

Université de Montréal

Entourage d'un toxicomane. Profil clinique : besoins, interventions et impacts.

par

Sabrina Gauthier-Gagné

Département de criminologie

Faculté des Arts et des Sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade Maître ès sciences (M. Sc.)

en criminologie

Janvier, 2012

© Sabrina Gauthier, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :

Entourage d'un toxicomane. Profil clinique : besoins, interventions et impacts.

présenté par

Sabrina Gauthier-Gagné

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Serge Brochu

président-rapporteur

Louis-Georges Cournoyer

directeur de la recherche

Yvon Blais

membre du jury

Résumé

La toxicomanie est un phénomène complexe et pour les toxicomanes, autant leurs caractéristiques personnelles que celles de leurs proches peuvent influencer sur leur devenir. Outre les conséquences directes que l'on peut observer sur les proches de toxicomanes, eux-mêmes ont une influence sur le maintien des comportements associés à la consommation par différentes caractéristiques liées à la codépendance tel que la déresponsabilisation, le contrôle et la minimisation.

Les proches ont évidemment un rôle dans le processus de réadaptation du consommateur, mais il est d'autant plus nécessaire qu'eux-mêmes se sortent de leurs difficultés. Apprendre à communiquer adéquatement, savoir établir des limites, briser l'isolement, comprendre l'importance d'écouter ses besoins et cesser de s'hyper responsabiliser sont des conduites qui aideraient le consommateur à se prendre en charge.

Via des études de cas, le présent rapport vise à rendre compte des observations effectuées et propose des interprétations de la présence de ces comportements favorisant le maintien de la consommation. Il a également comme objectif de démontrer qu'un programme d'aide à l'entourage peut véritablement aider les proches à améliorer leur bien-être personnel et favoriser la prise en charge du consommateur. De plus, il tend à illustrer comment les aspects théoriques s'observent sur le plan clinique par l'analyse de quatre cas présentés.

Mots-clés : Toxicomanie – toxicomane – membre de l'entourage – proche – programme d'aide – membre de la famille – couple – codépendance.

Abstract

Drug addiction is an intricate phenomenon for the drug addicts. Their personal characteristics as well as those of their relatives can affect their fate. Besides the direct consequences that we can observe on the relatives of the drug addicts, they themselves influence the maintenance of the behaviour related to the consumption through various characteristics related to the co-reliance such as the relief from responsibility, control, mitigation, etc.

The relatives obviously have a role to play in the rehabilitation process of the drug user but it is even more necessary that they work themselves out of their problems. Learn to communicate adequately, know how to set the limits, break from isolation, understand the importance of taking care of its needs and stop feeling excessively guilty are needs which the relative must take care of in order to support the drug user's self-care.

Through case studies, this report aims to ascertain the presence of behaviours supporting the continuance of drug use and to show that a relative support program can truly help persons close to the drug user and support the drug user's self-care. Moreover, it tends to exemplify how the theoretical aspects can be observed at the clinical level through the analysis of the 4 cases featured.

Key words: Drug addiction – Drug addict – Person's circle – Relative – Support program – Family circle – Couple – Co-reliance.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Remerciements	viii
Liste des annexes	viii
Introduction	1
Premier chapitre : contexte théorique	4
1.1 Toxicomanie, un problème multidimensionnel qui touche l'ensemble des sphères de la vie de l'individu	11
1.2 Impacts sur la famille et le couple	13
1.2.1 Communication	13
1.2.2 Aspect monétaire	15
1.2.3 Confiance	17
1.2.4 Plan affectif et abandon.....	17
1.3 Caractéristiques des membres de l'entourage	18
1.3.1 À la fois victimes et complices de la problématique	19
1.3.1.1 Minimisation du problème	21
1.3.1.2 Contrôle	21
1.3.1.3 Protection.....	22
1.3.1.4 Responsabilisation.....	22
1.3.2 Définition de la codépendance	23
1.4 Besoins des proches en thérapie	26
1.4.1 Mieux comprendre le problème de toxicomanie	26
1.4.2 Améliorer la capacité d'introspection	27
1.4.3 Briser l'isolement.....	28
1.4.4 Savoir fixer ses limites.....	29
1.4.5 Apprendre à communiquer adéquatement	30
1.4.6 Aider à la prise en charge du toxicomane.....	31
Deuxième chapitre : méthodologie	32
2.1 Description du milieu de stage	32
2.1.1 La mission du Virage.....	32
2.1.2 Clientèle présente au Virage	33
2.1.3 Organisation du Virage.....	34
2.1.4 Les services offerts	34
2.1.5 Groupes de thérapie.....	36
2.2 Objectifs spécifiques poursuivis durant le stage	39
2.2.1 Modalités de réalisation des objectifs	39
2.2.2 Clientèle cible.....	41
2.2.3 Sélection des études de cas.....	43
2.2.4 Objectifs généraux de l'implantation du programme	44

2.2.5 Description des instruments de cueillette de données	44
2.2.5.1 Grille d'évaluation de besoins.....	45
2.2.5.2 Prétest.....	46
2.2.5.3 Post-test.....	46
2.3 Exposition du programme d'aide à l'entourage.....	46
2.3.1 Première rencontre de groupe.....	47
2.3.2 Deuxième rencontre de groupe	49
2.3.3 Troisième rencontre de groupe	50
2.3.4 Quatrième rencontre de groupe	52
2.3.5 Cinquième rencontre de groupe	53
2.3.6 Sixième rencontre de groupe	55
Troisième chapitre : présentation et analyse des cas cliniques	57
3.1 Analyse des résultats du prétest	57
3.2 Présentation des histoires de cas.....	62
3.2.1 Histoire de cas de madame N.	62
3.2.2 Histoire de cas de madame M.	68
3.2.3 Histoire de cas de madame L.	73
3.2.4 Histoire de cas de madame G.	83
3.3 Analyse des résultats du post-test.....	88
Quatrième chapitre : discussion.....	94
4.1 Implications théoriques	94
4.2 Impacts d'un programme d'aide à l'entourage sur les participants	100
4.3 Limites de l'étude	103
Conclusion	107
Références	111
Annexes	118

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage.....	120
Annexe 2 : Prétest	130
Annexe 3 : Post-test.....	133
Annexe 4 : Programme d'aide à l'entourage complet	138

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier mon directeur de maîtrise, Louis-Georges Cournoyer, qui, malgré un horaire chargé, a toujours été présent pour moi. Ses conseils et commentaires judicieux furent d'une aide précieuse, de l'élaboration de mon projet à sa touche finale. Merci pour ta grande patience.

Je tiens également à remercier chaleureusement ma mère, France Gauthier, qui n'a jamais cessé de croire en moi, mais surtout d'être toujours là pour me rappeler toute l'importance de suivre ma propre voie.

Je souhaite également remercier ma grande amie, Marie-Pier Lussier, pour son soutien et son encouragement lors des moments de doute lors de l'écriture de ce rapport de stage. Un grand merci pour ta correction écrite.

De plus, un énorme merci à ma sœur Sarah, qui, malgré son jeune âge, a porté un intérêt à ce travail de longue haleine. Merci pour tes encouragements.

Ce mémoire, je le dois à mon travail et à ma discipline, mais je le dois également à vous tous, à vos conseils, à vos attentions, à vos sourires et surtout, à votre amour.

Introduction

Les individus toxicomanes et alcooliques vivent dans un monde interactionnel et relationnel, et non dans une bulle de verre. Ils interagissent dans un réseau humain où les gens, mais aussi les groupes et les institutions, s'influencent (Bronfenbrenner, 1979). Le premier de ces réseaux humains est sans aucun doute la famille. Aujourd'hui, nombreuses sont les études documentant l'influence de la famille sur l'apparition et le rétablissement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, tant chez l'adulte que chez l'adolescent. Plusieurs d'entre elles abordent également les effets néfastes de l'abus de substances psychoactives sur le couple ou la famille.

Il est difficile de dresser un portrait de la toxicomanie au Québec sans parler de l'impact de ces problématiques sur l'entourage des toxicomanes. D'ailleurs, en 2004, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou autres toxicomanies (FQCRPAT) révélait que 39,6 % des Québécois affirmaient subir les conséquences négatives de la consommation excessive d'alcool de l'un de leurs proches (Single, 1999, dans FQCRPAT, 2004). De plus, entre cinq et dix personnes, incluant les membres de la famille immédiate, les employeurs, les amis et les collègues de travail se trouveraient directement affectés, à différents degrés, par les habitudes de jeu de hasard et d'argent d'une personne dépendante (Productivity Commission, 1999, dans Desrosiers et Jacques, 2009). Ces données démontrent donc que les

membres de l'entourage ont besoin de soutien. D'ailleurs, plusieurs centres de réadaptation offrent des services aux membres de l'entourage de toxicomanes, d'alcooliques ou de joueurs. D'ailleurs, 13% est estimé le nombre de personnes qui reçoivent des services de soutien à l'entourage (Desrosiers et Jacques, 2009).

Ce type de services était déjà offert au Centre de réadaptation en dépendance Le Virage, milieu dans lequel mon stage de maîtrise en criminologie fut effectué. Toutefois, la clientèle visée était les membres d'entourage de personnes ayant une problématique de jeu. Donc, bien qu'un programme d'aide à l'entourage de joueurs était déjà implanté, l'un des objectifs principaux de ce stage consistait à participer à l'établissement d'un programme de soutien spécifiquement destiné aux membres de l'entourage de toxicomanes déjà en traitement et à animer ce groupe de thérapie afin d'outiller la clientèle « proches ». Ce projet visait également à construire un canevas clair pour les futurs intervenants aillant à animer ce programme destiné aux membres de l'entourage de toxicomanes.

Le présent rapport de stage sera divisé en quatre chapitres distincts. Le premier chapitre sera constitué du contexte théorique, ainsi que d'une section ciblant les facteurs qui favorisent l'implantation d'un programme d'aide à l'entourage d'un toxicomane. Par ailleurs, les impacts de la toxicomanie sur les différentes sphères de la vie de l'individu, les caractéristiques des membres de l'entourage en lien avec la codépendance et, enfin, les besoins des proches y seront abordés.

Le second chapitre, celui de la méthodologie, fera la description du milieu de stage où l'étude de cas a été effectuée et présentera les outils employés lors des quatre analyses de cas cliniques. Le troisième chapitre portera sur les analyses des cas cliniques effectuées durant le stage. Une partie exposera les résultats généraux des prétests pour ensuite laisser place à l'analyse complète des histoires de cas divisée selon les besoins des participants. Par la suite, l'analyse de l'ensemble des post-tests sera présentée afin de vérifier si l'investissement dans un tel programme produit des impacts sur les participants. Le dernier chapitre présentera une discussion générale faisant le lien entre les résultats des analyses de cas et le contexte théorique décrit plus tôt dans le texte. Il constituera aussi une ouverture théorique sur les besoins des proches en thérapie et sur la nécessité d'instaurer un programme d'aide à l'entourage.

Par l'intermédiaire de ce rapport de stage, il vous est proposé de découvrir le déroulement de mon projet de maîtrise et de comprendre les besoins et les caractéristiques de ces individus qui subissent les répercussions négatives de la consommation d'un proche. Nous souhaitons ainsi démontrer la nécessité d'instaurer un tel projet dans un centre de réadaptation en toxicomanie.

Premier chapitre

Contexte théorique

Pourquoi mettre en place un programme destiné aux membres de l'entourage d'un toxicomane?

Selon Daley et Raskin (1991), les conséquences négatives de la consommation d'un individu se répercutent sur quatre à six personnes de son entourage. À maintes reprises, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et/ou toxicomanes sont confrontés à des appels d'individus vivant une relation complexe avec une personne souffrant d'un problème de dépendance aux substances. Dans plusieurs cas, ce même individu n'est pas motivé à modifier ses comportements problématiques.

Une multitude d'interventions ciblant les membres de l'entourage ont été mises sur pied. Ces interventions visent deux objectifs, soit celui d'influencer la personne alcoolique et/ou toxicomane à réduire significativement sa consommation de substance et d'entreprendre une intervention, et celui d'améliorer le bien-être général du membre de l'entourage. Ces objectifs s'appuient sur trois constats. Premièrement, les proches de toxicomanes sont plus enclins à vivre de la détresse psychologique (Finney, Moos, Cronkite, & Gamble, 1983; O'Farrell & Birchler, 1987; O'Farrell et al., 1995 b; Paolino et al., 1977). En effet, des taux élevés de dépression ont été observés chez ces individus

(Jacob, Dunn, Leonard, & Davis, 1985; Moos, Finney, & Gamble, 1982; Steinglass, 1981), en plus de traumatismes généraux (Roberts & Brent, 1982). Le deuxième constat s'appuie sur plusieurs données de recherche démontrant que les clients « poussés » à aller en thérapie sont aussi performants que ceux qui y vont volontairement (Freedberg & Johnston, 1980). Enfin, le troisième et dernier constat est que les membres de l'entourage se présentant en thérapie visent principalement à augmenter leur capacité à aider la personne alcoolique et/ou toxicomane à modifier ses habitudes de consommation (Tremblay, Truchon, & Dupont, 2002).

Avec la clientèle dépendante, inclure les membres de la famille dans l'intervention augmente significativement l'engagement et la rétention dans le traitement. D'ailleurs, les impacts à long terme du traitement sont encore plus positifs si les membres de la famille font parti prenante de l'intervention (Steinglass, 2009). De plus, dans les années 1930 et 1940, Nathan Ackermann et Carl Whitaker ont découvert qu'un changement chez un membre de la famille avait des répercussions sur l'ensemble de la dynamique familiale (Whitaker & Keith, 1981). En se basant sur ce dernier constat, il apparaît alors tout à fait adéquat et pertinent d'implanter un programme qui permettrait, par les changements chez les membres de l'entourage, d'influencer les habitudes de consommation du toxicomane.

Les membres de l'entourage éprouvent eux aussi un besoin d'aide, que ce soit pour accompagner le toxicomane dans l'abstinence, pour se sortir du cercle vicieux qu'est la dépendance aux substances, ou tout simplement pour ventiler sur leur vécu quotidien. Les proches qui consultent ont souvent une influence significative sur le

toxicomane, et cela les pousse généralement à demander de l'aide afin de se doter d'outils d'intervention efficaces et adaptés (Tremblay, Truchon, & Dupont, 2002).

En somme, les individus souffrant de toxicomanie ne sont pas les seuls à souffrir de leur problème de consommation d'alcool ou de drogue. En effet, indirectement, les membres de l'entourage sont tout aussi atteints par le problème (SAMHSA, 2008)¹. Afin de faire face aux conséquences de la problématique de toxicomanie du proche, les membres de l'entourage utiliseront différents moyens. C'est donc ici que la codépendance, qui sera définie plus loin, fait son apparition. Nous avons choisi d'aborder le besoin d'aide de l'entourage de toxicomanes en y faisant le lien majoritairement avec le concept de codépendance, amené historiquement, par le milieu Al-Anon. Par la suite, des auteurs tels que Beattie (1991), Minuchin (1978) et d'autres encore ont approfondi le concept. D'ailleurs, selon Whitfield (1989), «La codépendance est l'addiction la plus commune. C'est la maladie de la perte de soi ». L'auteur définit la codépendance comme toute souffrance ou dysfonction associée à la focalisation exclusive sur les attentes et les comportements d'autrui. C'est donc en considérant prioritairement cette vision que le présent rapport de stage a été élaboré. Néanmoins, nous nous sommes aussi inspirée des diverses interventions unilatérales auprès des membres de l'entourage. Nous désirons alors donner un bref aperçu des différents modèles d'intervention unilatérale auprès des membres de l'entourage tiré du guide sur la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes de Tremblay et ses collègues, dans ACRDQ, 2010.

¹ SAMHSA, A treatment improvement protocol (TIP)39: Substance abuse treatment and family therapy, juillet 2008.

Al-Anon

Le mouvement Al-Anon et Alateen existent depuis 1951 (Al-Anon, 2004). Ce mouvement d'entraide compte 26 000 groupes répartis dans 115 pays (Al-Anon, 2004) et son but premier est de venir en aide, avec un service non professionnel, aux membres de famille de personnes alcooliques. Le participant est amené à se rendre compte qu'il ne peut pas contrôler ou changer l'autre et que les efforts effectués pour changer l'autre ne peuvent que frustrer l'individu et empirer la situation (Al-Anon, 2004b). Le membre de l'entourage est donc amené à se détacher du toxicomane et à porter son attention sur sa propre guérison. Les stratégies de changement sont basées sur le modèle des 12 étapes. Au cours des rencontres de groupe, les participants peuvent, de façon volontaire, parler de leurs problèmes et personne n'interviendra pour conseiller ou guider l'individu.

Johnson Institute Intervention

Le «Johnson Institute Intervention» a été développé par le Dr Vernon E. Johnson en 1996. À cette époque, le Dr Johnson s'est insurgé contre la philosophie, selon lui, trop passive, qu'il n'y avait pas de possibilité de venir en aide à un individu toxicomane avant qu'il n'ait touché le fond du baril (Johnson Institute, 1987). Le but de la présente thérapie était donc d'intervenir auprès de la personne toxicomane non volontaire par le biais de personnes qui lui sont chères. Elle consiste alors à ce que les membres de l'entourage se réunissent à l'insu de la personne toxicomane afin de préparer une rencontre de confrontation. Les objectifs sont d'augmenter la probabilité que le toxicomane initie un changement, devienne ou demeure abstinent. Elle veut de plus, favoriser le rétablissement de la famille.

La thérapie familiale unilatérale

La *Unilateral Family Therapy* (Thomas & Ager, 1993a) s'adresse à l'ensemble des proches de la personne toxicomane et vise à aider spécifiquement les conjointes sans trouble d'abus de substances à influencer leur partenaire alcoolique pour qu'il arrête de consommer abusivement. Le partenaire toxicomane ne participe pas à cette thérapie. Elle s'inspire d'un modèle comportemental cognitif où on privilégie l'apprentissage d'habiletés relationnelles à renforcer les comportements désirés et à cesser de renforcer les comportements non désirés. La conjointe, perçue comme un levier vital, est utilisée afin d'amener le toxicomane à modifier ses habitudes de consommation abusive. La thérapie ne vise pas nécessairement l'amélioration du bien-être psychologique de la conjointe.

Pressure to change

Développée par une équipe d'Australiens dirigée par James G. Barber (Barber et Crisp., 1995; Barber & Gilbertson, 1997a), cette intervention vise aussi les conjointes de partenaires alcooliques non désireux de réduire ou d'arrêter leur consommation. Ses objectifs sont d'aider la conjointe à mieux transiger avec les situations de consommation abusive de la personne toxicomane en étant en meilleur contrôle de leurs propres réactions, d'encourager le proche à réduire sa consommation et de favoriser l'entrée en thérapie.

Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)

Le CRAFT a historiquement été développé par les auteurs du Community Reinforcement Approach and Family Training (Sisson & Azrin, 1986; Sisson & Azrin,

1993). Elle a toutefois été élaborée davantage par Meyers et ses collègues (Meyers, Dominguez, & Smith, 1996) auxquels s'est ensuite joint William Miller (Meyers, Miller, Smith, & Tonigan, 2002). Ce modèle d'intervention s'appuie sur la prémisse que la personne significative peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation du proche. Ce rôle est joué par l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle comportemental/cognitif. Elle a aussi été développée à partir de la croyance en la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence. La philosophie est humaniste. Ses trois objectifs sont de diminuer la consommation de l'individu dépendant, de l'amener à s'engager en thérapie et d'aider le membre de l'entourage à être plus indépendant et à améliorer sa qualité de vie.

Les thèmes abordés dans l'ensemble des rencontres de groupe proviennent donc de ces différents modèles d'intervention unilatérale. Selon la cueillette de données auprès de notre groupe d'études membres de l'entourage, nous avons choisi d'opter pour différents concepts ressortis de ces modèles afin de combler les besoins de la clientèle. De ce fait, nous désirons avertir le lecteur qu'en plus du modèle de la codépendance, les interventions unilatérales telles que les programmes Pressure to Change (Barber & Crisp, 1995; Barber & Gilbertson, 1997), le Community reinforcement approach and family training (CRAFT) de Meyers, Miller, Smith et Tonigan, (2002) et la thérapie familiale de Thomas et Ager (1993) ont été utilisés afin de mettre sur pied le programme. Nous avons choisi de préconiser ces modèles puisque l'angle d'attaque de l'implantation d'un programme d'aide à l'entourage était

entre autres d'amener le participant à mieux vivre avec le problème de l'autre, objectif premier de la thérapie Pressure to Change (Barber & Crisp, 1995; Barber & Gilbertson, 1997), d'améliorer le bien-être du proche, objectif principal ciblé par le CRAFT (Sisson & Azrin 1986; Sisson & Azrin, 1993) et de renforcer les comportements désirés chez le toxicomane, but visé avec la thérapie familiale unilatérale (Thomas & Ager, 1993). Bien que toutes ces approches aient aussi pour but d'amener le toxicomane à intégrer une thérapie, cette avenue ne sera pas empruntée dans le cadre de ce rapport puisque le pré requis pour faire partie du groupe membre de l'entourage était que la personne toxicomane soit déjà en thérapie au Virage. Par contre, arriver à une diminution de la consommation chez le toxicomane est souhaité.

Enfin, nous désirons informer le lecteur que divers modèles d'intervention concernant d'autres types d'implication des membres de l'entourage auraient pu être mis de l'avant dans ce rapport. Tout d'abord, la thérapie conjugale élaborée par Epstein et McCrady (2002) utilise fondamentalement la théorie de l'apprentissage social, mais aussi des modèles sociologiques, systémiques et comportementaux de compréhension de l'abus de substances. L'objectif de ce mode d'intervention est de cibler à la fois le toxicomane par des rencontres individuelles avec le partenaire non consommateur, le couple, et finalement, l'interaction des membres du couple avec d'autres systèmes sociaux. Ce modèle est davantage employé lorsque les deux individus abusent de substances psychoactives (Epstein & McCrady, 2002). D'autres interventions ciblent les parents de toxicomanes, plus spécifiquement au sujet de leurs habiletés parentales (Plasse, 1995) tandis que d'autres recourent aussi à des membres de l'entourage qui ne sont pas issus de la famille dans le traitement des adultes toxicomanes (Galanterm,

Dermatis, Keller, & Trujillo, 2002). Nous sommes donc conscient que ces modèles d'intervention existent et donnent des résultats intéressants.

1.1 La toxicomanie : un problème multidimensionnel qui touche l'ensemble des sphères de la vie de l'individu

Le terme « toxicomanie » est courant et habituellement synonyme de dépendance à l'égard d'une ou de plusieurs drogues. Bien que plusieurs définitions de la toxicomanie existent, le Dr Mark S. Gold, qui a mis sur pied le service d'aide téléphonique US 1-800-COCAINE, propose cette définition que nous jugeons accessible à tous :

« La toxicomanie est un besoin irrésistible qu'éprouve une personne de consommer une drogue à doses et à fréquence croissantes, même si elle est consciente des graves effets physiques ou psychologiques de cette dépendance et du tort immense causé à ses relations interpersonnelles et à son système de valeurs ».

Comme on peut le constater, cette définition vaut autant pour l'alcoolique que pour le toxicomane. Toute définition étant imparfaite, l'important est qu'elle permette de bien comprendre l'évolution de la toxicomanie. En s'attardant davantage à la définition que nous propose le Dr Gold, il est possible d'observer que l'accent est mis sur les répercussions physiques et psychologiques ainsi que sur les torts causés aux relations interpersonnelles. Donc, dans la définition même de la toxicomanie, l'impact sur les relations est mis en valeur, ce qui dénote grandement la nécessité d'intervenir sur ces sphères. En se basant sur l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), la version française de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, Luborsky et O'Brien (1980), un ensemble de problèmes est observé chez l'individu toxicomane. L'outil d'évaluation utilise une vision multidimensionnelle de la toxicomanie en étant composé de sept

différentes échelles portant sur un type de problème particulier soient "drogues", "alcool", "état médical", "relations familiales et sociales", "état psychologique", "emploi et ressources" et "situation légale".

« La toxicomanie est donc une problématique multidimensionnelle puisqu'elle a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur vie économique et sociale et, dans certains cas, parce qu'ils sont susceptibles de faire face à la justice. Elle est aussi multidimensionnelle parce qu'elle présente plusieurs causes et plusieurs conséquences, qu'elle touche plusieurs facettes de la vie de l'individu et de son entourage et qu'elle affecte l'équilibre psychique de la personne; elle interfère sur la qualité de vie de ses relations interpersonnelles, c'est-à-dire dans ses rôles de conjoint, de parent, de frère, de soeur, de fils, de fille, d'employé, d'employeur, de citoyen, etc. »²

Donc, toutes ces sphères de l'individu sont en lien direct avec l'ampleur du problème de toxicomanie. Alors, s'il y a impact à ces niveaux, la famille est touchée. Ces impacts se traduisent par différentes problématiques qui touchent plusieurs aspects de la vie de famille ou de couple. D'ailleurs, dans une étude américaine récente portant sur les problèmes vécus par 110 membres de l'entourage de toxicomanes, tous ont affirmé avec des problèmes émotionnels et de relation, 91% des problèmes financiers, 87% des problèmes familiaux, 70% des problèmes de santé et 65% des problèmes de violence. Les problèmes légaux viennent en dernier rang avec 17% des proches interrogés (Benishek, Kirby, & Dugosh, 2011).

² * Extrait de : " La toxicomanie au Québec : Des inquiétudes à l'action" CPLT - Décembre 1996 - Chap.1, page 1.

1.2 Impacts sur la famille et le couple

La dépendance aux substances est un phénomène qui fait des ravages substantiels dans les différentes sphères de vie d'un toxicomane. Malheureusement, cela ne se limite pas à la personne qui consomme. Les membres de l'entourage comme le conjoint, les enfants et la fratrie en subissent aussi les effets négatifs (SAMHSA, 2008). Être entouré d'un individu qui consomme abusivement des substances psychoactives peut signifier être envahi par la consommation et ses méfaits. Selon Gélinau et Moreau (1998), vivre dans un milieu alcoolique fait en sorte que la vie tourne et s'organise autour de la personne consommatrice, ne laissant aucune place aux autres membres de la famille. De ce fait, il est possible de remarquer une importante influence de la consommation sur la famille et le couple.

Plusieurs études corrélationnelles démontrent que plus les couples sont confrontés à d'importants problèmes d'alcool, moins ils sont satisfaits de leur relation conjugale (Dumka & Roosa, 1995; Dumka & Roosa, 1993; Leonard & Roberts, 1998; Leonard & Senchak, 1993). Cette influence sur la famille et le couple découle de plusieurs aspects touchés par la dépendance.

1.2.1 Communication

En premier lieu, la communication au sein de la famille et du couple s'en trouve touchée. D'ailleurs l'amélioration de la communication fait partie des cibles qui devraient être poursuivies par toute thérapie destinée aux couples dont l'un des partenaires a une difficulté particulière comme l'abus de substances psychoactives ou la dépression (Nelsen, 1994). La majorité des études portant sur la communication

dans le couple tend à démontrer que dans une relation où le conjoint est alcoolique, on retrouve davantage de comportements négatifs et moins de comportements positifs (Marshal, 2003). Cette communication déficiente vient premièrement du fait que leur niveau de comportements négatifs soit élevé. On entend par comportements négatifs l'emploi de la critique, l'hostilité envers l'autre, les plaintes récurrentes, la fréquente utilisation d'excuses, etc. (Weiss & Heyman, 1997). De plus, il appert que dans une relation alcoolique, le proche tend à critiquer l'autre, à être hostile à son égard et à se plaindre tandis qu'en contrepartie, le toxicomane aura tendance à utiliser souvent les excuses (Wiseman, 1991). Enfin, plusieurs conjointes utilisent spontanément des stratégies de modification des habitudes de consommation d'alcool du partenaire telles que le dénigrement, les plaintes et les menaces (Yoshioka, Thomas, & Arger, 1992). Ces tentatives sont souvent improductives et perpétuent le conflit conjugal.

Ensuite, la quasi-absence de comportements positifs comme l'empathie, les sourires, l'humour et l'approbation joue un rôle important dans les difficultés de communication (Weiss & Heyman, 1997). Cette quasi-absence fait en sorte que les moments agréables en couple ou en famille sont beaucoup plus rares, ce qui peut engendrer davantage de querelles que dans une famille ou un couple sain. Finalement, les stratégies de résolution de problèmes telles que la description de l'insatisfaction et l'identification de solutions, rarement employées, contribuent à faire vivre plusieurs difficultés de communication, tant au sein du couple que dans le nid familial.

De plus, il est possible d'émettre l'hypothèse suivante : la consommation abusive de stupéfiants peut avoir des répercussions sur la communication, puisque l'effet

psychoactif de la substance altère les séquences interactionnelles et que les conflits conjugaux peuvent provenir de frustrations engendrées par un abus de drogue. C'est donc dire qu'un problème de dépendance peu largement affecter les relations interpersonnelles en considérant que la communication est la base d'un rapport sain et équilibré.

