1, numéro 1, Famille et toxicomanie 1-6.

Botvin, G., Griffin, K.W., Paul, E. et Macaulay, A.P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training, *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12 (4), 1-18.

Bouchard, L., De Rancourt-Pilotte, L., Desjardins, L., Gauthier, L., Paquette, F. et Rainville, S. (2003). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer*. Centre jeunesse de Montréal.

Chamberland, C., Léveillé, S. et Trocne, N. (2007). *Enfants à protéger - Parents à aider : des univers à rapprocher*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 398 p.

Chayer Gelineau, P. et Moreau, F. (1998). *Guérir d'un parent alcoolique*. Québec: Novalis.

Clément, M.E. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004). *La protection des enfants au Québec: une responsabilité à mieux partager*. Direction générale des services à

la population du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

Conners, N.A., Bradley, R.H., Mansell, L.W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K. et Herrell, J.M. (2004). Children of Mothers with Serious Substance Abuse Problems: An Accumulation of Risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100.

Conwell, L., O'Callaghan, M.J., Anderson, M.J., Najman, J.M., Bor, W. et William, G.M. (2003). Early adolescence smoking and a web of personal and social disadvantage. *Journal of paediatrics and child health*, 39 (8), 580-585.

Côté, I., Delisle, R. et Le May, F. (2004). *Ensemble... on découvre. Guide d'intervention de groupe auprès des enfants exposés à la violence conjugale et de leurs mères*. CLSC de Sainte-Foy-Sillery Laurentien.

Coyer, S. (2003). Women in recovery discuss parenting while addicted to cocaine. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 18 (1), 45-49.

Davreux, M., Dupré, S., St-Maurice, M., Thomassin, A., Allard, J. et Normandeau, S.(2005). *Bilan d'évaluation de la démarche d'implantation expérimentale de « Ces années incroyables »*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Donohue, B., Romero, V. et Hill, H.H. (2006). Treatment of co-occurring child maltreatment and substance abuse. *Agression and Violent Behavior*, 11, 626-640.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J. et Giles, W.H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25:1627-1640.

Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L. et Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22, 1063-1090.

Educ'Alcool (2009). *Alcool et santé. Les effets de la consommation précoce d'alcool. Causes et conséquences de la surconsommation à l'adolescence*. Document en ligne : <http://www.educalcool.qc.ca>

Eiden, R.D., Leonard, K.E., Hoyle, R.H. et Chavez, F. (2004). A transactional model of parent-infant interactions in alcoholic families. *Psychological Addiction Behavior*, 18 (4), 350-361.

Fergusson, D.M. et Horwood, J.L. (2003). *Resilience to Childhood Adversity. Results of a 21-Year Study*. Dans Luthar, S.S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York, NY: Cambridge University Press.

Forrester, D. et Harwin, J. (2006). Parental substance misuse and child care social work: findings from the first stage of a study of 100 families. *Child and Family Social Work*, 11, 325-335.

Giguère, R. (1997). *Les Familles d'aujourd'hui. Programme d'intervention psychosociale destiné aux enfants des 3e et 4e année du cycle élémentaire*. CLSC de Montréal-Nord.

Giordana, J-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les Moulineaux. Elsevier Masson SAS. France.

Halle, T. (1999). Implicit theories of social interactions: Children's reasoning about the relative importance of gender and friendship in social partner choice. *Merrill-Palmer Quartely*, 45, 445-467.

Hans, S.L. (2000). *Parenting and Parent-Child Relationships in Families Affected by Substance Abuse*. Dans Fitzgerald, Lester et Zuckerman. *Children of Addiction. Research, Health and Public Policy Issues*. London: RoutledgeFalmer.

Hogan, D. M. (2003). Parenting beliefs and practices of opiate-addicted parents: concealment and taboo. *European Addiction Research*, 9(3), 113-119.

Hogan, D. et Higgins, L. (2001). *When Parents Use Drugs: Key Findings from a Study of Children in the Care of Drug Using Parents*. Dublin: Children's Research Centre, Trinity College, Dublin. Institut de la statistique du Québec, 2000.

Kroll, B. (2004). Living with an elephant: growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, 9, 129-140.

Kroll, B. (2007). A family affair? Kinship care and parental substance misuse: some dilemmas explored. *Child and Family Social Work*, 12, 84-93.

Kroll, B. et Taylor, A. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Kumpfer, K.L. (1997). *Strengthening Families Program*. Document en ligne : [http://strengtheningfamilies.org/html/model\\_programs\\_1997/mfp\\_pg34.html](http://strengtheningfamilies.org/html/model_programs_1997/mfp_pg34.html)

Kumpfer, K.L. et Bluth, B. (2004). Parent-child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to « substance abuse disorders ». *Substance Use and Misuse*, 39 (5), 671-698.

Landry, V., 2010. Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : Recension des écrits et pratique de pointe en développement. Les rapports de recherche de l'Institut. Centre Dollard-Cormier, IUD. Montréal.

Laporte D., et Sévigny L. (2004). *L'estime de soi des 6 à 12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Lebert, C., Lalonde Rankin, S. et Fjeld, J. (2007). *A Family Approach to Reducing Risk and Enhancing Protective Factors: The Strengthening Families for the Future Program*. Conférence présentée au colloque « Issues of Substance: Canadian Center on Substance Abuse National Conference », Edmonton, Alberta.

Lecompte, J., Perreault, E., Venne, M. et Lavandier, K.-A. (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Lemay, M. (2001). *Famille, qu'apportes-tu à l'enfant ?* Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Lewis, S., Klee, H. et Jackson, M. (1995). Illicit Drug User's Experience of Pregnancy: An Exploratory Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13 (3-4), 219-227.

Lussier, K., Laventure, M., Bertrand, K. (2009). Parenting and maternal substance addiction: Factors affecting utilization of child protective services. *Substance Use & Misuse*, 45(10), 1572-1588.

Luthar, S.S., Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Mayer, M., Lavergne, C., Guyon, L., Gemme, E., Trocmé, N. et Girard, M. (2005). *Toxicomanie parentale et négligence envers les enfants. Les révélations de l'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ)*. Dans Guyon, L., Brochu, S., Landry, M. *Les jeunes et les drogues. Usages et dépendances*. Les Presses de l'Université Laval, 69-106.

Meschke, L.L. et Patterson, J. M. (2003). *Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention*. *The Journal of Primary Prevention*, 23 (4), 483-514.

Michel, G. et Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement. Du normal au pathologique*. Paris : Dunod. Moe, J., Johnson, J.L. et Wade, W. (2007). Resilience in Children of Substance Users: In Their Own Words. *Substance Use and Misuse*, 42, 381-398.

Miles, M.B., Huberman, M.A., (2003). *Analyse des données qualitatives*. 2e édition (M. H. Rispal, J. Bonniol Trans.). Bruxelles : De Boeck

Moore, J. et Finkelstein, N. (2001). Parenting Services for Families Affected by Substance Abuse. *Child Welfare*, 80 (2), 221-238.

Moss, H.B., Baron, D.A., Hardie, T.L. et Vanyukov, M.M. (2001). Preadolescent children of substance-dependant fathers with antisocial personality disorders: psychiatric disorders and problem behaviors. *American Journal of Addiction*, 10 (3), 269-278.

Nadeau, L., McKenzie, L., Drolet, A. et D'Amour, H.J. (1996). *Moi, c'est moi. Cahier d'accompagnement dans le cheminement des parents alcooliques ou toxicomanes*. Fondation Jellinek, Hull.

National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Second Edition, NIH Publication.

Normandeau, S., & Vinet, M. (2003). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Dir.), *prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (Tome II, p. 141-188). Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Paradis, M. et Sorel, P. (2010) *Intervention et animation de groupe*, Montréal : Guérin Éditeurs.

Peele, S. (2000). *Le cycle de l'assuétude*. Document en ligne : <http://www.geocities.com/toxicomanie2000/cycle.html>\*

Perez, J.M.E., Diaz, S.A.H., Heremida, J.R.F., Villa, R.S., Crespo, J.L.C. Rodriguez, O.G. (2008). Recruitment characteristic influencing parental participation in family-based drug abuse prevention programs: The Spoth and Redmond model in Spain. *Substance use & Misuse*, 43, 850-857.

Pool, N. et Dell, C.A. (2005). *Girls, women and substance use*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse & BC Center for Excellence for Women's Health.

Poon, E., Ellis, D.A., Fitzgerald, H.E. et Zucker, R.A. (2000). Intellectual, Cognitive, and Academic Among Sons of Alcoholics during the Performance Early School Years: Differences Related to Subtypes of Familial Alcoholism. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 24(7) : 1020-1027.

Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2009) *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris : Inter Éditions-Dunod. France.

Semidei, J., Radel, L.F. et Nolan, C. (2001). Substance Abuse and Child Welfare: Clear Linkages and Promising Responses. *Child Welfare*, 80 (2), 109-128.

Sigelman, K. C et Rider, E.A. (2009). *Life-Span Human Development*. Sixth Edition. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

Steiner, C. (2004). *Le conte chaud et doux des chaudoudoux*. France : Interéditions.

Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders : an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31 : 155-174.

St-Yves, A. (1992). *Perturbations familiales et analyse transactionnelle thérapeutique*. Presses de l'Université du Québec.

Spoth, R., Clair, S., Greenberg, M., Redmond, C., Shin, C. (2007). Toward dissemination of Evidence-based family interventions: maintenance of community - Based partnership recruitment results and associated factors. *Journal of family psychology* 21 (2) 137-146.

