



# Les services à l'entourage des personnes dépendantes

GUIDE DE PRATIQUE  
ET OFFRE DE SERVICES DE BASE



# Les services à l'entourage des personnes dépendantes



## GUIDE DE PRATIQUE ET OFFRE DE SERVICES DE BASE

La rédaction du document a été réalisée par

**Lucie Mongrain**

Conseillère aux communications

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec



L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) regroupe vingt centres de réadaptation publics et quelques organismes apparentés offrant des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation, des services de désintoxication, des services de réadaptation en externe ou avec hébergement, des services de soutien à l'entourage, des traitements de substitution et de la réinsertion sociale ou professionnelle.

Répartis dans 16 régions administratives du territoire québécois, les centres de réadaptation en dépendance sont une référence incontournable en matière de services spécialisés de réadaptation des personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes sévères d'abus et de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. Chaque année, ce sont plus de 50 000 personnes qui font appel à leurs services. Parmi celles-ci, 30 % sont des jeunes de moins de 25 ans.

On estime à plus de 13 % le nombre de personnes qui reçoivent des services de soutien à l'entourage.

## CONTRIBUTIONS

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec souhaite remercier pour leur contribution au présent document les membres du Comité sur l'entourage :

- **Gilles Cuillerier**, président du comité et directeur de la mission universitaire, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
- **Stéphane Bujold**, conseiller clinique, Centre Le Maillon de Laval
- **Éric Brüttsch**, intervenant jeunesse et responsable du groupe parents, Centre André-Boudreau
- **Éric Gascon**, coordonnateur, CRD Le Virage
- **Martine Gauthier**, coordonnatrice des services externes et responsable du programme Jeu excessif, du programme Toxicomanie justice et de la réinsertion sociale, Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve) – a quitté en décembre 2010
- **Lucie Mongrain**, conseillère aux communications, ACRDQ
- **Marie-Monique Rompré**, conseillère familiale au programme de traitement du jeu pathologique, Maison Jean Lapointe
- **Joëlle Thouin**, coordonnatrice, Centre Normand
- **Lou Ida Gauthier**, coordonnatrice clinique, Centre Jellinek
- **Sylvie R. Gagnon**, conseillère en développement, Centre de réadaptation en dépendance Le Tremplin

Révision de la recension des écrits :

- **Joël Tremblay**, Université du Québec à Trois-Rivières, à Québec et Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

Autres contributions :

- Révision du document : **Pierre Desrosiers** et **Lisa Massicotte**, ACRDQ
- Secrétariat : **Renée Auger**, ACRDQ
- Révision linguistique : **Jacinthe Rouisse**, ACRDQ
- Conception et mise en page : **Gilles Drouin**, Info Typo Graphie

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse :  
[www.acrdq.qc.ca](http://www.acrdq.qc.ca).

DÉPÔT LÉGAL 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN 978-2-921628-15-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-921628-16-7 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée avec mention de la source.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES UTILISÉS DANS LE TEXTE

### ACRDQ

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

### CCLAT

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

### CPLT

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

### CRD

Centre de réadaptation en dépendance

### CSSS

Centre de santé et de services sociaux

### LSSSS

Loi sur les services de santé et les services sociaux

### MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

### ME

Membre(s) de l'entourage

### PI

Plan d'intervention

### PSI

Plan de services individualisés





# Table des matières

<b>1. Introduction</b>	9
<b>2. Définition du concept entourage</b>	11
2.1 Point de vue légal	11
2.2 Point de vue de l'organisation des services	11
2.3 Point de vue de l'intervention clinique	11
2.4 Proposition des membres du Comité sur l'entourage	12
<b>3. Recension de la littérature scientifique sur l'entourage des personnes dépendantes</b>	13
3.1 Mise à jour des faits saillants de la recension des écrits	14
3.2 Les recommandations du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2005)	16
3.2.1 Recommandations sur l'organisation des services	16
3.2.2 Recommandations sur l'intervention clinique	16
3.3 Faits saillants concernant les programmes et les modalités d'intervention auprès des ME d'adultes dépendants	17
3.3.1 Évolution des programmes d'intervention visant les ME d'adultes dépendants et objectifs poursuivis	17
3.3.2 Community reinforcement approach and family training (CRAFT)	18
3.3.3 Interventions conjugales	20
3.3.4 Modèle d'intervention auprès d'adultes dépendants incluant la famille et basé sur des résultats prometteurs	20
3.3.4.1 Matrix Intensive Outpatient Treatment For People With Stimulant Use Disorders (Matrix)	20
3.4 Faits saillants concernant les programmes et les modalités d'intervention auprès des ME d'adolescents dépendants	21
3.4.1 Implication de la famille dans le traitement de l'adolescent	21
3.4.2 Efficacité des interventions familiales pour les adolescents qui vivent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu pathologique	22
3.4.3 Modèles de traitement jugés efficaces	22
3.4.4 Importance de l'implication des parents	24
3.5 Considérations générales	25
3.5.1 Implication des ME dans la démarche de traitement ou de réadaptation	25
3.5.2 Comportements des ME qui peuvent aider au rétablissement de la personne dépendante	25
3.5.3 Approches d'intervention auprès des ME	25
3.5.4 Épisode de traitement ou de réadaptation et intensité	26
3.6 Développement de compétences et intervention spécialisée auprès des ME	26
3.7 Projets d'intervention prometteurs validés sur le plan scientifique et en implantation au Québec	27
3.7.1 Jeunes enfants âgés de six ans et plus	27
3.7.1.1 Groupes d'intervention familiale pour les enfants de 6 à 12 ans vivant avec un ou des parents ayant une dépendance	28
3.7.1.2 Programme d'intervention appui aux familles (PIAF)	28
3.7.2 Adultes	28
3.7.2.1 Programme CRAFT: étude pilote dans deux CRD	28
3.7.2.2 Intervention conjugale auprès de couples dont l'un des membres est un joueur pathologique	29
3.8 Outils d'évaluation spécialisés valides ou fiables	30
3.8.1 Programmes d'intervention auprès des ME qui possèdent leurs propres outils	30
3.8.2 Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)	30

<b>4. État de situation sur les pratiques éprouvées en CRD .....</b>	<b>31</b>
4.1 Observations de 2007 .....	31
4.2 Observations de 2011 .....	32
4.2.1 Affirmation d'une volonté organisationnelle de mieux joindre les ME.....	32
4.2.2 Croissance de l'offre de service.....	32
4.2.3 Services mieux intégrés .....	32
4.2.4 Évaluation spécialisée de la situation des ME.....	32
4.3 Grandes tendances sur les pratiques éprouvées au regard des services à l'entourage dans les CRD .....	33
4.3.1 Objectifs généraux.....	33
4.3.2 Motifs de consultation .....	33
4.3.3 Intégration des interventions auprès des ME.....	33
4.3.4 Trajectoire de services.....	34
4.3.5 Approches cliniques privilégiées auprès des ME.....	34
4.3.6 Modalités d'intervention .....	34
4.3.7 Des stratégies pour favoriser l'engagement dans le processus de réadaptation.....	35
4.3.8 Obstacles à une intervention commune pour les ME et les personnes dépendantes.....	35
4.3.9 Durée des services pour les ME .....	36
4.3.10 Suivi .....	36
4.3.11 Organisation du travail.....	36
4.3.12 Développement des compétences du personnel clinique en CRD .....	36
4.3.13 Recherche et évaluation de programme .....	38
4.4 Zones grises ou zones de collaboration.....	38
4.4.1 Partage des rôles et des responsabilités .....	38
4.4.2 Accessibilité aux ressources pour les ME .....	39
4.4.3 Clientèles prioritaires.....	39
4.4.4 Évaluation de la demande de services des ME.....	39
4.4.5 Le bon service au bon moment et au bon endroit .....	40
<b>5. Prémisses et recommandations du Comité sur l'entourage.....</b>	<b>41</b>
5.1 Recommandations sur l'organisation des services .....	41
5.1.1 Partage des responsabilités.....	41
5.1.2 Intégration des services.....	42
5.1.2.1 Accessibilité.....	42
5.1.3 Programmation.....	43
5.2 Recommandations sur l'intervention clinique .....	44
5.2.1 Engagement des ME.....	44
5.2.2 Évaluation et planification de l'intervention .....	44
5.2.2.1 Évaluation globale et spécialisée de la situation des ME .....	44
5.2.2.2 Plan d'intervention et plan de services individualisés .....	45
5.2.2.3 Épisode de services auprès des ME.....	45
5.2.3 Modalités d'intervention et approches cliniques .....	46
5.2.3.1 Thèmes abordés dans les services spécialisés de réadaptation .....	46
5.3 Recommandations sur le développement de compétences.....	47
5.4 Recommandations sur la recherche et l'évaluation de programme .....	48
<b>6. Conclusion .....</b>	<b>49</b>
ANNEXE 1 .....	51
ANNEXE 2 .....	53
LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS.....	55

# 1.

## Introduction

Le présent guide de pratique et offre de services de base à l'entourage des personnes dépendantes se veut un outil visant à soutenir la prise de décision et le transfert de connaissances basées sur les meilleures pratiques au regard de l'organisation des services, de l'intervention clinique, du développement des compétences, de la recherche et de l'évaluation de programme. Il s'adresse principalement aux gestionnaires, aux intervenants des CRD et à leurs partenaires concernés par les services à l'entourage des personnes aux prises avec une problématique de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

La décision de produire un tel guide de pratique sur les services à l'entourage émane de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD, amorcée en 2008, afin de promouvoir les meilleures pratiques et de bien camper les services de base à implanter dans l'ensemble du Québec. Après les services en jeunesse, les troubles concomitants, la désintoxication, le jeu pathologique et la réadaptation en toxicomanie chez les adultes, c'est maintenant aux services à l'entourage de faire l'objet d'une telle démarche.