1.2.2 Aspect monétaire

Un consommateur occasionnel de drogue ne dépensera pas nécessairement davantage d'argent pour son produit que l'utilisateur d'alcool. Toutefois, la situation diffère lorsque l'individu développe une dépendance (Brochu, 2010). L'alcool et les drogues pris en grande quantité deviennent donc coûteux. Il importe d'ailleurs de préciser que dû au phénomène de la tolérance, le consommateur abusif devra acheter davantage de drogue pour obtenir le même effet recherché (Kolb & Whishaw, 2002). L'achat de la consommation de drogue ou d'alcool pourra donc amener le toxicomane à vendre ses biens, à emprunter de l'argent aux proches ou à commettre des vols (Kirby, Dugosh, Benishek, & Harrington, 2005). Pendant un certain temps, l'individu a les moyens financiers de subvenir à ses besoins de consommation, mais la source s'avère souvent rapidement épuisable. Ainsi, cet individu aura comme premier réflexe d'emprunter l'argent nécessaire aux membres de son entourage, ce qui peut produire un impact sur leur relation (Kahler, McCrady, & Epstein, 2003; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart, & Feehan, 2001).

Évidemment, une problématique de toxicomanie engendre des conséquences négatives sur le travail. Le Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (1990)

rapporte également que l'usage et le trafic de stupéfiants ont des conséquences sur la santé physique, la santé mentale, la criminalité, l'éducation, les problèmes relationnels et le travail. L'individu souffre d'absentéisme, il ne donne plus le même rendement, il entre en conflit avec son patron, etc. De ce fait, la perte d'emploi est un phénomène tout à fait présent dans la vie d'un toxicomane. Dans l'outil d'évaluation « Indice de gravité d'une toxicomanie », l'emploi est une sphère souvent touchée par la consommation. Une perte d'emploi apporte alors des ennuis financiers qui affectent l'individu ainsi qu'indirectement, ses proches.

Afin de payer leur consommation, les individus dépendants sont souvent prêts à voler les personnes les plus proches d'eux. Outre ce fait, il est fréquent que les membres de l'entourage prêtent ou donnent de l'argent à ces gens dans l'unique espoir de leur donner un coup de main. Par contre, ces actes n'ont pour effet que de les maintenir dans leur mode de vie actuel. Selon Robert Ladouceur (2006), il est primordial que tous les membres de la famille tiennent la même ligne de conduite par rapport à l'argent. L'approvisionnement reviendrait à dire que ce sont eux qui paient la drogue.

En étant pourvoyeur, le proche a tendance à dépenser beaucoup d'argent afin d'aider l'autre, ce qui cause souvent des problèmes financiers. Cela peut donc avoir comme conséquence d'envenimer les relations familiales. D'un côté, le proche se sent manipulé et responsable, et de l'autre, le toxicomane éprouve de la culpabilité ou bien il en demande davantage.

Pour le membre de l'entourage, il est alors primordial de se protéger financièrement afin de ne pas subir les contrecoups de la consommation abusive.

1.2.3 Confiance

Dans le développement de l'être humain, il est essentiel d'établir une base de confiance solide au sein des membres de la famille. Selon la pyramide de Maslow, accorder sa confiance à quelqu'un constitue le deuxième palier des besoins fondamentaux de l'individu, soit le besoin de sécurité et de protection (Maslow, 1989). En étant un élément indispensable, ce besoin de sécurité doit alors être comblé afin de passer aux autres paliers importants du développement de l'individu.

Faire confiance ne signifie pas seulement de reconnaître qu'un individu est honnête ou respectueux. C'est aussi de savoir qu'il est possible de compter sur lui quand le besoin se fait sentir, à la fois sur les plans émotionnel, affectif, financier et amoureux. Quand il y a présence d'un problème de dépendance, l'individu aura tendance à mentir et ainsi, à introduire un contexte de méfiance au sein de la famille (Suissa, 2005). Dans ce contexte, les enfants, le conjoint ou la conjointe peuvent être affectés. La trahison de la confiance peut entraîner des sentiments de dépression, d'anxiété, de tristesse et de colère. Il devient alors plus difficile d'organiser la famille en termes de solidarité et de consolidation des liens sociaux internes et externes.

1.2.4 Plan affectif et abandon

Comme il était question plus tôt, la consommation mène à ce que la vie tourne autour de l'individu dépendant. De ce fait, il est probable qu'indirectement, le proche

soit victime d'abandon, c'est-à-dire que l'alcool ou la drogue prend tellement d'ampleur dans la vie de la personne dépendante que le proche en est ainsi oublié. L'individu est de moins en moins présent pour les enfants et le conjoint puisqu'il leur cache sa consommation. Afin de pallier le manque de confiance, le toxicomane a tendance à se cacher afin de ne pas inquiéter les membres de la famille au sujet de son état. De ce fait, un manque de communication se fera sentir, ce qui influencera négativement les relations au sein de la famille et du couple.

Enfin, toutes ces répercussions ont une incidence énorme sur la qualité de vie familiale, ce qui amène souvent un éclatement de cette cellule. Les membres auront tendance à s'éloigner afin de ne pas être affectés par le problème. La communication, l'aspect monétaire, la confiance ainsi que le côté affectif étant touchés, la vie de famille ou de couple sera alors beaucoup plus ardue.

1.3 Caractéristiques des membres de l'entourage

Les membres de l'entourage adoptent différents comportements face au toxicomane. Évidemment, ils subissent les conduites négatives de la personne qui consomme, et, pour pallier ces comportements, les proches adoptent différentes attitudes envers eux. Par conséquent, ils sont à la fois victimes et complices en raison de la problématique. Les impacts de la consommation sur le membre de l'entourage sont multiples et souffrants. Une attitude employée par les proches peut être la négation de la réalité, qui devient souvent un moyen de protection. Il est fréquent que les membres de l'entourage nient la problématique autant que le toxicomane lui-même. D'autres impacts négatifs liés à la vie avec un toxicomane sont la loi du silence,

l'ambivalence, la confusion, le doute, le contrôle et le constant état d'urgence (Gemme, 2003).

1.3.1 À la fois victimes et complices de la problématique

De façon générale, les membres de l'entourage acceptent de gérer les problèmes des autres, de protéger et sauver le toxicomane de sa détresse. Dans le secret, ils portent sur leurs épaules la souffrance de l'autre pour ne pas lui nuire et se faire juger. C'est donc la loi du silence, la solitude et l'isolement qui prennent de plus en plus d'ampleur. Ces comportements visent, pour le membre de l'entourage, à aider l'individu dépendant. Le fait d'aider l'autre procure, à court terme, un sentiment de valorisation. Par contre, à moyen et à long terme, cela devient insupportable et les proches ne peuvent plus éviter la blessure ressentie. Lorsque leur souffrance grandit, ces personnes sont prêtes à aller chercher de l'aide pour le toxicomane en espérant ainsi sortir de leur détresse personnelle.

Il est difficile pour les personnes significatives de prendre conscience qu'elles ont peut-être un rôle dans le maintien de la consommation. En effet, certains comportements peuvent soit contribuer au rétablissement, soit, souvent involontairement, au maintien du comportement dépendant. Nous tenons toutefois nécessaire d'informer le lecteur que cela ne présuppose en rien que le membre de l'entourage est responsable de la consommation excessive du proche. Par contre, ses comportements ou son attitude peuvent faciliter le retour à la sobriété. C'est ce que la thérapie familiale unilatérale de Thomas et Ager (1993) et le programme CRAFT de Meyers, Miller, Smith et Tonigan (2002) promeuvent. En effet, les gestes faits par le

membre de l'entourage en vue d'aider son conjoint, perçu comme malade et vulnérable, protègent non pas l'alcoolique, mais paradoxalement, l'alcoolisme (Van Caloen, 1989). Ces individus ont peine à croire que malgré tous leurs efforts, elles encouragent, involontairement, le toxicomane à poursuivre sa consommation en réduisant les méfaits qu'il aurait à affronter. Le cycle de la codépendance s'installe et se solidifie par un déni des conséquences négatives d'un évènement ou d'un comportement. Ce déni est souvent présent afin de camoufler la peur, l'isolement ou la honte. Il permet aussi de cacher la réalité : « si je ne nomme pas le problème, il disparaîtra ». Toutefois, cela ne fonctionne que sur un court laps de temps. Ce déni permet donc de prendre une distance face à une réalité désagréable que la personne ne se sent pas en mesure de changer. Il provoque aussi une culpabilité qui entraîne la personne à se responsabiliser du problème de l'autre. McCrady (1986) dénote que pour aider le toxicomane, l'entourage adopte des comportements qui, d'une façon directe ou indirecte, incitent ou facilitent la consommation, ce qui va à l'encontre de l'intention du proche, qui est d'encourager l'abstinence. Les deux modèles d'intervention mentionnés ci-haut aident donc le membre de l'entourage à revoir ses comportements envers le proche dépendant par l'augmentation de ceux qui sont plus propices à favoriser l'abstinence (ex. : toute activité qui est incompatible avec la consommation et qui plaît aux deux personnes) et en réduisant ceux qui pourraient soutenir le comportement dépendant (ex. : mentir à la famille ou à l'employeur pour protéger l'autre, assumer les tâches négligées par le dépendant, trouver des excuses pour les comportements de la personne en état d'intoxication, procurer des drogues ou de l'argent au proche, etc.) (Rotunda, West & O'Farrell, 2004).

Tentons d'expliquer les différents comportements employés par les membres de l'entourage pouvant faciliter involontairement la consommation que nous nommerons les comportements freinant le processus de réadaptation du toxicomane.

1.3.1.1 Minimisation du problème

La minimisation du problème peut se définir comme étant la tendance du proche à faire fit du problème et à se dire que tout ira mieux demain. Cette attitude a pour effet de banaliser la consommation et peut, en quelque sorte, contribuer à maintenir la présente situation. Pour le membre de l'entourage, jouer à l'autruche ne durera qu'un certain temps et ne fera que faire perdurer le problème.

1.3.1.2 Contrôle

L'utilisation du contrôle consiste à surprotéger l'individu qui consomme, à le surveiller, à examiner sa consommation et souvent, à user de menaces afin de lui faire abandonner celle-ci. Cela a pour conséquence d'augmenter la colère du toxicomane qui peut alors sentir que le moment est justifié pour aller consommer. Ce jeu du chat et de la souris mène à ce que le mensonge prenne de plus en plus d'ampleur au sein du couple ou de la famille. En effet, pour aller consommer, le dépendant devra mentir à son entourage, ce qui aura comme conséquence de diminuer le niveau de confiance. Le contrôle, pour le membre de l'entourage, ne fait que procurer davantage de stress, de fatigue et de colère.

1.3.1.3 Protection

La protection et la complicité se produisent lorsque le proche dissimule les conséquences de la consommation, notamment en inventant des prétextes pour le couvrir, en s'isolant ou en ne parlant pas du problème. Cela a pour effet de protéger l'alcoolique ou le toxicomane en lui évitant de vivre les conséquences négatives de sa consommation. Dissimuler la vérité sur la situation peut lui donner l'opportunité d'utiliser d'autres ressources d'aides qui elles, ne sont pas au courant de la problématique. Par exemple, emprunter de l'argent pour payer sa consommation auprès de ceux qui ne sont pas au courant du problème. De plus, pour le membre de l'entourage, cette protection le prive d'un éventuel soutien de son réseau social.

1.3.1.4 Responsabilisation

La responsabilisation réside dans le fait que le membre de l'entourage prenne toutes les responsabilités sur ses épaules, mette ses besoins de côté et s'hyper responsabilise en faisant tout à la place du toxicomane. En s'hyper responsabilisant, le proche croit que le toxicomane aura davantage de temps pour régler le problème. Par contre, l'effet est inverse, puisque cela ne fait que diminuer les conséquences négatives de sa consommation en plus de renforcer son comportement de consommation sous la forme d'attention et de prise en charge. En se responsabilisant, le membre de l'entourage a tendance à se sentir utile et important, mais cette immense charge ne fera qu'épuiser ses énergies.

On peut alors se rendre compte que les membres de l'entourage subissent les répercussions du comportement de dépendance, mais aussi qu'ils en possèdent les

caractéristiques à différents niveaux. Ces caractéristiques les prédisposent à demeurer dans la dynamique d'impuissance. Afin de résumer l'escalade des comportements de codépendance et de dépendance, il est important de savoir qu'un système familial cherche constamment à maintenir son équilibre. Ainsi, les comportements des uns auront un effet sur les comportements des autres, qui, en retour, affecteront les premiers et ainsi de suite. Il est alors possible de conclure que :

- plus une personne dépendante se déresponsabilise, plus un proche se responsabilise;
- plus le proche se responsabilise, plus la personne dépendante maintient son irresponsabilité;
- le proche se déresponsabilise en espérant et en attendant que le toxicomane se reprenne en main;
- la personne dépendante en fait de moins en moins étant donné que le propre de la dépendance est de se désintéresser de tous les autres centres d'intérêt. Ce comportement est facilité et maintenu par le fait qu'un proche fera les choses à sa place.

1.3.2 Définition de la codépendance

C'est durant les années 1950-1960 que les termes « co-alcoolisme » et « co-dépendance » ont vu le jour, plus spécifiquement avec la mise en place des groupes comme Al-Anon. Ce groupe en est un de discussions et d'entraide formé de membres de l'entourage d'alcooliques faisant partie des Alcooliques Anonymes (Al-Anon, 1998). Durant ces années, le terme « co-dépendance » désignait surtout la conjointe ou la

personne qui, au contact de l'individu aux prises avec un problème d'alcoolisme, développe un malaise ou des symptômes sur les plans mental, psychologique et comportemental. Une vingtaine d'années plus tard, des auteurs américains se sont intéressés au terme « co-dépendance ». Plus particulièrement, deux auteurs ont approfondi le terme pour en faire un concept : la codépendance (sans trait d'union).

Friel et Kitchens sont considérés comme les pionniers dans le domaine en raison de leur apport à une meilleure compréhension de ce phénomène qu'est la codépendance (Borgia, 2002). C'est au cours des années 1980-1990 que le concept de codépendance fait son apparition. La personne codépendante n'est plus seulement la conjointe d'un individu alcoolique : la codépendance est maintenant perçue comme étant un mal familial qui affecte chaque membre issu d'une famille dysfonctionnelle. Une famille dysfonctionnelle peut être constituée d'un membre alcoolique ou toxicomane, d'un joueur, d'une personne faisant usage de violence, etc. Par contre, il est important de noter que la codépendance est un phénomène complexe, c'est-à-dire qu'aucun cas en particulier ne saurait définir ou décrire ce qu'est un codépendant type et son vécu.

Chaque individu est unique par son vécu et ses réactions. Il existe toutefois un point commun entre toutes les personnes qui souffrent de codépendance : cette problématique influence leurs réactions face à leur entourage et leurs rapports avec le proche présentant un problème d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu. Ainsi, l'effet que ce dernier a sur les membres de son entourage et, parallèlement, la façon qu'ont ses proches de l'influencer, créent cette codépendance.

Alors, en ne pouvant définir ce qu'est un codépendant type, il est difficile d'approprier une définition exacte à la codépendance. De ce fait, plusieurs auteurs, dont Subby, Larson et Kitchens, ont tenté de la définir, mais celle que nous exposerons ici est la définition de Beattie dans son ouvrage, Vaincre la codépendance. Sa définition est, selon nous, simple et claire :

« L'individu codépendant est celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu, et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne. » (Vaincre la codépendance, p. 49)

Beattie entend par « autre individu » n'importe quel membre de l'entourage, que ce soit un enfant, un adulte, un amant, un conjoint, un frère, une sœur ou une meilleure amie, par exemple. Il peut aussi être un alcoolique, une personne souffrant de maladie mentale ou une personne saine qui éprouve parfois des moments de tristesse. Par contre, le fondement de la définition ne repose pas sur ces autres individus, puisque le problème est au cœur même des personnes codépendantes, dans la façon dont elles se sont laissées affecter par le comportement de l'autre. Il est alors important que ces individus n'attendent pas que leur conjoint se prenne en main, mais qu'ils effectuent des changements dans leur propre vie avant tout.

On peut alors dire que si la vie du toxicomane tourne autour de la substance, la vie d'un codépendant tourne autour du toxicomane. Il revient donc à dire que la majorité des membres de l'entourage de toxicomanes ou d'alcooliques vivent un problème de codépendance qui se reflète par les différents comportements décrits plus tôt.

1.4 Besoins des proches en thérapie

Dans un groupe de thérapie, l'intervention vise à ce que le membre de l'entourage s'occupe de lui avant tout, donc qu'il puisse facilement se centrer sur sa propre personne. Par la suite, le besoin de se créer un réseau social peut s'avérer un objectif en soi. Troisièmement, savoir fixer ses limites face au consommateur abusif est essentiel afin de se distancier du problème. De plus, apprendre à communiquer de façon efficace est un atout majeur dans l'établissement d'une relation positive entre le toxicomane et le proche. Finalement, en ayant comblé leurs différents besoins, les proches peuvent espérer avoir favorisé la prise en charge de la personne aux prises avec un problème de consommation.

Bien que le membre de l'entourage connaisse généralement certaines informations au sujet de la toxicomanie, une lacune peut être d'ignorer ce qu'englobe le problème de toxicomanie. Pour lui, un sentiment de bien-être accru et une prise de conscience de ses responsabilités relationnelles peuvent s'avérer des buts possibles à atteindre. Les besoins des proches lors de thérapie sont directement en lien avec les conséquences négatives de la consommation, c'est-à-dire que ceux-ci vivent ses répercussions.

1.4.1 Mieux comprendre le problème de toxicomanie

Les gens côtoyant des toxicomanes sont évidemment affectés par le problème de consommation de leur proche. Il semble que ce qu'ils vivent est directement en lien avec les répercussions négatives de la toxicomanie. Chez le membre de l'entourage, on peut supposer un manque de connaissances des effets, tant négatifs que positifs, de la toxicomanie sur la personne dépendante à la substance.

Un individu faisant usage de stupéfiants ou d'alcool ressent un certain bénéfice, un plaisir à consommer et c'est ce que les proches peuvent ignorer. De ce fait, afin de mieux comprendre le toxicomane, le membre de l'entourage peut consulter afin d'obtenir des renseignements sur les différentes toxicomanies et leurs effets.

De plus, les conséquences négatives et positives de la toxicomanie sont souvent chose méconnue de la part des membres de l'entourage. Afin de faire comprendre les bénéfices et les effets pervers de la consommation, Janis et Mann (1977) ont été les premiers à décrire un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. D'un côté de la balance pèsent les éléments favorisant le statu quo (demeurer dans la consommation) et de l'autre, les éléments favorisant le changement. De chaque côté de la balance, chaque élément possède des avantages et des inconvénients. Il existe en effet des bénéfices et un prix à payer, que l'on choisisse de maintenir ou de modifier un comportement. La tentation est grande de n'explorer que les gains du statu quo et les pertes du changement du comportement problématique. C'est donc en amenant ce concept que les membres de l'entourage peuvent comprendre la situation dans laquelle se retrouve le toxicomane lors d'une prise de décision par rapport au problème de toxicomanie.

1.4.2 Améliorer leur capacité d'introspection

Les membres de l'entourage ont pour caractéristique d'éprouver une grande difficulté à parler d'eux-mêmes. Ils ont de la facilité à aborder les difficultés vécues par leur proche, mais lorsque l'intervenant leur demande ce qu'ils vivent et ressentent, le silence s'installe. Ayant tendance à se surresponsabiliser et à toujours rechercher

l'approbation d'autrui, le proche caractérisé par la codépendance est plus facilement concerné par les problèmes des autres que par les siens. De ce fait, l'individu ne sera pas porté à se regarder de près, c'est-à-dire à faire preuve d'introspection (Beattie, 1982).

En premier lieu, un groupe de thérapie est bâti pour leur permettre de s'exprimer. Lors de la participation à un tel groupe, l'accent est mis sur le vécu de chaque membre de l'entourage. C'est seulement lors de la première rencontre de groupe que la problématique spécifique à chaque toxicomane est abordée. Les rencontres suivantes sont axées sur le vécu du membre de l'entourage afin de lui permettre de se centrer sur lui-même, chose qu'il a souvent beaucoup de difficulté à faire. Le but des rencontres est d'effectuer des changements positifs sur soi-même pour ensuite être en mesure d'aider l'autre dans l'arrêt ou la diminution de la consommation.

1.4.3 Briser l'isolement

Le facteur « isolement », caractérisé par le retrait social des personnes toxicomanes et codépendantes, est principalement dû aux effets de l'étiquetage de l'alcoolisme comme comportement indésirable (Conrad & Schneider, 1992). Cela s'applique à une personne souffrant de dépendance, peu importe sa nature. L'isolement est un mécanisme de défense normal en pareil cas, mais à long terme, il a la fâcheuse conséquence d'aggraver l'humeur dépressive et la détresse. En effet, le proche qui s'isole aura la perception que ses problèmes sont exceptionnels, voire qu'il est le seul à les vivre.

Un programme d'aide vise alors à briser cet isolement tout en évitant le facteur « étiquetage » que les proches redoutent énormément. En fait, les membres de l'entourage sont souvent poussés à diminuer, voire même à cesser de côtoyer leur cercle d'amis afin de cacher la problématique de consommation. Ainsi, les occasions de partager leurs problèmes sont plus rares et le proche se retrouve seul face à cette énorme charge. Sortir de l'isolement constitue donc un objectif visé par le client. En étant exposé à d'autres individus, le client se rendra rapidement compte qu'il n'est pas seul et que plusieurs sources d'aide s'offrent à lui. Le proche se donne l'occasion de ventiler, de parler de soi et de penser à lui-même. Enfin, être en contact avec d'autres gens lui permet de comprendre ses réactions et de saisir en quoi il est normal de vivre autant d'émotions contradictoires (Ladouceur, 2006).

1.4.4 Savoir fixer ses limites

Selon Ladouceur (2006), le stress que vit un proche dépend souvent de sa difficulté à établir une frontière entre sa responsabilité et celle de la personne dépendante. Les personnes ayant un problème de consommation font souvent plusieurs demandes aux gens qui les entourent. Ainsi, les membres de la famille sont pris avec la lourde tâche de céder ou non aux différentes requêtes. Le proche qui n'établit pas ses limites court le risque de vivre dans un climat conflictuel, propice aux émotions désagréables et, dans bien des cas, de se retrouver dans un état d'épuisement.

Dans le but d'aider et de soutenir l'individu toxicomane, le proche est souvent prêt à tout pour lui faire plaisir dans le seul espoir qu'il se prenne en main. Par contre, céder aux demandes cause souvent l'effet contraire, c'est-à-dire que l'individu ne se prend

pas en main. Savoir établir ses limites constitue alors un besoin pour le proche et un outil efficace afin de permettre au toxicomane de se responsabiliser.

1.4.5 Apprendre à communiquer adéquatement

Entre autres, Stanton et Todd (1982) mentionnent que, dans beaucoup de familles de toxicomanes, la majorité des interactions sont négatives. On ne communique les uns avec les autres que pour émettre des critiques ou pour disqualifier l'autre, ce qui a pour résultat une importante dévalorisation. De ce fait, savoir parler au « je » et faire part de ses attentes peuvent constituer des outils intéressants afin d'améliorer les relations familiales. Dans les familles où un membre consomme abusivement des substances, la communication est, dans la plupart des cas, axée sur le blâme. En effet, le toxicomane peut agir sous l'effet de la consommation, ce qui peut déplaire au proche. Dans ce cas, les membres de l'entourage ont besoin de réapprendre à communiquer afin de mieux exprimer ce qu'ils ressentent sans blâmer l'autre.

Une analyse de séquences vidéo a permis de démontrer que les couples dont l'un des conjoints est toxicomane présentaient davantage de problèmes de communication. De plus, l'analyse démontrait que la fréquence d'utilisation de stratégies de communication inadaptées diminuait lorsque le nombre de jours d'abstinence augmentait (Fals-Stewart & Birchler, 1998). Accroître ou améliorer les stratégies de communication constitue donc un besoin important à cibler.

1.4.6 Aider à la prise en charge du toxicomane

Au courant des années 1930-1940, Nathan Ackermann et Carl Whitaker commencèrent à rencontrer des familles après s'être aperçus qu'un changement chez un membre avait des répercussions sur l'ensemble de la dynamique familiale (Whitaker & Keith, 1981). En se basant sur cette constatation, il apparaît que tous les besoins des proches en thérapie mentionnés plus tôt sont des outils servant à aider à la prise en charge du toxicomane. Selon la thérapie familiale unilatérale, les membres de l'entourage doivent effectuer des changements dans leur façon d'agir au quotidien afin que la dynamique familiale et la relation avec l'individu toxicomane s'améliorent. C'est entre autres en se basant sur ces constats que la mise en place d'un programme destiné aux membres de l'entourage de toxicomanes a vu le jour. Toutes les rencontres de groupe tiennent compte des besoins de la clientèle.

À la lumière de tous les travaux recensés, on constate qu'un problème de toxicomanie se répercute sur l'ensemble des sphères de l'individu et, plus particulièrement, sur les membres de l'entourage de celui qui consomme de façon abusive. Les buts d'un programme destiné aux proches sont de cibler leurs besoins afin de les aider à mieux vivre avec le problème de toxicomanie de l'autre, d'améliorer le bien-être du participant et de renforcer les comportements désirés de l'autre. L'objectif d'un tel projet est d'observer ce que les membres de l'entourage vivent et de se questionner sur l'impact qu'un tel programme peut avoir sur leur cheminement ainsi que sur celui du toxicomane.

Deuxième chapitre

Methodologie

Cette section relative à la méthodologie a pour but de présenter les étapes de l'élaboration du programme destiné aux membres de l'entourage. Pour ce faire, le milieu de stage, où l'implantation du programme et la collecte de données ont été effectuées, sera décrit pour ensuite laisser place aux objectifs spécifiques du stage. Subséquemment, un portrait de la clientèle et de son mode de sélection sera dressé. Les objectifs généraux d'une étude sur les membres de l'entourage de toxicomanes seront également exposés. De plus, les instruments de cueillette de données ayant servi à amasser les résultats seront présentés. Ensuite, l'analyse des résultats du prétest sera dévoilée pour laisser place aux quatre différentes histoires de cas : madame M., madame N., madame L. et madame G. Enfin, l'analyse de l'ensemble des post-tests sera effectuée.

2.1 Description du milieu de stage

Centre de réadaptation en toxicomanie et jeu compulsif le Virage (point de service de Longueuil).

2.1.1 La mission du Virage

Le Centre de réadaptation en dépendance Le Virage est un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Il offre des services de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, à cause de leur alcoolisme,

de leur toxicomanie ou de leurs habitudes problématiques de jeu, requièrent ces services.

Le Virage s'assure que les personnes alcooliques, toxicomanes ou avec une problématique de jeu reçoivent une évaluation selon leurs besoins. De plus, cet organisme tend à ce que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations, dans leur milieu de vie ou, si nécessaire, que ces personnes soient dirigées le plus tôt possible vers les organismes pouvant mieux cibler leurs besoins.

2.1.2 Clientèle présente au Virage

La clientèle provient principalement de la Montérégie. On y retrouve une clientèle « jeunesse » (moins de 25 ans) et « adulte » (25 ans et plus) présentant une difficulté au niveau de leur consommation d'alcool, de drogue ou de médicament. On note que, pour la grande majorité des adolescents, les produits consommés dans les trois derniers mois sont principalement l'alcool, le cannabis et les hallucinogènes.

Ces clientèles ont souvent un problème de polytoxicomanie, soit d'alcool et de drogue. Dans une proportion de 80%, les usagers mentionnent vivre des tensions graves en lien avec leur problématique de consommation. Près de la moitié affirme prendre des médicaments pour un problème d'ordre psychologique. Près de 22% des

usagers ont des problèmes avec la justice et 10% de la clientèle ont de multiples problématiques (toxicomanie, santé mentale, démêlés avec la justice).³

Au sein des services externes, un programme pour les adultes aux prises avec une problématique de jeu de hasard est aussi offert. Ainsi, une place est accordée au soutien des membres de l'entourage de la clientèle toxicomane et joueur compulsif.

2.1.3 Organisation du Centre de réadaptation en dépendance Le Virage

Il existe plusieurs centres Le Virage dans différentes sous-régions de la Montérégie. Les services externes sont situés à Longueuil, Sorel-Tracy, Candiac, St-Hyacinthe, St-Hubert, Granby, Valleyfield et Saint-Jean-sur-Richelieu. Un seul centre de services résidentiels est situé à St-Hubert. Les villes offrant les services de désintoxication sont Sorel-Tracy, Granby et Saint-Hubert (Rapport annuel 2004-2005, Le Virage). Avec l'aide du client, les intervenants évaluent la nécessité d'entrer au centre de désintoxication ou dans les services résidentiels (internes). Tout cela fait suite à la passation du test de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)⁴ et de rencontres individuelles avec un agent de relations humaines.

2.1.4 Les services offerts

Le Virage offre des services de thérapie interne (services résidentiels), externe et une désintoxication dans un centre fermé. De plus, des groupes de thérapie sont aussi disponibles pour la clientèle. Voici un bref aperçu des services offerts.

³ Source : RRSSS de la Montérégie, Direction de la planification, de l'évaluation et de l'informatique. Données provenant du recensement de 1991, fichiers corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement, septembre 1994.

⁴ Indice de gravité d'une toxicomanie, adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1980). Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. 1998).