Taylor, A. et Kroll, B. (2004). Working with parental substance misuse : dilemmas for practice. *British Journal of Social Work*, 38(5), 843-864

Trautner, H.M., Ruble, D.N., Cyphers, L., Kirsten, B., Behrendt, R. et Hartman, P. (2005). Rigidity and flexibility of gender stereotypes in childhood: Developmental or differential? *Infant and Child Development*, 14, 365-381.

Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L., Vitaro, F., Mâsse, L.C. et Pihl, R.O. (1995). A Bimodal Preventive Intervention for Disruptive Kindergarten Boys: Its Impact Through Mid-Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 560-568.

Thomassin, A. (2004). *Les principales caractéristiques développementales des enfants âgés de 6 à 11 ans*. Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

Turiel, E. (2006). *The development of morality*. Dans N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (6th ed.). Hoboken: Wiley.

Uziel-Miller, N.D. et Lyons, J.S. (2000). Specialized substance abuse treatment for women and their children : An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 355-367.

Valleau, M.P., Bergner, R.M. et Horton, C.B. (1995). Parentification and Caretaker Syndrome: an Empirical Investigation. *Family Therapy*, 22 (3), 158-164.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C. et Ramalheira, C. (1998). The importance of family context in alcoholism. *Alcohol et Alcoholism*, 33 (1), 37-41.

Vitaro, F., Assaad, J.M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Wong, M.M., Zucker, R.A., Puttler, L., Jester, J.M., Glass, J.M., Adams, K., Nigg, J.T. et Fitzgerald, H.E. (2006). Behavioral Control and Resiliency in the Onset of Alcohol and Illicit Drug Use: A Prospective Study From Preschool to Adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016-1033

5

## LA PREVENTION DES TRANSMISSIONS GENERATIONNELLES DES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Atelier de Line Caron (Québec)

Pendant plus de 20 ans, elle a été coordonnatrice régionale en toxicomanie, chef d'équipe en prévention et promotion de la santé en milieu scolaire et chef du service de prévention et promotion de la santé à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

### A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)



**CONGRÈS INTERNATIONAL VENTS D'OUEST**  
**Familles, Groupes, Réseaux et addictions**

**Programme de prévention de la  
Transmission générationnelle  
Expérimentation en France**

14 juin 2012

**Line Caron** M.s.s., t.s  
**Marie Dufour** Thérapeute familiale

Congrès Vents d'Ouest juin 2012  
organisé par Pégase Processus

On the left side of the slide, there is a vertical graphic with the text 'l'affaire de famille' at the top, an illustration of an open book with handwritten notes, and 'Programme de prévention de la transmission générationnelle' at the bottom.



6

## ENFANTS ISSUS D'UNE FAMILLE A DYSFONCTIONNEMENT ALCOOLIQUE : Présentation d'une expérience de groupe de parole

Atelier de Janick Le Roy et Catherine Davy - (France)

Cadre socio-éducatif, chargée de consultation (individuelles, couples et familles) au CSAPA de Rennes.  
Formatrice à Pégase Processus.  
Infirmière au CSAPA de Rennes.

### B. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)

**Enfants issus d'une famille à  
dysfonctionnement  
alcoolique:**

*Présentation d'une expérience de groupe de  
parole depuis l'année 2000 en Ille-et  
Vilaine*



The cartoon shows a woman with long red hair, wearing a green dress, drinking from a yellow beer bottle labeled 'Bière'. She has three speech bubbles coming from her: 'TU MANGERAS DEMAIN...', 'J'SUIS OCCUPÉE !', and 'MAMAN J'AI FAIM !'. A small girl in a red dress stands next to her, looking up at her.

MARS 2009

Janick LE ROY  
C.C.A.A  
39, rue St Melaine - 35000 Rennes  
02 99 38 01 53

Frédérique COIGNARD DESBORDES  
A.N.P.A.A35  
3, allée René Hirel - 35000 Rennes  
02 99 31 58 55

7

## LE PROJET MAIN DANS LA MAIN

Atelier de Chantal Lavergne, Suzanne Dessureault et Geneviève Turcotte, (Québec)

Ph.D., chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire,  
T.S., adjointe au Directeur de la protection de la jeunesse du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire,  
M.Sc., chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

### A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clik sur la souris](#)

**Main dans la main**

.. une action professionnelle concertée entre le milieu hospitalier et la protection de l'enfance dans un contexte de consommation maternelle abusive de drogue ou d'alcool

**Chantal Lavergne**, chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et professeure associée, École de service social de l'Université de Montréal

**Geneviève Turcotte**, chercheure, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

**Suzanne Dessureault**, DPJ adjointe, Direction de la protection de la jeunesse

Vent d'Ouest, 7<sup>ième</sup> édition, 14 et 15 juin 2012, St-Malo

Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire  
Affilié à  
UQAM Université de Montréal

8

## APPROCHES MOTIVATIONNELLES ET IMPLICATION DE L'ENTOURAGE

Atelier de Candide Beaumont - (Québec)

Psychologue dans le domaine de l'intervention, de l'organisation des services, de l'écriture de pratiques et de programmes et de formation d'intervenants en dépendance depuis plus de 30 ans

### A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)

## Approches motivationnelles et implication de l'entourage

Candide Beaumont, psychologue

le 14 juin 2012



9

## LES THERAPIES FAMILIALES EN PRATIQUES :

### *Enjeux existentiels, traumatismes, étapes de résolution d'un alcoolisme plurigénérationnels*

Atelier du Docteur Antoinette Fouilleul-Mialon et Jean-François Croissant - (France)

Psychiatre des Hôpitaux, Ancien chef de service de l'Intersecteur d'Addictologie du Centre-Manche-Saint-Lô. Formatrice à Pégase Processus, elle fait partie du Conseil National de l'ANPAA.

Psychologue, thérapeute familial, formateur en alcoologie et thérapie familiale. Co-directeur pédagogique de Pégase Processus, centre de psychothérapie, de formation et de recherche



10

# LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES ADOLESCENTS... UNE HISTOIRE DE FAMILLE

Conférence de Michel Proulx - (Québec)

Psychologue, il est directeur des services professionnels et de réadaptation du centre de réadaptation en dépendance LE VIRAGE. Il a plus de 25 ans d'expérience dans le traitement des dépendances.

Le processus de réadaptation de l'adolescent est indissociable du travail effectué auprès des parents et des familles. Il ne s'agit pas ici d'une seule implication ponctuelle et symbolique de la famille ayant comme unique objectif de supporter l'adolescent « porteur de symptômes » dans sa réinsertion familiale, mais bien la famille en tant que système en réadaptation. Elle devient alors le principal objet d'intervention et est le principal acteur et maître de ses solutions

## A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE LA CONFERENCE

[Pour visionner le Diaporama ctrl+clic sur la souris](#)



**“A LA CROISEE DES CHEMINS”**

**ATELIERS  
ET CONFERENCES**

**Du 15 JUIN 2012**

**Congrès**

**Organisé par Pégase Processus**



1

# L'ADDICTOLOGIE SYSTEMIQUE ET LES FAMILLES : Les points de vue existentiel humaniste et centré sur les solutions

Conférence du Docteur Antoinette Fouilleul-Mialon et Jean-François Croissant - (France)

Psychiatre des Hôpitaux, Ancien chef de service de l'Intersecteur d'Addictologie du Centre-Manche-Saint-Lô. Formatrice à Pégase Processus, elle fait partie du Conseil National de l'ANPAA.

Psychologue, thérapeute familial, formateur en alcoologie et thérapie familiale. Co-directeur pédagogique de Pégase Processus, centre de psychothérapie, de formation et de recherche



2

## DE L'UTILITE DE L'IMPLICATION DES FAMILLES EN ADDICTOLOGIE : *Résultats de recherches*

Conférence de Candide Beaumont - (Québec)

Psychologue dans le domaine de l'intervention, de l'organisation des services, de l'écriture de pratiques et de programmes et de formation d'intervenants en dépendance depuis plus de 30 ans

### A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE LA CONFERENCE

[Pour visionner le diaporama ctrl + clic sur la souris](#)



3

## « LES TRAVAUX D'HERCULES » : pour une alcoologie sociale.

Conférence de Yves Coulombier - (France)

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.

### A. POUR UNE ALCOOLOGIE SOCIALE

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...
- **Déclencher 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 disfonctionnements 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.



4

## « RICHESSES, RESSOURCES ET LIMITES DE LA TOUR DE BABEL » : Le réseau pluridisciplinaire en addictologie.

Conférence de Daniel Basso-Fin - (France)

Thérapeute familial systémique, directeur des CSAPA Synergie 17 et Alliance, Charente Maritime.

### A. INTRODUCTION

A l'ère de la cybernétique, dans une société en profonde mutation à tous les niveaux de la relation : individu, couple, famille, école, institution, les réseaux font partie de notre vie. Ils facilitent la communication, les échanges de savoir, la collaboration à distance,...

Dans le champ de l'addictologie, le travail en réseau n'est plus une option, c'est devenu une nécessité, voire une obligation.

#### Il est conditionné par :

- une vision de plus en plus partagée de la pertinence d'un accompagnement global pluridisciplinaire.
- l'intérêt de construire de manière concertée des plans de soin de qualité, et d'évaluer ensemble leur pertinence.
- le besoin de partager les expériences et de croiser les regards et les compétences « au service des bonnes pratiques ».
- la construction des filières pour une meilleure traçabilité des soins, des patients, des intervenants.
- un souci d'économie qui nous enjoint de développer l'articulation des compétences et la mutualisation des moyens, au service de l'efficacité, « meilleur rapport qualité / prix ».