Un comité d'experts, formé de cliniciens et de gestionnaires représentant les diverses réalités des milieux de réadaptation en dépendance, s'est vu confier par le Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD le double mandat de définir une offre de services de base appuyée sur les meilleures pratiques et de proposer une meilleure répartition des rôles et des responsabilités de la première ligne et des services spécialisés de réadaptation aux membres de l'entourage (ME) des personnes dépendantes en cohérence avec les missions respectives de ces instances.

D'entrée de jeu, il est pertinent de rappeler les grands principes qui sont la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle comme fondements de l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec. Toutefois, dans l'Offre de service en dépendances du MSSS, le soutien à l'entourage est une responsabilité qui a été confiée uniquement aux CRD. Après analyse et travaux du comité d'experts, il est apparu qu'un meilleur partage des responsabilités, eu égard aux membres de l'entourage, s'imposait entre la première et la deuxième ligne.

Ce document est structuré autour de quatre sections principales. La première présente la vision du comité d'experts sur le concept de l'entourage à partir de points de vue légal et clinique. La deuxième section porte sur la recension de la littérature scientifique sur l'entourage des personnes dépendantes. On débute par un bref rappel des recommandations proposées en 2005 par le CPLT sur les services à l'entourage. On traite ensuite des effets de la dépendance sur les proches et d'autres constats de la recherche sur des programmes, des approches et des modalités d'interventions validés auprès des ME de jeunes et d'adultes et aussi de l'importance de l'entourage comme levier dans le traitement et le processus de réadaptation. On complète cette section en abordant les meilleures pratiques concernant les compétences à maîtriser pour intervenir auprès des ME et les comportements des ME qui influencent positivement ou négativement l'abstinence et la diminution des habitudes de consommation ou de jeu.

La troisième partie du document dresse un état de situation sur les pratiques éprouvées sur le terrain, d'abord avant 2007, puis en 2011, et met en lumière les grandes tendances qui se dégagent dans les CRD au regard des ME. Mentionnons que les vingt CRD membres de l'ACRDQ ont participé aux entrevues semi-dirigées auprès de gestionnaires et de cliniciens des CRD en décembre 2010 ou à la consultation ciblée avec deux groupes de discussion en février 2011. Dans ce chapitre, le comité d'experts présente aussi les principales zones grises sur le partage des responsabilités entre la première et la deuxième ligne et propose quelques pistes interpellant la collaboration de ces principaux partenaires.

Enfin, cet ouvrage se termine par une série de recommandations de la part du Comité sur l'entourage. Celles-ci ont d'ailleurs fait l'objet de discussions au Comité directeur de la démarche de normalisation et à la Table commune, instance qui regroupe les dirigeants et les gestionnaires clinico-administratifs de l'ensemble des CRD. Ces recommandations sont assorties de pistes d'action touchant à la fois l'organisation des services, l'intervention clinique, le développement des compétences et la recherche, et visant une harmonisation et une amélioration des services aux ME de personnes dépendantes.

# 2.

## Définition du concept entourage

La nécessité de dégager un vocabulaire commun et de circonscrire la notion d'entourage a rapidement émergé au début des travaux du Comité sur l'entourage. Est-ce un usager? Un client? Un proche aidant? Un programme? Un partenaire? Une partie prenante?

D'entrée de jeu, la dimension de programme a été écartée puisque la définition de programme s'applique à «un ensemble ordonné, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie<sup>1</sup>».

### 2.1 Point de vue légal

En considérant l'énoncé de la mission des CRD à l'article 84 de la LSSSS, nous pouvons remarquer que le législateur a voulu accorder au mot entourage le sens d'utilisateur, de client ou d'usager qui s'adresse au CRD pour recevoir des services :

La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, de leur dépendance au jeu pathologique ou de toute autre dépendance requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

### 2.2 Point de vue de l'organisation des services

Sur le plan de l'organisation des services, nous pouvons dire que les ME sont des usagers, des clients qui peuvent demander du soutien aux CRD ou se voir offrir des services par ceux-ci. Lorsqu'il s'agit de transiger avec la dépendance d'une personne et qu'ils ont besoin d'aide, les consultations ont démontré que c'est généralement vers les CRD qui ont développé cette expertise que se tournent les ME.

Dans son offre de service, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT, devenue ACRDQ en 2008) affirme: «Les membres de l'entourage desservis par les CRPAT sont la famille immédiate (père, mère, frère, sœur, conjoint, conjointe, enfant) ou toute personne qui a un lien fortement significatif envers le toxicomane ou le joueur.» (FQCRPAT, 2004)

### 2.3 Point de vue de l'intervention clinique

La plupart des ME affirment vouloir jouer un rôle actif dans la démarche de réadaptation et avoir, autant que possible, un impact positif dans le rétablissement des personnes dépendantes même lorsque celles-ci ne sont pas motivées. Les ME, quand ils sont encore présents et mobilisables, peuvent s'avérer un soutien fort pertinent dans l'accompagnement des personnes dépendantes. D'où cette idée de collaboration avec les intervenants exprimée dans la notion de «proche aidant» ou même de «partenaire» non professionnel de l'intervention. En plus de contribuer à

1 Hélène DESROSIERS, *Cadre pratique pour l'évaluation des programmes*, MSSS, 1998, 130 pages.

favoriser leur mieux-être, l'intervention auprès des ME vise à les soutenir et à renforcer leurs compétences pour tenter d'avoir une influence sur l'arrêt ou la diminution des habitudes de consommation ou de jeu, sur la réduction des méfaits des personnes dépendantes et sur l'amélioration de leurs relations.

La plupart des ME affirment vouloir jouer un rôle actif dans la démarche de réadaptation et avoir, autant que possible, un impact positif dans le rétablissement des personnes dépendantes même lorsque celles-ci sont non motivées. Leur lien d'attachement fort à cette personne dépendante, combiné à l'expérience quotidienne de conséquences négatives issues directement des comportements de consommation de substances psychoactives ou de recours aux jeux de hasard et d'argent, les conduit à vouloir tout mettre en oeuvre pour réduire, voire arrêter les comportements destructeurs de la personne aimée. Les ME, quand ils sont encore présents et désireux de s'impliquer de cette façon, peuvent s'avérer un soutien fort pertinent dans l'accompagnement des personnes dépendantes. D'où cette idée de collaboration avec les intervenants exprimée dans la notion de « proche aidant ». L'intervention auprès des ME ciblera toujours en priorité l'amélioration de leur mieux-être. Leur propre perception de ce qui pourrait améliorer leur état inclut, entre autres objectifs, l'amélioration de leurs habiletés à interagir avec la personne dépendante afin d'augmenter la probabilité de réduction de la consommation de substances psychoactives ou des comportements de jeux de hasard et d'argent. L'important, c'est d'appuyer l'intervention sur la volonté du ME en ciblant ce qui compte pour lui ou elle.

## 2.4 Proposition des membres du Comité sur l'entourage

Pour sa part, le Comité sur l'entourage propose une définition qui rallie en quelque sorte les différents points de vue exprimés précédemment.

La notion d'usagers dépendants et de ME comme parties prenantes dans un ou plusieurs systèmes relationnels, un concept bien présent dans la théorie générale des systèmes et dans les approches de type systémique, a suscité beaucoup d'intérêt au cours des travaux menés sur l'entourage des personnes dépendantes. « Un système est un ensemble d'éléments en interaction, évoluant dans le temps et organisé en fonction de ses finalités et de l'environnement. » (Ausloos, 2008).

Ainsi, cette idée de considérer aussi les ME comme des parties prenantes dans un processus de changement ou une démarche de réadaptation a servi de trame de fond à la réflexion et aux recommandations du Comité sur l'entourage.

Usager, client, proche aidant, partenaire, partie prenante sont finalement des expressions différentes pour exprimer plusieurs facettes d'une même réalité, celle de personnes dont les relations et la qualité de vie sont affectées par la dépendance d'une personne significative. Ainsi, les conjoints, les parents, la fratrie, les enfants (jeunes ou adultes), des personnes de la famille nucléaire ou de la famille recomposée, des amis proches de la personne dépendante sont des ME pouvant demander et recevoir des services du CRD.

Pour les besoins du présent guide, nous privilégions l'expression *membres de l'entourage* que plusieurs milieux de réadaptation utilisent déjà pour distinguer les proches jouant un rôle important auprès des personnes dépendantes.