2.1.4.1 Thérapie interne (services résidentiels)

Le service résidentiel est constitué d'une thérapie continue dans un centre fermé pendant une période de 28 jours en ce qui a trait à la clientèle toxicomane, et de cinq à 21 jours pour les individus ayant une problématique de jeu. Plusieurs groupes sont formés, que ce soit des groupes de thérapie ou de discussions sur divers sujets. En fin de processus, un bilan est effectué pour chaque client et un suivi à l'externe avec un intervenant y fait suite.

2.1.4.2 Le service de désintoxication

L'objectif premier de la désintoxication est d'offrir un encadrement et un support nécessaires à l'arrêt de la consommation de tout produit psychotrope durant quatre à dix jours. Différentes activités visant à faciliter la période de sevrage et à en réduire les effets désagréables sont prévues. Le but est de récupérer physiquement et psychologiquement et de reprendre de saines habitudes de vie.

Voici un bref aperçu des activités prévues :

- Activités de repos
- Activités de relaxation dirigées
- Activités info santé : discussions ouvertes
- Marches à l'extérieur
- Activités récré éducatives en soirée (jeux de table, film, etc.).

2.1.5 Groupes de thérapie

Le Virage offre également des groupes de thérapie destinés à sa clientèle. Les clients sont dirigés selon le stade de changement (Prochaska et Diclemente) évalué lors de rencontres individuelles. Ces groupes se nomment « exploration » et « changement ». L'identification et la résolution d'un problème comme la toxicomanie font traverser l'individu par différentes phases psychologiques décrites par Prochaska et Diclemente en 1982. Leur modèle est composé de six stades de changement. Afin de mieux comprendre l'état dans lequel se retrouve le client au sein des différents groupes, une explication de chacun des six stades soit, le stade de la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute, s'avère nécessaire.

En premier lieu, le stade de la *pré-contemplation* est caractérisé par un plus grand nombre d'avantages à consommer par rapport aux inconvénients. L'individu utilise alors le déni. Celui-ci n'aura pas le réflexe de demander de l'aide par lui-même, ce sera davantage la pression de la part des membres de l'entourage qui le forcera à se prendre en main. Cet aide peut effectivement apporter des changements, mais le retour aux comportements antérieurs est souvent observé. C'est donc à cette étape que le risque d'abandon est le plus élevé.

Le deuxième stade se nomme *contemplation* et est caractérisé par l'ambivalence de l'individu. À ce stade, la présence d'un problème est tout à fait consciente et il pense plus sérieusement à apporter des changements positifs dans sa vie. La personne a un grand besoin de parler, elle veut explorer et comprendre toutes les implications du

changement envisagé. L'ambivalence vient du fait que l'individu est partagé entre les éléments agréables que la consommation lui apporte et les pertes à envisager s'il modifie son comportement. C'est alors l'étape du « oui, mais ». Malgré ses bonnes intentions, il peut demeurer longtemps à contempler le changement sans passer à l'action.

Troisièmement, la *préparation* est le stade où la personne dépendante reconnaît avoir un problème de consommation. Il est donc prêt à passer à l'action dans un avenir relativement rapproché. Il souhaite changer. On remarque souvent qu'un événement marquant ou une accumulation d'incidents mineurs sont à l'origine de la prise de conscience et de la décision. L'individu pense à des moyens de changement, a confiance en sa capacité d'atteindre son objectif et est mobilisé vers l'action.

Ensuite, le stade de l'*action* se retrouve dans la modification des comportements, des expériences et de l'environnement dans le but de surmonter les difficultés. L'individu est prêt à perdre les anciens gains reliés à la consommation, associés aux comportements de changer. Le changement est alors effectif et le consommateur abusif est rempli d'espoir.

Cinquièmement, le stade de maintien de l'action fait son apparition. À cette étape, le comportement insatisfaisant a été modifié et diverses stratégies afin de faire face à une éventuelle rechute ont été prévues. On peut parler de maintien suite à trois mois d'abstinence ou de modification de consommation. La personne doit toutefois demeurer active pour maintenir ses nouvelles habitudes.

Enfin, le stade de la *rechute* correspond à un changement de décision par rapport à une décision de changement. La rechute est souvent due à l'ambivalence encore présente et reflète le fait que la rupture et le deuil de la substance et du comportement ne sont pas encore complets. Elle peut être vue comme une tentative de vérifier s'il faut toujours maintenir la décision de rupture, si le produit ou le comportement sont toujours aussi toxiques. La rechute n'est donc pas nécessairement négative en soi.

Il est important de noter que ce processus de changement n'est pas linéaire. Il peut y avoir des va-et-vient d'un stade à l'autre et les étapes sont de durée très variable.

Groupe exploration (six rencontres consécutives)

La clientèle constituant ce groupe est en stade de *contemplation* (Prochaska & Diclemente, 1982). Les thèmes abordés sont :

- Les phases de changement
- Le cycle de l'assuétude
- La loi de l'effet
- Les déclencheurs
- Les chutes et rechutes; les signes précurseurs
- La balance décisionnelle

Groupe changement (sept rencontres)

Ce groupe de thérapie est destiné aux individus se retrouvant dans la phase *action* de Prochaska et Diclemente. Voici les thèmes abordés :

- La communication

- Entraînement aux habiletés d'affirmation de soi
- Les habiletés sociales
- La gestion du stress
- La gestion des émotions
- Histoire de vie, schéma relationnel
- Connaissance de soi

2.2 Objectifs spécifiques poursuivis durant le stage

- Contribuer et participer à l'implantation d'un programme de soutien aux membres de l'entourage de toxicomanes;
- Identifier, lors des groupes de thérapie destinés aux membres de l'entourage, les besoins de cette clientèle;
- Vérifier la perception des participants à propos des éléments de contenu et des facteurs qui pourraient avoir un impact sur leur bien-être personnel et sur leur relation avec la personne aux prises avec un problème de dépendance;
- Mettre en place un canevas pour les futurs intervenants qui auront à animer le programme venant en aide aux membres de l'entourage de toxicomanes.

2.2.1 Modalités de réalisation des objectifs

Plusieurs activités ont été organisées afin de permettre l'atteinte de tous ces objectifs. Sur le plan des habiletés professionnelles, l'atteinte de ces buts s'est effectuée principalement par le biais d'animation et de co-animation de groupes de thérapie visant l'entourage de toxicomanes et de joueurs excessifs. Plusieurs suivis individuels ainsi que des évaluations de proches de dépendants ont été réalisés. De

plus, la consultation de dossiers, l'observation, les réunions cliniques d'équipe, les échanges entre intervenants et les diverses formations ont certainement contribué à l'atteinte de mes objectifs cliniques.

Les rencontres individuelles et de groupes visaient également à atteindre mes objectifs académiques relatifs à la problématique. De plus, les discussions avec les individus concernés (superviseure et directeur de stage), les informations recueillies lors de mes rencontres et la présentation de mes conclusions lors de réunions d'équipe et lors de supervisions ont été bénéfiques à mes apprentissages. Enfin, les observations faites, en lien avec les objectifs académiques, seront présentées sous la forme de quatre études de cas sélectionnées selon le taux de présences au groupe. Nous tenons d'ailleurs à mentionner qu'étant donné le court délai d'implication dans le milieu de stage et en raison du phénomène d'attrition qui sera décrit plus loin, la sélection des cas a été plus ardue. Il est à noter que le rôle de l'animateur dans ce groupe de thérapie est de faire de l'observation participante, c'est-à-dire que d'être présent, de diriger les discussions et d'intervenir lorsque jugé nécessaire. Lors des séances de thérapie, l'accent est mis sur les discussions entre les participants, l'objectif étant de les guider et de leur faire connaître différents thèmes.

Afin de recueillir les informations désirées, un questionnaire pré-test et post-test a été distribué à la première rencontre de groupe du client ainsi qu'à la toute dernière. La cueillette d'informations a donc été effectuée en deux temps. Les informations récoltées proviennent d'un prétest et d'un post-test qui seront décrits dans les sections suivantes.

2.2.2 Clientèle cible

Au départ, 21 clients membres de l'entourage étaient en liste afin de procéder à l'évaluation de leurs besoins. Ces participants effectuaient une demande d'aide dans le cadre de l'entrée en thérapie de leur proche dépendant. En effet, seules les personnes dont le proche toxicomane était en thérapie pouvaient bénéficier des services pour les membres de l'entourage. On pouvait s'apercevoir que des services pour cette clientèle étaient réellement nécessaires et que le besoin de créer un programme conçu pour les membres de l'entourage était fondé. La procédure était de rencontrer individuellement les clients pour évaluer, en premier lieu, la nature de la demande et son degré d'urgence. La rencontre permettait aussi de vérifier leurs attentes afin de s'assurer qu'un groupe de thérapie était adapté à leurs besoins. L'outil utilisé à ces fins était le questionnaire des besoins⁵. Document constitué de 21 questions abordant divers aspects de la vie du membre de l'entourage et élaboré par le Centre de réadaptation en dépendance Le Virage. Par la suite, des rencontres individuelles étaient proposées afin de combler le temps d'attente jusqu'à celles de groupe. Il était ensuite possible d'offrir des entretiens individuels durant le suivi de groupe pour ceux qui en ressentaient le besoin. Toutefois, ce nombre était restreint en raison des directives du milieu de stage.

À la suite de l'évaluation des besoins, qui agissait comme une présélection, dix clients ont été référés au groupe de thérapie et cinq d'entre eux ont complété les six rencontres de groupe avec succès. En raison de problématiques spécifiques comme la

⁵ Voir annexe 1 : Questionnaire d'évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage.

santé mentale et la violence conjugale, onze participants ont été référés à une autre ressource comme l'APAMM⁶ ou les CLSC.

Au cours des deux premières rencontres de groupe, cinq clients sur dix ont abandonné la thérapie sans redonner de nouvelles et en ne mentionnant pas les raisons de l'abandon. Bien que nous ayons tenté de les contacter afin de connaître les raisons les ayant poussés à abandonner, nous n'avons eu aucun retour d'appels de leur part.

Après la première rencontre individuelle d'évaluation, quatre clients sur vingt et un ont décidé d'abandonner le suivi. Les raisons nous sont inconnues, puisque les tentatives de relance ont été infructueuses.

Quatre autres clients se sont présentés aux deux premières rencontres d'évaluation avant de prendre la décision de cesser le suivi, puisqu'à leurs dires, ils ne ressentaient pas le besoin d'assister à une thérapie de groupe ou individuelle. Nous nommerons donc cette cessation, un « arrêt convenu ». Souvent, ces individus ressentent seulement le besoin de ventiler sur leur vécu quotidien ou ne sont tout simplement pas prêts à entreprendre une thérapie. Il est possible de revoir ces clients lorsque le proche toxicomane décide de se prendre en main.

Deux clients ont eu une première rencontre d'évaluation et ont ensuite été référés dans un service qui convenait davantage à leurs besoins. C'est à la suite de la

⁶ Association des parents et amis de personnes atteintes de maladie mentale.

passation du questionnaire des besoins que les références sont effectuées. Il est possible qu'un individu soit affecté par le problème de toxicomanie, mais que son évaluation indique qu'elle a des besoins plus importants dans d'autres domaines, par exemple la violence conjugale ou des problématiques de santé mentale.

Un seul client a bénéficié exceptionnellement d'un suivi exclusivement individuel, puisque le besoin était urgent et qu'il ne souhaitait pas se retrouver dans un groupe de thérapie. Toutefois, nous tenons à préciser que nous ne pouvions offrir cette modalité de suivi à tous les participants en raison des directives du milieu de stage. Dans ce cas-ci, le suivi était constitué de rencontres hebdomadaires d'environ une heure, lors desquelles nous abordions les mêmes thèmes que les groupes de thérapie. Un maximum de douze rencontres était permis.

2.2.3 Sélection des études de cas

La sélection de chaque cas a été effectuée par la passation du questionnaire d'évaluation des besoins. Chaque demande d'aide faite par un membre de l'entourage doit être évaluée selon les critères de cette grille. Nous réitérons que celle-ci vise à cerner les besoins du proche. De plus, il est possible qu'un client soit déjà en thérapie familiale avec le proche toxicomane. De ce fait, l'intervenant associé peut évaluer le client membre de l'entourage ou nous référer celui-ci afin que nous procédions à son évaluation.

À la suite de la passation du questionnaire et de deux rencontres individuelles avec le client, une étude du dossier clinique est faite afin de connaître les raisons sous-

jaçentes à la présente demande d'aide. Si la requête est en lien avec les objectifs du groupe, le client est dirigé vers le programme d'aide à l'entourage. Ce sont donc les clients qui ont été présents à la majorité des rencontres de groupe de thérapie qui font partie des quatre études de cas. Comme nous l'avons mentionné ultérieurement, étant donné l'absence de contrôle sur le phénomène de l'attrition et sur l'assiduité aux rencontres, le nombre de cas a dû être réduit comparativement à celui que nous envisagions au départ.

2.2.4 Objectifs généraux de l'implantation programme

En instaurant un programme venant en aide aux membres de l'entourage de toxicomanes, plusieurs objectifs en lien avec les besoins des proches en thérapie étaient ciblés :

- vérifier si l'instauration d'un tel programme pouvait aider à briser l'isolement des proches;
- améliorer la capacité d'introspection des proches et faire en sorte que le membre de l'entourage puisse fixer ses limites et améliorer ses habiletés de communication;
- découvrir si un tel programme de soutien pouvait aider le toxicomane à mieux se prendre en charge.

2.2.5 Description des instruments de cueillette de données

Afin de compiler les résultats servant à vérifier si les objectifs généraux sont atteints, plusieurs instruments de cueillette de données ont été utilisés. Dans les

prochaines sections, la grille d'évaluation de besoins, le pré-test et le post-test seront décrits.

2.2.5.1 Grille d'évaluation de besoins

Le questionnaire d'évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage est composé de 21 questions visant le proche ainsi que l'individu dépendant. Ces questions aident à mieux cerner l'état psychologique dans lequel se trouve la personne qui consulte. Ce questionnaire a aussi pour but de connaître le lien qui unit le toxicomane au membre de l'entourage afin de mieux comprendre les conséquences subies, de savoir quelle est sa drogue de choix et quelle est la fréquence de sa consommation. Il permet aussi de connaître le degré d'implication et la motivation du toxicomane face au changement. Ce questionnaire nous informe donc des conséquences de la dépendance de l'autre sur le proche et fait la lumière sur les sentiments éprouvés face à sa consommation.

Une section de l'évaluation est axée sur les changements souhaités par le membre de l'entourage, sur le soutien que peut avoir ce dernier dans son processus de changement ainsi que sur les actions déjà posées afin de régler la présente situation. Elle tend donc à exposer la situation générale du proche. Il est aussi possible de créer le génogramme de la personne afin de mieux comprendre sa dynamique familiale.

Enfin, ce questionnaire a pour objectif de cibler les besoins particuliers du membre de l'entourage, de connaître jusqu'à quel point il est atteint par le problème de consommation de l'autre, et ainsi, permettre de trouver des solutions au problème.

2.2.5.2 Prétest

À la première rencontre de groupe, un prétest⁷ était distribué à chaque membre de l'entourage. Ce prétest visait particulièrement à cerner leurs objectifs et leurs besoins personnels en participant au groupe et à connaître leur état émotionnel, physique et psychologique avant le début des rencontres de groupe.

2.2.5.3 Post-test

À la dernière rencontre de groupe, un post-test⁸ a été distribué afin de vérifier si les objectifs de départ ont été atteints. Tout au long des six rencontres, plusieurs concepts ont été exposés afin que chaque participant puisse atteindre ses objectifs. Le post-test servait alors à vérifier si ces thèmes avaient aidé les participants à mieux vivre avec le problème de toxicomanie de leur entourage. De ce fait, sensiblement les mêmes questions que celles du pré-test ont été posées afin de comparer l'état des besoins, avant et après les rencontres de groupe.

Ce post-test visait à connaître les points à améliorer en ce qui concerne les différents concepts, le déroulement ou tout simplement l'animatrice du groupe. Il a donc été utile à l'amélioration de l'explication des thèmes vus durant la thérapie.

2.3 Exposition du programme d'aide à l'entourage

L'idée de la mise en place d'un programme d'aide à l'entourage⁹ est évidemment basée sur la demande d'aide des proches. Suite à la passation du questionnaire

⁷ Voir annexe 2 : prétest.

⁸ Voir annexe 3 : post-test.

⁹ Voir annexe 4 : Programme d'aide à l'entourage complet.

d'évaluation des besoins¹⁰, il a été possible de cibler les besoins les plus importants à combler. De ce fait, plusieurs objectifs spécifiques sont visés lors des interventions : penser à soi, savoir comment agir avec la personne toxicomane, partager ses connaissances, briser l'isolement et recevoir du soutien, avoir des outils afin de faire face au problème de toxicomanie, avoir la possibilité de comparer son vécu avec les autres et savoir si les actions faites sont appropriées.

C'est donc dans le but d'atteindre ces objectifs que le programme d'aide pour les membres de l'entourage fut instauré. Afin que chacun des objectifs soit atteint, différents ateliers abordant des thèmes directement reliés à leur problématique ont été présentés. Le rôle de l'animateur au sein du groupe est de soutenir, encadrer et diriger les membres de l'entourage, ainsi qu'enseigner les différents concepts pouvant les aider. Dans les prochains paragraphes, les différents thèmes des six rencontres, ressortant de notre revue de littérature, seront explorés en profondeur afin de mieux comprendre leur présence au sein du groupe de thérapie. Il est à noter que chaque document remis lors des rencontres est joint à l'annexe quatre, programme d'aide à l'entourage.

2.3.1 Première rencontre de groupe

La première rencontre de groupe vise particulièrement à connaître les attentes et objectifs de chaque membre en faisant un bref tour de table. Ensuite, un remue-méninges est effectué afin de cerner et de normaliser les émotions vécues par les personnes significatives en relation avec un individu toxicomane. Dans cette optique,

¹⁰ Voir annexe 1 : Questionnaire d'évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage.

une feuille nommée « émotions que peut engendrer la consommation dans le système familial » leur est distribuée, afin d'informer les participants que les émotions ressenties sont normales.

Lors de cette première rencontre, le concept de la balance décisionnelle est exposé. Ce concept, élaboré par Janis et Mann (1997), décrit un modèle de prise de décision en utilisant l'image d'une balance. Cette balance vise à peser les éléments favorisant le statu quo et ceux favorisant le changement. Des deux côtés de la balance, chaque élément de l'alternative possède des avantages et des inconvénients. Le but de l'exercice est que le toxicomane et le membre de l'entourage voient, en premier lieu, les avantages et inconvénients de la situation actuelle et en deuxième lieu, les gains à changer la situation actuelle ainsi que les pertes associées. Donc pour le proche, il sert à connaître l'impact de son propre changement de comportement sur celui du toxicomane, et pour ce dernier, ce que l'arrêt ou la maintenance de la consommation peut causer. Cet exercice est donné en devoir.

Le but de cette rencontre est aussi d'informer les membres au sujet des effets de la toxicomanie. En ce sens, un document tiré du livre « *Savoir plus, risquer moins* » leur est expliqué et remis. Celui-ci traite des trois familles de psychotropes : les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs. Il y décrit leurs effets sur l'organisme, les signes décelant une intoxication ainsi que leurs effets de sevrage. Ensuite, une feuille « mieux connaître les drogues » leur est remise afin de les outiller et de les informer au sujet des multiples drogues.

2.3.2 Deuxième rencontre de groupe

Dans la deuxième rencontre de groupe, l'objectif est de faire suite aux émotions ressenties face au comportement de consommation, en explorant les réactions des proches devant le problème de toxicomanie. Donc les attitudes et les comportements que les membres de l'entourage ont tendance à employer face à la personne qui consomme abusivement sont mis en relief. Dans les familles où il y a un toxicomane, l'entourage adopte souvent différentes attitudes pour compenser le déséquilibre causé par le problème, dans le but de minimiser les dégâts et les impacts négatifs de la consommation excessive du toxicomane. En effet, les gestes faits par le membre de l'entourage en vue d'aider son conjoint, perçu comme malade et vulnérable, protègent non pas l'alcoolique, mais paradoxalement, l'alcoolisme (Van Caloen, 1989). Afin de leur faire prendre conscience de l'impact de ces comportements, il leur est demandé d'en faire un remue-méninges en groupe. Les amener à se questionner sur leur possible contribution au maintien de la consommation de l'autre est le but visé de cette rencontre.

C'est aussi lors de cette rencontre que les attitudes ou comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation sont abordés. Ces attitudes ou comportements seront nommés comportements freinant le processus de réadaptation de l'individu dépendant aux substances. Le devoir à faire en lien avec ces attitudes est de tenter de modifier une attitude afin de voir l'impact sur le comportement de l'autre.

À la fin de la rencontre, le texte nommé « vécu de la conjointe en regard de la toxicomanie du partenaire¹¹ » est distribué. Celui-ci aborde et décrit les bons et les mauvais comportements à adopter envers une personne ayant un problème de consommation. Ce texte est remis afin d'éclairer les membres du groupe sur l'impact que ces attitudes peuvent avoir sur le toxicomane. En plus de ce texte, la feuille intitulée « les comportements de compensation que peut engendrer la consommation dans le système familial » est remise. Celle-ci sert à faire comprendre aux participants que différents comportements comme le déni, la fuite ou l'isolement sont tout à fait normaux dans pareille situation. Enfin, le document, « Réflexion »¹² est joint au présent programme afin de les porter à réfléchir sur ce qu'ils ont fait jusqu'à maintenant pour aider l'autre. Ce document vise à ce que le participant comprenne mieux les raisons le poussant à aider le proche dépendant et à cibler les impacts de cette aide sur lui-même et sur le toxicomane. Cette réflexion amène l'individu à mieux saisir l'incidence de ses actions sur lui et sur son partenaire toxicomane. Comme vu plus tôt, McCrady (1986) mentionne que l'entourage a tendance à adopter des comportements qui peuvent supporter ou faciliter la consommation comme la minimisation, le contrôle, la protection, la complicité et la responsabilisation). Toutefois, en agissant de la sorte, le membre de l'entourage croit souvent, à tort, lui venir en aide.

2.3.3 Troisième rencontre de groupe

Lors de la troisième rencontre de groupe, l'accent est mis sur les comportements freinant le processus de réadaptation du toxicomane puisque ce thème semble difficile

¹¹ Tiré du texte de M. Gilles Lavigne, t.s. Service social, Département de toxicomanie. Hôpital St-François d'Assise.

¹² Tiré du programme d'aide pour les membres de l'entourage du Centre Dollard-Cormier

à comprendre et à appliquer dans la vie de tous les jours pour les membres de l'entourage. Afin de pallier aux comportements comme le camouflage, la minimisation et le contrôle, l'accent est mis sur les attitudes pouvant faire en sorte que le toxicomane se prenne en charge. Lors de cette rencontre, étudier et comprendre les comportements pouvant contribuer à mobiliser le toxicomane à sa propre prise en charge est un élément crucial. Huit de ces comportements sont expliqués. En premier lieu, nommer les conséquences négatives de la consommation du proche qui affectent le membre de l'entourage en évitant de blâmer l'autre. Deuxièmement, encourager les autres membres de l'entourage, aussi affectés par le problème, à lui nommer ces conséquences. En troisième lieu, faire des demandes claires de changement. Il est de même important d'annoncer le changement d'attitude que le proche a l'intention de faire et de le respecter. Ensuite, faire des ententes claires avec des conséquences claires si les ententes ne sont pas respectées. D'autre part, établir clairement ses limites est un élément clé afin de se protéger émotionnellement. De plus, responsabiliser le toxicomane est d'une grande aide pour lui. Enfin, valoriser les changements positifs chez l'autre dans le but de l'encourager dans sa prise en charge.

Vers la fin de la rencontre, le thème de la communication est abordé afin de cibler un des objectifs principaux qui est d'améliorer la communication au sein de la famille. Comme Stanton, Todd et leurs collaborateurs (1982) le mentionnaient, dans beaucoup de familles de toxicomanes, la majorité des interactions sont négatives, donc il est important de rétablir ce manque ou cette difficulté de communication. Afin d'atteindre

cet objectif, la technique du DESC¹³ de Sharon et Gordon Bower, mise sur pied en 1991 et expliquée dans le livre Asserting Yourself, est abordée. Cette technique permet une meilleure communication au sein du couple ou de la famille. Il s'agit de décrire la situation, d'exprimer à l'autre le sentiment ressenti lorsque cette situation se produit, de révéler le changement souhaité de sa part afin d'améliorer la situation et enfin, d'annoncer la conséquence positive si la situation se règle.

2.3.4 Quatrième rencontre de groupe

La quatrième rencontre vise toujours à comprendre et à enrayer les comportements pouvant freiner le processus de réadaptation du toxicomane adoptés par les participants. Lors de cette discussion, il est important de trouver une nouvelle attitude pouvant remplacer le «comportement inadapté». Contribuer à la prise en charge du toxicomane par lui-même est l'objectif recherché. Le but est donc d'abandonner les comportements d'hyper responsabilisation, de protection et de contrôle, au profit de nouveaux comportements qui auront une influence positive sur le toxicomane. Lors de la rencontre, nous prenons le temps d'accueillir et d'explorer les résistances à adopter ces nouveaux comportements. Comme vu plus tôt, Nathan Ackermann et Carl Whitaker ont pu prouver qu'un changement chez le membre de l'entourage pouvait avoir une incidence positive chez l'ensemble de la famille. Donc en effectuant des modifications dans ses comportements, le membre de l'entourage pourra influencer l'ensemble des relations familiales ou de couple. De ce fait, il est important de garder en tête les comportements freinant le processus de réadaptation du toxicomane utilisés durant la semaine afin de remarquer leurs impacts sur l'autre. En ce sens, un tour de table est

¹³ Le document expliquant cette technique est tiré du programme d'aide à l'entourage du Centre Dollard-Cormier.

effectué afin de connaître les attitudes employées durant la semaine qui auraient pu activer la consommation du dépendant. Suite à cela, le questionnaire suivant est lancé : qu'est-ce qui arriverait si vous ne faisiez pas l'usage de ces comportements comme le protéger ou payer pour lui ? Ce tour de table se termine avec la remise d'une feuille traitant des différentes réactions du toxicomane et donne des exemples sur les activateurs financiers et psychologiques pouvant être utilisés par le membre de l'entourage. Elle démontre les impacts, les alternatives, ainsi que les résultats possibles à l'emploi de ces comportements. Ce document provient du programme pour les membres de l'entourage de joueurs du Virage et fût modifié dans le but de cibler les membres de l'entourage de toxicomanes.

Le devoir de la semaine est d'avoir un comportement pouvant contribuer à la prise en charge du toxicomane (établir ses limites, cesser de payer pour lui, lui donner des responsabilités, etc.), afin de mettre en action les thèmes vus durant les rencontres et ainsi, pour permettre au proche de remarquer des changements dans sa relation avec l'autre.

2.3.5 Cinquième rencontre de groupe

La cinquième rencontre cible l'importance de prendre soin de soi dans une telle relation. L'objectif est alors de faire prendre conscience aux membres de l'entourage que le premier individu en importance dans leur vie est soi-même. De plus, comprendre ses besoins permet de découvrir ses limites et ainsi, fait en sorte que les proches apprennent à les respecter. La première question posée est : quelle est l'importance que vous accordez à prendre soin de vous sur une échelle de zéro à dix? Ensuite, dans

quelle perspective estimez-vous prendre soin de vos besoins actuellement ? En lançant ces questionnements, le but est de faire prendre conscience au participant de l'importance de penser à soi et comment on est arrivé à ne plus le faire. Comme il était mentionné plus tôt par Gélinau et Moreau (1998), vivre dans un milieu alcoolique amène à ce que la vie tourne et s'organise autour de la personne consommatrice, ne laissant aucune place aux autres membres de la famille. De ce fait, il arrive fréquemment que le proche s'oublie et prenne davantage soin de l'autre dans une relation avec un toxicomane. En s'oubliant, les membres de l'entourage auront tendance à s'épuiser rapidement et ainsi, à développer des problèmes de santé. C'est donc dans cette optique que prendre soin de soi revêt une importance particulière, puisque cela permet d'augmenter les sources d'énergie positive et ainsi, d'être plus apte à venir en aide au consommateur abusif.

Afin de cerner les besoins personnels que l'individu a eu tendance à oublier, un exercice nommé « Ce que j'ai négligé¹⁴ » leur est suggéré. À l'endos de cette feuille, un questionnaire intitulé « Qui suis-je?¹⁵ » leur donne l'opportunité de mieux se connaître en répondant à des questions sur la connaissance de soi. Tous ces exercices visent donc à ce que les participants prennent le temps de s'arrêter et de penser à eux et non aux problèmes de l'autre.

¹⁴ Cette activité est tirée du programme d'aide à l'entourage du Centre Dollard-Cormier.

¹⁵ Cette activité est tirée du programme d'aide à l'entourage du Centre Dollard-Cormier.

Enfin, un document ayant pour thème « Comment prendre soin de soi quand on est en relation avec un toxicomane¹⁶ » leur est distribué afin de leur donner des outils supplémentaires pour prendre soin de soi efficacement. Le devoir de la semaine est alors de faire une activité pour soi afin d'observer les bénéfices associés. Donc en s'accordant davantage d'importance, les membres de l'entourage pourront mieux se connaître et ainsi, auront la capacité de fixer leurs limites plus facilement.