#### Le réseau a pour philosophie générale la création d'un contexte qui permet :

- ✓ d'informer,
- ✓ de mieux cerner,
- ✓ de réfléchir, de questionner, de conceptualiser,
- ✓ d'échanger, de mettre en lien,
- ✓ de valoriser, de co-construire, d'évaluer.



Si l'on considère le réseau sous l'angle systémique, c'est un ensemble de personnes qui élabore et construit un processus de relations.

Il est régi et structuré par des règles explicites et implicites au service d'un projet commun.

Le processus relationnel et les contenus mis en œuvre, constituent un ensemble d'interactions qui trouvent un équilibre en évolution constante.

Il peut être fonctionnel, dysfonctionnel ou en crise.

Cette complexité se constitue à partir des ressources et des richesses des personnes qui composent le réseau.

Cet ensemble donnera un résultat d'un niveau logique supérieur à l'addition des compétences individuelles.

Cette synergie donne tout son intérêt au réseau.

Pour trouver et garder un équilibre fonctionnel la dynamique relationnelle est à entretenir en permanence, d'où la nécessité de développer une stratégie qui tient compte de cette complexité.

#### **Ce qui sous entend ne pas négliger :**

- ✓ la finalité individuelle : la place de chacun (respect et reconnaissance des compétences, confiance minimum),
- ✓ la finalité collective : ce qui fonde le réseau, ce qui lui donne du sens,
- ✓ sa philosophie, son éthique (valeurs, principes, mythe fondateur),
- ✓ les règles élaborées et décidées en commun et les rituels qui les balisent,
- ✓ la conscience des limites qui permet la redéfinition des frontières et favorise les ouvertures et les passerelles,
- ✓ la construction d'un réseau, c'est la construction d'une histoire, d'une mémoire, d'où l'importance des traces (compte rendu écrit, etc ... ).

#### **Deux logiques sont à développer :**

- ✓ le réseau au service de lui-même, des membres qui le composent.
- ✓ le réseau au service de son projet



Les outils de communication facilitent grandement le passage des informations et le transfert de connaissances.

Ils augmentent la réactivité, quelquefois même jusqu'au passage à l'acte.

La spécificité du réseau pluridisciplinaire en addictologie réside dans la diversité des champs professionnels en œuvre : médical, paramédical, psychologique, psychiatrique, socio-éducatif, judiciaire,...

Cette pluridisciplinarité est une ressource, elle traduit la complexité de la problématique liée aux conduites addictives.

Le patient addict est à l'interface de ces compétences, « il est susceptible de faire travailler tout le monde ».

Il peut être porteur de la cohérence ou de l'incohérence de l'ensemble des professionnels impliqués, comme *le patient désigné dans une famille*.

On peut faire l'hypothèse que les réseaux pluridisciplinaires en addictologie sont composés de professionnels ayant des caractéristiques proches des co-dépendants. Notamment, lorsqu'il s'agit de réseaux opérationnels de proximité en interaction avec le même patient.

Il existe « une contamination relationnelle » qui amène les intervenants et les équipes à être en analogie avec les *familles aux prises avec les addictions* ; ce qui peut influencer de manière significative la définition de la relation dans le réseau.

Pour illustrer ces propos, nous arrive-t-il :

- D'être « dans le tout, tout de suite », d'avoir une tendance à passer à l'acte sur le plan de l'accompagnement, des soins, à confondre l'urgent avec l'important.
- D'être « requêteur » auprès de nos collègues... « refiler la patate chaude »
- D'avoir du mal à tenir les cadres, les décisions et les règles prises en commun.
- De confondre penser faire avec faire.
- De dénier les compétences de l'autre.



- D'être dans des postures de sauveteur tout puissant ou victime toute impuissante.
- De développer de l'inter dépendance plutôt que de favoriser l'appartenance et la séparation (dépendant / co-dépendant).
- De négliger les rituels qui balisent les « arrivées » et les « départs ».

Comme nos patients, les professionnels qui s'en occupent sont au risque de la solitude, du morcellement.

La prise de conscience de cet isomorphisme peut nous aider à développer les ressources, en évitant les limites qui nous amènent à être pris dans la confusion avec ses troubles associés ; conflit, disqualification, alliance et coalitions corporatistes, qui sont de nature à « saboter » la dynamique de réseau.

Travailler en réseau consiste à privilégier une culture du lien qui favorise la solidarité professionnelle nécessaire à son développement.

La dimension pluridisciplinaire nécessite de la part de chacun, de connaître et reconnaître la compétence de l'autre, dans une équité de relation et d'en accepter les rythmes et les priorités différentes.

L'étape de la reconnaissance de la singularité est nécessaire pour parvenir à l'élaboration d'un projet collectif compatible :

- ✓ pour la dynamique du réseau
- ✓ au service du patient et du plan de soins pluridisciplinaires

Comme pour tout dispositif, il faut une coordination, « un pilote dans l'avion ».

Le modèle autoritariste est « à ranger au placard ».

Seront privilégiées la circulation de la parole et la participation collective.

Ce mode de relation horizontal favorise l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité.

Il suscite l'émergence des affinités qui nourrissent la confiance et l'estime, au-delà des statuts, des fonctions et des rôles à partir des échanges sur des valeurs et une éthique communes. C'est de la démocratie appliquée.

La dimension affective est un moteur fondamental « du travailler ensemble ».

Elle permet la souplesse, le droit à l'erreur, la confrontation, sans mettre en péril la relation.

Elle a été longtemps disqualifiée et considérée comme un « perturbateur étrange ». C'est un constituant de l'affiliation indispensable à l'alchimie relationnelle dans les réseaux.

**Lors des échanges cliniques plusieurs portes d'entrée pour aborder le patient et sa problématique.**

Les uns travaillent plus spécifiquement à partir du symptôme, d'autres sur la demande et son émergence, ou bien sur les conduites, les comportements, d'autres encore sur la dimension sociale, le rapport à la loi et aux règles.

Chaque intervenant est porteur de ses références conceptuelles, de sa priorité, voire de sa vérité.

Cette diversité d'approches prend en compte la dimension pluri factorielle de la problématique addictive.

Pour combiner ces différentes lectures, ces différents regards, il est nécessaire que les acteurs dégagent un objectif commun compatible.

Chaque singularité professionnelle aura sa place, dans une hiérarchie des objectifs travaillés ensemble, au service d'un plan de soins global.

Les réseaux doivent permettre la cohabitation des experts et des apprentis ; c'est un contexte de formation et d'ouverture sur le plan clinique et partenarial.



## B. POUR RESUMER,

### Dix commandements pour construire une stratégie de réseau :

1. Comprendre le concept de réseau,
2. Partager un projet inscrit dans un champs d'actions ; il faut un projet concret, collectif et volontaire,
3. Chercher la force du réseau dans les liens entre acteurs,
4. Donner une réalité opérationnelle au réseau,
5. Impliquer les hommes plutôt qu'appliquer des mesures,
6. Passer du donnant / donnant au prenant / prenant,
7. Gérer une dynamique d'apprentissage,
8. Faire primer les flux d'information,
9. Jouer aux intersections, aux frontières,
10. Ranger l'autoritarisme au placard.

## C. MODELISATION DES ETAPES UTILES A LA CREATION D'UN RESEAU

### PROPOSITION DE MODELISATION dans la construction d'un réseau

#### I. A partir d'un besoin identifié : constitution d'un groupe de travail (pilotage)

##### a. Travail sur les préalables a la construction du projet :

- Identification des réponses existantes et des manques,
- Affinage du questionnement (quels publics ? quelles problématiques ? etc.),
- Identification des partenaires du secteur concerné,
- Envisager la construction d'un réseau comme réponse possible,
- Développer une stratégie de mobilisation.



### b. Elaboration d'un courrier d'invitation

- Description du besoin identifié
- L'intention de créer un réseau pour répondre à la problématique
- L'invitation à participer à une première réunion

### c. Premières rencontres organisées par le groupe de pilotage

- Accueil et première présentation des membres (tour de table).
- Echanges sur le besoin identifié : son intérêt, son authenticité.
- Ebauche du projet.
- Echanges sur le réseau comme moyen pour répondre au besoin.

**Les premières rencontres sont déterminantes et notamment la phase d'affiliation qui va développer « l'appétit » de travailler ensemble.**

- Les membres du réseau travaillent à l'élaboration et à la formulation de ce qui donnera le sens du réseau, sa finalité (mythe fondateur).

**A cette étape, la construction du réseau devient la priorité.**

- Définition des valeurs communes,
- Etat des lieux des compétences,
- Définition des règles de fonctionnement (animateur, secrétaire, règles de prise de parole),
- Planification,
- Gestion des pouvoirs et des décisions,
- Rituels de convivialité (la dimension affective a une place importante).

Présentation plus approfondie des membres du réseau en vue d'établir une fiche signalétique qui permettra de construire le livret d'appartenance.

Cette dynamique relationnelle qui travaille à se structurer, a pour objectif de développer une culture commune.



A l'issue de cette construction, le réseau va travailler à son opérationnalité :

Le schéma de présentation du plan de soins et d'accompagnement global peut être un bon support pour définir et repérer qui fait quoi et comment dans les différents segments de compétences (cf. document).

Globalement, il s'agit de nourrir le réseau et ses membres par de l'information, de l'expérience et de l'évaluation.

De développer une culture commune par la praxis.

Sa vie durera autant de temps qu'il sera utile et que ses membres continueront à l'alimenter et à être alimenté.