# 3.

## Recension de la littérature scientifique sur l'entourage des personnes dépendantes

Depuis les années 1970, le domaine de la dépendance n'a cessé d'être influencé par divers courants, modèles et approches en émergence venus passablement modifier nos façons actuelles de prévenir, de traiter et d'intervenir en réadaptation auprès des personnes dépendantes et des ME. Le modèle biopsychosocial dont s'inspire aujourd'hui le milieu de la réadaptation en dépendance marque l'évolution d'une vision plutôt médicale vers un modèle plus intégrateur de l'apport social, psychologique, neurobiologique, humaniste, incluant le médical. L'inclusion de la dimension sociale, tant dans la conception étiologique qu'en ce qui concerne les conséquences de la dépendance, influe sur le fait que la personne dépendante n'est plus l'unique cible de l'intervention. C'est en effet tout le système relationnel jouant un rôle important auprès de cette personne, que ce soit sur le plan conjugal, familial ou social, qui peut désormais bénéficier de l'intervention du CRD ou être invité à collaborer dans un processus de changement.

Les études relativement récentes sur les ME, principalement américaines, mais aussi les travaux de nos équipes de recherche québécoises, contribuent à mieux comprendre comment les ME peuvent avoir un impact significatif tout au long de la trajectoire de changement des personnes dépendantes. On peut penser aux travaux de Meyers et de Smith qui nous révèlent le rôle primordial des ME dans l'initiation d'une demande d'aide, ceux des groupes de O'Farrell et Fals-Stewart, ou encore ceux de McCrady et d'Epstein qui nous démontrent comment l'implication des conjoints améliore l'efficacité des processus de

réadaptation et même les processus post-traitement. Des données préliminaires de travaux québécois semblent indiquer que l'implication des conjoints dans la réadaptation du jeu pathologique aurait un effet significatif sur la rétention en traitement.

La recension des écrits scientifiques, bien que peu abondante encore sur l'entourage des personnes dépendantes, a permis d'accroître nos connaissances au sujet des conséquences de la dépendance auprès des ME et sur l'impact de leur engagement dans le traitement et la réadaptation des personnes alcooliques, toxicomanes ou aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. Pour réaliser cette synthèse des faits saillants de la littérature sur les pratiques auprès des ME, le Comité sur l'entourage s'est appuyé, entre autres, sur les recommandations de 2005 du CPLT et sur les guides de pratique déjà produits par l'ACRDQ – jeunesse, désintoxication, jeu pathologique et réadaptation adulte (dont une importante section sur les approches qui incluent les ME dans le guide sur la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes) – et dans lesquels plusieurs dimensions ont été traitées au regard de ces personnes. D'autres ouvrages ont été également consultés pour compléter ce tour d'horizon sur les pratiques reconnues ou en émergence impliquant l'entourage.

Nous commencerons le chapitre sur la recension des écrits en présentant quelques données chiffrées et d'autres résultats mis en lumière au fil des ans sur les conséquences de la dépendance sur les ME. Nous relaterons ensuite les recommandations du CPLT sur l'organisation des services et l'intervention clinique (Tremblay, et autres, 2005). Ce chapitre fera état également des faits saillants de la littérature sur les programmes et les modalités d'intervention pour les ME d'adultes dépendants qui ont été les premiers à être

développés, et ceux conçus pour les ME d'adolescents dépendants, suivis de quelques considérations générales. Enfin, nous terminerons cette partie en abordant le développement des compétences que nécessite l'intervention spécialisée auprès des ME et présenterons quelques projets prometteurs en implantation dans les CRD du Québec et un segment portant sur les outils d'évaluation concernant les ME.

### 3.1 **Mise à jour des faits saillants de la recension des écrits**

La dépendance et les conséquences associées ont un effet indéniable sur les ME. Nous avons recensé quelques résultats d'études ou de consultations, révélateurs de l'influence des problématiques de dépendance sur la qualité de vie de l'entourage.

#### **1993**

«Les données de l'enquête sociale générale de 1993 nous apprennent que 39,6% des Québécois rapportent avoir été affectés de diverses façons par la **consommation d'alcool**<sup>2</sup> de leurs proches (E. Single, 1999, dans FQCRPAT, 2004).» Bien que cette étude ne précise pas le type de lien existant entre les ME et les personnes dépendantes, elle révèle notamment que la problématique de dépendance affecte non seulement les personnes dépendantes mais aussi leurs proches.

#### **1994**

Au Québec, une étude descriptive auprès de 1 633 **personnes alcooliques et toxicomanes** provenant de trois CRD démontre que les problèmes graves avec les conjoints ou conjointes sont de loin les plus courants (Laflamme-Cusson, Guyon, Landry, 1994, dans Bertrand, Ménard, Tremblay, 2005).

#### **2004**

Sur les 40 000 personnes s'adressant aux CRD pour une problématique de dépendance, tous âges et problématiques confondus, 9% sont des ME qui consultent pour les **problèmes d'abus de substances ou de jeu pathologique** vécus par un proche (FQCRPAT, 2004).

#### **2005**

La famille constitue l'un des principaux systèmes touchés par la **consommation de substances psychoactives** de l'un de ses membres, que ce soit un adolescent ou un adulte. Ainsi, au regard des problèmes d'alcool et de drogues à l'adolescence, les facteurs de risque (consommation des parents et de la fratrie, faibles compétences parentales, difficultés relationnelles parent-adolescent, climat familial conflictuel, maltraitance et négligences parentales) et de protection (soutien familial, attachement mutuel parent-adolescent, cohésion familiale) liés à la famille sont nombreux (Bertrand, Ménard, Tremblay, 2005).

#### **2008**

Les **problèmes de consommation et de jeu pathologique** se répercutent sur l'équilibre des divers systèmes relationnels de la personne dépendante. Ainsi, la famille, le couple, les proches significatifs sont parmi les principaux systèmes à en être affectés. Les ME peuvent éprouver des sentiments d'abandon, de l'anxiété, de la peur, de la colère, de l'inquiétude, de l'embarras ou de la culpabilité, ou encore ils voudront ignorer ou couper les liens avec la personne dépendante (SAMHSA, 2008)<sup>3</sup>.

Les conséquences du **jeu pathologique** sur les proches des joueurs sont multiples, et la détresse peut se manifester par divers symptômes (Boutin et Ladouceur, 2006, dans Desrosiers et Jacques, 2009).

2 Les mots en caractères gras dans le présent chapitre sont de nous.

3 SAMHSA, *A treatment improvement protocol (TIP) 39: Substance abuse treatment and family therapy*, juillet 2008. Notre traduction.



D'autre part, les **troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale** ont aussi une incidence sur la personne qui les éprouve, sur sa famille et sur ses amis. Les ME peuvent avoir besoin d'aide pour faire face aux effets de ces troubles concomitants, mais ils jouent également un rôle clé dans le repérage de solutions efficaces (O'Grady et Skinner, 2008, dans *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*, CAMH).

## 2009

Entre cinq et dix personnes, incluant les membres de la famille, les employeurs, les amis ou les collègues de travail se trouveraient directement affectés, à des degrés divers, par les **habitudes de jeu de hasard et d'argent d'une personne dépendante** (Productivity Commission, 1999, dans Desrosiers et Jacques, 2009). Les conséquences du jeu pathologique sur les proches des joueurs sont multiples, et la détresse peut se manifester par différents symptômes dans plusieurs sphères de vie (Boutin et Ladouceur, 2006, dans *Guide sur le jeu pathologique*, 2010, p. 20): dimensions physiques, psychologiques, financières, légales, conjugales, familiales, sociales et professionnelles. Les conjointes figurent en première place parmi les personnes touchées par le jeu (Ciarrocchi et Reinert, 1993). Les conséquences négatives (Dubarci et Varan, 2000) subies par les enfants, dont l'impression de perdre le parent joueur, sont loin d'être négligeables.

## 2010

Dans un article portant sur une étude de cas visant à mieux comprendre la contribution de l'implication familiale dans le processus de réadaptation de l'adolescent toxicomane (Gauthier, Bertrand, Nolin, 2010), les auteurs rapportent que :

la **consommation de drogues** des parents augmente le risque de consommation de leurs adolescents, et ce, de façon significative (Anderson et Henry, 1994; Brook et autres, 2011; Brook, Zhang, Koppel et Brook, 2008). L'alcoolisme parental est aussi associé à l'augmentation du risque de consommation problématique chez les adolescents (Chassin,

Pitts, DeLucia et Todd, 1999; Vitaro, Assad et Carbonneau, 2004) ainsi qu'à l'augmentation du risque de voir la consommation de psychotropes débuter de façon précoce (Obot, Wagner et Anthony, 2001). Enfin, il est également important de souligner que les enfants de parents ayant une dépendance ont de trois à neuf fois plus de risques de développer une dépendance que le reste de la population (Cotton, 1979; Schuckit, 1999; Vitaro, Tremblay et Zoccolollo, 1999);

les conséquences de l'abus de substances de l'adolescent sur sa famille sont un domaine encore peu investigué par la recherche. On peut tout de même penser qu'elles altèrent la qualité de vie familiale.