2.3.6 Sixième rencontre de groupe

La dernière rencontre vise à faire un bilan des thèmes abordés, à effectuer un compte rendu des comportements qui se sont améliorés et des changements qui ont pu prendre effet. C'est donc le moment de vérifier si les objectifs et les attentes de départ ont été atteints en faisant un tour de table. En lien avec les objectifs de départ, le questionnaire post-test leur est remis.

Étant donné les rencontres terminées, il est important pour les membres de l'entourage de se fixer des objectifs personnels pour les prochaines semaines et les prochains mois afin de continuer d'apporter des changements positifs dans leur vie. Dans ce cas, une discussion est initiée, dans le but que chaque participant de dire à voix haute à l'ensemble du groupe, les objectifs fixés pour le futur. Les participants sont encouragés à mettre sur papier ces objectifs afin de les garder en mémoire et de les mettre en application au quotidien.

¹⁶ Cette activité est tirée du programme pour les membres de l'entourage de joueurs du Virage. Adaptée pour les membres de l'entourage de toxicomanes.

Enfin, dans le but de quitter la rencontre sur un point positif, une activité visant à nommer une qualité pour chaque membre du groupe est proposée. Celle-ci permet de resserrer les liens entre les participants.

Il est alors possible de s'apercevoir que tout au long des rencontres de groupe, l'artère principale se retrouve dans la compréhension des comportements pouvant freiner le processus de réadaptation de l'individu toxicomane. Pour le membre de la famille, ce qui est le plus difficile à effectuer est de faire des changements dans sa propre vie. Lors des premières rencontres d'évaluation, le proche a souvent comme objectif de faire cesser la consommation du toxicomane. Par contre, ce dont il ne se doute pas est que pour amener le consommateur abusif à se mettre en action, il est primordial que le membre de l'entourage effectue lui aussi des changements dans ses comportements. C'est alors sur ce point focal que les énergies doivent être mises.

Troisième chapitre

Présentation et analyse des cas cliniques

Dans cette section, il sera question d'exposer le processus de thérapie de quatre individus sélectionnés ayant fait partie du groupe de thérapie. En premier lieu, l'analyse de l'ensemble des prétests sera présentée afin de donner une idée de l'état dans lequel ces participants débutent le programme. Ensuite, l'analyse des quatre différents cas sera effectuée afin de démontrer le cheminement de chaque membre du groupe. Dans cette analyse, les besoins de chacun seront exposés, leur implication et participation dans le groupe, leur cheminement quant aux objectifs fixés ainsi que les résultats du questionnaire post-test.

3.1 Analyse des résultats du prétest

Afin de dresser un portrait des clients présents lors des six rencontres de groupe, la compilation des réponses ressortant du questionnaire pré-test a été effectuée et voici les résultats. Chaque question sera exposée dans le but de bien comprendre la situation générale des quatre participants précédemment les rencontres de groupe.

1. Lien avec la personne ayant un problème de consommation

Lors de cette question, trois des quatre répondantes sont des conjointes d'un toxicomane. Une seule participante vient consulter pour son fils, madame N. Il en

ressort donc que la majorité des participantes vivent sensiblement la même situation et qu'il sera alors possible pour elles de s'identifier aux autres. Cela n'est pas un préalable pour le groupe, mais peut tout de même être bénéfique pour le participant.

2.Est-il en démarche thérapeutique?

Toutes les participantes déclarent que leur proche dépendant est en suivi présentement, ce qui n'est pas étonnant puisque cela est un pré requis pour faire partie du programme d'aide à l'entourage au Centre de réadaptation en dépendance, Le Virage. Cela ne signifie pas nécessairement que celui-ci ne consomme plus, mais qu'il souhaite effectuer des changements dans sa consommation. Cela nous éclaire donc quant à l'implication de la personne qui consomme dans le processus de changement. Nous émettons donc l'hypothèse que lorsque le toxicomane intègre une thérapie, le besoin d'aide du proche se fait davantage ressentir.

3.Dans quelle mesure vous sentez-vous isolé face au problème?

Pour toutes les participantes du groupe, le sentiment d'isolement est plutôt présent. Cet isolement est souvent un des besoins les plus importants à combler lors de l'entrée en groupe de thérapie. En cachant leurs problèmes aux membres de leur entourage, les proches se mettent en retrait et n'ont plus personne à qui se confier. C'est donc ici que créer des liens dans le groupe prend toute son importance.

4.Dans quelle mesure estimez-vous recevoir du soutien de votre entourage?

En ce qui concerne le soutien de la part des membres de l'entourage, celui-ci est souvent associé à l'isolement. La plupart des répondants affirment recevoir un faible

soutien de la part des membres de leur entourage. Le groupe de thérapie vise donc aussi cet objectif. Rallier plusieurs personnes vivant sensiblement la même problématique aura pour effet de soutenir la personne qui consulte.

5. Dans quelle mesure estimez-vous être informé au sujet des toxicomanies?

Étant un des objectifs ciblés lors de l'élaboration du programme d'aide à l'entourage, étonnamment, les participants répondent qu'ils sont tout à fait informés au sujet des différentes toxicomanies.

6. Dans quelle mesure estimez-vous prendre soin de vos besoins?

La majorité des gens présents au groupe notent qu'ils éprouvent de la difficulté à prendre soin de soi. Par contre, une seule participante, madame G., dit prendre parfaitement soin de ses besoins. Ces réponses confirment alors que le thème « prendre soin de soi » sera de mise lors des rencontres.

7. Quels sont vos objectifs en participant au groupe?

Les objectifs ressortant de cette question sont :

- Penser à soi.
- Savoir comment agir avec la personne qui consomme.
- Partager ses connaissances.
- Briser l'isolement et recevoir du soutien.
- Avoir des outils afin de faire face au problème de toxicomanie.
- Avoir la possibilité de comparer son vécu avec les autres.
- Savoir si les actions faites sont appropriées.

Tous les objectifs nommés sont tout à fait en lien avec les objectifs mêmes du programme d'aide à l'entourage.

8. Dans quelle mesure croyez-vous employer des attitudes ou des comportements facilitant la consommation de la personne dépendante?

Ce qui ressort de cette question est que tous les individus ayant répondu au questionnaire croient faire souvent l'usage de comportements freinant le processus de réadaptation du proche dépendant. L'importance de s'attarder sur la modification de ces comportements prend tout son sens. Cela étant l'angle d'attaque du programme d'aide à l'entourage, un accent particulier sera mis sur ces comportements «problématiques» afin de tenter de les modifier.

9. Quel est le degré de satisfaction de la relation actuelle entre la personne dépendante et vous?

En ce qui a trait au degré de satisfaction de la relation entre la personne dépendante et le participant, il appert que les résultats sont différents pour tous les répondants. Les résultats indiquent que pour certains, la relation est très satisfaisante, et pour d'autres, cette situation est tout à fait insatisfaisante. Prenons par exemple madame L., qui écrit : « *La situation est invivable. Je suis très stressée. Je passe mon temps à camoufler la toxicomanie pour ne pas que ça paraisse* ». Il est possible de remarquer que cette personne a un sérieux besoin d'aide en ce qui concerne l'amélioration de sa relation conjugale. Pour une autre participante, madame G., c'est tout à fait le contraire, elle affirme : « *Pour le moment tout va bien entre nous puisque je*

n'habite plus avec lui ». Elle note que le degré de satisfaction de leur relation est satisfaisant.

10.Considérez-vous avoir besoin de soutien dans d'autres domaines de votre vie?

En ce qui concerne cette question, trois répondantes disent ne pas avoir besoin de soutien dans d'autres domaines de leur vie. En revanche, une seule participante note qu'elle aurait besoin de soutien en ce qui a trait à l'amélioration de l'estime de soi et de l'affirmation de soi. Madame L. affirme : « *J'ai besoin d'aide psychologique pour améliorer mon estime personnelle et m'affirmer davantage* ». De ce fait, des rencontres individuelles lui ont été proposées afin de combler ces besoins.

11.Qu'est-ce qui fait en sorte que vous faites une demande d'aide au Virage maintenant et non pas plus tôt ou plus tard?

Toutes les répondantes sans exception ont répondu avoir fait leur demande d'aide maintenant étant donné que l'individu toxicomane était en traitement présentement au Virage, ce qui était une condition d'admissibilité au programme. De plus, une thérapie effectuée conjointement s'avérait, selon elles, bénéfique au processus de changement du proche dépendant. Aucune des personnes ne connaissait l'existence d'un tel programme pour les membres de l'entourage. Notons les propos de madame G. affirmant ne pas être au courant des services offerts aux proches : « *Je ne connaissais pas l'existence d'un tel groupe de thérapie* ». Il serait alors nécessaire de faire davantage de promotions d'un tel programme d'aide afin d'informer les gens affectés

par le problème de consommation d'un proche que des services existent pour eux et qu'ils ne sont pas seuls à vivre de telles situations.

La compilation de l'ensemble des réponses du pré-test confirme que les thèmes du groupe sont tout à fait en lien avec les besoins des participants. Dans les prochaines sections, l'exploration de chacun des cas sera effectuée afin de mieux cerner leur évolution par rapport aux thèmes et exercices présentés dans le groupe.

3.2 Présentation des histoires de cas

Dans cette section, les besoins de chacune des participantes seront exposés suite aux entrevues d'évaluation. Ensuite, leur progression et leur cheminement par rapport aux différents objectifs du programme seront analysés pour enfin conclure avec les résultats individuels de la passation du post-test.

3.2.1 Histoire de cas de madame N.

Besoins

Madame est venue chercher de l'aide au Virage en même temps que son fils puisqu'elle l'accompagnait aux rencontres avec son intervenante. Cette dernière nous réfère madame étant donné son besoin criant d'aide. Lors des deux premières rencontres individuelles, le questionnaire d'évaluation des besoins fût passé. Celui-ci a permis de mieux connaître le parcours de madame et de cibler ses besoins.

Madame est âgée de 65 ans, elle consulte puisque son fils consomme de la cocaïne de façon excessive et qu'il a une problématique de santé mentale. C'est

madame qui subvient aux besoins de celui-ci. Elle paie sa médication, sa consommation et son loyer. Madame affirme qu'elle agit de façon adéquate en subvenant aux besoins de son garçon : « *Il a besoin que je m'occupe de sa médication, il ne peut le faire seul* ».

Son objectif personnel en ayant un suivi au Virage est d'accompagner son fils dans sa démarche en ayant des outils efficaces afin de l'aider dans l'arrêt de la consommation. Elle est présentement en suivi à l'Association des parents et amis de personnes atteintes de maladie mentale (APAMM) puisque celui-ci souffre de schizophrénie. Toutes ces informations ressortant de l'évaluation des besoins confirment que madame nécessite un suivi de groupe. Sa présence dans un groupe de thérapie lui fera constater qu'elle n'est pas seule à vivre une telle situation.

Suite aux deux rencontres individuelles d'évaluation, madame est inscrite au groupe, mais est absente à la première rencontre. Elle est présente à la rencontre suivante et affirme que son fils ne semble plus consommer. Elle affirme que lorsque son garçon ne va pas très bien et dans ce cas là, elle ne se sent pas bien non plus. Cela peut donc nous éclairer sur les raisons sous-jacentes à son absence à la première rencontre. En se fiant à la définition de la codépendance élaborée par Beattie, il est facile de comprendre que madame N. est énormément affectée par le problème de son fils. Il faudra donc travailler sur les différentes caractéristiques associées à la codépendance avec madame.

Progression et cheminement

Dans cette section, les différents objectifs du groupe seront ciblés afin de voir la progression et le cheminement de madame par rapport à son fonctionnement au sein du groupe, à l'emploi des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane, à son sentiment d'isolement, à la communication relationnelle et à l'importance de prendre soin de soi.

Fonctionnement dans le groupe

Madame N. fonctionne bien dans le groupe. Elle a parfois tendance à s'éloigner des sujets abordés lors des discussions et à ne pas se centrer sur elle-même, ce qui est un trait caractéristique des proches de toxicomanes expliqué plus tôt. Cela nous pousse à intervenir à de multiples reprises en la ramenant à parler d'elle-même et non de son fils. Nous lui rappelons qu'elle est présente dans le groupe afin de travailler sur soi et non pas sur son fils et que des changements effectués chez elle influenceront les comportements de celui-ci. Elle réagit fortement à nos interventions en affirmant qu'elle parle de lui parce qu'elle veut l'aider et que c'est pour cette raison qu'elle vient au groupe. Tout au long des six rencontres, nos techniques de recadrage sont constantes.

Utilisation des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane

Madame s'occupe de l'appartement de son fils, elle y fait le ménage et paie son logement chaque mois. Madame N. s'hyper responsabilise, ce qui a pour effet de diminuer les conséquences négatives de la consommation de son fils. Elle croit bien agir en faisant les choses à la place de son fils, mais cela produit l'effet

contraire. L'épuisement fait en sorte que madame N. a beaucoup moins d'énergie pour s'occuper d'elle-même. Madame affirme qu'en payant le loyer et la médication de son fils, elle n'emploie pas de comportements freinant sa prise en charge, mais elle l'aide. Elle n'a donc pas conscience qu'en payant le logement et la médication de son fils elle lui enlève les conséquences négatives de sa consommation abusive. Elle dit vouloir avoir le contrôle sur son garçon afin qu'il ne consomme plus de façon abusive. Elle a une entente avec le psychiatre de son fils afin qu'elle contrôle sa médication. L'utilisation du contrôle est fréquente chez elle. Comme vu plus tôt, il s'agit d'un comportement fréquemment utilisé par les proches. L'effet d'avoir le contrôle sur l'autre lui procure le sentiment d'être utile et diminue momentanément son angoisse. Lors de la cinquième rencontre, madame dit : « *Je souhaite continuer à payer la médication de mon fils puisqu'il a besoin de moi* ». En raison de la problématique de santé mentale de celui-ci, son raisonnement peut être compris. Elle affirme tout de même vouloir cesser de payer son loyer, ce qui est une étape importante de son cheminement personnel puisque cela aura pour effet que celui-ci prenne davantage ses responsabilités. Elle semble avoir compris, de par le concept des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane, que de payer pour lui enlevait les conséquences de sa consommation.

Tout au long des rencontres, madame progresse énormément par rapport à l'utilisation des comportements pouvant freiner la prise en charge de son fils. Par exemple, elle demande un service à son fils en échange d'argent. Donc au lieu de le financer sans aucune raison, madame a trouvé une meilleure solution afin de le responsabiliser en ne se cachant pas ce qu'il risque de faire avec l'argent.

Sentiment d'isolement

En ce qui a trait au sentiment d'isolement, madame dit ne plus du tout se sentir isolée face au problème de consommation de son fils. Elle affirme avoir compris, par les échanges lors des rencontres de groupe, qu'elle n'était pas seule à vivre une telle situation. Elle se sent donc davantage à l'aise d'en parler avec les membres de son entourage.

Communication familiale

Au tout début des rencontres, madame N. disait que les discussions entre son fils et elle étaient rares et cela l'affectait beaucoup. Maintenant, elle remarque qu'elle a développé la capacité de lui faire des demandes claires de changement et de lui faire part du sentiment ressenti lors de certaines situations. Elle affirme qu'auparavant, elle lui parlait que pour le blâmer, ce qui faisait en sorte qu'il se détachait d'elle. La communication entre eux s'est donc beaucoup améliorée grâce à l'exercice de communication (le DESC) fait lors des groupes de thérapie.

Importance de prendre soin de soi

Prendre soin de soi est un concept abordé lors de la cinquième rencontre de groupe. Elle affirme prendre soin d'elle convenablement, faire de l'exercice et aller au cinéma régulièrement. Un des objectifs lors des rencontres de groupe est de faire prendre conscience à l'individu qu'il est important de s'accorder du temps ou comment il est difficile de le faire dans un tel contexte. Madame N. semble bien avoir compris ce concept. La question lancée est : sur une échelle d'un à dix, quelle est l'importance de prendre soin de soi? Madame affirme ne pas avoir besoin de prendre soin d'elle, car

elle souhaite donner tout ce qu'elle peut à ses enfants avant de mourir. À ses yeux, prendre soin de soi revêt donc une importance de cinq sur dix. Prendre soin des autres est, pour elle, une façon de prendre soin d'elle, car c'est ce qu'elle croit le plus important. C'est donc de cette manière qu'elle peut le faire pour le moment. Un des devoirs à faire était de continuer de faire de l'activité physique et de prendre le temps d'aller souper avec des amis, ce qu'elle a fait avec succès. Madame est très impliquée et investie dans le groupe.

Post-test

C'est lors de la dernière rencontre de groupe qu'un questionnaire post-test était distribué. Madame remarque des changements significatifs dans les comportements de son fils. Il prend beaucoup plus soin de son apparence physique, il la contacte plus régulièrement et est retourné sur le marché du travail. Elle affirme qu'elle a pu contribuer à ce cheminement en adoptant des comportements favorisant sa prise en charge. Par le post-test, on remarque que madame N. ne considère pas avoir appris de nouvelles façons d'agir avec son fils, par contre, on remarque une distincte amélioration quant à ses comportements dans la vie de tous les jours. De plus, elle considère avoir une meilleure relation avec son fils grâce au thème de la communication, vu durant les rencontres de groupe.

En ce qui concerne l'objectif de départ, elle disait vouloir des outils afin de mieux contrôler la situation. Madame N. dit avoir compris que contrôler la situation n'est pas une solution aidante pour l'autre. Elle connaît maintenant de nouvelles façons de faire face au problème. Selon elle, le plus grand bénéfice acquis est d'être allée en thérapie

en même temps que son fils, ce qui, à ses dires, l'a encouragé à persévérer. C'est ce dont madame est le plus fière.

Elle affirme en fin de rencontre qu'elle a fait, par le passé, une panoplie de thérapies dans d'autres centres d'aide et qu'elle connaissait tous les thèmes vus au Virage. Par contre, ceux-ci l'ont beaucoup aidée à utiliser ces comportements aidants et à diminuer ceux qui pouvaient inhiber le processus de réadaptation de son fils. Les rencontres de groupe l'ont donc poussée à se mettre en action.

3.2.2 Histoire de cas de madame M.

Besoins

Madame M. consulte au Virage puisque son conjoint est en suivi au même endroit. Elle l'accompagne en thérapie de couple puisque l'intervenante de son conjoint l'avait invitée à une rencontre de couple. C'est suite à cela qu'elle nous a été référée. Nous n'avons eu qu'une seule rencontre d'évaluation puisque le groupe débutait la semaine suivante. Ce qui ressort de l'évaluation est que madame est âgée de 40 ans, elle ne vit plus avec son conjoint puisqu'il consomme de la cocaïne et que cela nuit à leur relation conjugale. Le couple tente tout de même de faire des efforts, ensemble, afin de régler la situation.

Les objectifs de madame sont :

- Comprendre les raisons de la consommation de son conjoint.
- Avoir des outils afin d'intervenir auprès de lui.
- Ventiler sur ses expériences de vie.

- Se protéger émotionnellement de la situation.
- Valider ses comportements.

Progression et cheminement quant aux objectifs

Dans cette section, l'exposition et l'analyse de l'évolution de madame M. seront effectuées en prenant en considération les cibles suivantes : son fonctionnement dans le groupe, l'utilisation des comportements qui freinent la prise en charge du toxicomane, le sentiment d'isolement vécu, la communication au sein du couple et enfin, l'importance accordée au fait de prendre soin de soi.

Fonctionnement dans le groupe

Elle s'implique énormément lors des discussions puisqu'elle dit se sentir interpellée par ce que les autres vivent. Madame agit à titre de « leader » au sein du groupe. Elle sait faire de bonnes interventions auprès des autres participants. Par rapport aux comportements et attitudes employés, elle affirme qu'elle est passée à un autre stade que ses collègues du groupe et que ces dernières lui font penser à elle il y a quelques mois. De ce fait, un des bénéfices des rencontres de groupe est que chaque membre peut se voir à travers le parcours de l'autre.

Utilisation des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane

Madame affirme que son conjoint l'ignore continuellement et elle ne connaît pas les raisons de ses agissements. Selon elle, ses agissements sont normaux et ceux-ci passeront avec le temps. Elle dit ne se sentir nullement responsable des comportements

de son conjoint. On peut donc remarquer que madame M. évolue très bien lors des rencontres de groupe, qu'elle chemine très rapidement. Nous abordons la balance décisionnelle et les comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane. Madame démontre qu'elle est prête à mettre en action tous les thèmes vus dans le groupe. Par ses exemples de comportements, madame comprend l'impact des comportements qui peuvent freiner la prise en charge de son conjoint. Elle ne le protège plus, le responsabilise davantage, n'utilise plus le contrôle et ne paie plus pour lui. L'essentiel est donc de maintenir ces comportements qui influencent ceux de l'autre.

En ce qui concerne les comportements adéquats à utiliser auprès d'un individu toxicomane, madame les met en pratique en encourageant et en soutenant son conjoint dans son cheminement. Par exemple, elle lui offre une carte en guise d'encouragement de sa sobriété. Ainsi, au lieu d'utiliser la menace ou le contrôle, madame M. se sert de renforcements positifs dans le but d'encourager son conjoint à demeurer dans la bonne voie, soit l'abstinence.

Sentiment d'isolement

Tout au long des rencontres de groupe, une nette amélioration du sentiment d'isolement de la part de madame M. est observée. Elle sait maintenant s'entourer d'amis lorsqu'elle se sent seule. Elle affirme que cela est dû à l'exercice « Ce que j'ai négligé¹⁷ » vu lors de la cinquième rencontre de groupe. Elle s'est rapidement aperçue

¹⁷ Voir annexe 4 : Programme d'aide à l'entourage, cinquième rencontre.

que son réseau d'amis s'était grandement détérioré depuis l'apparition du problème et qu'il était essentiel de remédier à la situation.

Communication au sein du couple

Son conjoint et elle ont débuté des rencontres de couple afin d'améliorer la communication entre eux. Elle affirme qu'un des grands problèmes au sein de leur relation est la communication déficiente. Comme il était question plus tôt, un des impacts du problème de toxicomanie est la mauvaise communication dans le couple. Faire une démarche afin de régler ce problème est l'outil idéal afin de réapprendre à communiquer. Elle affirme que l'abstinence de son conjoint depuis cinq mois et les exercices de communication effectués lors des rencontres de groupe ont positivement influencé leur relation, qui est maintenant stable et agréable. Leur relation va de mieux en mieux de semaine en semaine. Ils font beaucoup d'efforts afin que leur relation s'améliore. Elle pense même retourner demeurer vivre avec lui comme auparavant.

Importance de prendre soin de soi

Le thème abordé lors de la cinquième semaine est l'importance de prendre soin de soi. La question lancée est : sur une échelle d'un à dix, quelle est l'importance de prendre soin de soi? Madame répond que prendre soin de soi est important à cent pour cent puisque cela est essentiel pour lâcher prise et penser à autre chose que le problème de l'autre. Enfin, il est primordial pour madame de prendre soin de soi, car elle a trois enfants à sa charge et elle doit avoir beaucoup d'énergie pour soutenir son conjoint.

La question suivante était : présentement, dans votre vie, à quel pourcentage prenez-vous soin de vous ? Madame M. affirme qu'elle s'occupe d'elle à quatre-vingts pour cent. Elle dit faire des activités qu'elle aime, dont s'occuper du Club des petits déjeuners et que cela fait en sorte qu'elle ne pense plus aux problèmes de la vie quotidienne. Un objectif qu'elle se donne pour les prochains mois est de prendre entièrement soin de soi en s'entourant de ses amis et en recommençant à faire des activités qui la rendent heureuse.

Post-test

Madame n'était pas présente lors de la passation du post-test¹⁸, par contre, une rencontre individuelle a été prévue afin de boucler les rencontres de groupe. Lors de cette rencontre, madame M. dénote une grande amélioration par rapport au sentiment d'isolement, elle dit se sentir moins seule en sachant que d'autres personnes vivent un problème semblable au sien. De plus, un échange de coordonnées avec les autres participantes a fait en sorte qu'elle se sente davantage soutenue.

En ce qui concerne l'écoute de ses besoins, madame M. a vu une nette amélioration. Elle affirme avoir pris conscience que s'occuper de soi produit une influence positive sur son humeur et ses comportements, donc sur ceux de son conjoint aussi.

¹⁸ Voir annexe 3 : post-test.

Pour ce qui est du degré de sa satisfaction conjugale, grâce aux thèmes comme le DESC, vus lors des rencontres au Virage, et de la thérapie de couple entreprise, leur relation conjugale va, à ses dires, de mieux en mieux.

Enfin, pour revenir aux objectifs de départ, il est clair pour la participante que ceux-ci ont été atteints. Grâce à l'exercice de la balance décisionnelle, elle comprend davantage les raisons de la consommation de son conjoint. Les bases de la communication et l'explication des comportements pouvant freiner la prise en charge du toxicomane lui ont donné des outils afin d'intervenir auprès de lui. La présence de plusieurs personnes vivant une situation semblable lui a permis de ventiler sur son vécu sans craindre le jugement. Finalement, en ne demeurant plus avec son conjoint, elle a pu se protéger émotionnellement du problème, objectif qui était atteint dès l'entrée en groupe.

3.2.3 Histoire de cas de madame L.

Besoins

Madame L. a fait une demande d'aide au Virage puisque son conjoint est en thérapie dans ce même centre. Lors des rencontres d'évaluation, les informations qui ressortent sont que madame est âgée de 47 ans et habite avec son conjoint et le fils de ce dernier. Elle est sans emploi, vient de se sortir d'une dépression majeure et prend toujours des antidépresseurs. Son conjoint consomme de la cocaïne et de l'alcool de façon excessive. Madame a un grand besoin de ventiler sur ce qu'elle vit et se présente aux rencontres extrêmement chargée émotionnellement. Ce qui lui pose problème est qu'elle se sent obligée de fournir de l'argent à son conjoint afin qu'il consomme. Elle

affirme ne plus être en mesure de vivre la présente situation, mais ne veut pas le quitter. Elle veut davantage d'outils avant d'en arriver à la dernière solution, le quitter.

Madame subit de la violence verbale de la part de son conjoint. Elle cherche à connaître les raisons la poussant à choisir des hommes qui ont des problèmes de consommation. Elle a perdu son emploi il y a quelques mois et cela l'affecte beaucoup. Elle vit beaucoup d'isolement puisqu'elle cache le problème à sa famille pour ne pas les inquiéter et n'a aucun ami à qui se confier. Son réseau social est donc extrêmement limité. Elle affirme avoir une amie, mais ne communique pas avec elle, car elle n'a rien à lui dire d'intéressant étant donné qu'il ne se passe rien de positif dans sa vie.

Madame L. semble être nerveuse et être dans un état dépressif majeur donc l'Inventaire d'Anxiété de Beck¹⁹ et le Questionnaire de Dépression de Beck²⁰ lui sont passés. La participante cote 40 à l'anxiété et 34 à la dépression, ce qui dénote une grande anxiété et un état dépressif majeur. Il semble important qu'elle entreprenne des démarches afin de se sortir de cet état. Elle affirme prendre des antidépresseurs, mais ils ne semblent pas être efficaces selon elle. Il est donc conseillé à madame d'aller consulter son psychiatre le plus rapidement possible afin de régler la situation. Madame s'est rapidement mise en action suite à ce conseil.

¹⁹ Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R.A. (1988). Traduit en français et validé par Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. Canada (1994).

²⁰ Beck et al.,(1961). Traduit en français et validé par Bourque, P., & Beaudette, D. (1982).

Objectifs :

- Être capable de se détacher émotionnellement du problème.
- Se trouver des outils afin de mieux intervenir auprès de son conjoint.
- Savoir comment survivre avec un individu toxicomane.

Rencontres d'évaluation

En ce qui concerne les rencontres d'évaluation de madame L., nous croyons important de mentionner qu'elle a dû bénéficier de quatre rencontres individuelles puisqu'elle semblait être en état de crise et avait un sérieux besoin de soutien. Lors de ces rencontres individuelles, étant donné que madame avait beaucoup moins d'outils que les autres membres du groupe, différentes théories lui ont été expliquées comme la balance décisionnelle et les comportements freinant la prise en charge du toxicomane afin qu'elle puisse progresser avant le début des rencontres de groupe.

Progression et cheminement

Dans cette section, la progression de madame face aux différents objectifs du programme sera explorée. Une attention particulière sera portée sur son fonctionnement au sein du groupe, sur l'utilisation des comportements pouvant maintenir la consommation, sur l'évolution du sentiment d'isolement, sur la communication au sein du couple et sur l'importance de prendre soin de soi. Exceptionnellement, puisque madame éprouve une certaine difficulté à établir ses limites, ce point sera ajouté à l'analyse.

Fonctionnement dans le groupe

Madame L. ressent un grand besoin de ventiler sur ce qu'elle vit. Lors de la présentation de chacun des membres du groupe, elle parle énormément de son conjoint et éprouve de la difficulté à se centrer sur elle-même. Elle aborde les agissements de son conjoint, ce qui nous pousse à intervenir régulièrement. Lors des premières rencontres de groupe, elle ne participe pas beaucoup aux discussions et aux remue-méninges, mais elle prend des notes. Toutefois, plus les rencontres avancent et plus elle prend part aux discussions, se sentant, à ses dires, moins timide et davantage à l'aise. Elle fait de bonnes interventions et donne des conseils aux autres participants.