La convention comme modalité possible de formalisation partenariale

Notre expérience du travail en réseau nous a amenés à formaliser le partenariat par une convention, qui amène l'ensemble des parties à s'engager.

**Elle définit :**

- l'objectif général du partenariat, de la collaboration : actions, projets
- les engagements de chacun, à partir de leurs compétences respectives
- les actions communes et les mutualisations de moyens
- les modalités de fonctionnement et de régulation

***Cet outil a trois intérêts majeurs :***

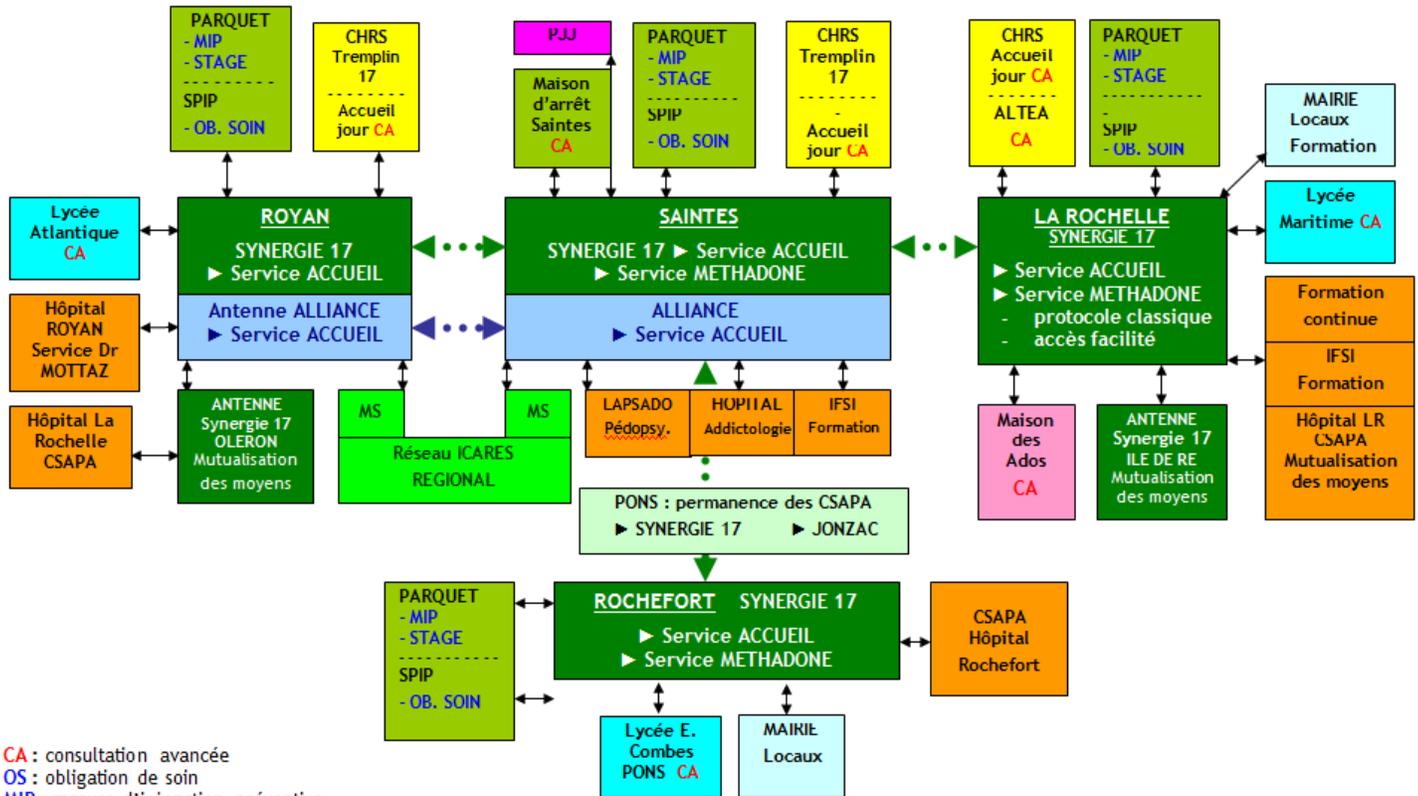
- il clarifie les engagements de chacun, au service de l'objet commun
- il formalise une cohérence vis-à-vis du patient
- c'est un outil institutionnel qui définit un partenariat, renforce le pouvoir et la crédibilité des acteurs auprès des tutelles

**Nous sommes convaincus qu'au-delà de la potentialisation des moyens, des techniques, de l'ajustement des savoir-faire ; le travail en réseau est une traduction de la volonté humaine qui considère que l'échange et le lien sont des réponses possibles à la solitude et à la souffrance.**

**A titre d'illustration, je vous propose la constellation institutionnelle de dans lequel s'inscrit nos CSAPA en Charente-Maritime.**



Constellation institutionnelle de proximité – Réseau conventionné 1<sup>er</sup> cercle  
CSAPA Synergie 17 – CSAPA Alliance



CA : consultation avancée  
 OS : obligation de soin  
 MIP : mesure d'injonction préventive  
 Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants  
 MS : microstructure de professionnels du soin

**D. DIAPORAMA VISIONNE PENDANT LA CONFERENCE**

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)



5

## DES GROUPES POUR L'ENTOURAGE DES PERSONNES EN SITUATION DE DEPENDANCE ALCOOLIQUE.

Conférence de François Moureau - (France)

Président National d'Alcool Assistance, Rennes.

### A. DIAPORAMA VISIONNE PENDANT LA CONFERENCE

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)

## Des groupes pour l'entourage des personnes en situation de dépendance alcoolique

François MOUREAU  
Président National Alcool Assistance

alcool  
assistance



6

# LA PREVENTION DES ECARTS ET DES RECHUTES

Atelier animé par Candide Beaumont - (Québec)

Psychologue dans le domaine de l'intervention, de l'organisation des services, de l'écriture de pratiques et de programmes et de formation d'intervenants en dépendance depuis plus de 30 ans

## A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)



7

# LE TRAITEMENT DE LA DEPENDANCE CHEZ LES ADOLESCENTS : *Une construction systémique d'un nouvel équilibre fonctionnel.*

Atelier animé par Michel Proulx - (Québec)

Psychologue, il est directeur des services professionnels et de réadaptation du centre de réadaptation en dépendance LE VIRAGE. Il a plus de 25 ans d'expérience dans le traitement des dépendances.

## Résumé

*L'intervention familiale dans une perspective systémique représente un défi dans le traitement des dépendances chez les adolescents. Comment gérer adéquatement les résistances de l'adolescent et des intervenants à impliquer la famille ? Comment déterminer les modalités d'intervention familiale les plus efficaces dans un contexte de traitement des dépendances ? Comment accompagner le système dans la création d'un nouvel équilibre fonctionnel ?*

Le travail thérapeutique avec un adolescent n'est pas toujours de tout repos. Malgré les embûches, ce travail est cependant très gratifiant lorsqu'il permet à l'adolescent de rectifier sa trajectoire de vie afin de se développer positivement.

Ce qui rend ce travail intéressant, mais difficile, ce sont les caractéristiques inhérentes à la réalité de l'adolescence :

- L'adolescent se situe dans une étape développementale importante, tant sur le plan physique, psychologique, cognitif, social qu'identitaire.
- L'adolescent évolue dans des systèmes qui peuvent souvent s'opposer aux niveaux des valeurs, des croyances et des attentes.
- L'adolescent est souvent tiraillé entre ses aspirations d'autonomie et sa relation de dépendance au système familial.



Bien que cette énumération ne soit pas exhaustive, il s'agit pour nous d'enjeux développementaux importants à considérer dans le cadre du travail thérapeutique. L'adolescent consommateur est avant tout un adolescent et il faut tenir compte de cette réalité dans le travail clinique.

Cet avertissement prend tout son sens lorsque l'on réalise que pendant des années, et encore aujourd'hui dans certains centres de traitement, les programmes jeunesse étaient ou sont toujours calqués sur les programmes de traitement des adultes. Les mêmes exigences au niveau de la consommation et des comportements sont attendues. L'adolescent doit choisir l'abstinence, indépendamment de sa réalité et doit se conformer aux règles organisationnelles et sociales imposées par le centre de traitement. Ces attentes, souvent inadaptées à la réalité des adolescents, favorisent la résistance, l'abandon ou la non-adhésion au traitement.



## A. L'ADOLESCENT CONSOMMATEUR EST UN ADOLESCENT

Prenons un instant pour donner un sens à ce paradigme en explorant les caractéristiques normales du développement d'un adolescent.

