

Info-toxico

Mauricie/Centre-Du-Québec

Novembre 2003 Vol. 15 N° 2

BULLETIN D'INFORMATION *

Centre de Réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

L'intervention familiale auprès des adolescents consommateurs de psychotropes

Le présent article origine principalement de la préoccupation grandissante d'intervenir auprès de l'adolescent consommateur d'alcool et/ou de drogues tout en tenant compte de son contexte relationnel et familial. En 1999, Santé Canada¹ publiait les meilleures pratiques en alcoolisme/toxicomanie et la thérapie familiale est une des modalités de traitement convenant le mieux aux adolescents. L'importance de tenir compte du milieu familial de l'adolescent vient du fait que la famille est le premier et principal milieu de vie de chaque individu; la famille étant un lieu d'apprentissage, de socialisation, d'éducation et de transmission des valeurs². De plus, les adolescents qui consultent dans les centres de réadaptation tel que celui de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec rapportent de nombreuses difficultés familiales alors que les services de réadaptation en toxicomanie rejoignent peu les familles³.

Par ailleurs, la toxicomanie étant un phénomène vaste et complexe, les familles se sentent souvent démunies car « *les problèmes de toxicomanie sont rarement des problèmes isolés; ils sont souvent accompagnés de problèmes de santé mentale ou de détresse psychologique, de pauvreté, de difficultés conjugales, de carences affectives profondes, etc.* »². De plus, les familles sont souvent aux prises avec des représentations contradictoires du phénomène souvent véhiculées socialement : attitudes de banalisation ou attitudes de dramatisation de la consommation d'alcool ou de drogues.

Les familles sont en droit de se questionner sur le phénomène de la consommation d'alcool ou de drogues de leurs adolescents et du rôle de celle-ci dans leur vie. Les parents se demandent alors s'ils doivent s'inquiéter d'une éventuelle consommation de psychotropes de leurs jeunes; doivent-ils comprendre la consommation de drogues comme faisant partie d'une période d'exploration à l'adolescence ou comme un signe d'un problème actuel.

L'intervenant en toxicomanie pourra alors aider les familles dans la compréhension de l'adolescence et du phénomène de la consommation de drogues. L'intervenant devra aussi se questionner sur le fonctionnement de la famille car les insatisfactions des adolescents vis-à-vis la famille constituent un

facteur de risque important par rapport à l'émergence d'un problème de consommation de psychotropes chez les jeunes⁴.

L'intervention familiale s'inscrira donc dans une compréhension de l'adolescence et du fonctionnement de la famille tout en ayant une connaissance du phénomène de la consommation d'alcool ou de drogues. En ce sens, l'intégration d'un modèle d'intervention familiale permettra une approche adaptée aux adolescents et à leur famille.

L'adolescence en bref

Afin de bien saisir le contexte de nos interventions, voici les grandes lignes des enjeux à l'adolescence. Simplement définie comme étant la période de développement de 12 à 18 ans, l'adolescence est pour de nombreux parents une période difficile à traverser. Pour l'adolescent, cette période consiste à consolider son identité et ses principales tâches sont notamment⁵ :

- Acquérir une vision de soi claire et cohérente;
- Prendre ses distances par rapport à la famille d'origine;
- Apprendre à mieux gérer de façon autonome ses relations avec les pairs et se préparer à une future relation conjugale;
- Se définir une identité sociale viable harmonisant ses caractéristiques personnelles et un rôle social acceptable.