Utilisation des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane

Le thème des comportements inhibant le processus de réadaptation interpelle la participante. Lors de la lecture du document « *Comportements de compensation que peut engendrer la consommation dans le système familial* », la participante comprend mieux ses agissements. Avant de connaître ces styles de comportements, madame affirme qu'elle était complètement dans l'ignorance. Elle semble bien les comprendre et dit en faire souvent l'usage. Un de ses objectifs à cibler sera donc de diminuer ses comportements pouvant freiner la prise en charge de son conjoint.

La participante ressent énormément de tension puisqu'elle doit prendre toutes les responsabilités sur ses épaules et n'a plus d'argent. Il est possible de remarquer que madame ne favorise pas la prise en charge de son conjoint puisqu'elle fait tout à sa place en s'occupant de son fils, de la maison et en payant pour lui. Dans la prochaine

semaine, madame L. devra responsabiliser son conjoint en lui laissant accomplir des tâches à la maison. Elle effectue le devoir en lui demandant de plier les vêtements et de laver la vaisselle. Elle se sent très satisfaite de cette situation puisque cela lui laisse le temps de prendre soin d'elle.

Elle s'aperçoit qu'elle utilise beaucoup les comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane comme la déresponsabilisation et le contrôle. Elle le déresponsabilise en payant pour lui et le contrôle en surveillant tous ses faits et gestes. Elle affirme que lorsqu'elle surveille sa consommation, son conjoint est porté à quitter la résidence pour aller consommer, ce qui accroît son insécurité. Nous tentons donc de l'amener à comprendre que de contrôler sa consommation peut être utilisé comme un prétexte à la colère de monsieur et justifier sa fuite. Elle semble saisir les raisons de ces agissements et veut cesser le contrôle.

Tout au long des rencontres, le devoir en lien avec la diminution des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane était de cesser de cacher la consommation de son conjoint à son entourage. Nous avons tout d'abord exploré les résistances à le faire. Madame nous mentionne qu'elle s'est déjà sentie jugée par sa sœur par le passé, ce qui freine sa volonté d'en parler. La participante a donc déjà vécu une mauvaise expérience et, involontairement, généralise la réaction de sa sœur. Arrêter de protéger l'autre fera en sorte qu'il devra prendre ses responsabilités et que le membre de l'entourage aura davantage de soutien de la part des autres. Ensuite, tenter de cesser d'utiliser le contrôle sur son conjoint est un objectif important à atteindre.

Sentiment d'isolement

Un des objectifs fixés par madame L. était de briser l'isolement. Au début des rencontres, elle disait que peu de gens étaient présents près d'elle afin de discuter de ses problèmes. Depuis l'apparition du problème de toxicomanie chez son conjoint, sa perte d'emploi et la dépression, son réseau social s'est considérablement effrité puisqu'elle éprouvait le sentiment de n'avoir rien de positif à leur apporter. Elle affirme ne plus avoir de réseau social puisqu'elle cache le problème à tout son entourage. Selon elle, il n'y a personne en qui elle peut avoir confiance. Il y a quelques mois, elle dit avoir parlé de ses problèmes conjugaux à ses sœurs et elle s'est sentie jugée. Cette mauvaise expérience semble avoir généré chez madame, une réticence à s'ouvrir à son entourage, pensant se faire juger. Donc la meilleure solution qu'elle envisagea fut de s'éloigner de sa famille. Lors des dernières rencontres de groupe, madame mentionne qu'elle a pris la décision de renouer les liens avec ses amis, puisqu'elle a reconnu l'importance d'être entourée lors de situations difficiles.

Madame L. affirme être à la dernière étape avant de se séparer de son conjoint. Elle souhaite ne plus payer pour lui et affirme que s'il ne se prend pas en main, elle le quittera. Elle ne veut toutefois pas le quitter maintenant, puisqu'elle affirme ne pas avoir de soutien ni d'amis qui pourraient l'aider dans sa démarche. Elle comprend que si elle veut effectuer un changement dans son couple, elle doit d'abord s'entourer de gens qui pourront la soutenir moralement.

Communication au sein du couple

Lors des rencontres, il est facile de s'apercevoir qu'au sein du couple, il existe une difficulté de communication. Elle mentionne qu'elle souhaite voir des changements de la part de son conjoint, mais elle n'en a jamais discuté avec lui. Lorsque la théorie du DESC est expliquée, madame comprend que cette technique permet de ne pas blâmer l'autre lors des discussions et elle souhaite en faire l'usage plus souvent.

Suite au thème de la communication, madame prend la décision d'établir ses limites et de faire des demandes claires de changement en disant : « J'accepte de t'accompagner chez tes amis à condition que tu ne consommes pas d'alcool ». Elle est fière d'elle puisqu'elle n'a jamais fait de telles demandes, par contre, lors de la soirée entre amis, monsieur consomme de l'alcool. Elle voit donc une claire amélioration quant à la fixation de ses limites, mais elle est déçue du déroulement des événements. La participante démontre une grande motivation et souhaite ardemment continuer à établir des limites claires

Importance de prendre soin de soi

Le thème abordé durant la cinquième semaine est l'importance de prendre soin de soi. La première question lancée est : sur une échelle d'un à dix, quelle est l'importance de prendre soin de soi ? Elle répond : « *une importance de 80% puisque selon elle, c'est impossible de prendre soin de soi à 100%, car il se peut que tu veuilles prendre soin de toi, mais que ce ne soit pas possible* ».

L'autre question posée était : présentement dans votre vie, à quel pourcentage prenez-vous soin de vous? Madame L. dit prendre soin de soi à 30%. Elle affirme qu'elle devrait faire de l'exercice physique et voir des amis, car cela lui manque énormément. Auparavant, c'étaient de bons moyens de se faire plaisir et présentement elle n'a plus de récompenses. Elle prend donc la résolution de penser davantage à son bien-être.

Lorsque nous abordons le thème « *prendre soin de soi* », il est essentiel de donner des devoirs afin d'arriver à l'appliquer dans la vie de tous les jours. Les devoirs que madame se donne sont d'aller se faire masser afin de se détendre et d'aller au cinéma. Tous ces devoirs en lien avec le bien-être de soi n'ont pas été effectués. Elle mentionne ne pas avoir une minute pour prendre soin d'elle puisque monsieur demande énormément de temps. Bien que nous tentons d'explorer les résistances au changement de madame, cette dernière continue de nous expliquer qu'elle n'a tout simplement pas eu le temps. Une intervention face à l'importance d'effectuer les devoirs est faite puisque cela lui permet de commencer à avoir de bonnes habitudes de vie, ce que madame accueille bien. De plus, cela fera en sorte que son conjoint se prendra davantage en charge.

Savoir établir ses limites

Un objectif fixé par madame était de savoir mettre ses limites auprès de son conjoint. À son avis, cela pourrait régler bien des problèmes dans leur couple. La participante a énormément de difficulté à refuser les demandes de celui-ci. Elle comprend, par l'explication des attitudes pouvant contribuer à mobiliser le toxicomane à

sa propre prise en charge, que de fixer ses limites clairement pourra grandement aider son conjoint. Elle devient de plus en plus rigide et ferme et cela donne de bons résultats. Elle a espoir que son conjoint puisse effectuer des changements malgré toutes ses promesses d'arrêt de consommation qu'il ne tient pas.

Puisque faire des demandes claires de changement n'a pas fonctionné dans son cas, lui fixer un ultimatum afin qu'il effectue des changements dans sa consommation s'avère un moyen efficace afin de lui faire prendre conscience des conséquences de sa consommation. Puisqu'il est important de ne rien annoncer qu'on ne sera pas capable de tenir, nous explorons avec la participante sa motivation et sa volonté de passer à l'action. Elle décide de dire à son conjoint qu'il devra quitter la maison s'il ne modifie pas sa consommation dans la semaine qui suit. Suite à cet ultimatum, monsieur ne cesse pas sa consommation et madame n'applique pas la conséquence prévue. Il est important lorsque la demande de changement est effectuée de respecter la conséquence afin que cela ait un impact.

Suite à cet évènement, les moyens envisageables afin de mieux vivre dans la situation sont abordés. Elle nous nomme des moyens tels que de cacher son argent pour ne pas lui en fournir et de quitter la maison quelques heures lorsqu'il lui en demande, car elle sait qu'elle cède facilement. La participante prend la décision que pendant qu'elle améliore l'affirmation de soi, elle utilisera les moyens décrits plus tôt afin de se protéger. Par la suite, elle saura comment établir, et surtout, respecter ses limites, donc elle n'aura plus le besoin d'utiliser la fuite.

Post-test

En ce qui concerne le sentiment d'isolement, madame L. n'a pas vu de changement au cours des rencontres de groupe. Elle s'est cependant fixé l'objectif de renouer les liens avec ses amis. Cela sera bénéfique puisqu'elle aura davantage de soutien. Madame prend davantage soin de ses besoins en diminuant les comportements pouvant freiner le processus de réadaptation du toxicomane et en se faisant plaisir de temps à autre.

En ce qui concerne les comportements à adopter face à son conjoint, elle affirme avoir appris de nouvelles manières d'agir comme le responsabiliser et communiquer davantage. Dans la partie du post-test, autonomie/croissance, il ressort que madame établit maintenant plus facilement ses limites et qu'elle s'est sentie utile pour le groupe.

En ce qui a trait à la satisfaction de sa relation avec son conjoint, madame dit avoir vu une amélioration en le responsabilisant davantage et cela leur évite bien des querelles. Elle n'est toutefois pas satisfaite à 100% et devra continuer de travailler de concert avec son conjoint afin d'améliorer leur relation conjugale.

Les objectifs fixés au départ ont, selon elle, été atteints. Elle dit avoir plus d'outils lui permettant de négocier avec la situation actuelle. Elle mentionne utiliser de plus en plus les comportements favorisant la prise en charge de son conjoint et cela l'aide à prendre une distance face au problème de consommation. En effet, elle se sent moins responsable de ses finances et de son état physique. Enfin, son dernier objectif était de savoir comment survivre dans une relation avec une personne toxicomane, elle affirme

qu'avec la mise en action de tous les thèmes vus durant les rencontres, elle pourra mieux vivre avec son conjoint. Par contre, cela n'est pas chose faite.

Elle croit toujours en la possibilité qu'il effectue des changements dans sa consommation. Elle affirme qu'elle subit toujours les conséquences de la consommation et qu'elle ne peut rien y faire. Un recadrage est effectué en lui disant qu'elle peut mettre ses limites et lui laisser vivre les conséquences de sa consommation. Elle dit avoir pris conscience qu'elle ne peut régler son problème de consommation pour lui, ce qui est un grand pas pour elle. Elle le responsabilise davantage qu'au début des rencontres. Madame dit se sentir toujours mieux chaque jour, elle a constaté une belle évolution s'effectuer chez-elle et se sent moins anxieuse qu'auparavant.

3.2.4 Histoire de cas de madame G.

Besoins

Lors de la rencontre d'évaluation des besoins, nous avons appris que madame est séparée depuis le mois de mai 2006 en raison de la consommation excessive d'alcool de son conjoint. Elle a pris la décision de vendre leur maison, leur auto et de séparer l'argent équitablement entre eux. Maintenant nous sommes en mars 2007 et madame souhaite retourner habiter avec lui, puisqu'elle vit la séparation difficilement. Elle affirme ne pas être capable de vivre seule et éprouve la peur de ne pas retrouver la relation saine qu'elle avait auparavant.

Elle est actuellement en relation avec cet homme et il serait abstinent. Elle vit donc beaucoup de frustration face au fait que l'alcoolisme de son mari ait bousillé sa vie de couple. Madame possède certains moyens pour pallier à la situation comme plusieurs passe-temps et un réseau familial solide (belle-sœur, fille et famille élargie). Elle assiste aux rencontres d'Al-Anon et cela l'aide énormément, puisqu'elle se reconnaît dans les témoignages des autres membres.

Ses objectifs pour le groupe :

- Ventiler sur ce qu'elle vit et entendre le vécu des autres participants.
- S'outiller pour mieux agir auprès de son conjoint, savoir quoi dire et quoi faire.
- Se construire un réseau social extérieur à sa famille.
- Être rassurée et validée quant à sa manière d'agir avec lui.

Progression et cheminement

Dans cette section, il sera question d'exposer et d'analyser le cheminement de madame au sein du groupe. En premier lieu, son fonctionnement dans un groupe sera étudié ainsi que l'emploi des comportements qui inhibent le processus de réadaptation du toxicomane. Ensuite, le sentiment d'isolement, la communication au sein du couple et l'importance de prendre soin de soi seront mis en relief.

Fonctionnement dans le groupe

Madame n'est pas très volubile durant les rencontres et elle semble davantage écouter les histoires des autres participants. Nous ne la sentons toutefois pas en retrait.

Utilisation des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane

En ce qui concerne les comportements de prise en charge, madame G. semble bien maîtriser ce concept. Elle ne déresponsabilise pas son partenaire et n'utilise plus le contrôle. Lors de l'explication des comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane, elle démontre une bonne compréhension et intervient souvent auprès des autres membres.

Sentiment d'isolement

Madame G. affirme ne pas être en mesure de révéler ses problèmes à sa famille et à son entourage puisqu'ils sont impliqués de près dans la situation et elle veut éviter le jugement de son conjoint. Lors de la première rencontre d'évaluation, elle disait vouloir élargir son cercle d'amis afin de pouvoir discuter de ses problèmes avec d'autres personnes que sa famille. Le groupe de discussion Al-Anon et le programme d'aide à l'entourage du Virage l'ont énormément aidé à s'ouvrir aux autres. Elle se sent beaucoup moins isolée face au problème de consommation de son mari. Madame affirme être soutenue lorsqu'elle est en présence de gens qui vivent une situation semblable à la sienne.

Communication au sein du couple

Plus les rencontres de groupe avancent et plus madame dit se sentir bien. Suite au thème de la communication, elle décide de discuter avec son conjoint du fait qu'elle consomme de l'alcool devant lui durant les moments passés ensemble. Elle a peur que cela l'incite à consommer. Cette discussion avec son conjoint semble lui faire réaliser

que le problème de consommation ne lui appartient pas et que s'il rechute, le seul responsable sera lui-même.

Dans le même ordre d'idées, madame G. se demande si d'interroger son ex-conjoint sur des aspects de sa vie privée peut faire en sorte qu'il ait le goût de consommer. Suite à ce questionnement, un membre du groupe, madame L., la recadre en lui disant que ce n'est ni elle ni les autres qui le feront consommer, mais seulement lui-même. Elle comprend alors qu'elle n'y ait pour rien dans la consommation de son mari.

Importance de prendre soin de soi

Le thème de la cinquième semaine est l'importance de prendre soin de soi. Une question posée était : quelle est l'importance de prendre soin de soi sur une échelle d'un à dix? Elle répond : « *chacun devrait prendre soin de soi à 100 %, soit le maximum puisque c'est cela qui fait en sorte que je me sens bien et qui me permet d'avancer* ».

L'autre question était : maintenant, à combien sur une échelle d'un à dix estimez-vous prendre soin de vous présentement ? Elle affirme qu'elle prend soin de soi à 50 %. Pour elle, c'est suffisant puisque procurer du bien aux autres lui procure autant de plaisir que si c'était à elle-même.

Le devoir de la semaine étant de faire une activité pour prendre soin de soi, elle se donne comme défi d'aller faire du vélo ou du patin à roues alignées afin de se détendre

et de penser à elle. Prendre soin de soi est alors un concept bien intégré chez madame G.

Post-test

Lors de la dernière rencontre de groupe, madame mentionne que tout s'est réglé avec son conjoint et que leur relation s'est nettement améliorée. Elle l'encourage de plus en plus dans son abstinence envers l'alcool. Elle n'hésite plus à aborder des sujets épineux avec lui puisqu'elle comprend que cela n'aura pas d'influence sur la possibilité d'une rechute. Elle se sent à l'aise dans la présente situation et souhaite vivre de nouveau avec lui. La satisfaction conjugale s'est donc vue augmenter par rapport à la première rencontre de groupe. De plus, on remarque que madame prend davantage soin d'elle-même.

Quant à ses objectifs personnels, elle affirme avoir pu ventiler sur ce qu'elle vit et que cela l'a énormément aidé à cheminer. L'objectif qui était de s'outiller afin de mieux agir auprès de son époux a été atteint grâce aux exercices de communication. En ce qui concerne la construction d'un réseau social autre que sa famille, elle affirme qu'elle se sent maintenant plus à l'aise de discuter de ses problèmes avec les autres. Madame conserve les coordonnées des membres du groupe afin de les revoir. Enfin, le dernier objectif qui était de se faire valider quant à sa façon d'agir avec son mari a été atteint. Madame sait maintenant qu'elle agit de la bonne manière et qu'elle n'est pas responsable des agissements de son conjoint.

3.3 Analyse des résultats du post-test

Afin de mieux comprendre l'impact que le programme d'aide à l'entourage a pu avoir sur les participantes, il paraît intéressant d'examiner les résultats du prétest²¹ et du post-test²² dans le but de mesurer les changements effectués et les apports du groupe. Donc aux fins de l'analyse, la compilation des résultats de chacune des questions a été faite. Les tendances observées pour chaque réponse des quatre participantes seront exposées dans les prochains paragraphes.

1. Dans quelle mesure vous sentez-vous isolé face au problème de toxicomanie?

En ce qui concerne la question de l'isolement, on remarque une diminution du sentiment d'isolement chez la plupart des répondantes. Trois femmes sur quatre disent ne plus être isolées du tout. En contrepartie, on remarque que madame L. n'a pas le sentiment d'être davantage entourée. On peut donc dire que le besoin de briser l'isolement a pu être comblé, soit par la présence des autres membres du groupe, soit par la participation aux différentes discussions concernant l'importance de s'entourer.

2. Dans quelle mesure estimez-vous recevoir du soutien de la part de votre entourage?

Toujours dans le même ordre d'idées, le besoin de recevoir du soutien de la part de l'entourage est directement en lien avec le sentiment d'isolement discuté plus tôt. De ce fait, les réponses à cette question ressemblent sensiblement à celle de la question précédente. On dénote donc une hausse de soutien chez 75% des répondantes. Cette hausse peut s'expliquer par le fait que l'individu est sorti de sa coquille et a décidé de

²¹ Voir annexe 2 : prétest.

²² Voir annexe 3 : post-test.

briser l'isolement. Cela a pour conséquence de mettre au courant certaines personnes de l'entourage de la situation que peut vivre le proche, et ainsi, faire en sorte que ceux-ci leur apportent leur soutien.

3. Dans quelle mesure vous sentez-vous maintenant informé au sujet des toxicomanies?

Lors du pré-test, il a été possible de s'apercevoir que la connaissance des différentes toxicomanies ne se retrouvait pas dans les besoins les plus pressants à combler. Les participantes semblaient s'y connaître en matière de toxicomanie. Par contre, ce qui ressort du post-test est que la séance d'informations donnée lors de la première rencontre de groupe a su les informer davantage à ce sujet. Tous les membres de l'entourage mentionnent avoir une connaissance parfaite des toxicomanies et même que certains laissaient une note en disant : « *je m'y connais plus qu'avant* ». On peut donc comprendre que l'approfondissement de ces connaissances demeure essentiel à un programme d'aide à l'entourage.

4. Dans quelle mesure considérez-vous prendre soin de vous? De quelle façon?

La majeure partie des participantes disent prendre davantage soin d'elles qu'auparavant. Les façons de prendre soin de soi les plus nommées sont de s'offrir un bon souper au restaurant, de prendre un bain et d'aller voir des amis. Une seule personne, madame N., dit ne pas avoir effectué de changements majeurs dans ses habitudes de vie.

5. Dans quelle mesure considérez-vous avoir appris de nouvelles façons de faire et d'agir avec la personne qui présente un problème de consommation?

La thématique des comportements favorisant la prise en charge du toxicomane était présente à chaque rencontre. On peut donc voir que cela a eu un impact considérable sur les comportements des clientes. Toutes les participantes ont pu remarquer une hausse de leurs comportements favorisant cette prise en charge. Elles ont donc vu diminuer leurs comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane.

6. Questions concernant le volet autonomie et croissance personnelle

Le volet autonomie et croissance personnelle a été un succès puisque pour chacune des questions, les participantes ont répondu que depuis leur participation au groupe, leurs besoins et leurs attentes se sont précisés, elles respectent davantage leurs limites, elles sont plus aptes à affronter la réalité et elles se sont toutes senties utiles pour le groupe. Il semble donc que le groupe ait eu un impact positif sur leur autonomie et leur croissance personnelle.

7. Estimez-vous avoir vu un changement dans votre relation avec la personne dépendante tout au long des rencontres?

Sans exception, tous les membres du groupe ont vu une amélioration dans la relation avec la personne dépendante. Les participantes disent s'affirmer davantage auprès du toxicomane, imposent des limites claires, le responsabilisent davantage et remarquent une amélioration de la communication, plus particulièrement au sein du couple ou de la famille.

8. Quel est le degré de satisfaction de la relation actuelle entre la personne dépendante et vous?

Malgré l'amélioration de la relation entre la personne ayant un problème de consommation et le membre de l'entourage, les réponses au questionnaire font ressortir que cette relation n'est pas encore satisfaisante. Il appert que l'atteinte de la satisfaction conjugale est un objectif qui s'atteint à long terme et en couple. Par contre, on peut remarquer une progression de celle-ci et non pas une régression, ce qui démontre que les rencontres ont tout de même été bénéfiques.

9. Considérez-vous avoir besoin de soutien dans d'autres domaines de votre vie?

À la suite des six rencontres, une seule personne, madame L., comme lors du prétest, mentionne avoir des besoins dans un autre domaine de sa vie, soit d'obtenir l'aide d'un psychologue.

10. Vos objectifs ont-ils été atteints en participant à ce groupe de thérapie?

En ce qui concerne les objectifs fixés au départ par les participantes, ceux-ci ont été atteints en majorité. De plus, parfois, les objectifs de départ se sont transformés au fur et à mesure des prises de conscience effectuées dans le groupe. Il semble qu'elles aient reçu des outils d'intervention pour mieux vivre avec la situation. La balance décisionnelle, la théorie de l'iceberg et les comportements inhibant le processus de réadaptation du toxicomane sont des sujets qui ressortent comme étant aidants en ce qui a trait à l'atteinte de ces buts.

11. Quel est votre degré de satisfaction face aux différents éléments vus durant les rencontres de groupe?

La plupart des participantes disent être très satisfaites des thèmes vus durant les rencontres. Par contre, une participante croit que davantage de matière aurait été une avenue intéressante. Madame L. affirme qu'elle aurait voulu mieux comprendre ce qu'était la projection. L'option d'intégrer un plus grand nombre de théories doit alors être explorée, mais pour cela, plus de rencontres devront être prévues, ce qui n'était pas possible dans le milieu de stage.

12. Quels sont les points forts des rencontres?

Les points forts des rencontres sont les échanges d'idées entre les participants, les différents thèmes expliqués, les stratégies d'intervention et les façons de faire face au problème.

13. Quels seraient les points à améliorer en ce qui concerne les théories vues lors de nos rencontres de groupe?

Ce qui a semblé déranger l'ensemble des membres du groupe est premièrement l'insuffisance de participants, due à l'attrition. Ensuite, la différence entre les problématiques de consommation et du lien vécues par les proches a déplu à certaines participantes. En effet, quelques participantes auraient cru bon que le groupe soit composé d'un ensemble homogène de conjointes de toxicomanes d'une même substance. Elles ne souhaitaient donc pas que les problématiques soient mélangées. Nous avons donc dû expliquer que peu importe la forme de dépendance, les émotions ressenties par le membre de l'entourage subissant les répercussions de la dépendance de l'autre demeurent semblables.

14. L'intervenante a-t-elle été capable de répondre à vos besoins ? Si oui, comment ?

Les réponses à cette question sont unanimes, l'animatrice a su faire preuve d'écoute, a su apporter des thèmes utiles pour le groupe et a amené des pistes de réflexion intéressantes.

La compilation des résultats du post-test démontre clairement que le programme d'aide à l'entourage a su cibler les besoins des proches et ainsi, faire en sorte que les interventions en lien avec ceux-ci aient considérablement aidé les participantes à modifier leurs comportements et à mieux vivre avec le toxicomane.

Quatrième chapitre

Discussion

Le dernier chapitre de ce rapport se subdivise en trois parties. Dans la première partie, les implications théoriques de la présente étude sont discutées. La deuxième partie traite des impacts de ce programme sur les membres de l'entourage. Finalement, la troisième partie aborde les limites méthodologiques relatives à l'étude présentée dans le cadre de ce rapport.

4.1 Implications théoriques

À la lumière des informations exposées précédemment dans ce présent rapport de stage, il est possible de conclure qu'un problème de toxicomanie se répercute bel et bien sur l'ensemble des sphères de l'individu et évidemment, sur les gens qui le côtoient. Le but premier de l'instauration d'un tel programme était de cibler les besoins des membres de l'entourage par le biais des rencontres d'évaluation et par le questionnaire des besoins d'un proche²³. De plus, un autre objectif était, de par la connaissance de leurs besoins, d'aider les membres de l'entourage à mieux vivre avec le problème de toxicomanie d'un proche en intervenant auprès de ces besoins. Enfin, le but ultime était de connaître les impacts de ce programme sur leur cheminement et sur leur bien-être personnel.

²³ Voir annexe 1 : Évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage.

Ce programme, destiné aux membres de l'entourage de toxicomanes, fut basé sur les différents modèles d'intervention répertoriés. Il visait donc à connaître et à cibler les besoins des proches dans le but d'intervenir auprès d'eux.

Impacts de la consommation sur la famille et le couple

Comme vu plus tôt, les membres de l'entourage vivent les répercussions de la consommation abusive d'un proche. Cette dernière influe sur la communication, l'aspect monétaire et sur le sentiment de confiance. Il a donc été possible de remarquer que les impacts de la consommation, répertoriés dans le contexte théorique, ont aussi pu être observés dans les quatre études de cas.

La communication

Par les quatre études de cas, il a été possible de confirmer les multiples études corrélationnelles démontrant qu'un couple confronté à d'importants problèmes d'alcool voit la satisfaction de sa relation conjugale ou familiale diminuer (Dumka & Roosa, 1995; Dumka & Roosa, 1993; Leonard & Roberts, 1998; Leonard & Senchak, 1993). En effet, cette baisse de satisfaction est souvent causée par les impacts de la consommation. Parmi ces impacts, il ressort de l'analyse des histoires de cas que la communication s'avère ardue puisqu'elle découle du fait que leur niveau de comportements négatifs soit élevé (Marshal, 2003). Par l'histoire de madame N. on peut remarquer que l'utilisation de la communication ne sert qu'à blâmer son fils : « Elle affirme qu'auparavant, elle ne lui parlait que pour le blâmer, ce qui faisait en sorte qu'il se détachait d'elle ». Le blâme est donc souvent employé puisque les comportements de son fils sont négatifs. Il appert alors que les seuls moments de discussion présents

au sein de la famille sont axés sur la négativité. De ce fait, la communication est atteinte.

La confiance

Il a aussi été possible d'observer que la confiance envers l'individu toxicomane se voit briser dans de telles relations, étant donné le contexte de méfiance que la consommation entraîne (Suissa, 2005). Suite à cette diminution de la confiance, un sentiment d'abandon se fait ressentir par le proche, car le consommateur abusif est davantage porté à consommer seul ou en cachette. L'histoire de madame L. confirme bien cette perte de confiance et ce sentiment d'abandon puisqu'elle affirme que, lorsqu'elle surveille sa consommation, son conjoint est porté à quitter la résidence pour aller consommer, ce qui fait accroître son insécurité. Le conjoint, lorsqu'il voit sa femme surveiller sa consommation, est davantage porté à se cacher pour consommer. De ce fait, le toxicomane cache fréquemment sa consommation afin de ne pas éveiller de soupçons. En ayant l'impression de ne plus avoir le contrôle, le membre de l'entourage sera dans un constant état de méfiance, ce qui entraînera une diminution de la confiance en l'autre. C'est exactement ce que madame L. démontre. Donc la perte de confiance en l'autre aura pour conséquences de provoquer de l'insécurité et un sentiment d'abandon chez le proche.

Aspect monétaire

Enfin, les problèmes financiers font leur apparition puisque l'argent familial sert maintenant à payer la consommation. Tout au long de l'analyse des histoires de cas, il a été possible de s'apercevoir que les membres de l'entourage ont souvent l'habitude

de déresponsabiliser le toxicomane. Payer leur consommation et leur fournir de l'argent font donc partie de la déresponsabilisation. Les problèmes financiers liés à la consommation ont pu être confirmés par trois des quatre différentes histoires de cas. Voici ce que chacune des trois participantes affirme en ce qui concerne le contexte monétaire :

Madame N. dit : « Je paie sa médication, sa consommation et son loyer ».

Madame M. dit : « Je ne le protège plus, le responsabilise, ne le contrôle pas et ne paie plus pour lui ».

Madame L. affirme : « Ce qui me pose problème c'est que je me sens obligée de fournir de l'argent à mon conjoint afin qu'il consomme ».