### CARACTERISTIQUES LIEES AU DEVELOPPEMENT NORMAL D'UN ADOLESCENT

(Source : caractéristiques de l'enfance à l'adolescence : [storage.canalblog.com](http://storage.canalblog.com) et Adolescence...alcool ... drogue. Ce que les parents doivent savoir. [www.health.gov.sk.ca/adolescence-alcool-drogue](http://www.health.gov.sk.ca/adolescence-alcool-drogue))

	10-12 ans	12-16 ans	17-19 ans
<b>SUR LE PLAN INTELLECTUEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensée concrète</li> <li>• Pensée sans nuance (c'est tout ou rien)</li> <li>• Pas de mentalisation</li> <li>• Influençable dans ses décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de la pensée plus abstraite</li> <li>• Début de la capacité à aborder des problèmes sous de nombreux angles</li> <li>• Introspectif</li> <li>• Peu de mentalisation</li> <li>• Sentiment d'invulnérabilité et de toute puissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensée abstraite</li> <li>• Raisonnement moral</li> <li>• Mentalisation qui s'installe</li> </ul>
<b>SUR LE PLAN EMOTIF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche identitaire</li> <li>• Changements d'humeur brusques et imprévisibles</li> <li>• Fluctuation entre des comportements matures d'adulte et immatures d'enfant</li> <li>• Investissement important des amis</li> <li>• Désinvestissement dans la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de la recherche identitaire</li> <li>• Renforcement des liens avec ses pairs</li> <li>• Culture du secret avec l'adulte</li> <li>• Opposition aux institutions, à la famille</li> <li>• Recherche de solitude mais aussi d'appartenance à un groupe (look, idées, action, etc.)</li> <li>• Comportement explosif, impatiences</li> <li>• Très influençable</li> <li>• Augmentation des comportements à risque (ouvert à toutes formes d'expérience)</li> <li>• Augmentation de l'intérêt pour la sexualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisition de l'identité</li> <li>• Diminution des relations conflictuelles avec la famille</li> <li>• Diminution de l'impulsivité</li> <li>• Équilibre entre ses relations familiales et sociales</li> <li>• Début des relations intimes sérieuses</li> <li>• Demeure ouvert à toutes formes d'expérience</li> <li>• Demeure encore très influençable</li> </ul>
<b>SUR LE PLAN PHYSIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de la puberté : changement hormonaux (testostérone chez les garçons et œstrogène chez les filles).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysfonctionnement hormonal, troubles de l'appétit, de l'humeur et du sommeil (dorment plus, ils veillent la nuit et dorment le jour).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les changements physiques et sexuels sont pratiquement terminés.</li> </ul>



Il arrive fréquemment que plusieurs de ces comportements « normaux » à l'adolescence soient attribués aux effets des psychotropes chez les adolescents consommateurs.

Ce que l'on observe par ailleurs, c'est qu'un adolescent qui consomme risque de retarder le développement de certaines fonctions cognitives et psychologiques. Ces retards peuvent entraîner des difficultés dans la gestion de son impulsivité, de ses émotions et dans sa capacité à résoudre des problèmes.

L'intervenant doit, lorsqu'il travaille avec la famille, expliquer ce qu'est le développement normal de l'adolescence. Cette démarche est importante car elle balise les attentes de l'adolescent et de la famille. Il serait irréaliste que des parents attendent de la démarche que l'adolescent, du jour au lendemain, devienne calme, adhère entièrement aux règles et aux valeurs familiales, soit obéissant et coopératif face à toutes leurs demandes et laisse tomber son réseau social. L'adolescent doit disposer de l'espace lui permettant de développer normalement son identité.

## B. TRAVAILLER LA RESISTANCE

Pour travailler les résistances de l'adolescent à s'impliquer dans un traitement ou à impliquer sa famille dans la démarche, il faut comprendre leur origine.

Les premières causes possibles sont liées au développement normal de l'adolescent. En voici quelques-unes :

- En raison de son sentiment de toute puissance ou de sa conviction que les malheurs n'arrivent qu'aux autres, il ne voit pas la nécessité de modifier ses habitudes de consommation. Il vous dira qu'il peut arrêter quand il le veut.
- Son « égocentrisme » l'amène à percevoir le monde selon les impacts qu'ils ont sur lui et non l'inverse. Il est donc peu sensible ou empathique à ce que peut vivre sa famille ou son entourage face à sa consommation. Il dira que cela ne les regarde pas, qu'ils n'ont pas à s'en faire pour lui, qu'ils « capotent » pour rien.
- Sa difficulté à mentaliser ne lui permet pas d'établir des liens de causalité entre sa consommation et les difficultés qu'il vit. Il affirmera qu'il n'y a pas de lien, qu'il est en contrôle de la situation.



- Son désir d'acceptation par ses pairs (recherche de conformité dans la non-conformité) l'amène à choisir ses amis lorsqu'il est confronté à un conflit de loyauté entre son réseau d'amis et sa famille. Ses amis sont ses modèles, ils ont raison et le comprennent. Sa famille ne le comprend pas. Les changements qu'elle demande sont pour son bien-être à elle et non à lui.
- Sa recherche identitaire l'amènera à s'affirmer dans ses choix, même les plus discutables. Il vous dira que c'est lui qui décide et que personne ne lui dira quoi faire.

Les autres résistances souvent rencontrées dans notre pratique clinique s'expliquent par la difficulté de l'adolescent à faire confiance à un adulte. Il est démontré qu'une bonne proportion des adolescents qui viennent chercher de l'aide pour un problème de consommation ont été victimes d'agression et de négligence dans l'enfance. Moos (2005) identifie certains comportements d'adulte qui peuvent favoriser l'émergence d'un problème de toxicomanie à l'adolescence :

1. L'indifférence parentale
2. L'antipathie parentale
3. La violence physique
4. Le contrôle excessif ou insuffisant
5. Le renversement des rôles
6. Les agressions sexuelles

On réalise aisément qu'un enfant exposé à ces comportements peut ne plus faire confiance à l'adulte. Ce manque de confiance augmente la résistance au traitement en augmentant la difficulté à créer l'alliance thérapeutique.

Gérer les résistances d'un adolescent n'est pas toujours facile. De plus, il n'existe pas de réponse ou de stratégie toute faite qui peut garantir à l'intervenant qu'il sera en mesure de surmonter toutes les résistances. Par ailleurs, notre expérience clinique nous a permis d'identifier ce qu'il ne faut pas faire :

1. Argumenter ou moraliser afin de convaincre l'adolescent de la nécessité de cesser de consommer;
2. Se précipiter sur le problème de consommation.

Ces deux attitudes sont, pour l'adolescent, la continuité de ce qu'il vit avec les adultes de son entourage immédiat. Il risque donc de percevoir l'intervenant comme un allié de ses parents ou des autres adultes de son entourage. L'intervenant n'est pas avec lui mais contre lui. Il faut éviter que la démarche thérapeutique soit le prolongement des pressions exercées par l'entourage pour que l'adolescent se conforme aux normes établies par son système familial.

### C. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le secret passe par l'alliance thérapeutique. Elle est le facteur-clé de l'efficacité du traitement. Bien que sa pondération puisse varier pour expliquer l'efficacité du traitement, les auteurs s'accordent pour dire qu'elle est la variable, externe au client, la plus significative. L'alliance thérapeutique est donc plus importante que l'approche utilisée (KANFER, F.H. et SCHEFFT, 1988). Lambert a chiffré les facteurs favorisant l'efficacité thérapeutique en quatre groupes : le client (40 %), la relation thérapeutique (30 %), l'espoir (effet placebo) (15 %) et la méthode d'intervention (15 %).

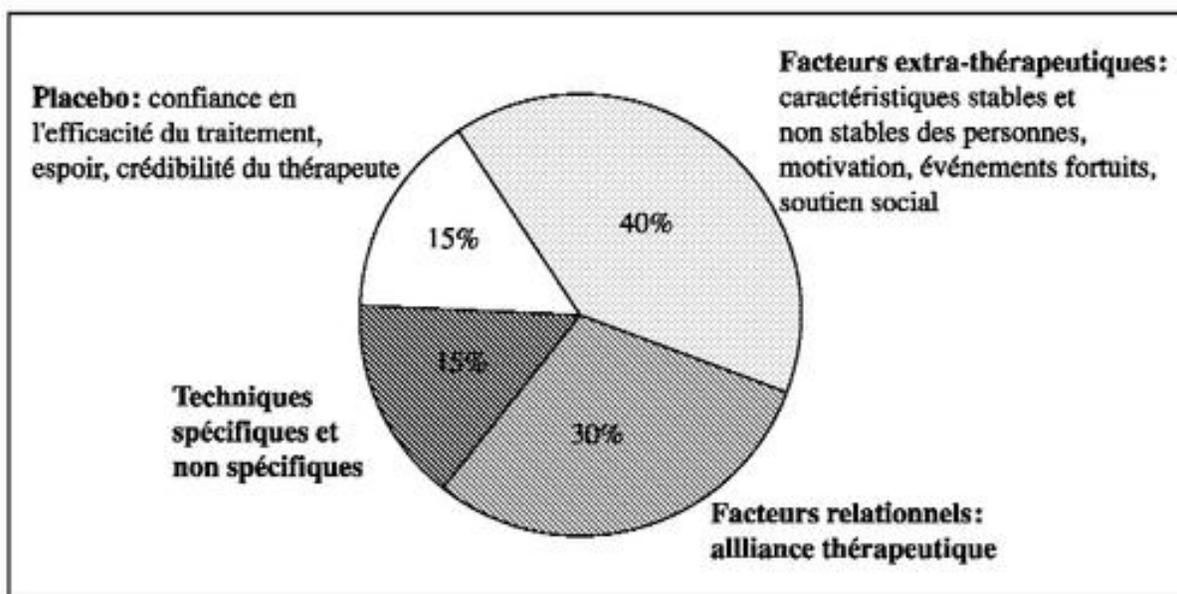


Figure 1 : Les facteurs de l'efficacité psychothérapeutique (Lambert, 1992).

L'alliance thérapeutique, quant à elle, dépend des compétences interpersonnelles facilitatrices de l'intervenant (Dennis, 2005, DiMatteo, 1982). Les capacités suivantes sont essentielles :

1. Mettre en mots ce qui se passe
2. Exprimer des émotions
3. Persuader
4. Donner de l'espoir
5. Être chaleureux
6. Être empathique
7. Établir une alliance
8. Résoudre des problèmes.