Durant la période de l'adolescence, l'individu doit construire son identité, c'est à travers ses relations interpersonnelles qu'il pourra le faire et la famille est le premier et principal lieu de ses expériences interpersonnelles. La construction identitaire est déjà avancée à l'adolescence et cette période vise à amener le jeune vers l'autonomie et l'indépendance personnelle. « *Le cheminement vers l'indépendance adulte n'est pas un objectif facultatif pour l'adolescent, c'est une nécessité* »⁶. Pour ce faire, les parents ont le rôle de maintenir des balises favorisant le cheminement vers l'indépendance. Le propre de l'adolescent est de changer rapidement obligeant le parent à renégocier constamment avec celui-ci. Le parent doit donc mettre à jour régulièrement la liste des pouvoirs qu'il délègue

CENTRES DE SERVICES

BÉCANCOUR (GENTILLY)

(819) 298-2144

DRUMMONDVILLE

(819) 475-0242

LA TUQUE

(819) 523-6113

LOUISEVILLE

(819) 228-2731

NICOLET

(819) 293-2031

POINTE-DU-LAC (Hébergement)

(819) 377-2441

PLESSISVILLE

(819) 362-6301 ex. 252

SHAWINIGAN

(819) 536-0004

STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN

(418) 362-2727

ST-TITE

(418) 365-7555

TROIS-RIVIÈRES (Siège social)

(819) 374-4744

VICTORIAVILLE

(819) 752-5668

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC

CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU EXCESSIF



Internet : DomremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca

au jeune, il doit rester informé de ce qu'il vit et s'assurer que le jeune explore en respectant les limites sans risques inappropriés. Le rôle du parent devient alors de soutenir, de guider et de superviser la distanciation familiale de son jeune. L'influence parentale doit nécessairement passer par la communication et un contact régulier avec l'adolescent⁶.

Un modèle d'intervention familiale

Plusieurs modèles d'intervention familiale existent en toxicomanie, nous avons fait le choix de vous présenter un modèle de thérapie familiale brève : le Brief Strategic Family Therapy (BSFT). Le développeur principal de cette approche est José Szapocznik^{7 8}, Ph.D. du centre des études familiales (Center for Family Studies) de l'Université de Miami. La BSFT est une thérapie éprouvée depuis 1975 et est spécialement indiquée pour traiter les familles d'adolescents abuseurs de drogues et présentant des problèmes connexes de comportement. Il s'agit d'une approche pragmatique axée sur la résolution de problèmes et sur l'élimination des facteurs de risque en lien avec l'abus de substances. La BSFT est une approche systémique combinant des interventions selon les approches familiales stratégiques et structurales.

Dans cette approche, la notion de système appliquée à la famille, est comprise comme étant le fait que tout individu et ses comportements influencent nécessairement les autres membres de la famille. Ainsi, les membres d'une famille interagissent entre eux de manière répétée avec des façons d'agir spécifiques qui sont propres et différentes d'une famille à l'autre; c'est ce qui est appelé la structure familiale. La structure familiale est l'ensemble des séquences d'interactions des membres d'une famille. Une structure familiale inadéquate est caractérisée par des interactions familiales répétées amenant des réponses insatisfaisantes de la part des autres membres de la famille. D'un point de vue systémique, une structure familiale inadéquate contribue fortement à l'apparition et au maintien de problèmes de comportement, d'abus de drogues et de comportements antisociaux. De plus, la recherche démontre que les problèmes de comportement et d'abus de drogues peuvent changer suite à des modifications dans les relations familiales⁹.

Les stratégies de traitement dans cette approche sont orientées sur le problème et visent les séquences d'interactions apparaissant le plus directement en lien avec la consommation problématique. Les interactions interpersonnelles sont aussi perçues en terme de processus plutôt que de contenu. Plutôt que simplement se concentrer sur ce qui se passe dans la famille (p. ex. qu'est-ce que le père a dit aux enfants quand il s'est fâché), l'attention est portée sur comment les interactions surviennent (p. ex. qui était impliqué dans le conflit, quand est-ce arrivé, qui a répondu à qui, qu'est-ce qui a précédé ou suivi l'incident). Ainsi, en tout temps l'emphase est mise sur le processus interactionnel afin de changer les séquences d'interactions inadéquates. Nous ne cherchons pas la cause ou le coupable du problème mais plutôt à identifier les interactions qui peuvent maintenir le problème ou favoriser sa résolution.