## 2011

Dans une récente étude américaine portant sur les problèmes vécus par 110 membres de l'entourage de personnes dépendantes à **l'alcool ou à toute autre substance**, tous ont rapporté avoir 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 avec un taux de 17% étaient les moins fréquents (Benishek, Kirby, Dugosh, 2011).

## 3.2 **Les recommandations du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2005)**

Le CPLT avait reçu en 2005 le mandat de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation de l'époque sur des orientations et des priorités d'action et d'intervention à privilégier en matière de lutte à la toxicomanie. Nous présentons ici les recommandations du CPLT, basées sur une importante recension d'écrits et tirées des deux rapports intitulés respectivement *Implication des membres de l'entourage dans la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes* (Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005) et *Les membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes: Portrait des services offerts au Québec* (Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005). L'intérêt de présenter ici ces recommandations sur l'organisation des services et sur certains aspects cliniques réside dans le fait que les trois auteurs interpellés par le Comité sur l'entourage soutiennent que celles-ci sont encore d'actualité aujourd'hui.

### 3.2.1 **Recommandations sur l'organisation des services**

- Des services de thérapie conjugale doivent être organisés et systématiquement offerts, voire fortement recommandés, aux personnes alcooliques et toxicomanes.
- Les personnes alcooliques et toxicomanes ne consultant pas peuvent être jointes, de façon efficace et efficiente, par des interventions auprès des membres de l'entourage. Ces interventions bénéficient tant aux membres de l'entourage qu'aux personnes alcooliques et toxicomanes.

- Les données de recherche permettent déjà de conclure qu'une intervention s'appuyant sur la famille devrait faire partie de l'arsenal de base de tout centre de traitement des adolescents aux prises avec des difficultés importantes de substances psychoactives.
- De façon générale, il est avantageux de se doter d'une programmation écrite définissant ainsi les clientèles cibles, les objectifs et les modèles d'intervention utilisés.
- Une intervention impliquant les membres de l'entourage de personnes alcooliques et toxicomanes est une intervention spécialisée nécessitant la formation adéquate du personnel.
- Une évaluation structurée (valide et fidèle) de la situation et des besoins des membres de l'entourage fait partie des services de base dès le début des services.
- Les services impliquant les membres de l'entourage de la personne alcoolique et toxicomane doivent être principalement offerts par les centres spécialisés en alcoolisme et toxicomanie mais doivent aussi s'insérer dans un réseau en partenariat.

### 3.2.2 **Recommandations sur l'intervention clinique**

- Intervenir auprès des membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes non motivées.
- Introduire systématiquement l'intervention conjugale dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes.
- Dans les services d'aide aux adolescents abusant de substances psychoactives, développer des compétences à utiliser un traitement s'appuyant sur la famille.

### 3.3 **Faits saillants concernant les programmes et les modalités d'intervention auprès des ME d'adultes dépendants**

Les services auprès des ME d'adultes dépendants se sont développés un peu avant ceux offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille. La préoccupation au regard de l'inclusion des ME dans les services en dépendance et de l'évolution des objectifs généraux visés a suscité un intérêt autour du développement de certains programmes plus connus et de la finalité poursuivie. Nous débuteons avec les interventions unilatérales auprès des ME d'adultes dépendants qui sont apparues les premières. Suivront les faits saillants de la recension des écrits sur les interventions conjugales et un modèle d'intervention auprès de ME d'adultes dépendants incluant la dimension familiale.

#### 3.3.1 **Évolution des programmes d'intervention visant les ME d'adultes dépendants et objectifs poursuivis**

Deux types d'intervention sont à l'origine de services offerts à des ME de personnes dépendantes. Il s'agit d'Al-Anon, créé au début des années 1950, et de l'*Intervention* du Johnson Institute. Al-Anon offre une modalité d'intervention de groupe d'entraide visant le bien-être général des ME affectés par la dépendance d'une personne alcoolique. La philosophie et les règles de fonctionnement d'Al-Anon sont basées sur le programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes (Tremblay, et autres, 2005 ; Tremblay, et autres dans ACRDQ 2010). Il favorise le soutien entre pairs qui partagent leurs expériences, leurs émotions, leurs souffrances et leurs espoirs, que la personne dépendante ait entrepris ou non une démarche, un des éléments de la philosophie de ce mouvement est qu'on ne peut

pas changer la personne alcoolique. Avec plus de 30 000 groupes incluant Al-Ateen pour les jeunes, Al-Anon est présent dans plus de 112 pays<sup>4</sup>.

C'est au Dr Vernon E. Johnson, fondateur du Johnson Institute situé au Minnesota (États-Unis) en 1966, que l'on doit le programme Johnson Institute Intervention, communément appelé l'*Intervention*<sup>5</sup>. Contrairement à une croyance, assez répandue à cette époque, voulant qu'il soit absolument nécessaire d'avoir « touché le fond » pour se sortir de l'alcoolisme, Johnson a introduit un concept d'intervention basée sur la participation de la famille, des amis et même des employeurs. Son modèle part du principe que le ME peut exercer une influence sur la personne non motivée à cesser ou à réduire sa consommation de substances psychoactives ou à amorcer un traitement. Dans ce programme, les ME se rencontrent à l'insu de la personne dépendante pour préparer une rencontre de confrontation avec la personne alcoolique.

(Tiré du guide sur la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes, Tremblay, et autres, dans ACRDQ, 2010)

Les premières études d'efficacité de « l'Intervention » de l'Institut Johnson ont rapporté des résultats apparemment spectaculaires (p. ex. : 90 % des alcooliques entrant en traitement) (Logan, 1983). Il semble que, lorsque les membres de l'équipe réussissent à mener la confrontation, le résultat soit probant (Liepman *et al.*, 1989), même auprès de personnes alcooliques et toxicomanes violentes envers leur conjointe (Lindquist, 1986). Cependant, bien peu de participants se rendent à la confrontation (29%), ce qui réduit le taux de succès de cette entreprise à 25 % au cours d'un suivi mené deux années après le premier contact (Liepman, 1993) et corroboré par des données plus récentes et issues d'une étude à distribution au hasard des participants entre trois modalités d'intervention : « l'Intervention » du Johnson Institute, la thérapie d'orientation vers Al-Anon et le *Community*

4 Site Web du programme Al-Anon : [www.al-anon.alateen.org](http://www.al-anon.alateen.org)

5 Le *Johnson Institute* a légalement transféré la propriété intellectuelle de ses programmes au *Hazelden Foundation Center for Public Advocacy* en 2009.

*Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)* (Miller, Meyers et Tonigan, 1999). Il semble toutefois que les individus accidentés souffrant de traumatismes sévères et ayant été lourdement intoxiqués lors de l'accident soient dans un contexte permettant des taux élevés de participation et de succès thérapeutique (89% sont entrés en traitement pour dépendance aux substances psychoactives) de «L'Intervention» (Gentilello et Duggan, 1993). «L'Intervention» du Johnson Institute améliore également le bien-être des membres de l'entourage, que la personne alcoolique ou toxicomane entre en thérapie ou non (Miller et autres, 1999), cela étant tout aussi vrai pour d'autres modalités d'intervention telles que Al-Anon ou *CRAFT* (Miller et autres, 1999).

Dans la foulée de l'*Intervention* du Johnston Institute, toute une gamme de programmes visant à venir en aide aux ME ont été créés. Voici les principaux programmes recensés :

- «La thérapie familiale unilatérale cible les conjoints de personnes alcooliques (Thomas et Ager, 1993) avec une perspective familiale.» Inspirée d'un modèle comportemental cognitif, cette modalité vise, par l'intermédiaire du ME, l'apprentissage d'habiletés propres à renforcer les comportements désirés chez la personne alcoolique et à cesser de renforcer ceux qui sont non souhaités (Tremblay et autres, 2005).

«Les deux programmes suivants ajoutent des modules d'apprentissage divers à l'Intervention, que ce soit des habiletés à la consommation, la capacité à réduire les renforçateurs de la communication ou l'amélioration des stratégies de renforcement de la sobriété. Elles aboutissent, si nécessaire, à l'Intervention».

- Le Pressure to Change (Barber et Crisp, 1995 ; Barber et Gilbertson, 1997) a été créé par un groupe d'Australiens. Ce modèle vise à aider le conjoint ou la conjointe de la personne alcoolique à

mieux transiger avec la consommation de cette dernière, à l'encourager à réduire sa consommation d'alcool et à favoriser son entrée en thérapie. Des stratégies visant à faire pression sur la personne dépendante sont enseignées et varient en intensité selon la réponse obtenue (Tremblay et autres, 2005);

- «Le programme Albany-Rochester Interventional Sequence of Engagement (ARISE) (Garrett, Landau-Stanton, Stanton, Stellato-Kabat et Stellato-Kabat, 1997 ; Garrett et autres, 1998 ; Garrett et Landau, 2007 ; Landau et autres, 2000 ; Landau et autres, 2004) innove en informant et en invitant dès le début la personne alcoolique ou toxicomane à participer au processus. Des trois modèles, seul ARISE semble encore soutenu par les auteurs. Aucune étude de distribution au hasard n'a été rapportée pour ce dernier modèle, mais les résultats de la seule étude recensée rapporte des taux d'entrée en traitement de 83% (Landau et autres, 2004). Ces premiers résultats très préliminaires devront être confirmés mais méritent qu'on y porte attention. (Tremblay, et autres, dans ACRDQ, 2010).»