D'autres caractéristiques de l'intervenant sont importantes. Sa capacité à être attentif et sensible à la rétroaction de son client, ainsi que sa flexibilité pour ajuster ses interventions aux besoins qu'il exprime favorisent de meilleurs résultats thérapeutiques (Lecompte).

#### **D. CONSTRUIRE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE**

Avec les adultes, l'alliance thérapeutique se construit souvent à travers le processus évaluatif. L'investigation structurée, faite par un professionnel, pour bien comprendre les difficultés du client, rassure l'adulte et le conforte dans le sentiment d'être entre bonnes mains.

Avec l'adolescent, c'est tout le contraire. Si l'intervenant amorce trop rapidement le processus évaluatif, l'adolescent pourrait avoir le sentiment que l'intervenant focalise, comme ses parents, sur l'utilisation de la substance. Il est donc nécessaire de créer le lien thérapeutique avant de compléter l'évaluation de l'utilisation de la substance. De plus, la création du lien thérapeutique, par association (il est donc possible de faire confiance à un adulte), favorisera l'acceptation par l'adolescent de travailler avec la famille.

#### **E. S'INTERESSER A L'ADOLESCENT**

Le premier jalon pour construire le lien de confiance est de démontrer de l'intérêt pour l'adolescent. L'intervenant utilise ses compétences facilitatrices pour amener l'adolescent à parler de lui. Nous suggérons une exploration binaire :



- Qu'est-ce que tu aimes (musique, nourriture, télé, etc.)? et Qu'est-ce que tu n'aimes pas ?
- Qu'est-ce qui te dérange (à la maison, à l'école, avec ses amis)? et Qu'est-ce qui ne te dérange pas ?
- Qu'est-ce que tu aimes faire (loisir, travail) ? et Qu'est-ce que tu n'aimes pas faire ?
- Quel genre de personne est-ce que tu aimes ? et Quel genre de personne tu n'aimes pas ?
- Qu'est-ce que tu aimerais qui change (dans ta vie, ta famille, à l'école, etc.) et Qu'est-ce que tu ne souhaites pas qui change ?

Ce mode exploratoire permet d'avoir une meilleure connaissance du jeune et permet souvent de se sortir d'impasse. Habituellement, s'il n'est pas capable de répondre à une dimension, il sera capable de répondre à l'autre. Par exemple, s'il ne sait pas ce qu'il veut changer, il sait habituellement ce qu'il ne veut pas changer.

## F. CLARIFIER LE ROLE DE L'INTERVENANT

Il ne faut pas prendre pour acquis que le rôle et le mandat de l'intervenant sont clairs pour l'adolescent. Dans un premier temps, il faut explorer la perception que l'adolescent a de la démarche et du clinicien. Dans un deuxième temps, l'intervenant explique son rôle, son mandat et corrige les perceptions erronées que l'adolescent pourrait avoir.

L'enjeu de la confidentialité est important. L'intervenant devra être clair sur ce qui est confidentiel et sur ce qui ne l'est pas. Ce n'est souvent pas les limites de la confidentialité qui créent un obstacle mais le manque de transparence de l'intervenant face à la confidentialité.

## G. IDENTIFIER DES OBJECTIFS DE CHANGEMENT

L'intervenant explore avec l'adolescent ce qu'il souhaite changer ou améliorer dans sa vie. Il n'est pas nécessaire que la consommation s'inscrive dans les choix de changement de l'adolescent. À ce stade, il faut susciter la motivation au changement quelle qu'elle soit. Par ailleurs, nous n'inscrivons un objectif de modification de la consommation dans le plan d'intervention que si le



jeune le souhaite. Pas parce qu'il pense qu'il doit en mettre un, mais parce que cela fait du sens pour lui.

Le rôle de l'intervenant n'est pas de critiquer ou d'imposer des choix de changement. Il aide l'adolescent à identifier les avantages et inconvénients du changement souhaité. Il explore avec lui les impacts du changement sur lui et sa famille. De plus, il regarde avec l'adolescent ses zones de pouvoir sur le changement souhaité. Le réalisme du changement est aussi exploré. L'adolescent ne peut faire abstraction que tout changement aura un impact sur son système familial. L'intervenant l'amène alors à préciser des choix réalistes de changement.

L'intervenant accompagne aussi l'adolescent dans l'identification des obstacles au changement désiré. Dans la plupart des cas, le maintien des habitudes problématiques de consommation est identifié comme un obstacle à l'amélioration souhaitée. L'intervenant renforce l'émergence de la perception que la consommation pourrait nuire au mieux-être.

Finalement, l'intervenant explore avec l'adolescent ce qui pourrait aider au changement. L'apport de la famille est soulevé à ce stade de la démarche. Le travail du clinicien vise à permettre à l'adolescent de percevoir la famille comme une alliée, une aide, qui favorisera le changement. Ce travail est facilité si le changement souhaité est lié au fonctionnement de la famille.

Si jamais la famille était perçue par l'adolescent comme un obstacle au changement, l'intervenant doit lui faire prendre conscience que pour un changement durable et positif, il faut inévitablement impliquer la famille. Si, comme l'adolescent le prétend, elle ne peut aider au changement, il faut quand même s'assurer qu'elle ne nuise pas et accepte le changement.

## || H. LE PROBLEME DE CONSOMMATION

Une fois que le lien de confiance est établi, que l'adolescent a identifié des changements qui lui sont propres, plutôt que ceux souhaités par son entourage, il est possible d'explorer les habitudes de consommation.

Cette exploration est présentée pour l'aider à mieux faire les liens possibles entre sa consommation et les changements souhaités. La résistance de l'adolescent est souvent moins grande car les objectifs de changement ont déjà été identifiés et ils ne concernent pas nécessairement sa consommation, du moins pour l'instant.

L'évaluation des habitudes de consommation va permettre d'objectiver la situation de l'adolescent. Elle permettra également de cibler les sphères de vie les plus perturbées par les habitudes de consommation.

## I. LA FONCTION DE LA CONSOMMATION

Une fois l'évaluation complétée, l'intervenant porte son attention sur la fonction de la consommation. Il explore avec l'adolescent le sens que sa consommation a pour lui, à quels besoins elle répond.

L'intervenant explique sa vision systémique du problème de consommation et demande à l'adolescent ce qu'il en pense. Souvent, c'est la première fois que l'adolescent n'est pas culpabilisé de consommer. En développant une meilleure compréhension de son rôle dans sa famille et de la fonction de sa consommation, l'adolescent s'ouvre à une nouvelle perspective. Le problème n'est plus clivé, lui d'un côté, la famille de l'autre, il est intégré, lui dans la famille.

## J. L'IMPLICATION DE LA FAMILLE

C'est à travers le sens systémique qui est donné au problème de consommation que l'on favorise la motivation à travailler dans une perspective familiale. L'intervenant insiste sur les gains que pourrait en retirer l'adolescent.

Il s'agit d'une opportunité pour lui, de dire en toute confiance, ce qu'il vit et ressent dans sa famille. C'est une opportunité de questionner les modes de fonctionnement et d'en explorer de nouveaux, dans une perspective gagnant-gagnant.

Il est important que l'adolescent ne perçoive pas le travail familial comme une occasion de convaincre sa famille du bien-fondé de sa consommation. Il doit voir ce travail comme un lieu d'échanges sur les interactions qu'il a avec sa famille concernant sa consommation.

La thérapie familiale doit aider les membres de la famille à améliorer leurs relations interpersonnelles, la communication, la dynamique de la vie familiale et le comportement avec les autres. Elle doit aussi aider à améliorer leur perception les uns des autres, à éliminer les comportements négatifs et à acquérir des compétences qui favoriseront une bonne interaction.



## K. LA RESISTANCE DE L'INTERVENANT

Il arrive parfois, assez souvent même, que ce soit l'intervenant qui résiste au travail familial. Il y a plusieurs raisons à cela :

- L'intervenant ne croit pas en la pertinence d'impliquer la famille.
- L'intervenant ne se sent pas suffisamment compétent pour travailler avec la famille.
- L'intervenant manque de temps pour travailler avec la famille.
- L'intervenant a le sentiment de ne pas disposer des conditions nécessaires au travail familial.

### L'intervenant ne croit pas en la pertinence d'impliquer la famille

Malgré la littérature qui démontre clairement la valeur ajoutée de travailler avec la famille lorsqu'un jeune présente un problème de consommation, certains intervenants n'y croiront pas. À notre avis, cela fait davantage appel à des résonances personnelles qu'à un positionnement objectif s'appuyant sur les meilleures pratiques. Dans ce contexte, il est suggéré que l'intervenant fasse un travail personnel sur ses résonances.

Il est primordial que le travail familial fasse du sens pour l'intervenant si on souhaite que cela en fasse pour l'adolescent. Dans une certaine mesure, il est préférable de ne pas travailler en thérapie familiale tant que l'on n'ait pas la conviction profonde que c'est ce qu'il y a de mieux à faire.

### L'intervenant ne se sent pas suffisamment compétent pour travailler avec la famille

Le sentiment de ne pas posséder les compétences requises pour faire de l'intervention familiale est souvent un frein au travail systémique. Il est important que les établissements mettent en place un plan de formation favorisant le développement des compétences requises.

La présence dans les équipes de cliniciens « multiplicateurs » ayant comme mandat de soutenir l'intégration des habiletés en intervention systémique est une stratégie intéressante. Le fait d'avoir un collègue avec qui je peux discuter de mes craintes et convenir des meilleurs modes d'intervention est souvent rassurant.