Pour chacune des trois femmes, il ressort que lors d'une relation avec un toxicomane, il est fréquent que la question des finances soit abordée. Les proches se croient souvent obligés de payer pour l'autre afin de l'aider à se sortir de l'enfer de la drogue et cela cause souvent des ennuis financiers au sein du couple ou de la famille. Il est alors important pour le membre de l'entourage, de se protéger financièrement afin de ne pas subir les contrecoups de la consommation de l'autre.

Caractéristiques des membres de l'entourage

Toujours par les différentes études de cas, les caractéristiques des membres de l'entourage décrits plus tôt ont pu être démontrées. Les caractéristiques présentes dans le contexte théorique se sont avérées être semblables à celles de notre échantillon du groupe de thérapie. Ces particularités sont l'utilisation de la minimisation, du contrôle, de la protection, de la complicité et de la responsabilisation (McCrary, 1986). Chaque

membre du groupe a démontré que les comportements caractéristiques des membres de l'entourage d'un toxicomane étaient bel et bien réels.

Premièrement, en ce qui concerne le comportement de minimisation, il n'a pas été possible par les quatre études de cas de répertorier des exemples précis. Il est par contre intéressant de savoir que la minimisation est souvent employée lorsque le membre de l'entourage découvre le problème de consommation de l'autre. Les membres présents au sein du programme n'étaient donc plus au stade de la minimisation du problème puisqu'ils en reconnaissaient l'ampleur.

En ce qui a trait à l'utilisation du contrôle, trois des quatre participantes ont pu démontrer sa présence au sein de la relation. En voici des exemples :

Madame N. dit : « Je veux avoir le contrôle sur mon garçon afin qu'il ne consomme plus ».

Madame G. affirme : « Je ne déresponsabilise plus mon partenaire et n'utilise plus le contrôle ».

Madame L. dit : « Je le contrôle constamment en surveillant sa consommation ».

Il en ressort que la majorité des membres de l'entourage emploie le contrôle afin d'être aux premières loges de la situation et d'aider le toxicomane à se sortir du problème. Comme vu plus tôt, cette utilisation du contrôle fait souvent l'effet inverse, c'est-à-dire qu'il tend à maintenir la consommation.

Troisièmement, la protection, étant de cacher les conséquences de la consommation aux autres membres de l'entourage, se traduit souvent par l'isolement du proche. Voici des exemples de deux participantes :

Madame G. affirme : « Je ne suis pas en mesure de tout dire à ma famille et à mon entourage sur la situation présente puisqu'ils sont impliqués de près dans la situation et je ne veux pas qu'il juge mon mari. »

Madame L. dit : « Je n'ai plus de réseau social puisque je cache le problème à l'ensemble de mon entourage ».

Il est donc fréquent que les proches d'un toxicomane s'isolent afin de protéger l'autre.

Enfin, il a été possible d'observer différents comportements d'hyper responsabilisation dans chacune des quatre études de cas. En voici des exemples :

Madame N. affirme : « Je m'occupe de l'appartement de mon fils, j'y fais le ménage et paie son logement chaque mois ».

Madame M. dit : « Je ne le protège plus, le responsabilise davantage, ne le contrôle pas et ne paie plus pour lui ».

Madame L. dit : « Je me sens très stressée puisque je dois prendre toutes les responsabilités sur mes épaules et je n'ai plus d'argent ».

Madame G. affirme : « Je ne déresponsabilise plus mon partenaire et n'utilise plus le contrôle ».

Tous ces exemples confirment que la déresponsabilisation de l'autre est fréquemment utilisée par les membres de l'entourage d'un toxicomane.

C'est donc pour aider l'autre que l'entourage adopte des comportements, qui, d'une façon directe ou indirecte, supportent ou facilitent la consommation au lieu de l'arrêter, comme étant l'intention du proche. Ces comportements, souvent utilisés par les personnes souffrant de codépendance, ont été remarqués chez la plupart des membres du groupe.

4.2 Impacts d'un programme d'aide à l'entourage sur les participants

Afin de mettre sur pieds le présent programme, un questionnaire d'évaluation des besoins fût passé à tous les candidats dans le but de cibler les objectifs recherchés par ces derniers en s'investissant dans un tel programme. Les différents thèmes exposés durant les rencontres de groupe étaient alors en lien avec les six besoins ciblés. Ces derniers étaient alors de comprendre le problème de toxicomanie, d'augmenter sa capacité d'introspection, de briser l'isolement vécu, de savoir fixer ses limites, d'améliorer la communication au sein du couple ou de la famille et de favoriser la propre prise en charge du toxicomane.

Suite à l'analyse des quatre histoires de cas, il est possible de conclure que tous ces concepts visant leurs besoins ont produit un impact sur le bien-être et le cheminement des participantes. En premier lieu, malgré que les participantes affirmaient être bien informées au sujet des toxicomanies, les différentes explications du problème et de ses effets ont semblé leur apporter une meilleure compréhension.

En effet, ils ont pu mieux connaître les avantages et les conséquences de la consommation du point de vue du consommateur abusif. De plus, la connaissance des effets des différentes drogues paraît les avoir aidées à cerner les signes d'intoxication du toxicomane. Il en ressort donc des analyses que d'obtenir des informations complémentaires était approprié.

En ce qui concerne le besoin d'améliorer leur capacité d'introspection, il semble que les différentes interventions visant à se recentrer sur soi faites durant les rencontres ont fait prendre conscience aux participantes que ce qui prime lors des rencontres de groupe est de régler leurs propres problèmes et non ceux de l'autre. Ce besoin, élaboré par Beattie (1982), paraît avoir été atteint par les rencontres de groupe. Cette augmentation de la capacité d'introspection fait en sorte que le membre de l'entourage peut davantage se concentrer sur ses besoins personnels.

Le troisième besoin ciblé était de briser l'isolement dû à l'étiquetage vécu par le proche (Conrad & Schneider, 1992). De ce fait, leur seule présence dans un tel programme semble avoir amené le membre de l'entourage à se sentir soutenu, donc moins isolé. Des liens amicaux entre les participantes ont pu être créés lors des rencontres de groupe et l'accent mis sur l'importance de s'entourer les a sensibilisées à l'importance d'élargir leur réseau social. C'est en observant un tel cheminement que la nécessité d'instaurer un programme de soutien aux membres de l'entourage prend tout son sens.

La capacité de fixer ses limites est un besoin qui a été ciblé par Ladouceur (2006). Comme il était question plus tôt, il est difficile pour le membre de l'entourage d'établir des limites claires face au toxicomane. Sa volonté de lui venir en aide peut interférer dans l'établissement de ses limites. Faire des demandes claires de changement a pu les aider à fixer leurs limites en imposant des conséquences si le changement n'est pas effectué.

Stanton, Todd et ses collaborateurs (1982) ont démontré qu'un des besoins des membres de l'entourage est d'améliorer leurs habiletés de communication. Comme il était mentionné plus tôt, les difficultés de communication viennent du fait que les comportements négatifs au sein de la relation soient présents en grand nombre et que les stratégies de résolution de problèmes soient absentes. De ce fait, il semble que les stratégies de résolution de conflit exposées durant les rencontres aient aidé les participants à communiquer plus efficacement sans utiliser le blâme.

C'est grâce à Nathan Ackermann et Carl Whitaker qu'on remarqua qu'un changement chez un membre de la famille pouvait avoir un impact sur les autres membres. C'est en se basant sur ce fait que l'hypothèse qu'un changement de comportement chez un membre de l'entourage pouvait avoir des incidences positives sur la prise en charge du toxicomane se confirma. En se fiant à l'ensemble des résultats du prétest et post-test, il est possible de conclure que l'instauration d'un tel programme venant en aide aux membres de l'entourage a eu un impact positif sur des besoins concrets.

Les participantes du groupe, lors de leur arrivée, semblaient être dans une profonde détresse et cherchaient à retrouver le pouvoir sur leur vie. Le groupe semble donc leur avoir permis de ventiler sur leur vécu quotidien tout en apprenant de nouvelles façons de vivre dans la situation actuelle. Des outils leur ont donc été fournis afin de favoriser la prise en charge du toxicomane, ce qui peut influencer la vision du proche de la charge des problèmes de l'autre.

4.3 Limites de l'étude

Évidemment, l'instauration d'un tel programme d'aide n'est pas sans limites. Il n'est pas facile d'avoir un contrôle sur les participants ni sur le déroulement des rencontres. De ce fait, cinq limites de l'étude seront exposées dans les prochains paragraphes.

Premièrement, étant donné que seulement quatre personnes ont été sondées, cette démarche s'avère donc exploratoire et demande une plus grande investigation dans le cadre de recherches futures. Dans le cas présent, seulement les membres de l'entourage de toxicomanes déjà en thérapie au centre le Virage étaient admis au groupe ce qui a restreint le nombre de participants. De plus, le fait que nous n'ayons aucun contrôle sur l'attrition des membres du groupe a influencé le nombre de participants. Il sera donc intéressant, pour de futures recherches, que le bassin de participants soit amplifié afin de cerner plus précisément les impacts d'un tel programme sur les membres de l'entourage et de compenser le phénomène de l'attrition. D'ailleurs, nous sommes d'avis que ce phénomène dans le cadre d'une thérapie mérite d'être davantage expliqué.

Dans le cadre de l'instauration du présent programme dans le milieu de stage, un certain phénomène est apparu au sein de la clientèle, soit celui de l'attrition. Il va sans dire que nous n'avions pas prévu cette baisse de la clientèle par abandon. Comme nous avons élaboré le présent programme en mettant en avant plan le concept codépendance, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'abandon du proche en cours de programme peut être relié, en partie, à l'influence du comportement du toxicomane dans sa propre prise en charge. Dans le passé, plusieurs recherches ont eu pour but de vérifier quelles étaient les motivations et les raisons invoquées par les clients toxicomanes investis dans une thérapie qui mettaient fin au traitement de façon précoce (Pekarik, 1992 ; Hynan, 1990). Les résultats de ces recherches concluaient vers trois facteurs, qui, de façon répétée, ont été invoqués par les clients: l'amélioration de leur situation, l'insatisfaction à l'égard des services offerts et l'éloignement géographique (Pekarik, 1992). Des résultats préliminaires comparables ont été obtenus à Domrémy-Montréal dans une étude subventionnée par le Programme National de Recherche et de Développement en matière de Santé (PNRDS) (Brochu, Landry, Bergeron, & Chiochio, 1995). Les principaux motifs d'abandon identifiés dans cette recherche auprès des alcooliques et toxicomanes sont les suivants: amélioration de leur situation, rechute, le choix d'une autre forme de traitement, insatisfaction à l'égard du thérapeute ("pas un ex-toxicomane", "trop jeune", "pas assez actif", "fait des recommandations avec lesquelles le client n'est pas en accord", etc.), l'éloignement géographique (déménagement ailleurs), période trop longue sur la liste d'attente. En nous basant donc sur les possibles raisons d'abandon des toxicomanes en thérapie, nous pouvons postuler que celles-ci influent sur la décision du membre de l'entourage à continuer le programme. Dans le cadre du présent programme, malgré plusieurs essais

infructueux à rejoindre les personnes ayant abandonné le programme, nous n'avons eu aucune réponse.

Ensuite, la diversité des sexes, n'étant pas présente au sein du groupe puisque toutes les participantes étaient des femmes, n'a pas pu démontrer une différence ou une ressemblance quant au lien avec le toxicomane. De plus, une opinion masculine lors des discussions aurait certainement été intéressante puisque toutes les participantes avaient autour d'elles un homme ayant un problème de consommation. Étant donné que les manières d'agir des hommes et des femmes diffèrent, une présence masculine aurait pu être bénéfique.

En troisième lieu, il aurait été intéressant de retrouver davantage de parents de toxicomanes afin de permettre à chacun des membres de s'associer à une autre participante. Pour ce qui est du groupe dans lequel les échantillons ont été prélevés, seulement un parent de toxicomanes était présent tandis que tous les autres membres entretenaient un lien marital. Il a donc été difficile pour cette femme de s'associer au vécu d'un autre membre du groupe.

Une autre limite à cette étude est le manque de contrôle sur les absences durant les six rencontres. C'est donc dû à plusieurs absences que le nombre d'histoires de cas fut diminué. Il aurait été intéressant que la quantité de cas soit plus élevée afin d'obtenir un éventail plus large de résultats. Toutefois, notre impossibilité d'ouvrir un autre groupe de thérapie, le temps nous manquant, a rendu le tout difficile.

Enfin, la dernière limite associée à cette étude est d'avoir offert un nombre restreint de rencontres de groupe et l'impossibilité d'offrir la modalité de rencontres individuelles. En effet, le milieu de stage ne nous autorisait pas à faire plus de six rencontres. Le nombre de rencontres qui était donc limité a eu pour effet d'augmenter le rythme de l'élaboration et des discussions sur les différentes théories. Probablement que si le temps alloué à chacun des thèmes avait été plus élevé, leur intégration aurait été plus facile. Aussi, l'accueil et l'exploration des résistances à adopter de nouvelles conduites auraient pu être davantage présents lors des rencontres. Cela aurait possiblement eu comme effet de diminuer les risques que les participants se sentent en situation d'échec et pu les aider à persévérer dans la modification de leurs comportements. De plus, d'autres thèmes importants comme la projection et l'estime de soi auraient pu être exposés afin de cibler en profondeur les besoins des proches. Toutefois, en raison du facteur temps, nous avons dû faire des choix, ce qui a entraîné l'abandon de certains thèmes. Par ailleurs, il aurait été intéressant, voire important, d'offrir un service individualisé à la clientèle membre de l'entourage. Toutefois, dans le cadre du stage, nous n'étions pas autorisée à offrir cela. Cette modalité d'intervention avait d'ailleurs été demandée par une participante.

Conclusion

Lors de cette étude exploratoire d'intervention sur les membres de l'entourage de toxicomanes déjà en traitement, nous avons rencontré des gens ayant un immense besoin d'aide et particulièrement isolés dans leur souffrance. Le présent rapport avait pour objectif premier d'implanter un programme venant en aide aux membres de l'entourage et d'évaluer si son instauration était pertinente au Centre de réadaptation en dépendance, Le Virage. Un autre but visé de ce programme était de comprendre les besoins et les caractéristiques des participants vivant les répercussions négatives de la consommation d'un proche et tenter d'intervenir auprès d'eux. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser différents modèles d'intervention afin d'arriver à cibler l'ensemble des besoins des participants. Malgré que nous ayons majoritairement employé le modèle de la codépendance de Beattie (1982), nous avons inclus le modèle d'intervention Pressure to Change de Barber et Crisp (1995) puisque l'angle d'attaque de l'implantation d'un programme d'aide à l'entourage était entre autres d'amener le participant à mieux vivre avec le problème de l'autre, ce qui est l'objectif premier de ce modèle. Ensuite, le modèle CRAFT inspiré par le modèle de l'entretien motivationnel de William Miller a été utilisé puisque son but premier est d'améliorer le bien-être du proche, ce que nous recherchions à atteindre. Finalement, celui de la thérapie familiale unilatérale de Thomas et Ager (1993) fut mis de l'avant puisque nous voulions renforcer les comportements désirés chez le toxicomane, but visé par ce modèle.

Considérant le nombre restreint d'études de cas dû, entre autres, au phénomène de l'attrition, nous n'avons pu en arriver à une conclusion précise. Toutefois, par l'étude et l'analyse de ces quatre histoires de cas réelles, nous avons pu observer qu'un programme d'aide à l'entourage pouvait avoir un impact considérable sur ses participants. Évidemment, il est difficile de nous prononcer sans l'ombre d'un doute qu'un tel programme soit nécessaire à implanter. Néanmoins, un besoin est bel et bien présent dans les centres de réadaptation en dépendance. D'ailleurs, plusieurs demandes de membres de l'entourage faisaient partie d'une longue liste d'attente à notre départ de la ressource.

À la lumière des résultats de l'analyse, nous pouvons confirmer que le présent programme implanté a produit un impact non négligeable sur les objectifs ciblés par les participants. Tout d'abord, il a su faire augmenter le bien-être des individus au sein d'une relation avec un toxicomane. En effet, nous avons pu observer une amélioration générale de leur capacité de communication, de l'établissement de leurs limites, de l'importance de prendre soin de leurs besoins et une amélioration dans l'utilisation des comportements freinant le processus de réadaptation du toxicomane. Il a aussi été possible de conclure que le changement de comportement d'un proche avait une influence positive sur le toxicomane, qui est davantage porté à se prendre en charge. Nous réitérons toutefois que, faute de temps, il nous a été impossible d'aller sonder chez les participantes, à long terme, les effets de la modification de leurs comportements à long terme sur le toxicomane en tant que tel.

Il en ressort donc que l'instauration d'un tel programme venant en aide aux membres de l'entourage de personnes dépendantes est fondée et importante au sein de la société actuelle. La promotion de tels services destinés aux proches devrait être beaucoup plus présente puisqu'il est clair que la demande est palpable et que les ressources sont encore méconnues.

Avec un regard critique et davantage d'expérience, certains aspects auraient été différents lors de l'implantation de ce programme. Alors si ce stage était à refaire, il est clair que l'étude serait davantage poussée. En premier lieu, nous aurions tenu compte du phénomène de l'attrition, donc prévu le taux d'abandon et d'absentéisme afin d'éviter de nous retrouver avec un mince nombre d'études de cas.

Par ailleurs, dans l'optique d'impliquer plus officiellement les participants, un plan d'intervention individualisé aurait été élaboré pour chacun d'eux. Cela aurait eu comme visée de déterminer les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser, les services offerts en collaboration avec d'autres instances et la durée prévisible des services. Nous aurions donc prévu davantage de rencontres individuelles avec le membre de l'entourage lors de leur demande de service afin d'élaborer ce plan. Le participant aurait alors pu avoir un plan concret de changement, ce qui l'aurait probablement davantage incité à s'impliquer dans l'atteinte de ses objectifs.

Il aurait été aussi intéressant de pousser l'étude un peu plus loin en allant sonder les impacts des changements de comportement du membre de l'entourage sur la personne toxicomane, et ce, à long terme. Nous aurions donc rencontré la personne

dépendante afin d'obtenir ses observations des comportements de leur proche. Pour ce faire, un nombre plus élevé de participants aurait été nécessaire, de même qu'une présence plus longue dans le milieu de stage.

Enfin, si notre milieu de stage l'avait permis, la possibilité d'offrir le programme en individuel aurait été pertinente. Rappelons que quelques participantes auraient préféré cette modalité de rencontre au lieu du groupe. De ce fait, l'établissement d'un programme d'aide à l'entourage ne peut s'appuyer sur une seule modalité de services.

Puisque nous savons qu'un problème de toxicomanie d'un individu peut mener à la criminalité et que l'implication d'un membre de l'entourage dans le processus de réadaptation du toxicomane produit un impact positif sur sa prise en charge, instaurer des programmes d'aide à l'entourage dans les centres de réadaptation en dépendance devient un outil de prévention de la criminalité important. En ce sens, nous suggérons donc que de tels services soient implantés dans l'ensemble des centres de réadaptation en toxicomanie.

Références

Al-Anon. (1998). Comment Al-Anon œuvre pour les familles et les amis des alcooliques. Virginia Beach, Virginia: *Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.*

Al-Anon. (2004). *Media Interview Questions*. Virginia, USA, Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. Document consulté le 2 décembre 2011 de <http://www.al-anon.alateen.org/pdf/mediatikit/mkhistory.pdf>

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Les services à l'entourage de personnes dépendantes. Guide de pratique et offre de services de base (2011). 58 pages. Document consulté le 4 octobre 2011 de <http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc398.pdf>

Ausloos, G. (1982). *La compétence des familles*. Ramonville (France). Ères, 174 pages.

Barber, J.G. & Crisp, B.R. (1995). The «pressures to change» approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90, pp. 269-276.

Barber, J.G. & Gilbertson, R. (1997b). Unilateral interventions for women living with heavy drinkers. *Social Work*, 42, pp. 69-78.

Beattie M. (1982). *Vaincre la codépendance*. Montréal, Sciences et Culture, 303 pages.

Beattie M. (1995). *Au-delà de la codépendance*. Montréal, Sciences et Culture.

Benishek, L.A, Kirby, K.C., & Legget-Dugosh, K (2011). «Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one», dans *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, mars 2011, 37(2), pp. 82-88.

Borgia, D. (2002). *Codépendance, vision québécoise*. Document consulté le 9 novembre 2011 de <http://cafat.qc.ca/telechargement/codependance>

Brisson, P. (2001). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. 3. Éditions Gaëtan Morin, Montréal, Paris, pp. 266-273.

Brochu, S. (2010). Drogues et crimes. Article publié sur [criminologie.com](http://www.criminologie.com). Document consulté le 12 novembre 2011 de <http://www.criminologie.com/print/300>

Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., & Chiocchio, F. (1995). *Rapport de recherche sur l'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal*. Rapport présenté à Santé Canada, dans

le cadre du Programme National de Recherche et de Développement en matière de Santé (PNRDS), mars 1995 (105 pages).

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Boutin, C., & Ladouceur, R. (2005). *Y a-t-il un joueur dans votre entourage?* Les éditions de l'homme. 166 pages.

Bower, S., & Bower, G. (2004). *Asserting Yourself : A Practical Guide for Positive Change*. Da Capo Press.

Chayer Gélinau, P., & Moreau, F. (1998). *Guérir d'un parent alcoolique*. Ottawa, Novalis.

Conrad, P., & Schneider, J. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, (3e éd). Philadelphie: Temple University Press.

Daley, D.C., & Raskin, M. (Eds.). (1991). *Treating the Chemically Dependent and Their Families*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Desrosiers, P., & Jacques, C. (2009). Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. *Guide de bonnes pratiques et offres de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

Dumka, L., & Roosa, M. W. (1995). The role of stress and family relationship in mediating problem drinking and fathers' personal adjustment. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, pp. 528-537.

Dumka, L., & Roosa, M. W. (1993). Factors mediating problem drinking and mother'personal adjustment. *Journal of Family Psychology*, 7, pp. 333-343.

Edwards, M.E., & Steinglass, P. (1995). Family Therapy Treatment Outcomes for Alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 475.

Elkaïm, M. (1999). *La thérapie familiale en changement*. LePlessis-Robinson. Institut Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

Epstein, E.E., & McCrady, B.S. (2002). Couples therapy in the treatment of alcohol problems. Dans A.S.Gurman et N.S. Jacobson, *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3^e éd., pp. 597-628). New York, NY, US Guilford Press.

Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & O'Farrell, T.J. (1999). Drug abusing patients and their intimate partners: Dyadic adjustment, relationship stability and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp. 11-23.

Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, pp. 87-96.

Fals-Stewart, W., & Birchler, G.R. (1998). Marital interactions of drug-abusing patients and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug-abusing behavior. *Psychology of Addiction Behavior*, 12, pp. 28-38.

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies (2007). État de situation sur le déploiement de l'offre de services-Faits saillants. Document consulté le 15 novembre 2011 de <http://www.fqcrpat.org/toxicoetjeu.php>

Figiel, C. (1988). « Toxicomanie et environnement non familial », *Psychotropes*, vol. 4, numéro 3, pp. 47-50.

Finney, J. W., Moos, R.H., Cronkite, R. C., & Gamble, W. (1983). A conceptual model of the functioning of married persons with impaired partners: Spouses of alcoholic patients. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 23-34.

Freedberg, E.J., & Johnston, W.E. (1980). Outcome with alcoholics seeking treatment voluntarily or after confrontation by their employer. *Journal of Occupational Medecine*, 22, pp. 83-86.

Galanter, M., Dermatis, H., Keller, D., & Trujillo, M. (2002). Network therapy for cocaine abuse: use of family and peer supports. *American Journal of Addiction*, 11, pp.161-166.

Gemme, E. (2003). *Vivre ou survivre avec un consommateur*. AITQ. Actes du colloque 2003.

Gold, Mark S. (1997). Cocaine (and Crack): Clinical Aspects, *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3e éd., pp. 181-198, Lowinson, ed. Baltimore, MD: Williams et Wilkins.

Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (1990). *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*. Gouvernement du Québec.

Hynan, D.J. (1990). Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46, pp. 891-895.

Jacob, T., Dunn, N. J., Leonard, K., & Davis, P. (1985). Alcohol-Related Impairments in Male Alcoholics and the Psychiatric Symptoms of Their Spouses: An Attempt to Replicate. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, pp. 55-67.

Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press.

Johnson Institute (1987). *How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families*. Minneapolis, MN, US: Johnson Institute Books.

Kahler, C. W. McCrady, B. S., & Epstein, E.E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), pp. 257-265.

Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Benishek, L.A., & Harrington, V.M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive Behaviors*, 30(1), pp. 29-47.

Kolb, B., & Wishaw, I.Q. (2002). *Aperçu du livre : Cerveau et comportement*. Boerck Université, pp. 211-221.

Larsen, E. (1998). *Tirer profit de son passé familial*. Montréal, Sciences et Culture.

Larsen, E., & Subby, R. *Inside the Chemically Dependent Marriage: Denial and Manipulation, in Co-Dependency, An Emerging Issue*, cf. note 2.

La toxicomanie au Québec : «Des inquiétudes à l'action», Comité Permanent de la lutte à la toxicomanie - Décembre 1996 - Chap.1, pp. 1. Document consulté le 15 novembre 2011 de <http://www.cqld.ca/images/pdf/implicationentourage2005vf.pdf>

L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation. Version préliminaire 4.1 - Novembre 2001. Programme de recherche sur les addictions. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Leonard, K. E., & Roberts, L.J. (1998). The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, pp. 602-615.

Leonard, K.E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 11, pp. 96-108.

Le Virage, Rapport annuel 2004-2005, 12 pages.

Marshal, M.P. (2003). For better or for Worse? The Effects of Alcohol Use on Marital Functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, pp. 79-82.

Maslow, A. (1989) Vers une psychologie de l'être, Fayard, Paris, 266 pages.

McCrady, B. S., Noel, N.E., Abrams, D.B., & Stout, R. L. (1991). Effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, pp. 459-467.

McLellan, S.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1980). *L'indice de gravité d'une toxicomanie*, adaptée de l'Addiction Severity Index.

Meyers, R.J., Dominguez, T.P., & Smith, J.E. (1996). Community reinforcement training with concerned others. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Éd.), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. (pp. 257-295). New-York, NY, US: Plenum Press.

Meyers, R.J., Miller, W.R., & Smith, J.E. (2001). «Community reinforcement approach and family training (CRAFT) ». *Dans A community reinforcement approach to addiction treatment*, New-York: Cambridge University Press, pp.147-160.

Moos, R. H., Finney, J. W., & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism II: Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, pp. 888-908.

Nelsen, J. C. (1994). One partner impaired: Implications for couple treatment. *Family Therapy*, 21, pp. 185-196.

O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (1987). Marital relationships of alcoholic, conflicted, and nonconflicted couples. *Journal of Marital and family Therapy*, 13, pp. 259-274.

O'Farrell, T.J., & Murphy, C.M. (1995b). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, pp. 256-262.

Paolino, T.J., & McCrady, B.S. (1977). *The Alcoholic Marriage: Alternatives Perspectives*. New-York: Grune et Stratton.

Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, pp. 91-98.

Plasse, B. R. (1995). Parenting groups for recovering addicts in a day treatment center. *Social Work*, 40, pp. 65-74.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), pp. 276-287.

Roberts, K. S., & Brent, E.E. (1982). Physician utilization and illness patterns in families of alcoholics. *Studies on Alcohol*, 43, pp. 119-128.

Rotunda, R.J., West, L., & O'Farrell, T.J. (2004). «Enabling Behavior in a Clinical Sample of Alcohol-Dependent Clients and their Partners», dans *Journal of substance abuse treatment*, 26, pp. 269-276.

RRSSS de la Montérégie, Direction de la planification, de l'évaluation et de l'informatique. Données provenant du recensement de 1991, fichiers corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement, septembre 1994.

Sisson, R.W. & Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, pp. 15-21.

Sisson, R.W. & Azrin, N.H. (1993). Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. Dans T.J. O'Farrell (Éd.), *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. (pp. 34-53). New-York, NY, US: Guilford Press.

Stanton, M.D., & Todd, T. (1982). *The family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New-York: Guilford Press.

Steinglass, P. (1981). The impact of alcoholism on the family: Relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, pp. 288-303.

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

Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA) (juillet 2008) «Treatment improvement protocol 39: Substance abuse treatment and family therapy».

Suissa, A.J. (2005). *Le jeu compulsif, vérités et mensonges*. Éditions Fides. 277 pages.

Thomas, E.J., & Ager, R.D. (1993). «Unilateral Family with spouses of uncooperative alcohol abusers». In T.j. O'Farrell (Ed.) *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, pp.3-33. New-York, NY, USA: Guilford Press.

Tremblay, J., Bertrand, K., & Ménard, J-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 131 pages. <http://www.cqld.ca/images/pdf/implicationentourage2005vf.pdf>, consulté le 15 novembre 2011.

Truchon, A., Dupont, G., & Tremblay, J. (2002). Étude de satisfaction de la clientèle adulte du centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve. *Les études du CRUV : Québec*.

Van Caloen, B. (1989). Alcoolisme et co-alcoolisme: à propos du couple alcoolique, *Psychotropes*. 5, 3.