Nous savons qu'il est difficile d'obtenir la collaboration de l'ensemble de la famille afin de lui donner des services en toxicomanie et le premier défi est de surpasser les résistances initiales des familles face à la thérapie. Dans cette approche, les interactions familiales favorisant le maintien du problème sont perçues comme celles empêchant les familles de venir en

thérapie. Par exemple, le fait qu'un parent ne puisse amener l'autre parent lors des rencontres familiales sera compris comme étant déjà une interaction familiale maintenant le problème ou représentant une difficulté dans le fonctionnement familial. Le thérapeute pourra alors aider le parent demandant de l'aide à modifier sa façon d'agir et de communiquer avec l'autre parent lorsqu'il lui demande de venir en thérapie familiale. Ainsi, travailler les difficultés à venir en thérapie est déjà une intervention ciblée sur la structure familiale.

L'intervention

Il y a trois composantes à l'intervention : a) établir la relation
b) le diagnostic
c) la restructuration.

A) Établir la relation

La famille étant plus souvent en contact avec le jeune que le thérapeute, elle est perçue comme un allié qui pourra agir auprès de l'adolescent pendant beaucoup plus d'heures que nous en le rencontrant seul; la relation est donc basée sur le travail d'équipe. Le développement d'une alliance thérapeutique avec chaque membre de la famille et avec la famille dans son ensemble est essentiel. Le thérapeute doit aussi démontrer un respect à la famille et à chacun de ses membres. Le thérapeute entrera dans le système familial en s'ajustant à ses règles en utilisant le contenu des discussions telles que les membres de la famille l'apportent et en adoptant le style d'interactions et de communication de la famille (*suivre le rythme et l'ambiance des interactions*). Ainsi, le thérapeute aura donc une attitude non confrontante en favorisant une définition du problème pouvant s'accorder avec la vision de chaque membre. Lorsque le thérapeute et les membres de la famille s'accordent sur un objectif, la thérapie est offerte comme un encadrement pour atteindre cet objectif. Même lorsque les membres de la famille ont des attentes différentes face à un problème de toxicomanie, il est nécessaire que chacun d'eux puisse obtenir un gain résultant de la démarche thérapeutique. Par exemple, une mère peut vouloir que son fils cesse toute consommation de drogues pendant que son fils souhaite que sa mère cesse d'être sur son dos alors que le père est fatigué de jouer à l'arbitre entre les deux. Dans cet exemple, le thérapeute pourra signaler à la mère que son fils devrait changer ses habitudes de consommation de drogues, au fils que sa mère devrait cesser d'être sur son dos et au père qu'il ne devrait pas avoir le mauvais rôle d'arbitre. Le thérapeute offre ainsi à chaque membre de voir la thérapie comme un moyen d'atteindre l'objectif de régler le problème tel que défini par chacun si celui-ci est différent.

Le thérapeute est encouragé à ne pas être le centre du processus de traitement pour donner l'occasion aux membres de la famille d'accepter eux-mêmes les changements souhaités plutôt qu'être imposés par le thérapeute. L'attitude fondamentale est que le thérapeute aimerait ne plus avoir à intervenir et laisser la famille se prendre en main de façon autonome. Ainsi, les changements que la famille adoptera auront plus de chance de persister après la thérapie car ce seront les membres de la famille qui auront pris possession du processus de changement. De même, lorsque le thérapeute aura quitté, ces derniers pourront mieux s'adapter aux difficultés futures. Le thérapeute se voit comme un entraîneur donnant du support à la famille afin qu'elle soit autonome.

B) Le diagnostic

Une autre étape sera de bien identifier les symptômes et les relations familiales entourant le problème de toxicomanie. Le thérapeute encouragera les membres de la famille à parler entre eux, de leurs préoccupations face au fait d'être en thérapie ou sur tout autre sujet. De cette façon, il n'est pas demandé aux membres de la famille d'expliquer au thérapeute mais bien de parler des difficultés en présence du thérapeute. Ainsi, le thérapeute pourra mieux comprendre la structure familiale (voir le tableau 1) et identifier d'éventuelles interactions inadéquates.