### L'intervenant manque de temps pour travailler avec la famille

Le travail systémique demande du temps. Il faut rencontrer le jeune, les parents, le thérapeute des parents, la famille, les autres personnes significatives, etc. En plus du temps en contacts directs, il y a beaucoup de temps pour la planification et la préparation des rencontres. Ce temps doit être vu par l'établissement, les intervenants, l'adolescent et la famille comme un investissement rentable.

L'intervention familiale augmente le pronostic favorable d'une démarche de traitement. Il est donc plus probable que l'adolescent n'ait pas à revenir en traitement si les changements mis en place sont plus durables (Robert, G et all.).

### L'intervenant a le sentiment de ne pas disposer des conditions nécessaires au travail familial

Il est important que les intervenants disposent des conditions nécessaires pour faire le travail familial :

- Possibilité de faire de la cothérapie;
- Charge de cas ajustée en fonction de la réalité du travail familial;
- Espaces adaptés pour rencontrer la famille;
- Un horaire ajusté en fonction des contraintes familiales.

Il revient à l'établissement de mettre en place les conditions « gagnantes » au travail familial.

## L. CONCLUSION

L'efficacité du travail familial dans le traitement des adolescents ayant une consommation problématique de psychotropes n'est plus à démontrer. Il n'en demeure pas moins que c'est une stratégie d'intervention encore peu utilisée. Nous constatons que les résistances de l'adolescent, de la famille et des intervenants peuvent représenter un frein à ce travail.

Il est essentiel de mettre en place des stratégies efficaces pour gérer adéquatement ces résistances afin de profiter de la « plus value » du travail avec la famille.



## M. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adolescence...alcool ... drogue ce que les parents doivent savoir. [www.health.gov.sk.ca/adolescence-alcool-droque](http://www.health.gov.sk.ca/adolescence-alcool-droque).

CARACTERISTIQUES de l'enfance à l'ADOLESCENCE : [www.storage.canalblog.com/59/74/902946/69118959](http://www.storage.canalblog.com/59/74/902946/69118959).

Nadeau, Louise (2012). Les cas complexes et chroniques : faut-il repenser nos services ? Conférence d'ouverture au 3<sup>e</sup> colloque Montérégien sur les dépendances, 24 mai 2012. [www.levirage.qc.ca](http://www.levirage.qc.ca)

Moos RH. latrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*. 2005 May; 100(5):595-604.

Kanfer, F.H. et Schefft, B.K., *Guiding the Process of Therapeutic Change*, Champaign, Illinois, Research Press, 1988.

DiMatteo, M.R., et DiNicola, D.D., *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role*, New York, Pergamon Press, 1982.

Lecomte, C. : Comment améliorer son efficacité thérapeutique? Cahier de recherche : [www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010\\_03\\_Cahier\\_RetP\\_Dossier\\_02\\_Lecomte\\_Fr.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010_03_Cahier_RetP_Dossier_02_Lecomte_Fr.pdf).

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4<sup>th</sup> ed.)*. New-York : Wiley.

Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28 Suppl 1:S51-62.

Western Regional Center for the Application of Prevention Technologies. *Best practice: Family therapy (general)*. (<http://www.open.org/~westcapt/bp53.htm>).

Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A. (2001) : Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques. Santé Canada.



8

# LES GROUPES

## « ENTOURAGE - FAMILLE » :

### Un groupe de parole pour rompre la loi du silence.

Atelier de Janick Le Roy et Catherine Davy - (France)

Cadre socio-éducatif, chargée de consultation (individuelles, couples et familles) au CSAPA de Rennes.  
Formatrice à Pégase Processus.  
Infirmière au CSAPA de Rennes.

#### A. DIAPORAMA VISIONNE LORS DE L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl+clic sur la souris](#)



Présentation d'une expérience de groupe de parole  
**ENTOURAGE - FAMILLE**

CSAPA de Rennes  
J. LE ROY  
C. DAVY

Congrès Vents d'Ouest Juin 2012  
organisé par Pégase Processus



9

## QUAND UNE FAMILLE RENCONTRE DES FAMILLES, ELLE VA PLUS LOIN : *Une expérience des Groupes Thérapeutiques Multi-Familiaux (GTMF)*

Atelier animé par les Thérapeutes familiaux d'EVEA (France)

(Espace Vendéen En Alcoologie): CSAPA "la Métairie" et SSRA "les Métives  
Elodie CARON - Laurence DARCY - Fabrice EPAUD - Fabienne POIRIER - Valérie QUERCRON - Chantal TRICOT

L'histoire du Groupe Thérapeutique Multifamilial d' EVEA c'est déjà la rencontre de deux « familles » La famille « les métives » SSR spécialisé en alcoologie, et la famille « métairie », CSAPA

Si nos souvenirs sont exacts ce sont d'abord « les enfants » qui ont commencé à s'agiter. Il y en avait un qui, se sentant seul à travailler avec les familles dans son CSAPA est allé au centre de post cure voisin pour partager leur supervision et faire part de son expérience. Et puis il y avait cette fratrie accueillante et créative accompagnée depuis des années par Frédéric Labelle. Une autre « enfant » s'est associée à ce projet, nouvellement engagée dans le CSAPA, elle baignait dans le même bain systémique que ses compères. Ces cinq enfants discutaient, avaient des projets, des envies, ils avaient de l'énergie mais pas encore les moyens de mettre leurs idées en œuvre.

C'est à ce moment de l'histoire que « les parents » interviennent. Les nôtres n'ont pas fait les choses à moitié puisqu'ils se sont mariés ! Le projet de fusion de nos deux structures une ambulatoire, l'autre résidentielle toutes deux spécialisées en addictologie a été le levier qui a permis le démarrage de ce projet en 2008. Il faut dire que nous avons des parents qui avaient, entre autre, comme point commun un intérêt ancien pour la systémie. L'un d'eux avait même déjà animé un GTMF. C'est donc tout naturellement que le projet de GTMF a pris place dans la corbeille de mariage, un peu comme l'enfant de ce jeune couple.

Alors, nos parents se sont organisés. Chacun d'entre eux a choisi les enfants qui allaient vivre cette belle aventure. Quatre thérapeutes familiaux, deux psychologues, une éducatrice se forment en regardant les vidéos du GTMF de Guingamp, en échangeant avec Claude LEBRETON et Frédéric LABELLE. Cette fratrie « de recomposition » avait très envie de créer ensemble, mais très peur aussi. Il fallait inventer de nouvelles règles, construire une nouvelle famille sans disqualifier les précédentes, un défi !



## A. ET LES FAMILLES DANS TOUT CELA ?

*Comment cela les familles ? Mais nous ne vous parlons **que** de familles, d'enfants de premier lit, de mariage, de recomposition, de rivalité et de solidarités fraternelles, de mythes...*

Mais les autres ? Celles qui ont des problèmes, des symptômes, des demandes d'aides ?

*Ah, les autres ! OK nous avons parlé de **nous**, alors parlons maintenant **d'eux***

Nos formations et surtout nos pratiques, nos expériences, nous renforçaient chaque jour dans l'idée que « seul on va plus vite, à plusieurs on va plus loin » Nous savions la puissance de l'organisation d'un système, son potentiel de créativité. Dans nos bureaux, nos salons, nos salles de consultations, les familles venaient nous le dire et surtout nous le montrer, à la hauteur des changements qu'elles étaient capables de réaliser. Alors pourquoi ne pas donner de l'ampleur à ces phénomènes, puisque  $1+1=3$  pourquoi ne pas décliner ce concept :  $2+2=6$ ,  $3+3=27$  ça donne de la puissance tout cela. Notre énergie était dans le « + » et le « pourquoi pas ».

Quelques familles demandaient parfois du groupe. Mais plutôt des groupes de conjoints, des groupes de couples, d'usagers. Il n'y avait pas de demande pour des groupes de familles, ni réellement d'attente dans nos files actives. Notre motivation à porter ce projet n'est pas née d'une demande des familles que nous accueillions.

Nous décidons donc de proposer ce groupe à chaque famille reçue, soit par l'intermédiaire de flyers mis à disposition, soit lorsque nous y pensions au cours des entretiens familiaux ou individuels. La plupart du temps nous proposons le GTMF aux familles que nous sentions très isolées. Nous invitons aussi celles avec qui nous étions en panne, quand le processus thérapeutique stagnait qu'il ne se passait pas grand-chose. Nous l'avons proposé à des patients dont les familles ne souhaitaient pas être reçues dans un cadre « individuel »

A ce jour, le groupe accueille beaucoup plus de familles « métives » que de familles « métairie ». Nous nous questionnons à ce sujet sans pour l'instant trouver des réponses qui nous permettraient d'avancer. Est-ce du à la plus grande expérience des pratiques de groupes aux métives ? Les intervenants plus confiants sauraient se montrer plus convaincants ? Est-ce du au fait que les personnes accompagnées dans un cadre résidentiel seraient dans une dynamique de soin plus intensive, en terme rythme, qu'en ambulatoire ? Est ce du à des problématiques spécifiques inhérentes à l'utilisation des produits licites ou illicites ? Les mouvements d'entraides et globalement les pratiques de groupe en France sont beaucoup plus restreints avec les personnes toxicomanes qu'avec les personnes alcooliques.

Depuis 2008, 21 familles ont participées au groupe. L'une s'est investie au sein du groupe pendant 11 séances, mais en moyenne les familles restent entre quatre et sept séances.

## B. QUELS SONT LES BENEFICES DE CE GROUPE POUR LES FAMILLES ?

### Le GTMF permet d'élargir les champs de vision :

Au sein d'un groupe, une famille regarde fonctionner et fonctionne avec d'autres familles. Elle apprend ainsi de son propre fonctionnement, car elle se compare. Rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes mais qui les gèrent de façon différentes, permet de sortir des généralisations au sujet des addictions : « Comme ils ne font pas comme nous avec le même problème, c'est donc qu'il y a un individu unique et particulier derrière les produits. ».