### 3.3.2 Community reinforcement approach and family training (CRAFT)

Le CRAFT est un programme de traitement qui s'adresse uniquement aux ME sur une base individuelle. Il vise principalement à améliorer le bien-être du ME, mais également l'augmentation de la motivation de la personne alcoolique ou toxicomane à réduire sa consommation de substances psychoactives et à entrer en traitement. L'hypothèse sous-jacente à ce type d'intervention est que la réduction de consommation de substances psychoactives améliorera le bien-être du ME, ce que plusieurs études confirment (Tremblay et autres, 2005).

(Tiré du guide sur la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes, Tremblay et autres, dans ACRDQ, 2010)

Le CRAFT a fait son apparition en 1986 pour ensuite connaître quelques phases de bonifications (Sisson et Azrin, 1986; Sisson et Azrin, 1993). Cette approche a toutefois été élaborée plus à fond par Robert Meyers et ses collègues (Meyers, Dominguez et Smith, 1996), auxquels s'est ensuite joint William Miller (Meyers, Miller, Smith et Tonigan, 2002). C'est certainement le plus développé des modèles d'intervention auprès des membres de l'entourage et celui dont l'efficacité a été la plus étudiée. Il s'agit d'un programme basé sur des résultats prometteurs.

Cette intervention s'appuie sur la prémisse que la personne proche peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un individu. Ce rôle est joué par l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle comportemental – cognitif. Deuxièmement, cette approche est aussi 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. Finalement, on y intègre une philosophie plutôt humaniste, telle que développée dans l'entretien motivationnel (Meyers, Miller et Smith, 2001).

Le CRAFT est le programme le mieux élaboré d'intervention auprès des ME de personnes alcooliques ou toxicomanes non volontaires à changer et pour lequel un manuel de traitement existe. (Tremblay et autres, dans ACRDQ, 2010).

Des études ont démontré que le CRAFT est plus efficace que l'absence de traitement et aussi plus efficace que des programmes tels que l'*Intervention* du Johnson Institute et qu'Al-Anon pour favoriser l'entrée en traitement de la personne alcoolique ou toxicomane (Smith et autres, 2004; Tremblay et autres, 2005). Cependant ces trois programmes sont équivalents au regard de l'amélioration du bien-être du ME (Tremblay et autres, dans ACRDQ, 2010).

Toutefois, il apparaît que les résultats sont variables en fonction du type de lien qu'entretient le ME avec la personne alcoolique ou toxicomane. Les parents ont plus de succès à stimuler leur enfant adulte à commencer un traitement (51% à 6 mois) que les conjointes de personnes alcooliques (32% à 6 mois) (Miller et autres, 1999, dans Tremblay et autres, dans ACRDQ, 2010).

Le CRAFT est un programme dont l'efficacité est un peu plus grande s'il est utilisé auprès des parents d'adolescents ou d'adultes non motivés pour les faire entrer en traitement et les influencer à réduire leurs habitudes de consommation qu'auprès de conjoints (Tremblay et autres, 2005).

Un autre constat porte sur la passable indépendance entre deux objectifs, soit la réduction de consommation de la personne alcoolique ou toxicomane ou son entrée en traitement versus l'amélioration du bien-être du ME. Les résultats de recherche illustrent que l'unique réduction de consommation de substances psychoactives ou encore l'unique entrée en traitement de la personne alcoolique ou toxicomane ne peut assurer automatiquement une amélioration du bien-être général des ME, même si ce changement est favorable (Tremblay et autres, dans ACRDQ, 2010).

L'exportabilité du CRAFT reste à démontrer. Au Québec, une étude pilote menée par l'équipe de Tremblay (Amélie Couture, thèse de doctorat) est en cours dans deux CRD soit le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et le Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches. Cette étude permet de vérifier notre capacité à intégrer ce modèle d'intervention au sein d'équipes de cliniciens québécois et ensuite vérifier, de façon exploratoire, l'efficacité de ce modèle d'intervention.

### 3.3.3 Interventions conjugales

Sauf avec la mention de la source, la plupart des éléments de cette section ont été tirés de la recension d'écrits effectuée par Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard pour le guide sur la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes (ACRDQ, 2010).

Les approches de thérapies conjugales en toxicomanie démontrent généralement une efficacité supérieure à des interventions qui n'incluent pas la ou le partenaire<sup>6</sup>. En tant qu'ajout à la thérapie comportementale cognitive, l'intervention conjugale est une pratique s'appuyant sur des données probantes. Elle est plus efficace (et non aussi efficace) que sans cet ajout conjugal pour un nombre équivalent d'heures de service. De plus, «l'ajout de traitements conjugaux comportementaux est plus efficace que l'intervention individuelle ou de groupe seule pour réduire la consommation d'alcool et de drogues, améliorer la satisfaction conjugale et réduire la violence» (résultats probants) (ACRDQ, 2010).

Le gain d'efficacité de l'engagement du partenaire non toxicomane s'observe plus particulièrement sur la réduction de la consommation de substances psychoactives, tant pour la dépendance à l'alcool qu'aux drogues, tant chez les hommes que chez les femmes dépendants, dans l'amélioration de la qualité de la relation conjugale, particulièrement chez les conjointes d'alcooliques et, de façon moins généralisée, chez les conjointes de polytoxicomanes. Un bénéfice secondaire soulevé au regard de l'intervention conjugale est qu'elle améliore le bien-être psychique des enfants même si ces derniers ne participent pas aux rencontres.

La thérapie conjugale est moins indiquée lorsque les deux conjoints sont toxicomanes et aussi dans les cas où le ME présente d'importants problèmes de santé mentale.

L'ajout de l'expertise en intervention conjugale semble donc incontournable pour les centres spécialisés en dépendance. Un enjeu majeur portera toujours autour de la manière dont le service est offert aux usagers, les personnes alcooliques et toxicomanes étant souvent inquiètes envers ce type d'intervention. Cependant, les bienfaits éprouvés de ce mode d'intervention invitent à la créativité au sujet des manières d'offrir ce service aux usagers pouvant en profiter.

### 3.3.4 Modèle d'intervention auprès d'adultes dépendants incluant la famille et basé sur des résultats prometteurs

#### 3.3.4.1 *Matrix Intensive Outpatient Treatment For People With Stimulant Use Disorders (Matrix)*

Le MATRIX est un programme de traitement ambulatoire intensif conçu en Californie, en 1980, en réponse au nombre croissant de personnes aux prises avec une dépendance à la cocaïne ou à la méthamphétamine (Obert; McCann, Marinelli-Casey, Weiner, Minsky, Brethen, Rawson, 2000).

Ce programme de traitement qui favorise la participation d'adultes dépendants et de leur famille s'étale sur 16 semaines de programmation structurée et 36 semaines de suivi continu. Il met l'accent sur les enjeux de la consommation et les changements de comportement. Les rencontres familiales sont au nombre de 12, à raison d'une rencontre hebdomadaire.

Plusieurs évaluations du modèle MATRIX ont soutenu son utilité et son efficacité auprès des utilisateurs de méthamphétamine et de cocaïne. Ce programme avec manuel de traitement est basé

6 Le lecteur sera renvoyé à un chapitre plus complet de la recension des écrits portant sur les modèles d'intervention conjugale dans *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance: Guide de pratique et offre de services de base* (ACRDQ, 2010).



sur un modèle global ayant incorporé des éléments de prévention de la rechute, d'approches cognitives, comportementales, psychoéducatives, et familiales, ainsi qu'un programme en 12 étapes (Obert et autres, 2000). L'approche mise au point initialement par l'Institut MATRIX de Los Angeles a été adaptée par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), qui a trouvé les résultats de ces études suffisamment prometteurs pour justifier une évaluation plus poussée (Obert et autres, 2000; Rawson et autres, 2004).

### **3.4** *Faits saillants concernant les programmes et les modalités d'intervention auprès des ME d'adolescents dépendants*

Sauf avec mention de la source, cette section a été tirée du document *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base* (FQCRPAT, 2006).

Chaque année, plusieurs parents, inquiets de la consommation de leur adolescent et vivant un niveau élevé de détresse, demandent de l'aide dans des centres de réadaptation de la toxicomanie. Ils expriment le besoin de recevoir du soutien (Bertrand, Ménard, Plourde, 2004, dans FQCRPAT, 2006).