De ces observations, le thérapeute pourra établir un diagnostic des forces de la famille et des relations problématiques à l'intérieur de la famille. De plus, il pourra mettre l'emphase sur les relations familiales adéquates tout en identifiant les relations problématiques affectant les comportements de l'adolescent ou interférant avec la capacité parentale à corriger ces comportements problématiques. Par exemple, les membres de la famille ne se parlent peut-être pas directement entre eux ou encore leurs échanges peuvent être vagues ne permettant pas aux autres de bien comprendre ce qui est dit ou demandé. Le thérapeute aidera alors afin d'améliorer la communication et la façon dont les membres de la famille interagissent ensemble. Les difficultés familiales peuvent être diverses et le thérapeute les évaluera selon les cinq dimensions du fonctionnement familial (voir le tableau 1). Il pourra alors bien cibler les changements souhaités.

C) La restructuration

La restructuration consiste à mettre en application des stratégies de changement et de renforcer les comportements favorisant un nouveau niveau de compétences. Les interventions viseront systématiquement les problèmes et les facteurs de maintien du problème identifié. Le plan de traitement visera d'abord les problèmes relativement faciles à changer dans les premières rencontres afin de faire vivre des expériences thérapeutiques positives.

Les techniques d'intervention se délimitent essentiellement en trois catégories : travailler dans l'ici et maintenant, le recadrage et travailler avec les frontières et les alliances.

— Travailler dans l'ici et maintenant

Tel que déjà mentionné, le thérapeute encourage la famille à discuter comme ils le feraient à la maison. Lorsque les membres de la famille parlent surtout au thérapeute, celui-ci redirige la communication pour que les interactions se fassent entre les membres de la famille. L'intervention du thérapeute pourra alors se faire lors des interactions familiales en favorisant de nouvelles interactions. Le thérapeute n'est pas intéressé à ce que la famille « parle de » se comporter différemment mais bien de favoriser des nouveaux comportements durant les rencontres et en dehors.

— Recadrage

Le recadrage a pour objectif de modifier les interactions familiales empreintes de frustration ou ayant une connotation négative en faisant ressortir l'intention positive derrière ces interactions. Le thérapeute donne un nouveau sens à une situation afin que les membres de la famille puissent percevoir cette situation différemment. Par exemple, lorsque c'est le cas, le thérapeute pourra aider un parent vivant beaucoup de colère envers son enfant, en donnant un nouveau sens à cette colère. Il pourra expliquer que cette colère est en fait basée sur l'amour qu'il porte à son enfant et sur l'inquiétude qu'il éprouve

face à la situation problématique. Le recadrage utilisé tout au long du suivi permet de changer le sens d'un affect négatif mais aussi d'éviter de la part du thérapeute des propos désapprobateurs ne favorisant pas le travail d'équipe avec la famille.

— Travailler avec les frontières et les alliances

Le vie d'un adolescent ayant des difficultés de consommation de drogues peut inclure un ensemble d'alliances nécessitant une intervention. Ainsi, la force de l'alliance entre l'adolescent et le revendeur de drogue doit être diminuée alors que les alliances avec les personnes ayant des comportements acceptables doivent être encouragées. Parfois, il peut aussi exister une forte alliance entre un adolescent et un parent; cela peut mener à transgresser des frontières entre parents et enfants et agir contre la hiérarchie parentale traditionnelle. Par exemple, un adolescent pourra à la suite d'une punition de son père pour un mauvais comportement, solliciter la sympathie et le support de sa mère afin de diminuer l'autorité du père ou enlever la punition. Pour répondre à ce type de situation, le thérapeute favorisera le développement d'un lien plus étroit entre les parents afin qu'ils prennent des décisions ensemble. Dans cette approche, le thérapeute travaille à enlever les alliances inappropriées parent-adolescent en les remplaçant par une alliance parentale répondant aux besoins du jeune et à son encadrement.