Pour ces deux raisons au moins le travail en groupe renvoie chacun à une compréhension plus fine et plus personnelle de son propre fonctionnement.

### Le GTMF a des effets en termes de clarifications de frontières.

De nombreuses familles aux prises avec la problématique de l'addiction mettent en place des frontières rigides avec l'extérieur, c'est ainsi que naît le sentiment d'isolement. Venir en famille rencontrer d'autres familles c'est assouplir ces frontières, les rendre plus perméables et ainsi se donner la chance de se dés-isoler. .

*Très fréquemment à la fin du groupe, les familles poursuivent leurs échanges dans la rue. Plusieurs fois il y a eu des échanges de numéros de téléphone. Les familles Maloire et Patra, qui habitaient dans la même ville se sont parfois organisées pour leurs trajets. Delphine dira « on est un bon groupe » marquant ainsi la solidarité qui existait alors.*

Notre expérience avec les familles plutôt repliées sur elle-même nous montre qu'elles ont à l'inverse en général tendance à se développer en interne autour de frontières floues. C'est ainsi que naissent les phénomènes de co-dépendances, de parentifications. Rendre plus perméables les frontières de la famille avec l'extérieur c'est se donner une chance supplémentaire de clarifier les frontières à l'intérieur.

Au sein du groupe, nous avons pu constater que les frontières pouvaient se clarifier entre les patients identifiés et les autres participants.

*Nelly une jeune femme d'une trentaine d'année est accompagnée aux métives depuis plusieurs mois, elle vient au GTMF avec ses parents. La question de la séparation semble problématique dans ce trio. Nelly dans sa relation avec ses parents semble très conforme à leurs attentes, au moins dans le discours. Ce n'est qu'après quelques séances que Georges évoque sa première séparation avec sa propre famille. Il parle de son départ en Algérie avec beaucoup d'émotions. Quelque chose a alors fait sens pour cette famille, car par la suite Georges a montré beaucoup d'authenticité dans ce groupe et Nelly a progressivement manifesté et acté son autonomie.*

Nous prêtons attention à interpeller les participants comme : homme, femme, enfants, pères, mères, grands parents, soeurs, frères etc... Cela donne une chance à chacun de complexifier l'image qu'il donne de lui-même et qu'il reçoit des autres et donc d'avoir accès à de l'information utile.

*Martine qui a des problèmes avec l'alcool, a interpellé Jeannette qui n'a pas de problème elle-même avec l'alcool, sur un registre qu'elles ont en commun : la maternité. Cet échange a été fondateur car il a rappelé à Martine qu'elle n'est pas qu'une malade alcoolique et a permis à la discrète Jeannette d'exister un peu plus dans le groupe.*

Parfois lorsqu'une nouvelle famille intègre le groupe, nous avons des difficultés, à éviter le fonctionnement qui fait que le groupe des consommateurs s'allie face à celui des non consommateurs et réciproquement dans un mouvement circulaire avec le produit au centre. Le produit fait alors office de ciment pour le groupe car c'est ce que chacun a en commun. Il est alors urgent d'accompagner le groupe à sortir de cette séquence et de favoriser l'appartenance par d'autres biais.

Le GTMF peut aussi clarifier les sous-systèmes et leurs relations. Il arrive que le groupe travaille à renforcer le sous-système fratrie ou celui du couple parental.

*Au cours d'une supervision, Frédéric Labelle s'est confronté avec Jean sur le mode « tu es responsable de tes actes ». Cette confrontation a été utile à Jean, la colère qu'elle a provoquée lui a permis de se remobiliser sur sa recherche d'emploi. Cet échange a aussi eu un effet plus inattendu. Evelyne et Mathias, les enfants de Pascal, alors en posture, avaient suivi le dialogue très attentivement. A la séance suivante nous avons appris qu'ils étaient allés ensemble dire à leur père qu'il devait être responsable de ce qu'il faisait. Leur fratrie leur a donné le courage et l'énergie de faire ensemble ce qu'ils ne parvenaient pas à faire chacun de leur côté.*

*Sonia a souvent besoin de sa fille Valérie pour faire part de ses griefs à son mari. Valérie prise en étau entre ses deux parents est paralysée... Le groupe est un lieu sécurisant qui permet à cette famille d'expérimenter actuellement différents types de distances entre ses membres.*

Assouplir les frontières avec l'extérieur permet aussi de renforcer le sentiment d'appartenance à sa propre famille. Le groupe multi familial est un activateur de mythe.

*Ainsi nous entendons régulièrement des phrases du type « dans notre famille, on fait comme ça » « chez nous »*

Comme l'identité de l'individu, l'identité familiale se construit aussi sous le regard de l'autre.

#### **Le GTMF renforce les impacts thérapeutiques :**

Nous avons pu constater que le regard, puis la parole d'un « pair » a un impact souvent différent de celui d'un professionnel et qu'ils offrent une alternative intéressante dans la dynamique d'accompagnement. La confiance et la crédibilité que les familles s'accordent les unes aux autres permettent de renforcer l'effet thérapeutique qui se produit quand on se montre à l'autre.



*Natasha, qui a des problèmes avec l'alcool, est, au cours d'une séance très choquée par la souffrance qu'exprime Sabine la compagne de Valérie qui est en post cure. Pendant son un entretien individuel qu'elle aura par la suite elle exprime que Sabine lui a permis de mieux comprendre ce que pouvait vivre son propre compagnon.*

*Robert qui vient dans le groupe invité par son fils Fabien, intervient lorsque Paul bouscule Annette de ses paroles « on ne parle pas à sa femme comme ça ». Paul qui d'habitude joue avec sa surdité a été très attentif.*

## C. LE ROLE DES INTERVENANTS :

Trois animateurs interviennent en séance, un autre film et deux observent derrière une glace sans tain. Nous sommes garants du cadre du groupe, du respect des contrats.

Le groupe doit être un lieu où chacun se sent en sécurité.

Les animateurs de GTMF utilisent les techniques de la thérapie familiale et celles des thérapies de groupe. Nous sommes attentifs au langage analogique, à l'expression des ressentis et émotions, nous sommes vigilants à l'ambiance du groupe. A chaque fois que cela nous est possible nous « réinjectons » ces données dans le groupe afin de les rendre utiles. Nos objectifs sont d'optimiser les ressources des familles, d'activer les processus, de permettre l'émergence d'informations nouvelles.

Avec **eux, nous** nous sommes construits et nous continuons à nous construire.

Comme les familles que nous recevons nous travaillons à clarifier nos frontières externes .A chaque fois que nous en avons l'occasion nous donnons à voir ce qui se passe à l'intérieur GTMF à nos collègues de l'extérieur .Nos comités de direction sont des facilitateurs de cette ouverture. En faisant en sorte que les problèmes institutionnels de l'une ou de l'autre des structures n'entrent pas au GTMF,nous avons œuvrés pour que les frontières entre nous ne soient pas floues, tout n'est pas transmissible. Comme les familles que nous recevons nous nous sommes attachés à ne pas nous enfermer dans nos fonctions de base, thérapeutes familiaux, psychologues, éducateurs, mais à aller nous rejoindre aussi dans nos compétences diverses d'hommes et de femmes. Comme une famille en évolution nous réajustons nos règles de fonctionnement, nous les discutons lorsque c'est nécessaire.

Au delà des techniques notre ressource la plus précieuse se trouve dans notre équipe, dans ce qui se passe entre nous, dans ce que nous construisons ensemble. Nous apprenons à nous faire confiance, à nous même et entre nous. Nous apprenons à nous dire les choses avec bienveillance. Nous apprenons à nous appuyer les uns sur les autres Nous apprenons à être indulgents ET exigeants. C'est un art !



## D. ENSEMBLE : CO-CONSTRUIRE :

Après près de quatre ans de fonctionnement nous faisons l'hypothèse que les séances qui ont été les plus porteuses pour les familles étaient aussi des séances durant lesquelles les thérapeutes ont fonctionné en trio solidaire entre individus différenciés.

Le système thérapeutique que nous construisons avec les familles est tellement riche et complexe qu'actuellement nous n'avons pas réellement travaillé autour de l'isomorphisme entre le système que constitue l'équipe de thérapeutes et le système constitué par les familles. Cela nous semble être un sujet de recherche prometteur et peut être la clef du succès de ce bel outil qu'est le Groupe Thérapeutique Multifamilial.

## E. DIAPORAMA VISIONNER PENDANT L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl + clic sur la souris](#)

**GROUPES DE THÉRAPIES MULTIFAMILIAUX**  
en addictologie

Participants volontaires  
Professionnels compétents

A la Roche sur Yon

EVEA  
Les Métives      La Métairie  
V.QUERCROUN      F. POIRIER

Vents d'ouest - 15 Juin 2012

Congrès Vents d'Ouest, juin 2012  
organisé par Pégae, Proceaus

10

## UNE PRATIQUE DE RESEAU

Atelier animé par Gwénaëlle Simon (France)

Coordinatrice RESAAD 49 : le réseau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire

### A. DIAPORAMA VISIONNER PENDANT L'ATELIER

[Pour visionner le diaporama ctrl + clic sur la souris](#)

#### LES RESEAUX DE SANTE

CONGRES INTERNATIONAL  
VENTS D'OUEST

Vendredi 15 juin 2012

Gwénaëlle SIMON, coordinatrice RESAAD 49