#### **3.4.1 Implication de la famille dans le traitement de l'adolescent**

Peu importe l'approche ou la combinaison d'approches utilisées, il est pertinent de susciter la participation de la famille dans le traitement de l'adolescent pour favoriser l'engagement du jeune et sa persistance dans le traitement et mieux comprendre ses difficultés. L'implication de la famille permet d'évaluer les besoins de celle-ci, de dépister les problèmes de dépendance, de dépression, de négligence, de violence ou d'abus en plus de soutenir le système familial dans l'atteinte de ses objectifs. Elle permet également d'outiller les parents et de soulager leur détresse.

Les interventions familiales de type psychoéducative visant le développement des compétences parentales, le soutien personnalisé aux parents, leur participation au processus de changement de l'adolescent et à l'élaboration du PI sont autant d'interventions qui favorisent une meilleure cohésion entre les efforts du jeune, ceux de sa famille et des intervenants.

### 3.4.2 Efficacité des interventions familiales pour les adolescents qui vivent des problèmes d'alcool, de drogues et de jeu pathologique

L'efficacité des thérapies familiales dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, tout particulièrement chez les jeunes, est bien établie dans la littérature internationale (Tremblay, Bertrand, Ménard, 2005). «La qualité du soutien social et familial est associée à la persistance de ces adolescents au regard de leur traitement, ce qui favorise le succès thérapeutique» (Grella, Joshi, 2003, dans FQCRPAT, 2006).

Certaines études montrent une supériorité des thérapies familiales pour les adolescents en toxicomanie, alors que d'autres en arrivent à la conclusion d'une efficacité équivalente. L'intervention auprès des jeunes doit être personnalisée, car d'autres approches n'impliquant pas la famille se sont aussi révélées très efficaces (Dennis et autres, 2004, dans Tremblay, Bertrand, Ménard, 2005). Ne disposant pas de données suffisantes pour conclure à la supériorité des approches familiales, on ne peut recommander le recours systématique aux thérapies familiales (Tremblay, Bertrand, Ménard, 2005, FQCRPAT, 2006). L'intervention familiale ne peut donc être la seule intervention recommandée, mais elle doit faire partie de l'arsenal développé par les CRD. Le jugement clinique doit être exercé pour identifier les jeunes pouvant profiter davantage de ce type d'intervention.

Pour ce qui est du jeu pathologique, nous ne disposons pas pour l'instant de preuve de supériorité des thérapies familiales sur d'autres types d'interventions<sup>7</sup>.

### 3.4.3 Modèles de traitement jugés efficaces

Sauf avec la mention de la source, le segment qui suit est tiré de l'ouvrage intitulé *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, Tremblay, Bertrand, Ménard, 2005, dans lequel une description exhaustive de ces programmes est présentée.

La thérapie comportementale cognitive combinée avec l'intervention motivationnelle sont des approches dont l'efficacité a été démontrée auprès d'adolescents qui abusent d'alcool et de drogues. Quatre traitements impliquant la famille se démarquent de façon particulière par l'état passablement avancé de leur développement et des études d'efficacité qui ont été menées. Nous les présenterons brièvement en mettant l'accent sur les objectifs poursuivis.

- **La thérapie familiale multidimensionnelle** (Multidimensional Family Therapy) (Liddle et Hogue, 2001).

Il s'agit d'une approche semi-intensive (deux à trois rencontres par semaine). Les objectifs généraux de ce traitement sont **l'abstinence ou la réduction importante de substances psychoactives<sup>8</sup>**, le développement de liens interpersonnels ou la participation à des activités constructives pour soi-même ou pour l'environnement social.

- **La thérapie familiale brève stratégique** (Brief Strategic Family Therapy) (Szapocnik, Hervis et Schwartz, 2003).

Ce programme, qui n'est pas intensif, comporte environ 75% d'interventions de type familial. Cette intervention, inspirée de traitements familiaux systémiques, vise à **diminuer la problématique d'abus de substances psychoactives associée à des troubles du comportement, à des comportements délinquants, de violence, d'agressivité ou sexuels à risque** chez les adolescents (Szapocnik,

7 Discussion libre avec Karine Bertrand.

8 Les mots en caractères gras dans le présent chapitre sont de nous.



Hervis et Schwartz, 2003). Cette approche vise aussi **l'amélioration des relations familiales**. Elle se veut pratique, centrée sur le problème et planifiée. La thérapie familiale brève stratégique convient très bien à des groupes culturels pour lesquels les relations interpersonnelles et la famille sont d'une grande importance. Cette approche a été utilisée auprès de familles cubaines, hispaniques et afro-américaines qui semblaient vivre des difficultés importantes auprès de leurs adolescents.

- **Strategic-Structural Systems Engagement (SSSE)**

Il s'agit d'un module développé par les auteurs de la thérapie familiale brève stratégique pour inciter les familles récalcitrantes à s'engager dans un traitement (Szapocznik, Perez-Vidal, Brickman et Foote, 1988). Ce module suggère le recours à des stratégies visant à faire participer les adolescents utilisateurs de drogues et à augmenter le taux d'engagement de leur famille dans le traitement de la toxicomanie. Ce programme est plutôt un prélude à un traitement de la toxicomanie. Il s'appuie sur le principe que les familles qui ont le plus besoin d'aide sont celles qui sont les plus résistantes et qu'une intervention systémique peut aider à surmonter les résistances et à les engager dans une démarche de traitement.

Des travaux intéressants ont été publiés par les équipes de Szapocznik, Perez-Vidal, Brickman, Foote, Santisteban, Hervis et Kurtines (1988) et de Santisteban, Szapocznik, Perez-Vidal, Kurtines, Murray et LaPerriere (1996) au sujet des stratégies en vue de recruter les familles et de les faire collaborer au traitement des adolescents aux prises avec une problématique de consommation de

substances psychoactives. « *Leur programme (SSSE) a obtenu des taux sept fois plus élevés que les stratégies de recrutement habituelles. Le processus d'engagement se déroule entièrement autour de la tâche centrale qui consiste à amener une famille en traitement. Les principales stratégies développées pour aider la famille à dépasser ses résistances à la thérapie et à s'engager se résument ainsi: bien expliquer en quoi consiste la thérapie familiale, s'attarder à diminuer les appréhensions, établir une alliance thérapeutique, déterminer les modes d'interactions qui sous-tendent la résistance et utiliser des techniques de restructuration (recadrage, détriangulation, etc.)* » (Plourde, Ménard, Perreault, Mercier, Lecours, 2001).

- **La thérapie multisystémique** (Multisystemic Therapy, MST, Randall, Henggeler, Cunningham, Rowland et Swenson, 2001)

Il s'agit d'un traitement plus intensif qui s'appuie sur la famille et sur la communauté et qui vise à **éviter le recours au placement** même en cas de difficultés très graves de violence et de délinquance. Il comporte des rencontres sur une base quotidienne dans le milieu de vie pendant trois à cinq mois. La finalité visée par cette approche est le **renforcement positif (empowerment)** des figures parentales et de l'adolescent.

- **L'Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA)**, (Godley, et autres, 2001)

L'ACRA est né de l'adaptation pour les adolescents aux prises avec un problème d'abus de substances psychoactives de l'un des traitements réputés les plus efficaces chez les adultes présentant le même type de dépendance, soit le Community Reinforcement Approach, (Meyers et autres, 1995). D'une durée de près de quatre mois, l'ACRA est un programme non intensif qui propose de passer 15% du temps en intervention familiale et

le reste en intervention individuelle avec l'adolescent. Il vise à **renforcer les comportements qui conduiront l'adolescent à réduire sa consommation de substances psychoactives et à développer des relations positives** avec ses pairs, sa famille et son environnement tout en **aidant les parents à remodeler ou à acquérir de nouvelles compétences parentales**. Ce modèle a aussi été étudié au Québec<sup>9</sup>.

Afin de mieux apparier les besoins spécifiques du jeune, son niveau de développement, ses choix et ceux de sa famille, il est recommandé d'offrir un traitement diversifié qui cible l'alliance thérapeutique et qui favorise la motivation plutôt qu'un seul type d'approche. Il est à noter que la proportion du changement thérapeutique expliquée par la technique d'intervention est faible, c'est plutôt l'alliance thérapeutique qui explique la plus grande part des changements (Lecompte, Savard, Drouin, Guillon, 2004, dans FQCRPAT, 2006). La flexibilité dans l'application de modèles d'intervention est donc de mise.

#### 3.4.4 Importance de l'implication des parents

En novembre 2010, la chercheuse Karine Bertrand présentait les premiers résultats d'une étude portant sur l'importance de l'implication des parents dans le traitement d'adolescents avec des problèmes de toxicomanie. Ainsi, lorsque les parents vont chercher de l'aide auprès des ressources offertes dans la communauté, leur rôle peut contribuer au succès de la démarche du jeune par rapport à sa consommation. On remarque une amélioration significative au cours des six mois suivant le début d'une thérapie (contrôle de la consommation ou arrêt complet). Il a aussi été observé que lorsque les parents vont chercher de l'aide auprès de personnes compétentes et spécialisées, leur détresse diminue. Or, une diminution de l'angoisse conduit à une amélioration de la chaleur parentale qui, à son tour, réduit la sévérité de la consommation de psychotropes chez le jeune<sup>10</sup>.