Conclusion

La toxicomanie est un phénomène complexe et le traitement familial est un ajout à nos interventions afin d'aider les familles en difficulté. Cet article consiste en une introduction à l'intervention en contexte familial. Le fait de voir la famille d'un point de vue systémique permet d'adapter nos interventions auprès de la famille et de mieux cerner le rôle de celle-ci par rapport aux difficultés de l'adolescent. Dans un contexte d'intervention brève, ce modèle conduit à une intervention non confrontante pour la famille et favorisant l'autonomie de celle-ci. Enfin, ce type d'approche peut faciliter une plus grande participation des familles dans le processus de réadaptation des adolescents.

**Benoît Pouliot, psychologue
Domrémy MCQ**

RÉFÉRENCES

- 1 Santé Canada (1999). Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- 2 Boily, N. & Bitadeau, I., (2002). Place à la famille. Famille et toxicomanie. Vol. 1, n°. 1. p. 9-16.
- 3 Ménard, J.-M. & Plourde, C. (2003). Le profil des adolescents à Domrémy MCQ et leur utilisation des services de réadaptation. Info-Toxico.
- 4 Brunelle, N., Cousineau, M.-M. & Brochu, S. (2003). La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile. Famille et toxicomanie. Vol. 1, n°. 1. p. 82-103.
- 5 Offer et coll., 1988 dans Cloutier, R. (2001).
- 6 Cloutier, R. (2001). Identité et adolescence. Dans Gagnon et coll. Démystifier les maladies mentales. Les troubles de l'enfance et de l'adolescence. Gaëtan Morin. P.57-77.
- 7 Szapocznik, J. & Williams, R.A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (2), 117-135.
- 8 Szapocznik, J. & Kurtines, W.M. (1989). *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youth*. Springer Publishing Company. New York.
- 9 Liddle et Dakof, 1995b; Santisteban et al., 2000 dans Szapocznik, J. et Williams, R.A. (2000).
- 10 Robbins M. S. & Szapocznik J. (2000). Brief strategic family therapy. *Juvenile justice bulletin*, avril 2000.

Tableau 1 : Cinq dimensions du fonctionnement familial à évaluer en BSFT

Structure		Résonance
<ul style="list-style-type: none"> • Un parent est plus impliqué que l'autre. • L'enfant a plus de pouvoir que les parents. • Les parents ne contrôlent pas les comportements lorsque requis ou ont des comportements de contrôle inadéquats (p. ex. des conséquences inappropriées, manque de suivi des conséquences, des attentes floues, inconsistance, excès d'émotions). • Les parents ne prennent pas soin des besoins de l'enfant. • Les parents sont de pauvres modèles parentaux (p. ex. les parents ont des activités illégales, abusent de drogues, sont violents). • Pauvre relation de couple (haut niveau de conflits, désengagement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Le sous-système parental de prise de décision est absent. • Pauvre relation dans la fratrie (haut niveau de conflits, désengagement). • L'enfant est pris au milieu de conflits entre adultes. • Manque de communication verbale directe ou communication inefficace (propos vagues, sermonner, émotions excessives). • Un membre de la famille sert d'opérateur de la communication. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les frontières émotionnelles, psychologiques ou physiques entre les membres de la famille sont excessivement diffuses. • Les frontières émotionnelles, psychologiques ou physiques entre les membres de la famille sont excessivement rigides.
Stades de développement	Le patient identifié (l'adolescent)	La résolution de problèmes
<ul style="list-style-type: none"> • Le parent est immature. • L'enfant est traité ou agit comme étant trop jeune (trop de restriction, peu d'occasions de comportement responsables, pas de permission de négocier). • L'enfant est traité ou agit comme étant trop vieux (trop de tâches d'adulte, a des comportements de parents). • La famille élargie a un pouvoir parental ou discrédite le parent (le traite comme un enfant). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille critiquent le patient identifié ou sont négatifs envers lui. • Le patient identifié est presque toujours le centre des sujets de conversation. • Les membres de la famille sont organisés en fonction des problèmes de comportement du patient identifié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille protègent ou supportent le patient identifié. • Les membres de la famille nient ou évitent le conflit. • Les membres de la famille passent d'un problème à l'autre sans jamais en approfondir un. • Les interactions familiales sont ouvertement hostiles ou empreintes de critique.