Whitaker, C., & Keith, D.V. (1981). Symbolic Experiential Family Therapy. In A.S. Gurman et D.P. Kniskern (dir.): *Handbook of family Therapy*, pp. 187-225. New-York: Brunner/Mazel.

Wiseman, J. P. (1991). *The Other Half: Wives of Alcoholics and Their Social-Psychological Situation*. Aldine de Gruyter.

Annexes

Annexe 1

Évaluation du besoin d'aide d'un membre de l'entourage



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

LES SECTIONS OMBRAGÉES
DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES POUR
LA CLIENTÈLE JEUNESSE.

Point de service : _____ Numéro de dossier: _____

Point de chute : _____ Nom de l'école : _____

Demandeur(s):

_____ (nom) (en caractères d'imprimerie) _____ (prénom) (en caractères d'imprimerie)
 _____ (nom) (en caractères d'imprimerie) _____ (prénom) (en caractères d'imprimerie)

Précisez le lien de parenté avec la personne dépendante :

- Père Mère Beau-père Belle-mère Enfant
 Famille d'accueil Tuteur Conjoint Ami Fratrie
 Autre. Veuillez préciser : _____

Sexe de la personne dépendante : Féminin Masculin

Âge la personne dépendante : _____ ans

Vivez-vous avec la personne dépendante ? Oui Non

La personne dépendante est-elle en démarche dans nos services ? Oui Non

1. Est-ce que la personne dépendante est au courant de la présente demande d'aide ?

- Oui Non

Si oui, est-elle intéressée à rencontrer ou à discuter confidentiellement de sa situation actuelle avec un intervenant ?

- Oui Non

Si non, pour quelles raisons refuse-t-elle de s'impliquer ?

Note : Dans le but d'alléger le texte, le masculin désigne à la fois les hommes et les femmes.



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

2. Dans ce contexte, quelle aide peut vous apporter Le Virage ?

PROFIL DE CONSOMMATION DE LA PERSONNE DÉPENDANTE (tel que perçu par le membre de l'entourage)

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Opiacés | <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Sédatifs/hypnotiques
tranquillisants |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Jeu | <input type="checkbox"/> Autre, précisez _____ | |

3. Selon vous, quelle est sa substance de choix ? _____

Selon vous, quel est son type de jeu préféré ? _____

Perception des parents quant au comportement global de l'adolescent :

Au plan relationnel avec les membres de la famille

Au plan scolaire



**ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE
D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE**

Au plan des amis

Au niveau de la vie familiale (le respect des règles à la maison, gestion du quotidien, etc.)

Au plan des comportements

4. Quand, selon vous, le problème de dépendance est-il apparu ?

5. Qui a découvert le problème de dépendance et de quelle façon ?

6. Qui, selon vous, souffre le plus du problème de dépendance ?

7. Quelles sont les personnes concernées par le problème de dépendance ?



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

8. Quelles sont les personnes de votre entourage qui ne se sentent pas concernées par le problème de dépendance ?

9. Quelles sont les conséquences de la dépendance sur vous et vos proches (en excluant la personne dépendante) ?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conflits familiaux | <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Pensées bizarres/hallucinations | <input type="checkbox"/> Problèmes sexuels |
| <input type="checkbox"/> Déprime | <input type="checkbox"/> Médication | <input type="checkbox"/> Paranoïa | <input type="checkbox"/> Responsabilité accrue |
| <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration | <input type="checkbox"/> Modification des habitudes alimentaires | <input type="checkbox"/> Pensée ou verbalisation suicidaire | <input type="checkbox"/> Surveillance accrue |
| <input type="checkbox"/> Difficultés conjugales | <input type="checkbox"/> Obsession | <input type="checkbox"/> Phobies, peurs irrationnelles | <input type="checkbox"/> Surprotection |
| <input type="checkbox"/> Épuisement | <input type="checkbox"/> Problèmes financiers | <input type="checkbox"/> Problème de communication | <input type="checkbox"/> Travail excessif |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Pourvoyeur | <input type="checkbox"/> Problèmes au niveau du travail | <input type="checkbox"/> Troubles de sommeil |
| <input type="checkbox"/> Hyper ou sentiment de perte de contrôle | <input type="checkbox"/> Perte de confiance | <input type="checkbox"/> Problèmes d'anxiété | <input type="checkbox"/> Vie cachée |
| <input type="checkbox"/> Pertes de mémoire | <input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique | <input type="checkbox"/> Violence (psychologique ou physique) | |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | | | |

10. Avez-vous déjà consulté pour l'une ou l'autre de ces difficultés ? Oui Non

Si oui, quand ? _____ Auprès de qui ? _____

Durée du suivi : _____

11. Quels sont vos sentiments face aux comportements de la personne dépendante ?

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ambivalence | <input type="checkbox"/> Déception | <input type="checkbox"/> Impuissance | <input type="checkbox"/> Rancœur |
| <input type="checkbox"/> Colère / rage | <input type="checkbox"/> Frustration | <input type="checkbox"/> Indifférence | <input type="checkbox"/> Sentiment d'être abusé/exploité |
| <input type="checkbox"/> Compassion | <input type="checkbox"/> Honte | <input type="checkbox"/> Mépris/haine | <input type="checkbox"/> Tristesse |
| <input type="checkbox"/> Culpabilité | <input type="checkbox"/> Humiliation | <input type="checkbox"/> Peurs | <input type="checkbox"/> Vengeance |
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | | |



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

12. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de consommation d'alcool, de drogues, de médicaments ou de jeu ?
 Oui Non

VOTRE CONSOMMATION ACTUELLE

Substances	Quantité	Fréquence	Endroit / avec qui	Depuis quand
Alcool				
Opiacés				
Perturbateurs (cannabis, PCP)				
Stimulants (cocaïne, speed)				
Sédatifs / hypnotiques tranquillisants				
Jeu				
Autre, précisez : _____				

13. Est-ce qu'un membre de votre famille souffre actuellement ou a déjà souffert d'un problème de consommation d'alcool, de drogues, de médicaments ou de jeu ? Oui Non

Si oui, veuillez les nommer : _____

*** Veuillez l'indiquer avec le symbole approprié au génogramme.**

14. Y a-t-il dans votre famille d'autres types de problèmes, tels que :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comportements délinquants | <input type="checkbox"/> Ivresse au volant /conduites dangereuses | <input type="checkbox"/> Pensées suicidaires | <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Comportements de violence | <input type="checkbox"/> Jeu excessif | <input type="checkbox"/> Tentatives suicidaires | <input type="checkbox"/> Troubles sexuels |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic dépression/anxiété généralisée | <input type="checkbox"/> Pensées bizarres / hallucinations / entendre des voix | <input type="checkbox"/> Travail excessif | |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ | | | |

*** Veuillez cocher et l'indiquer au génogramme.**



**ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE
D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE**

15. Pour le futur, quels sont les changements que vous souhaitez chez votre adolescent et dans votre famille ?

16. Sur qui, dans votre famille et votre entourage, pouvez-vous compter pour vous aider concernant la présente situation ?

17. Sur qui vous ne pouvez absolument pas compter concernant la présente situation ?

18. Qu'avez-vous tenté ou essayé afin de résoudre les présentes difficultés ?



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

19. Quelles ont été les réactions de votre adolescent suite aux solutions tentées ?

- Aucune réaction apparente
- Fugue
- Indifférence
- Manifestation de violence (menace, intimidation) ou d'agressivité
- Soumission (conformisme)
- Tentative de culpabilisation
- Verbalisations suicidaires
- Autre, précisez _____

20. Quelles sont les solutions que vous n'avez pas explorées ?

21. Que se passera-t-il pour vous, votre couple ou votre famille si le problème persiste ?



**ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE
D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE**

GÉNOGRAMME

G1

G2

G3



ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

SYNTHÈSE ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

ORIENTATION DU MEMBRE DE L'ENTOURAGE

▪ **Si la personne dépendante refuse tout contact avec l'agent de relations humaines :**

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Inscription des parents (beaux-parents ou tuteurs) au groupe parents d'adolescents | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Rencontre du couple parental | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Rencontre familiale en l'absence de la personne dépendante | Date : _____ |
| <input type="checkbox"/> Inscription du membre de l'entourage dans un groupe entourage (toxico / jeu) | Date : _____ |

▪ **Si la personne dépendante accepte le contact avec l'agent de relations humaines :**

Accueil individuel prévu pour le : _____

Groupe d'accueil prévu pour le : _____

Accueil-système prévu pour le : _____

Groupe parents d'adolescents débutant le : _____

IGT prévu pour le : _____

Signature de l'agent de relations humaines

Date

Annexe 2

Pré-test

Annexe 3

Post-test

4. Estimez-vous avoir vu un changement dans votre relation avec la personne qui a un problème de consommation tout au long des rencontres de groupe?

5. Quel est le degré de satisfaction de la relation actuelle entre la personne ayant un problème de consommation et vous?

Insatisfait
0
1
2
3
4
5
Tout à fait satisfait

Commentez : _____

6. Considérez-vous avoir besoin de soutien dans d'autres domaines de votre vie?

OUI _____

NON _____

Si oui, dans quels domaines? _____

Vos objectifs personnels fixés au départ ont-ils été atteints en participant à ce groupe?

Commentez : _____

7. Quel est votre degré de satisfaction face aux différents éléments vus durant les rencontres de groupes?

Insatisfait
0
1
2
3
4
5
Tout à fait satisfait

Commentez : _____

8. Quels sont, selon vous, les points forts des rencontres.

9. Qu'est-ce qui devrait, selon vous, être amélioré dans les rencontres?

10. Considérez-vous que l'intervenante a été capable de répondre à vos besoins? Si oui, de quelle façon?

Merci de votre collaboration.
Toutes ces informations demeureront confidentielles.

Sabrina Gauthier, stagiaire ARH.

Votre nom : _____

Annexe 4

Programme d'aide à l'entourage complet

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe #1

Mot de bienvenue

- ❖ Souligner leur ouverture d'esprit pour avoir accepté l'invitation à participer à un groupe de proches.
- ❖ Les remercier puisque cela peut être aidant dans le traitement : les études ont prouvé que l'implication des proches augmente l'impact de la thérapie et peut amener un toxicomane qui ne voulait pas consulter à consulter.

Présentation :

- ❖ Présenter le centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanies, Le Virage : Centre de réadaptation public, services gratuits.
- ❖ Vient en aide aux personnes aux prises avec un problème de drogue, d'alcool, de médicaments et de jeu excessif.
- ❖ Vient en aide aux membres de l'entourage de joueurs compulsifs et maintenant, aux membres de l'entourage de toxicomanes.
- ❖ Présence d'un service de désintoxication, de thérapie interne et externe.

Objectifs généraux du groupe :

- ❖ Leur donner un lieu où il est possible de parler de sa situation sans se sentir jugé parce qu'inévitablement, les proches sont affectés par le problème, en font partie, mais peuvent aussi faire partie de la solution.
- ❖ Les aider à trouver des zones sur lesquelles ils ont du pouvoir, améliorer leur confort dans la relation avec la personne concernée, être moins souffrant et moins malheureux.
- ❖ Tenter d'identifier des leviers pour favoriser le changement chez le proche et ainsi chez le toxicomane (développer des attitudes qui ont de l'impact).

Ce qui est souhaité pour l'ensemble de ces rencontres est que le proche puisse améliorer son confort dans la relation avec la personne concernée et qu'il puisse jouer le rôle souhaité.

Cadre des rencontres de groupe:

- ❖ Six rencontres d'une durée de deux heures.
- ❖ Être présent à chaque rencontre car elles sont inter reliées.
- ❖ Une seule absence permise : Si plus d'une absence on demande de ne pas poursuivre.
- ❖ Si absence, appeler pour avertir.
- ❖ Importance d'être ponctuel pour ne pas déranger le groupe : si retard, ne pas dépasser 15 minutes et entrer discrètement. Si plus de 15 minutes, on demande de se présenter qu'après la pause.
- ❖ Confidentialité : Ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe : ne jamais nommer de noms (on peut discuter de ce qui se vit dans le groupe, mais pas rapporter de faits précis, ni d'identification d'individus.
- ❖ Respect, tolérance : Non jugement à l'endroit du vécu des autres.
- ❖ Il y aura des exercices de réflexion à faire entre les rencontres, il est primordial de s'engager à les faire.

Contenu-type des rencontres de groupe :

- ❖ Centration et syntonisation (retour sur la semaine). Ici, nous tentons de cerner l'état dans lequel les membres arrivent physiquement et émotionnellement au groupe.
- ❖ Présentation d'éléments théoriques pour améliorer la compréhension de la situation.
- ❖ Discussions en groupe des concepts exposés.
- ❖ Présentation des devoirs de la semaine.
- ❖ Retour sur la rencontre. Le but est de savoir dans quel état les participants ressortent de la rencontre de groupe.

Exercices :

- ❖ Demander à chacun de se présenter.
- ❖ Relation avec la personne qui consomme.
- ❖ Type de consommation.
- ❖ Depuis quand ils sont au courant du problème de toxicomanie de l'autre.
- ❖ Leurs attentes face au groupe ainsi que leurs objectifs.

Mettre en relief les ressemblances et les similitudes entre les participants.

Questionnements possibles :

- ❖ Comment avez-vous pris conscience du problème de consommation?
- ❖ Comment vous êtes-vous sentis? Comment vous sentez-vous actuellement?

- ❖ De quelle manière le problème vous affecte?
- ❖ Sur quels plans de votre vie le problème vous affecte?
- ❖ Quelles personnes de votre entourage sont au courant de la situation?
- ❖ Comment vous sentez-vous face à la personne toxicomane et les membres de votre entourage?

Il est évident que la consommation amène des émotions chez le proche. On regarde ensemble ces différentes émotions que la consommation abusive de l'autre fait vivre au proche (brainstorming).

Thèmes de la rencontre

- ❖ Concept de l'iceberg.
- ❖ La balance décisionnelle.
- ❖ Concept du mobile : la consommation affecte environ 20 personnes dans l'entourage et tout le monde modifie son comportement pour tenter de retrouver un équilibre familial.

Devoirs de la semaine :

- ❖ Remplir la feuille «Avantages et désavantages de la consommation pour le proche et pour le consommateur».
- ❖ Lecture du document traitant de la toxicomanie.
- ❖ Lecture de la feuille «Émotions que peut engendrer la consommation dans le système familial».

Retour sur la rencontre :

- ❖ Comment les participants ressortent de cette première rencontre?

Informations au sujet des toxicomanies

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y a quatre critères de la toxicomanie :

1. Désir ou besoin très fort de consommer une substance (obsession). Ils vont souvent affirmer que «c'est plus fort qu'eux».
2. Tendance à augmenter les doses (dû à la tolérance qui s'installe). Une même dose ne produit plus le même effet qu'auparavant.
3. Quand il y a une dépendance physique ou psychologique à l'égard de la substance.
 - ❖ Dépendance physique : réactions physiques à l'arrêt de certaines substances (alcool, médicaments.)
 - ❖ Dépendance psychologique : le toxicomane ne voit rien d'autre pour se soulager d'un état émotif que la consommation d'intoxicants. État de manque.
4. Conséquences nuisibles (émotif – social – économique – santé – etc.).

Les trois familles de psychotropes

Ces psychotropes agissent sur le système nerveux central et modifient les humeurs, les perceptions, les sensations, les attitudes, les comportements, la mémoire, etc.

LES DÉPRESSEURS

Alcool – tranquillisants – narcotiques.

Leur effet principal est de ralentir les processus normaux de l'organisme.

Leurs principaux effets :

- ❖ Effet d'endormir;
- ❖ Diminution de l'anxiété;
- ❖ Diminution des inhibitions;
- ❖ Sensation de détente;
- ❖ Ralentissement de la pensée;
- ❖ Ralentissement moteur;
- ❖ Sensation d'euphorie.

Signes d'intoxication à l'alcool :

- ❖ Haleine éthylique;
- ❖ Prononciation difficile;
- ❖ Yeux rougies et paupières lourdes;
- ❖ Bouche pâteuse;
- ❖ Déséquilibre;
- ❖ Ralentissement psychomoteur.

Symptômes de sevrage :

(Celui à l'alcool est le plus à risque. Dans la majorité des cas, il nécessite une hospitalisation).

- ❖ Insomnie;
- ❖ Irritabilité;
- ❖ Confusion;
- ❖ Tremblements;
- ❖ Sueurs froides et/ou chaudes;
- ❖ Maux de cœur;
- ❖ Maux de tête;
- ❖ Psychose;
- ❖ Delirium tremens (convulsions, hallucinations, délires, désorientation, etc.).

LES STIMULANTS

Cocaïne – amphétamines – méthamphétamines.

Leur effet principal est d'accélérer le système nerveux central. Poussée très rapide d'énergie, mais de très courte durée.

Leurs effets principaux :

- ❖ Augmentation de la vivacité d'esprit;
- ❖ Augmentation de l'excitation;
- ❖ Sentiment d'euphorie;
- ❖ Diminution de la fatigue;
- ❖ Augmentation de la confiance en soi;
- ❖ Augmentation de la force musculaire;
- ❖ Réduction de l'appétit.

Signes d'intoxication :

- ❖ Bonne humeur excessive (excitation);
- ❖ Paranoïa avec la cocaïne;
- ❖ Pupilles dilatées;
- ❖ Réflexes plus rapides;
- ❖ Répétition des mêmes gestes;
- ❖ Tics nerveux;
- ❖ Parler beaucoup;
- ❖ Nez congestionné;
- ❖ Insomnie;
- ❖ Tremblements;
- ❖ Transpiration abondante;
- ❖ Agressivité;
- ❖ Impatience, intolérance.

Symptômes de sevrage :

- ❖ Anxiété manifeste;
- ❖ Fatigue;
- ❖ Difficulté de concentration;
- ❖ Augmentation de l'appétit.

LES PERTURBATEURS

Cannabis (pot, hash, résine) – LSD – champignons magiques – ecstasy – colle.

Leur effet principal est d'altérer les perceptions, les émotions et l'ensemble des processus psychologiques.

Peuvent entraîner des hallucinations, des illusions, des aberrations.

Leurs effets sont moins prévisibles que les dépresseurs et les stimulants. Ils sont tantôt stimulants et tantôt dépresseurs. Les effets varient selon le contexte.

Leurs effets principaux :

- ❖ Sensation d'euphorie;
- ❖ Modification de la conscience;
- ❖ Augmentation de l'émotivité;
- ❖ Sensation de détente;
- ❖ Rêverie;
- ❖ Réduction de l'anxiété;
- ❖ Désinhibition.

Signes d'intoxication du cannabis :

- ❖ Les yeux très rouges;
- ❖ Toux;
- ❖ Bouche pâteuse et sèche;
- ❖ Pupilles dilatées;
- ❖ Être plus amorphe;
- ❖ Euphorie;
- ❖ Propos décousus;
- ❖ Rires inappropriés;
- ❖ Appétit démesuré.

Symptômes de sevrage :

- ❖ Anxiété;
- ❖ Insomnie;
- ❖ Irritabilité;
- ❖ Plus grande émotivité.

****Pour obtenir de plus amples informations au sujet des différentes drogues, veuillez vous référer au livre : Drogues. Savoir plus, risquer moins. (Comité permanent de lutte à la toxicomanie).**

Types de drogues	Origine	Interaction avec les neurotransmetteurs	Effets aigus	Effets à long terme	Effets d'une surdose
Opiacés Opium Morphine Héroïne (se transforme en morphine in vivo par désacétylation) (Méthadone)	substances extraites ou dérivées du pavot (papaver somniferum)	Les opiacés interagissent avec la dopamine, la noradrénaline, les endorphines et les enképhalines => renforcement de la récompense et du plaisir	Euphorie. Soulage la douleur physique et mentale.	Perte d'appétit et de poids Aménorrhée (absence de règles) ou impuissance Prédisposition aux infections	Dépression respiratoire Collapsus cardio respiratoire et mort létotoxicité
Cocaïne coke ou neige produits dérivés : le crack	substance dérivée de la coca. elle même extraite de erytroxylon coca plante d'Amérique du Sud.	La cocaïne et ses dérivés interagissent la dopamine, la noradrénaline, le GABA, l'angiotensine B et la sérotonine	Euphorisant Stimule l'éveil et le processus mental Augmente la perception Donne un sentiment de puissance	Perte de poids Ulcération du septum nasal par reniflement Impuissance Psychoses paranoïaques Myocardie	Hallucination Paranoïa Convulsions létales Atteinte cardiaque et mort létotoxicité
Le cannabis Marihuana (herbe) Haschisch (hasch)	extrait de cannabis sativa : Le chanvre Utilisation des tiges, et des fleurs : Ce sont elles qui renferment la substance active le tetra hydrocannabinol. Les fleurs séchées constituent l'herbe ou marihuana -> joint La résine séchée constitue le haschisch	Le cannabis interagit avec la sérotonine, le GABA l'acétylcholine, la dopamine les récepteurs spécifiques du THC (ligands endogènes ?)	Euphoric et tranquillité Perception faussée et accrue Hilarité l'humeur changeante	Prédisposition aux infections virales Anomalie du sperme Déficits persistants de la mémoire létotoxicité Cancer du poumon ...	Réaction de panique Psychose toxique aiguë Ne provoque pas la mort.
Les hallucinogènes Drogues psychédéliques LSD ou acide Mescaline psilocybine ...etc	Le LSD est produit à partir de l'acide lysergique qui se trouve dans le champignon de l'ergot du seigle 60 plantes hallucinogènes connues	Désorganisation de la neurotransmission du SN central. Interagissent avec la sérotonine, le GABA l'acétylcholine	Hallucinations visuelles très agréables ou effrayantes Effets imprévisibles à faibles doses	Troubles mentaux Schizophrénie Psychoses prolongées létotoxicité	Troubles mentaux sévères Psychoses menant au suicide, à l'agression ou à l'homicide
Les amphétamines	Composés synthétiques	Agissent au niveau des synapses à noradrénaline et dopamine	Surexcitation et insomnie Stimulent l'état de veille Diminuent l'état de fatigue	Perte de poids et d'appétit	Tremblements
Les benzodiazépines Antidépresseurs : tranxène, valium, temesta	Produits dérivés de l'acide barbiturique Ont remplacé les barbituriques	Dépresseurs du SN central Se lient aux récepteurs du GABA	Effets anxiolytiques	Léthargie, désorientation et troubles de la mémoire Convulsions possibles	Perte de conscience, ne provoquent pas la mort si pris seuls.
Substances volatiles Ether , trichloréthylène Solvants des colles	Solvants divers		Euphoric, tête légère Hallucinations	Risques d'atteinte pulmonaire rénale et cérébrale	Perte de conscience Suffocation Coma et mort
Nicotine Khat	Alcaloïde de la fumée de tabac Le khat, cata edulis est un buisson de Test africain	Induit la libération des catécholamines	Stimule l'éveil et l'acuité mentale	Risque accru de cancer du poumon, artériosclérose	Nausées, diarrhées seulement chez les enfants
Alcool	Produit de la fermentation de levures ou de bactéries	Libérations importantes de dopamine et adrénaline	Déprime la vigilance, nausées Comportement aberrant	Détérioration mentale et physique, cirrhose, démence	Coma et mort

Émotions que peut engendrer la consommation dans le système familial

- ❖ Haine;
- ❖ Colère;
- ❖ Honte;
- ❖ Inquiétude;
- ❖ Perte de confiance;
- ❖ Se sentir manipulé;
- ❖ Ne pas se respecter;
- ❖ Ressentiment;
- ❖ Être mal de penser à soi;
- ❖ Pitié;
- ❖ Sentiment d'être diminué;
- ❖ Impuissance;
- ❖ Angoisse;
- ❖ Anxiété;
- ❖ Etc.

Exercice
Avantages et désavantages de la consommation
pour soi et pour l'autre.

Pour soi :

Avantages de la situation actuelle :

Désavantages de la situation actuelle :

Gains à changer la situation actuelle :

Pertes à changer la situation actuelle :

Pour l'autre (le toxicomane) :

Avantages de la situation actuelle :

Désavantages de la situation actuelle :

Gains à changer la situation actuelle :

Pertes à changer la situation actuelle :

--

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe # 2

Centration :

- ❖ Expliquer l'exercice de centration sur soi qui permet de s'arrêter afin de voir comment on se sent physiquement et émotionnellement dans le moment présent. Il permet donc de prendre un moment pour soi afin de se retrouver.
- ❖ Syntonisation de chacun sur le plan physique et émotionnel (employer une échelle de 0 à 10).

Retour sur la semaine précédente :

Chaque personne a pu expliquer sa situation et on a vu comment un problème comme la toxicomanie pouvait affecter les gens de l'entourage en leur faisant vivre une panoplie d'émotions difficiles. On a aussi compris que c'était normal de vivre ce genre d'émotions.

Remettre les émotions ressenties au tableau :

- ❖ Inquiétude - perte de confiance – peur - sensation de se faire manipuler - ne pas être respecté - ressentiment – impuissance – angoisse – honte – pitié – panique - dépression – épuisement – etc.

Retour sur les feuilles traitant des différentes drogues. Vérifier s'il y a des questions.

Thème de la rencontre

Les attitudes ou comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation

Il est important de ne pas vous responsabiliser, vous culpabiliser par rapport au problème de consommation du proche. Ça ne sert à rien de s'en vouloir pour le passé, il faut agir sur le présent.

Revenir sur la façon dont on comprend l'impact de la toxicomanie sur la famille (concept du mobile).

Une famille c'est comme un mobile dans une chambre d'enfant : tous les éléments qui le composent sont reliés les uns aux autres et si l'on tire sur un élément du mobile, donc si un élément de la famille est en déséquilibre, cela aura inévitablement un impact sur les autres et peut déstabiliser les autres membres de la famille (donner l'exemple d'un père qui perd son emploi).

Souvent, dans une famille ou dans un système, la tendance est de tenter de retrouver l'équilibre. En ce sens, les membres tenteront de changer d'attitudes ou de comportements pour retrouver un équilibre dans le but de moins affecter le système, le soulager.

Dans les familles où il y a un toxicomane, l'entourage adoptera différentes attitudes et comportements pour régler le déséquilibre, compenser pour le problème dans le but de minimiser les dégâts et les impacts négatifs de la consommation (brainstorming).

Questionnement :

- ❖ Quels comportements ou attitudes avez-vous tendance à adopter pour compenser, minimiser les impacts négatifs de la consommation sur le toxicomane, vous et votre famille?
- ❖ Comment avez-vous tendance à réagir devant le problème de consommation?

Faire une balance décisionnelle afin de voir ce qui penche le plus pour le consommateur abusif.

Quelles attitudes peuvent, sans le savoir, prolonger la poursuite de la consommation?

Est- ce qu'il y en a qui nuisent à la poursuite de la consommation?

Se questionner à savoir si le proche cautionne la consommation et s'il y aurait des comportements à modifier.

Devoirs de la semaine :

- ❖ Prendre conscience des comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation que je peux utiliser dans le quotidien. Suis-je prêt à les modifier?
- ❖ Lecture du document « Vécu de la conjointe en regard de la toxicomanie du partenaire ».

- ❖ Lecture de la feuille « Comportements de compensation que peut engendrer la consommation dans le système familial ».
- ❖ Faire exercice de réflexion : « Qu'est-ce que j'ai fait jusqu'à maintenant pour aider l'autre ».

VÉCU DE LA CONJOINTE* EN REGARD DE LA TOXICOMANIE DU PARTENAIRE

Tiré du texte de M. Gilles Lavigne, t.s.
Service social
Département de toxicomanie
Hôpital St-François d'Assise

La toxicomanie, on le sait, est un problème qui déborde de beaucoup la personne de celui qui fait abus d'alcool ou de tout autre produit toxique. L'entourage, on le sait aussi, aura à subir et à vivre avec ce qu'il est convenu d'appeler la difficile relation qu'impose le comportement imprévisible du toxicomane.

1. Reconnaître le problème.

Un des plus grands problèmes en rapport avec la toxicomanie, est qu'elle n'est pas facilement détectable. La plupart des gens ne se rendent compte qu'ils ont un problème que des années après avoir commencé à consommer. Il en est de même pour le conjoint qui souvent, soit par manque de connaissance du problème, ou par peur d'avoir à se resituer, peut ignorer pendant longtemps l'existence d'une toxicomanie chez son partenaire.

2. Le camouflage.

On sait aussi combien le toxicomane utilise son entourage pour camoufler son problème. Le conjoint peut être ou bien complice ou bien victime de ce camouflage. Le toxicomane s'arrange en effet souvent pour que ses proches mentent pour lui et dissimulent ses erreurs, ses cuites, ses mésaventures. Il se fait protéger par son épouse, ses enfants, ses amis, sa secrétaire. Il s'arrange pour se faire tirer d'affaire par ses parents, un prêtre, un collègue qui, mus par une amitié mal inspirée, croient pouvoir ainsi l'aider. Ce n'est pas le cas et si le conjoint cède à ce chantage, il ne fait que retarder l'échéance d'une décision de demande d'aide de son partenaire.

Le conjoint du toxicomane a donc intérêt à se mettre en état de réflexion, en état de recherche face à lui-même. La première prise de conscience à laquelle le conjoint doit parvenir, c'est de cesser de se croire responsable, même en partie, de l'existence d'une toxicomanie chez l'autre. Souvent cela prendra des semaines et même plusieurs mois avant que le conjoint du toxicomane en arrive là.