9 Discussion libre avec Karine Bertrand.

10 Voir le communiqué: <http://www.santemonteregie.qc.ca/hclm/presse/communiqués/detail/semaine-prevention-toxicomanie-2.fr.html;jsessionid=877BC574AF4D8B41E8E3072F04A19BCB>.

## 3.5 **Considérations générales**

Au cours de nos lectures, nous avons relevé quelques considérations générales que nous avons choisi de présenter dans cette partie du guide en raison de l'intérêt qu'elles représentent au regard de la participation et de l'engagement des ME dans le traitement ou la réadaptation de la personne dépendante.

### 3.5.1 **Implication des ME dans la démarche de traitement ou de réadaptation**

Nous savons que l'inclusion le plus tôt possible des ME est une pratique prometteuse dans la réadaptation des personnes dépendantes et qu'elle contribue à améliorer le traitement. Nous savons également que le ME peut parfois contribuer à améliorer la condition de la personne dépendante.

Le rôle de la famille ou des membres du réseau social s'est souvent avéré significatif dans la décision de demander de l'aide pour une dépendance. Reconnaître la capacité des membres de l'entourage et des amis à influencer le comportement de consommation peut favoriser l'accès aux services spécialisés et soutenir l'attente et le processus de réadaptation (Beaumont, C., ACRDQ, 2010).

### 3.5.2 **Comportements des ME qui peuvent aider au rétablissement de la personne dépendante**

Rappelons tout d'abord que la première finalité de l'intervention auprès des ME est l'amélioration de leur bien-être personnel. Il faut noter comment ils associent souvent l'amélioration de leur bien-être personnel à l'arrêt de la consommation ou du jeu de hasard et d'argent du proche. Dans ce contexte, un des éléments significatifs de l'intervention auprès des ME est la revue des comportements liés à la consommation de substances

psychoactives ou aux jeux de hasard et d'argent du proche dépendant (si le ME est d'accord). Les résultats de recherche des dernières années révèlent comment ces comportements peuvent contribuer soit au rétablissement, soit, souvent involontairement, au maintien du comportement dépendant. En disant cela, il faut affirmer que ce constat ne présuppose en rien que le ME est responsable de la consommation ou des comportements liés aux jeux de hasard et d'argent du proche. Mais son attitude et ses comportements peuvent faciliter le retour à la sobriété. C'est ce que promeuvent activement le programme CRAFT (Meyers, Miller, Smith et Tonigan, 2002) et la thérapie familiale unilatérale (Thomas et Ager, 1993) en aidant les ME à revoir leurs comportements envers le proche par l'augmentation de ceux qui sont plus propices à favoriser l'abstinence (ex. : toute activité qui est incompatible avec la consommation ou les jeux de hasard et d'argent 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 la personne dépendante, assumer des tâches négligées par le dépendant, trouver des excuses pour les comportements de la personne en état d'intoxication, procurer des drogues ou de l'alcool au proche, etc.) (Rotunda, West et O'Farrell, 2004).

### 3.5.3 **Approches d'intervention auprès des ME**

Il convient de préciser que nous avons encore beaucoup à apprendre sur l'efficacité des approches à privilégier auprès des ME ainsi que sur les ingrédients structurants favorisant leur mieux-être et le rétablissement de la personne dépendante. Ce qui ne veut pas nécessairement dire que les approches utilisées auprès des ME ne sont pas efficaces. Comme ce champ a, somme toute, été peu exploré jusqu'à maintenant, nous ne pouvons encore tirer de conclusions sur le caractère probant, prometteur ou novateur de résultats au regard de ces approches.

### 3.5.4 Épisode de traitement ou de réadaptation et intensité

La littérature scientifique relève peu de choses sur les effets de la durée et de l'intensité des interventions auprès des ME sur ceux-ci ou sur les personnes dépendantes. La plupart des programmes reconnus qui favorisent la participation des ME font état de durées oscillant entre deux mois et près d'une année, selon aussi la possibilité de suivi ou de relance. Certains programmes vont jusqu'à prévoir plus d'une rencontre par semaine. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de « moyennes et qu'en aucun temps ces balises ne peuvent être rigides pour un individu spécifique. Ainsi, un individu spécifique peut bénéficier grandement d'une seule rencontre et d'autres auront besoin de dix-huit mois d'intervention. Il faut toujours rappeler que les indicateurs de symptômes pour lesquels la personne a initialement consulté sont souvent de bons indicateurs de poursuite ou non des traitements<sup>11</sup> ».

Étant donné le risque particulier que représente la précocité des problèmes de consommation, il est important de prévoir un suivi à long terme de ces adolescents en plus de faciliter l'accessibilité et la continuité à des services adaptés pour ces familles vulnérables (FQCRPAT, 2006).

Afin de mieux répondre aux besoins que soulèvent le parcours non linéaire de beaucoup de personnes dépendantes et le caractère de la problématique tantôt transitoire et tantôt nécessitant un suivi au long cours, il est possible que les ME aient, eux aussi, besoin de plus d'un épisode de services. L'atteinte des objectifs visés dans le PI devrait servir de balise pour déterminer la fin des interventions auprès des ME en prenant en compte l'amélioration de la situation de ces derniers, et l'arrêt ou la diminution des habitudes de consommation ou de jeu en deçà du seuil reconnu, et des comportements problématiques.

### 3.6 Développement de compétences et intervention spécialisée auprès des ME

Le travail auprès de personnes aux prises avec une problématique de dépendance et de leur entourage nécessite de la part des intervenants une diversification de connaissances, d'habiletés personnelles et de compétences professionnelles au regard des approches d'intervention, des modalités (individuel, en couple, avec les familles, en groupe) de diverses catégories d'âges, de problématiques associées et de cultures. Considérant les résultats positifs obtenus avec les interventions familiales et conjugales auprès des ME et des personnes dépendantes, le CPLT recommandait en 2005 que ce type d'intervention fasse partie de l'arsenal de base des CRD.

Ce besoin de doter les intervenants en toxicomanie de compétences professionnelles a été mis en évidence au cours d'une vaste enquête nationale auprès des fournisseurs de services en toxicomanie réalisée en 2004 par le CCLAT et des consultations pancanadiennes pour le Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada en 2005. Se basant sur plus de cinq années de données de recherche, de consultation et d'analyse avec divers groupes d'experts provenant d'un peu partout au Canada, le CCLAT, sous la direction du Groupe consultatif national sur le perfectionnement de la main-d'œuvre, a mis au point une série d'outils reposant sur les meilleures données disponibles et visant le renforcement des compétences techniques et comportementales de toute personne œuvrant dans le champ de la toxicomanie (CCLAT, 2010). Leurs travaux ont donné naissance à deux groupes de compétences : comportementales et techniques (habiletés, connaissances, attitudes et valeurs spécifiques et mesurables). Un volet est d'ailleurs consacré aux niveaux de compétences techniques à acquérir ou

11 Discussion libre avec Joël Tremblay (2011).

à maîtriser pour intervenir auprès des ME dans les services spécialisés<sup>12</sup> :

- De base : connaissances et compétences que tous doivent posséder pour intervenir auprès des ME ;
- Intermédiaire : connaissances et compétences en intervention familiale ;
- Avancé : connaissances et compétences de niveau expert en intervention familiale, conjugal, supervision et formation.

Ces compétences par niveaux de spécialisation ont été conçues pour la main-d'œuvre occupant diverses fonctions liées au secteur de la toxicomanie : service de soutien et de proximité, traitement, réadaptation, formation, supervision, services administratifs, gestion. Elles offrent un cadre de référence pour harmoniser la qualité des services, pour appuyer les employeurs et les gestionnaires dans le processus d'embauche, la supervision et le perfectionnement du personnel, soutenir les intervenants et les formateurs dans le développement des connaissances et de l'expertise en fonction des besoins de l'organisation, des programmes et de la clientèle (CCLAT, 2010).

### **3.7 Projets d'intervention prometteurs validés sur le plan scientifique et en implantation au Québec**

L'engagement des ME a un impact indéniable sur le traitement et la réadaptation des personnes dépendantes. La recherche en ce domaine est relativement récente et mériterait de bénéficier de développements ultérieurs. L'adaptation québécoise de certains programmes fiables et validés ouvrira d'autres avenues pertinentes pour mieux répondre aux besoins des personnes dépendantes et à ceux des ME. Nous présenterons dans cette partie du guide quelques initiatives récentes et validées sur le plan scientifique et en implantation actuellement au Québec. Des équipes de chercheurs sont impliquées dans le suivi et l'évaluation de ces programmes.

#### **3.7.1 Jeunes enfants âgés de six ans et plus**

Plusieurs études se sont intéressées à l'influence de la consommation des parents comme élément prédictif de la consommation chez les jeunes. Pour plusieurs auteurs, la toxicomanie « est considérée comme un facteur de risque élevé pour l'expression des compétences parentales, ce qui peut compromettre le plein développement de l'enfant » (Eiden, Leonard, Hoyle et Chavez, 2004 ; Hans, 2000 ; Kroll et Taylor, 2003 ; Kumpfer et Bluth, 2004, dans Landry, Laventure, Gemme, Bastien, Nadeau, Charbonneau, Prévost, Lavoie, Bertrand, 2010).