Tableau tiré et adapté (traduction libre) de : Robbins et Szapocznik (2000)¹⁰

INFO-LIVRE

Drogues et adolescence --- Réponses aux questions des parents, Gaudet Étienne, (2002), Éditions de l'Hôpital Ste-Justine, 121 pages.

Cet ouvrage s'adresse spécifiquement aux parents qui veulent avoir des réponses à leur questionnement au sujet de la consommation de drogue chez les adolescents. Il leur propose, sous forme de questions-réponses, un cadre pour entreprendre une démarche de communication avec leurs jeunes. Le livre aborde en premier lieu quelques aspects de l'adolescence et certains éléments de réflexion sur la toxicomanie. Par la suite, l'auteur explique certaines notions concernant les substances et tente d'aider les parents à mieux observer des signes de consommation chez leurs jeunes. La dernière partie du livre, qui est la plus élaborée, traite de l'intervention. Elle s'intéresse aux différentes approches d'intervention, aux services disponibles, aux actions à poser, à la forme de communication à adopter, aux habiletés nécessaires, aux différentes craintes qui assaillent les parents, aux limites de l'intervention des parents et il termine par certaines considérations légales.

AU BABILLARD

- ◆ **Plan d'action national en toxicomanie** : les travaux se poursuivent pour l'élaboration d'un plan gouvernemental impliquant tous les ministères concernés. Il s'agira d'un levier important pour que la lutte à la toxicomanie mobilise, en concertation, tous les partenaires concernés. Le ministre M. Philippe Couillard a confirmé que la production de ce plan est toujours à l'agenda. Aux dernières nouvelles le comité interministériel était à étudier un premier document de travail.
- ◆ **Certification MSSS** : le Pavillon de l'Assuétude de Shawinigan a obtenu sa certification confirmant qu'il respecte le cadre normatif établi par le ministère.
- ◆ **Modèle d'organisation de services santé mentale/toxicomanie** : nous avons entrepris la tournée des territoires pour proposer des arrimages de services afin de mieux desservir les personnes touchées par des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Nous comptons rencontrer l'ensemble des partenaires des territoires d'ici le printemps 2004.
- ◆ **Désintoxication** : nous sommes à finaliser une entente avec un centre hospitalier pour assurer la continuité des services aux personnes en besoin de désintoxication. Cette entente prévoit l'utilisation d'instruments d'évaluation et une approche plus personnalisée pour les personnes en précisant le niveau d'intervention requis et par quel partenaire il doit être offert. Des démarches sont entreprises auprès des autres centres hospitaliers.
- ◆ **Envoi électronique de l'Info-Toxico** : près de 250 personnes nous ont acheminé leur adresse électronique pour recevoir à l'avenir une version électronique de notre bulletin nous permettant de diminuer des frais importants. **Si vous êtes intéressés faites-nous le savoir** : lise_parent@ssss.gouv.qc.ca
- ◆ **Tournée des partenaires du RISQ** : à mettre à votre agenda, notre journée des partenaires cette année sera jumelée à la tournée de l'équipe de chercheurs du RISQ/CIRASST. L'activité se tiendra **jeudi le 6 mai 2004** et nous vous tiendrons informés.
- ◆ **Drogues Savoir plus risquer moins - réédition 2003** : ce petit volume contenant une mine d'informations sur les drogues, leurs effets, les données québécoises en matière de consommation, les lois... A d'abord été publié en 2001 par le Comité Permanent de lutte à la toxicomanie (adapté d'une publication française). Pour environ 3 \$ dans les librairies, financement soutenu par le MSSSS.