* Il faut comprendre par le mot conjointe toute personne proche de la personne toxicomane.

(suite 2)

3. Ne plus se responsabiliser.

Il est donc important pour le conjoint du toxicomane d'arrêter de penser comment faire pour que l'autre s'en sorte. Ceci me paraît être des efforts inutiles parce que trop rarement couronnés de succès. Car le conjoint n'a pas le pouvoir de changer son partenaire ou de prendre la décision pour lui d'arrêter de consommer de l'alcool par exemple. Il est beaucoup plus rentable que le conjoint se mette à penser à faire quelque chose pour s'en sortir lui-même. Ceci pourra être le début d'un cheminement personnel axé sur une attitude plus respectueuse de soi et centré sur ses propres besoins. Cette seconde approche tranche avec la première dont je faisais mention plus haut, car elle n'a pas pour objet de sauver le toxicomane, ni de s'en faire complice en passant tour à tour par le blâme et la protection.

4. Être à l'écoute de soi-même.

Il s'agira plutôt ici pour le conjoint du toxicomane d'une démarche tournée vers soi-même où le mieux-être personnel sera l'objectif principal. Cette démarche pourra être parfois laborieuse parce qu'elle débouche normalement sur un changement et que tout changement est porteur d'un inconnu. L'inconnu fait peur. Mais si la souffrance vécue par la personne est suffisamment grande pour que la recherche d'une solution puisse continuer à s'opérer, il en résultera le plus souvent une nouvelle façon de voir et d'agir.. La personne se sentira graduellement plus forte, plus libre, plus autonome et se sentira moins atteinte par les consommations répétées ou par les comportements caractéristiques de son partenaire toxicomane. La personne deviendra de plus en plus à l'écoute d'elle-même et tentera davantage, dans la mesure du possible, de satisfaire ses besoins.

Cette nouvelle façon du conjoint d'être à l'écoute de soi rompt avec son ancienne attitude, celle d'attendre que la satisfaction de ses besoins vienne de l'autre. Ceci marquera souvent un point tournant dans les relations conjugales et amènera ordinairement une brisure de l'arrangement tacite qui avait existé jusque-là entre les conjoints. Le toxicomane pourra alors commencer à s'interroger parce que dérangé par ce changement imprévu chez son conjoint. Ce pourra être alors, pour le toxicomane, le point de départ vers une remise en question de lui-même et vers un nouvel équilibre dans le couple.

5. Réaction du partenaire toxicomane.

Mais cette brèche dans l'arrangement conjugal provoquée par ce nouveau changement chez le conjoint pourra parfois avoir un tout autre résultat en ce qui concerne le toxicomane. Ce dernier, devenu anxieux ou agressif par ce qu'il voit s'opérer chez son conjoint, se sentant menacé davantage, pourra avoir tendance à nier ce qui lui apparaît de plus en plus comme la fin d'un équilibre jusque-là maintenu tant bien que mal entre lui et son conjoint. La façon de nier du toxicomane, sa façon habituelle de se cacher la réalité est de consommer davantage. Ce pourra être là aussi le moyen ultime employé par le toxicomane pour «ramener son conjoint à la raison». Le message du toxicomane à son conjoint semble alors être le suivant: voilà ce que tu fais de moi, voilà ce que tu m'oblige à faire pour survivre à ta nouvelle façon d'être.

(suite 3)

Il faudra alors au conjoint beaucoup de ténacité et de courage pour ne pas céder à ce coup de force de la part du toxicomane, coup de force non pas conçu avec malice, mais plutôt commandé par l'imminence de voir se transformer un système qui jusque-là avait permis au toxicomane de remettre à plus tard le moment de se prendre en main. Le conjoint pourra à cette étape se sentir bouleversé de voir son partenaire toxicomane à ce point paniqué ou agressif et de sentir qu'il est le principal moteur de cette panique chez l'autre. *Mais rebrousser chemin à ce stade serait l'équivalent de revenir au statu quo. Il vaut mieux ici entrevoir un éclatement possible qu'un retour à un modus vivendi sans issue réelle pour l'un comme pour l'autre.* Ou bien alors le toxicomane demandera de l'aide et cessera de consommer et il entreprendra une démarche pour lui-même, ou bien il plongera plus abruptement encore dans sa toxicomanie.

Dans le premier cas, ce pourra être le début d'une relation conjugale graduellement plus satisfaisante, si bien sûr la sphère affective du «nous» conjugal n'a pas été trop atteinte, et s'il reste encore de part et d'autre suffisamment d'appétit pour investir à nouveau ensemble. Dans le deuxième cas, l'issue pourra être une séparation sur le plan psychologique où, tout en demeurant physiquement ensemble comme couple, le conjoint poursuit son cheminement vers un plus grand épanouissement et le partenaire toxicomane continue à se détériorer. L'autre alternative pourra être une séparation de fait ou une séparation légale où chacun poursuivra son chemin sans l'autre.

CONCLUSION

Ce qu'il importe de saisir, me semble-t-il, et ce sera là ma conclusion, *c'est que la première responsabilité du conjoint du toxicomane (et par extension celle aussi de l'entourage) en est une par rapport à soi-même. Le conjoint se trouve confronté à deux choses: couler lentement mais sûrement avec son partenaire toxicomane ou se prendre en main pour pouvoir continuer à vivre avec ou sans ce dernier. C'est une erreur de croire que la patience et l'espérance d'un changement chez l'autre vont finir par produire des effets satisfaisants.* Et même si le partenaire toxicomane en vient à changer et à réorganiser sa vie, il incombera toujours au conjoint de ce dernier de faire pour lui-même son propre inventaire personnel et les choix qui en découlent.

N.B. Même si le présent texte est écrit au masculin, il va de soi que cette formulation ne se veut pas sexiste. Elle a été utilisée simplement pour alléger le texte. Le lecteur est prié de faire les transformations qui s'imposent.

Comportements de compensation que peut engendrer la consommation dans le système familial

- ❖ Se museler;
- ❖ Dénier;
- ❖ Fuir;
- ❖ S'isoler;
- ❖ Perte de vie sociale;
- ❖ Perte de ses loisirs;
- ❖ Colère déplacée;
- ❖ En prendre plus sur ses épaules;
- ❖ Camoufler, cacher;
- ❖ Protéger;
- ❖ Procrastiner;
- ❖ Menacer;
- ❖ Faires des cauchemars;
- ❖ Augmenter le contrôle;
- ❖ S'hyperresponsabiliser;
- ❖ Mettre ses besoins de côté;
- ❖ Perte de ses projets personnels;
- ❖ Se centrer sur l'autre et sa consommation abusive
- ❖ Etc.

Réflexion
Qu'est-ce que j'ai fait jusqu'à maintenant
pour aider l'autre

- ❖ Demander de l'aide. Exemple : Al Anon, groupe de soutien, etc.;
- ❖ Prendre des décisions que l'on n'aime pas prendre;
- ❖ Se mettre dans la peau de l'autre, chose difficile voire impossible à faire;
- ❖ Essayer de toutes sortes de façons en manipulant, consolant, supportant, tentant de faire parler, etc.;
- ❖ Essayer de faire confiance;
- ❖ Payer pour lui, pour elle;
- ❖ Surprotéger, utiliser la justification, les excuses;
- ❖ Faire des démarches à sa place;
- ❖ Surveiller constamment;
- ❖ Passer des nuits blanches;
- ❖ Nourrir des inquiétudes, des angoisses;
- ❖ Prendre des rendez-vous pour l'autre;
- ❖ Chercher des emplois pour lui;
- ❖ Faire des thérapies;
- ❖ Fréquenter des amis que l'on ne souhaite pas côtoyer;
- ❖ Etc.

Pourquoi avoir fait tout cela?

- ❖ Parce que je l'aime;
- ❖ Parce que je veux son bonheur;
- ❖ Parce que je veux l'aider;
- ❖ Parce que je souhaite me sécuriser;
- ❖ Etc.

Qu'est ce que cela m'a apporté?

- ❖ Je me suis rendu malade;
- ❖ Une dépression;
- ❖ Une perte d'énergie;
- ❖ De la colère, de la frustration, de l'impuissance;
- ❖ De l'épuisement;
- ❖ Je me suis complètement oublié;
- ❖ Etc.

Constatations possibles

- ❖ On aime la personne comme être humain, pour ce qu'elle représente pour nous. Ce sont les comportements associés à la consommation que nous n'acceptons pas.
- ❖ Il faut que je l'aime assez pour le laisser se débrouiller, ce qui le mènera à sa propre responsabilisation.
- ❖ Le fait de regarder tout ce que j'ai fait jusqu'à maintenant pour l'aider me permet de réaliser que je n'ai pas de pouvoir sur l'autre. À partir de là, je récupère mon propre pouvoir et je décide de faire quelque chose pour moi.
- ❖ Faites vos propres constatations.

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe #3

Faire une balance au tableau et y inscrire les comportements de compensation abordés à la dernière rencontre afin de leur rafraichir la mémoire.

Centration et syntonisation

Retour sur la semaine dernière :

- ❖ Comportements compensatoires de la consommation (résumé).
- ❖ Tour de table afin de savoir quels sont les comportements compensatoires remarquables durant la semaine.
- ❖ Bref retour sur les différentes drogues et leurs effets.
- ❖ Retour sur le devoir.

Mettre l'emphasis sur les comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation puisque c'est le nerf de la guerre. Faire un brainstorming.

Thème de la rencontre

Attitudes pouvant contribuer à mobiliser le dépendant à sa propre prise en charge

La semaine dernière les participants ont nommé des attitudes pouvant contribuer, sans le vouloir, à ce que la consommation se prolonge. Maintenant, quels sont les comportements ou attitudes pouvant faire en sorte que l'individu dépendant se prenne en charge?

Remettre la feuille sur les attitudes pouvant contribuer à la prise en charge du toxicomane et la regarder ensemble.

Si le temps le permet

Le DESC

La résolution de conflit :

1. Faire le point pour soi-même.

2. Faire la démarche vis-à-vis l'autre pour régler la situation.

Faire le point sur soi-même est de préciser ce qui m'a fait réagir et de détecter le sentiment que cela a provoqué. Suite à cela, il ne reste qu'à décider si je tente de régler la situation avec l'autre personne.

Faire cette première étape comporte des avantages puisque cela aide à clarifier la situation et à ressentir un certain contrôle sur ses émotions.

Explication du DESC

D : Décrire les comportements et les faits;

E : Expliquer ce que j'ai ressenti;

S : Spécifier le changement souhaité

C : Conséquences que ce changement pourrait apporter, les avantages pour chacun.

Devoirs de la semaine :

- ❖ Quel comportement pouvant collaborer au maintien de la consommation souhaitez-vous changer cette semaine et comment vous y prendrez.
- ❖ Pratiquer le DESC dans différentes situation (feuille).
- ❖ Prendre connaissance du document «Attitudes pouvant contribuer à mobiliser le toxicomane à sa propre prise en charge».
- ❖ Faire exercice de réflexion pour un meilleur contact avec les autres (feuille à remettre).

Attitudes pouvant contribuer à mobiliser le toxicomane à sa propre prise en charge

1. Nommer les conséquences négatives de sa consommation et qui vous affectent. Le faire sans blâme et en parlant au «je». Décrire les conséquences et comment «je» me sens. Exemple : *«quand j'arrive à la maison et que je constate que tu as bu, que tu es couché, que les rideaux sont fermés, la maison en désordre et le souper pas fait, «je» me sens découragée, inquiète pour les enfants qui te voient dans un tel état. «Je» suis inquiète pour ta santé. «Je» suis choquée qu'on perde de belles années où on pourrait être heureux ensemble».*

2. Encourager vos proches à lui nommer eux aussi les conséquences sur eux, toujours au «je» et sans blâme.
3. Faire des demandes claires de changement.
4. Annoncer le changement d'attitude que vous entendez faire et le respecter. Exemple : *«je vais prendre soin de mes besoins», «je veux arrêter de prendre toutes les responsabilités sur mes épaules».*
5. Faire des ententes claires avec des conséquences claires si les ententes ne sont pas respectées.
6. Mettre ses limites et les maintenir.
7. Responsabiliser l'autre (attention de ne pas culpabiliser), ne pas tout faire pour l'autre. Exemple : *«si tu viens manger à la maison, je te demande de contribuer en apportant le dessert ou bien tu t'occupes de laver et ranger la vaisselle».*
8. Valoriser les changements positifs que vous remarquez.

Réflexion

Pour un meilleur contact avec soi et avec les autres

1. Lorsque je m'exprime, est-ce que je parle au sujet de... au lieu de vivre... de m'adresser à...?
2. Est-ce que je parle de ce qui devrait être au lieu de ce qui est?
3. Est-ce que je pose une question quand je veux faire une affirmation?
4. Est-ce que je dis on, tu, nous, les gens, lorsque je veux dire «je»?
5. Est-ce que je dis oui ou ne dis rien quand je pense ou ressens «non»?
6. Est-ce que je dis je ne peux pas lorsque je ne veux pas?
7. Est-ce que je parle au groupe lorsqu'en réalité je m'adresse à un individu?
8. Est-ce que je fais semblant de demeurer en contact alors que je veux décrocher?
9. Est-ce que j'arrête de parler quand j'ai fini ou est-ce que j'en mets et j'en remets?
10. Est-ce que je dis des choses générales alors que je pense à des choses spécifiques?
11. Être clair et précis à propos de ce que je veux, c'est la meilleure façon de l'obtenir.
- 12.... oui, mais...

Message «Tu»

- ❖ Arrête-toi;
- ❖ Tu ne devrais pas faire ça;
- ❖ Si jamais tu recommences;

- ❖ Si tu n'arrêtes pas, tu vas voir;
- ❖ Pourquoi ne fais-tu pas ceci, cela;
- ❖ Tu es insupportable;
- ❖ Tu agis comme un bébé;
- ❖ Tu cherches à attirer l'attention;
- ❖ Tu devrais comprendre mieux.

Message «Je»

- ❖ Je ne peux pas me reposer lorsqu'il y a tant de bruit.

- ❖ Je suis découragé de voir que la cuisine est en désordre.

D.E.S.C.

Une technique qui permet une meilleure communication

Tu souhaites réellement devenir affirmatif? Il te faut d'abord identifier les points que tu dois améliorer. Est-ce ton regard? Ta posture? Tes gestes? L'expression de ton visage? Prends quelques instants et souviens-toi d'une situation où tu n'as pas été affirmatif, essaie de la revivre mentalement pour mieux déterminer comment tu te sentais. Quel était le ton de ta voix? Ta posture? Regardais-tu l'autre dans les yeux ou fixais-tu le sol? Dans un deuxième temps, essaie de voir ce que tu aurais pu faire pour être plus affirmatif dans une telle situation.

Afin de t'aider à devenir affirmatif, tu peux utiliser une méthode qui a fait ses preuves à maintes occasions. On appelle cette méthode : D.E.S.C. Chacune des lettres du mot est une étape qu'il te faut franchir pour être affirmatif. Tu peux utiliser cette méthode dans maintes situations : offrir une alternative, faire un compliment, faire une demande, revendiquer des droits, etc.

Voici ce que chacune des lettres du mot D.E.S.C. signifie. N'oublie pas qu'il te faut respecter scrupuleusement ces étapes pour être affirmatif dans tes relations interpersonnelles.

La lettre D :

Elle signifie *DESCRIPTION*. Tu décris à l'autre la situation qui ne fait pas ton affaire, la situation que tu voudrais voir s'améliorer. Il est primordial que cette description soit claire et précise. Il ne faut pas que tu exagères la situation, il faut donc que tu t'en tiennes aux faits.

Exemple : Michel, hier soir j'ai constaté que tu avais consommé alors que les enfants étaient à la maison. Nous avons déjà discuté de cette situation et avons convenu que tu t'abstiendrais lorsqu'ils étaient à la maison.

Notez bien : le message est clair et non insultant pour l'autre quand je parle au «Je». Je n'accuse pas l'autre en disant : «tu fais peur aux enfants», «tu ne respectes jamais tes promesse».

La lettre E :

Elle signifie *EXPRESSION*. Tu exprimes à l'autre les sentiments que tu éprouves devant cette situation. Ce que cela te fait vivre. Comment tu te sens de le voir intoxiqué devant les enfants.

Exemple : je suis inquiète de te voir intoxiqué devant eux. Je suis déçu de remarquer ton comportement.

Notez bien : je parle toujours au «Je». Je ne dis pas «tu me mets en colère».

Ces phrases seraient difficiles à recevoir pour l'autre puisqu'elles sont accusatrices. En utilisant le «Je», j'assume mes sentiments, en conséquence, l'autre se sent moins attaqué, donc est moins sur la défensive.

La lettre S :

Elle signifie *SOUHAIT*. Tu dis à l'autre ce que tu veux qu'il fasse pour améliorer la situation de façon satisfaisante pour toi et pour lui.

Exemple : j'aimerais qu'à l'avenir, tu respectes nos ententes et que tu demeures sobre devant les enfants.

La lettre C :

Elle signifie *CONSÉQUENCE*. Tu dis à l'autre ce que ça va te faire s'il accepte ta demande.

Exemple : je serais rassuré. Je me sentirais à l'aise de te laisser seul avec eux.

De ce fait, tu passerais davantage de temps seul avec eux.

Ceci est la conséquence positive qui doit inciter l'autre à accepter de changer son comportement.

Par contre, si la personne devant toi ne veut pas changer son comportement, tu peux utiliser la conséquence négative pour lui permettre de bien réfléchir à sa décision. À ce moment-là, tu dis à l'autre ce qui va se passer s'il n'accepte pas ton souhait, ce que tu lui proposes.

Exemple : si tu continues à consommer devant eux, je ne te ferai plus confiance et je ne te les confirai plus.

Résumé

D : Description de la situation (les faits);

E : Expression de ce que tu ressens;

S : Souhait que tu manifestes à l'autre;

C : Conséquences : positive (les bienfaits pour les deux de la réalisation de ce souhait) et négative (les difficultés qui résulteront d'un manque de volonté ou d'effort de l'autre).

Conditions gagnantes

- ❖ Choisir le bon «timing»;
- ❖ Parler au «Je»;
- ❖ Utiliser le «time out» si la situation dégénère.

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe # 4

Centration et syntonisation

Retour sur la semaine précédente :

- ❖ Revenir sur le thème des attitudes ou comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation.
- ❖ Quels sont les comportements observés durant la dernière semaine?
- ❖ Par quels comportements ou attitudes mes anciens comportements pourraient-ils être remplacés pour favoriser la prise en charge du toxicomane?
- ❖ Qu'est-ce qui arriverait si vous n'emploieriez pas les comportements pouvant collaborer au maintien de la consommation comme le protéger, payer pour lui, etc.?

Retour sur le devoir :

- ❖ En vous basant sur la feuille des attitudes positives pouvant contribuer à la prise en charge du toxicomane, considérez-vous en faire l'usage?
- ❖ Que remarquez-vous en utilisant le DESC?

Demander à chacun une situation où il a pu utiliser ces attitudes positives auprès du consommateur. Ensuite, quelles ont été les réactions remarquées?

Thème de la rencontre :

Les alternatives aux comportements ou attitudes pouvant collaborer au maintien de la consommation.

Remettre la feuille «Réactions des proches» et la lire ensemble.

- ❖ Qu'est-ce qui en ressort?

Devoir de la semaine :

- ❖ Avoir une attitude ou un comportement pouvant contribuer à la prise en charge du toxicomane. Tenter de remarquer l'impact de ce changement.

RÉACTIONS DES PROCHES

RÉACTIONS	IMPACTS	ALTERNATIVES	RÉSULTATS POSSIBLES
ACTIVATEURS FINANCIERS;			
Donner de l'argent.	Ne vit pas de conséquences négatives donc retarde le changement.	Cesser de payer pour quoi que ce soit.	Vit les conséquences négatives : prise de conscience de son problème, commence à changer.
Payer ses dettes	Ne peut faire face à ses obligations, ses responsabilités	Lui remettre la responsabilité de ses dettes : cesse de payer.	Ou, s'endette de plus en plus.
Payer pour le faire vivre.	A plus d'argent pour consommer	Séparer la gestion financière de chacun : exiger « sa part ».	Et la situation se dégrade de plus en plus.
Prendre un deuxième emploi pour compenser les pertes financières.	Se préoccupe de moins en moins de ceux qui l'entourent.	Se protéger financièrement : mettre les avoirs à son nom, bloquer l'accès direct à l'argent, etc.	
Prendre une deuxième hypothèque, etc.		Donner une liste des ressources communautaires (dépannage alimentaire, etc).	
ACTIVATEURS PSYCHOLOGIQUES :			
Surveiller, contrôler, « enquêter » (lorsqu'il est clair qu'il y a consommation).	Augmenter sa colère, se sent alors « justifié » de s'évader. Jeu du chat et de la souris : l'amène à plus de mensonge. Pour le proche, augmente la colère, la fatigue, le stress	Mettre vos limites, faire des demandes claires, identifier les conséquences de la consommation « d'autres choses à faire » (centrez-vous sur vous-même).	Peut l'amener à vivre des conséquences, de l'anxiété, à se remettre en question, à tenir compte de vous. Vous sentir mieux à la longue.
Aller consommer avec, par exemple pour le faire partir plus vite	L'encourage ... le met en colère.	Éteindre ce comportement.	Vous sentir mieux.
Critiquer, blâmer, « psychologiser », enseigner...	Le met « défensif », peut-être en colère, surtout culpabilité, sentiment d'infériorité.	Éteindre ce comportement. Si vous vous en sentez capable, mettre l'accent sur les comportements « positifs », encourager.	Vous sentir mieux. Support au changement manière d'exprimer votre support, la « direction à prendre ».

RÉACTIONS	IMPACTS	ALTERNATIVES	RÉSULTATS POSSIBLES
ACTIVATEURS PSYCHOLOGIQUES :			
Faire des menaces, poser des ultimatums... ne pas les tenir.	Démontre que vous n'êtes pas sérieux, il continue à consommer.	Identifier vos limites et les conséquences, les partager.	Vous faire respecter, l'amener à se remettre en question.
L'excuser auprès des proches, l'employeur, etc (trouver des défaites).	Ne vit pas de conséquences, d'obligations. Malaise pour vous à la longue de « mentir ».	Éteindre ce comportement. Si possible, nommer la vraie situation (description sans blâme).	Peut l'amener à « faire face » et vivre les conséquences (déclencheur de changement).
Dissimuler le problème et se retrouver seul « coupable » car l'entourage ne comprend pas vos réactions.	Ne vit pas de conséquences, laisse des « portes ouvertes » (emprunt d'argent). Vous prive de support possible.	Partager avec les proches, si possible. Ou trouver un quelconque support. Si il emprunte, besoin d'informer l'entourage.	LE met faire à ses responsabilités, peut augmenter sa colère un temps. Face à votre ouverture, peut se remettre en question.
Prendre toutes les responsabilités.	Ne vit pas de conséquences.	Envisager de mettre vos limites, faire des demandes et être prêt à mettre en action les conséquences de sa non participation.	Peut l'amener à un changement. Sinon vous vous sentirez mieux à la longue.
S'isoler de la famille et des amis.	Continue dans son « illusion » (rien ne vient le déranger). Vous n'avez pas de support.	Reprendre contact, refaire des sorties, des activités (prendre du recul avec la personne qui consomme).	Vous voyant vous éloigner, peut l'amener à une remise en question.
Cesser de faire des sorties, des activités.	N'a pas accès à des activités plaisantes « sans consommation ». Vous n'avez plus de plaisir : dépression possible.	Même chose que précédemment.	Vous sentir mieux à la longue.

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe # 5

Écrire pensée au tableau afin de les faire réfléchir (au choix).

Centration et syntonisation

Retour sur le devoir :

- ❖ Nommer les bonnes attitudes que vous avez employées durant la semaine.
- ❖ Quel impact celles-ci ont-elles eu sur vous et sur l'autre?

Faire un tour de table.

Thème de la rencontre

Prendre soin de soi

Lancer les questions suivantes en faisant un tour de table :

- ❖ Dans la situation actuelle, où un proche a une consommation active ou non, quelle est l'importance que vous accordez à prendre soin de vous, sur une échelle de 0 à 10 (0 étant pas du tout important et 10 très important)?
- ❖ Dans quelle perspective estimez-vous prendre soin de vous actuellement, sur une échelle de 0 à 10 (0 étant pas du tout et 10 étant beaucoup)?

Faire un lien entre les deux.

Il est important de savoir que la première personne en importance dans notre vie, c'est soi-même. Par contre, dans une situation où quelqu'un qui nous est cher a un problème de consommation, il arrive fréquemment que le proche s'oublie un peu et prenne davantage soin de l'autre que de soi. En s'oubliant, il appert que les membres de l'entourage s'épuisent rapidement et c'est à ce moment-là que les problèmes de santé peuvent apparaître.

C'est ici que survient l'importance de prendre soin de soi afin d'augmenter les sources d'énergie et ainsi, être davantage apte à venir en aide positivement au consommateur.

Quels seraient les moyens, selon vous, de prendre soin de soi?
Brainstorming au tableau.

- ❖ Remettre la feuille «Comment prendre soin de soi» et la regarder ensemble.

Devoirs de la semaine:

- ❖ Faire une ou plusieurs activités afin de prendre soin de vous durant la prochaine semaine.
- ❖ Faire les exercices : « Ce que j'ai négligé » et « Qui suis-je? ».

Ce que j'ai négligé

Dans ma relation avec la personne qui consomme de façon abusive. Qu'est-ce que j'ai négligé de mon bien-être?

Sur le plan :

- ❖ De ma santé : _____
- ❖ De mon apparence physique : _____
- ❖ De mon réseau social : _____
- ❖ De mes moments de détente : _____
- ❖ De mes loisirs : _____
- ❖ De ma sexualité : _____
- ❖ De mes finances : _____
- ❖ De mes projets futurs : _____
- ❖ De ma vie familiale : _____
- ❖ De l'aspect professionnel : _____
- ❖ De ma vie de couple : _____

Identifier un de ces éléments que vous aimeriez reprendre? _____

Pour quelles raisons? _____

Quels seraient les avantages pour vous? _____

De quelle façon concrète pourriez-vous reprendre cet aspect (identifier un délai, des moyens, etc.)? _____

Qui suis-je?

- ❖ Le jour de la semaine que je préfère est : _____
- ❖ Le moment de la journée que je préfère est : _____
- ❖ Mon mets préféré est : _____
- ❖ Physiquement, je suis : _____

- ❖ Si j'avais à me comparer à un animal, ce serait : _____
Pourquoi? _____
- ❖ Selon moi, ma santé est : _____
- ❖ Mes deux plus belles qualités sont : _____
- ❖ Mes deux pires défauts sont : _____
- ❖ Ce que j'aimerais améliorer de moi c'est : _____

- ❖ Quelles sont les situations qui me font plaisir?: _____

- ❖ De quelle façon s'exprime mon stress?: _____
- ❖ Quelles sont les situations qui me stressent le plus?: _____

- ❖ Lorsque je me sens dépassé, je fais : _____

- ❖ Les gens avec lesquels je me sens bien sont : _____

- ❖ Les gens avec lesquels je me sens mal à l'aise ou inconfortable sont : _____

- ❖ Lorsque j'ai besoin de réconfort, d'écoute, de soutien, je peux parler à : _____

Comment prendre soin de soi quand on est en relation avec un toxicomane

- ❖ Sortir de l'isolement : ne pas rester seul avec le problème, se confier.
- ❖ Retrouver du temps pour avoir :
 - une vie sociale;
 - des loisirs;
 - des projets à soi;
 - le temps de s'occuper de ses besoins.
- ❖ Cesser de camoufler, cacher et protéger l'autre.
- ❖ Se protéger émotionnellement.
- ❖ Se recentrer davantage sur soi.
- ❖ Savoir mettre ses limites et surtout, les maintenir.
- ❖ Cesser de s'hyperresponsabiliser.

Programme d'aide à l'entourage Rencontre de groupe # 6

Centration et syntonisation

Retour sur les devoirs de la semaine dernière :

- ❖ Quelle activité avez-vous fait afin de prendre soin de vous?
- ❖ Quel effet cela a eu sur vous, voire même sur l'autre?
- ❖ Qu'est-ce qui ressort des exercices faites durant la semaine: « Ce que j'ai négligé » et « Qui suis-je? ».

C'est important de comprendre qu'une activité pour prendre soin de soi doit faire en sorte que le problème de consommation nous affecte moins.

Prendre soin de soi n'est pas seulement de faire des activités, mais peut aussi consister à sortir de l'isolation, à cesser de camoufler l'autre, à se protéger, à mettre ses limites et à cesser de s'hyper responsabiliser. Ce sont toutes des façons de «recharger sa batterie».

Bilan

- Qu'est-ce qui ressort des six rencontres de groupe?
- Y a-t-il des thèmes qui vous ont davantage touchés?
- Vos objectifs de départ ont-ils été atteints?
- Quels sont les objectifs personnels que vous avez l'intention de vous fixer pour les prochaines semaines, prochains mois?
- Période de questions.

Exercice de départ :

Demander à chaque participant de nommer une qualité ou un aspect positif qu'il à perçu chez chaque membre du groupe.

Passation du post-test.

Donner un rendez-vous à chaque participant pour une rencontre de suivi dans un mois.