Il est intéressant de remarquer que les programmes destinés aux enfants et à leurs parents ayant une dépendance intègrent les deux objectifs généraux que sont l'amélioration du bien-être des ME et de l'efficacité de l'intervention auprès de la

12 Fiche sur l'aide à la famille et le soutien social dans *Compétences techniques pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, vol 1, CCLAT, novembre 2007. Voir l'annexe 2 du présent document.

personne dépendante. Ces programmes visent aussi à diminuer les impacts négatifs de l'exposition des enfants à la problématique de dépendance, à favoriser leur développement optimal et à réduire les risques de problèmes d'adaptation personnelle par l'amélioration des compétences personnelles des enfants et des pratiques éducatives des parents.

### **3.7.1.1 Groupes d'intervention familiale pour les enfants de 6 à 12 ans vivant avec un ou des parents ayant une dépendance**

En 2006, le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) mettait sur pied un programme d'intervention familiale pour les enfants de 6 à 12 ans vivant avec un ou des parents ayant une dépendance. Ce programme s'inspire de différents programmes dont le *Strengthening families program de l'Université de l'Utah*. Il a été créé pour venir en aide aux enfants de parents toxicomanes et il « consiste à favoriser un développement adéquat de l'enfant, misant à la fois sur la réduction des facteurs de risque, l'augmentation des facteurs de protection et la capacité d'adaptation et de changement des parents » (Landry, Laventure, Gemme, Bastien, Nadeau, Charbonneau, Prévost, Lavoie, Bertrand, 2010). Ce programme comporte 12 rencontres de groupes réunissant parents et enfants séparément. Des rencontres mixtes et individuelles en cours de démarche ainsi que deux rencontres de consolidation à la fin du processus sont également prévues. Depuis le début de 2011, ce programme reconnu novateur par le MSSS est en implantation au CRD Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, au CRD Le Virage, et au Centre Le Maillon de Laval, sous la supervision du CDC-IUD, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. Sept cohortes de parents et d'enfants ont bénéficié du programme, pour un total de 47 parents et de 52 enfants (Landry, Laventure, Gemme, Bastien, Nadeau, Charbonneau, Prévost, Lavoie, Bertrand, 2010).

### **3.7.1.2 Programme d'intervention appui aux familles (PIAF)**

Le CDC-IUD a aussi collaboré à l'adaptation culturelle et francophone du programme d'intervention *Strengthening families*, conçu aux États-Unis en 1983 par Karol Krumpfer et Henry Whiteside. Depuis mars 2011, le PIAF destiné aux enfants de 6 à 11 ans présentant des troubles externalisés et à leurs parents aux prises avec une consommation problématique de substances psychoactives est en implantation au CDC-IUD, au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et au Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches. Plus d'une trentaine d'intervenants de ces CRD ont été formés par les auteurs du programme *Strengthening families*.

## **3.7.2 Adultes**

### **3.7.2.1 Programme CRAFT : étude pilote dans deux CRD**

Une évaluation d'implantation et d'efficacité du programme CRAFT, sous le mode d'étude pilote, est menée par l'équipe de Joël Tremblay au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et au Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches. Six intervenants ont été formés pour intervenir auprès des conjoints ou des conjointes de personnes alcooliques ou toxicomanes non volontaires à participer au traitement. Cette étude pilote permet d'évaluer l'applicabilité du programme dans un contexte de soins de santé publics et gratuits.



### 3.7.2.2 Intervention conjugale auprès de couples dont l'un des membres est un joueur pathologique

Les recherches concernant les membres de l'entourage des joueurs pathologiques sont pratiquement inexistantes (FQCRPAT, 2004). « Des études tendent toutefois à démontrer que les familles et les proches sont des sources informelles vers lesquelles se tourneront les joueurs pour obtenir de l'aide. Pour cette raison, ils constituent des acteurs clés dans la prévention et le dépistage de problèmes causés par le jeu excessif » (MSSS, 2002).

Une étude en cours dirigée par Tremblay, Dufour, St-Jacques, Ferland, Blanchette-Martin et Bertrand porte sur l'efficacité de la thérapie conjugale intégrative en jeu pathologique (TCI-JP). Il s'agit d'une étude de distribution au hasard entre la modalité conjugale et le traitement habituel (individuel ou de groupe). À ce jour, cinq centres participent au projet : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, CRD Le Virage et la Maison Jean Lapointe. Cette étude fait suite à deux autres recherches menées par Tremblay et ses collègues, dont une première de nature qualitative, où ils ont comparé trois types d'intervention auprès des conjointes de joueurs pathologiques : individuelle, de groupe et conjugale. Selon le point de vue des cliniciens et des participantes, l'intervention conjugale s'est avérée la plus prometteuse<sup>13</sup>. L'équipe a par la suite mené une étude d'intervention visant à élaborer un guide d'intervention conjugale en jeu pathologique. Cette étude a mis en évidence des thématiques récurrentes dont la nécessité de sécuriser les avoirs financiers du couple mais aussi la présence

d'un cycle relationnel pouvant se résumer à une séquence incluant le mensonge du joueur/sentiment de trahison/efforts de contrôle d'autrui/culpabilité du joueur/retour au jeu pour fuir les nouveaux conflits conjugaux. Sur le plan des bénéfices observés, des constats différentiels ont révélé une amélioration surprenante (arrêt complet du jeu et stabilisation de cet acquis à 3 mois après le traitement) de joueurs membres de couples présentant de bonnes habiletés à la communication et une absence de comorbidité psychiatrique. Les bénéfices de cette intervention sont présents, mais moindres, pour les couples dont le joueur présente une comorbidité psychiatrique. Cette étude a donné naissance à la TCI-JP<sup>14</sup>. L'étude actuelle vise à en évaluer l'efficacité.

13 J. TREMBLAY, N. BLANCHETTE-MARTIN, A. TRUCHON (2004), *Évaluation d'un protocole exploratoire d'intervention auprès de conjoint(es) de joueurs pathologiques en traitement*, Les études CRUV/ALTO, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et CRAT-CA et CHLSD de Beauce, Québec, Canada.

14 J. TREMBLAY, M.-D. BOIVIN, K. BERTRAND, N. BLANCHETTE-MARTIN, *Développement d'un modèle d'intervention conjugale auprès de couples dont l'un des membres est joueur pathologique* (en préparation).

### **3.8 Outils d'évaluation spécialisés valides ou fiables**

Les études actuellement menées au Québec incluent et permettent le développement d'instruments de mesure ciblant particulièrement les ME (ex. : Tremblay, et autres, 2010; Couture, Sabourin et Tremblay, 2011). Ces tests pourront progressivement être utilisés par les CRD. On y trouve notamment une évaluation brève et récurrente au début de chaque rencontre afin de procurer une rétroaction à l'utilisateur quant à son évolution, et ce, tant pour les couples dont l'un des membres est joueur pathologique (Tremblay et autres, 2010) que pour les conjoints ou conjointes de toxicomanes non volontaires à changer (Couture et autres, 2011). Les équipes ont également mis sur pied des batteries d'évaluation d'accueil, comprenant des mesures de symptômes divers (détresse, satisfaction conjugale, dépression), d'impact du jeu ou de la toxicomanie dans sa vie, de la motivation au changement du proche, des habiletés à la communication, mais aussi des stratégies de transaction avec le proche toxicomane ou joueur pathologique qui peuvent favoriser le rétablissement ou non. Déjà plusieurs mesures peuvent être disponibles et d'autres pourront l'être à la fin du projet de recherche.

#### **3.8.1 Programmes d'intervention auprès des ME qui possèdent leurs propres outils**

Le CRAFT, l'ACRA, le SSSE, le MATRIX sont des programmes d'intervention qui requièrent la participation des ME et qui sont assortis d'outils d'évaluation spécialisée ou d'un amalgame de plusieurs outils pour les ME qui mériteront que l'on s'y intéresse davantage. Les travaux de recherche sur le CRAFT devraient nous permettre quelques avancées sur le plan des connaissances et de la pratique clinique.

Mentionnons aussi que les deux programmes d'intervention auprès des enfants et de leurs parents aux prises avec une problématique de toxicomanie cités plus haut (groupes d'intervention familiale pour les enfants de 6 à 12 ans vivant avec un ou des parents ayant une dépendance et PIAF) comportent des outils de détection et d'évaluation qui ont été conçus ou adaptés par le Groupe de recherche sur les inadaptations à l'enfance (GRISE) de l'Université de Sherbrooke (2011). Ce protocole d'évaluation en quatre cahiers inclut diverses grilles validées.

#### **3.8.2 Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)**

Parmi les outils actuellement reconnus par les experts dans les CRD, mentionnons la batterie d'instruments GAIN (Dennis, Titus, White et Unsicker, 2007), en vigueur au Pavillon Foster et en phase d'implantation dans l'ensemble des CRD du Québec. Précisons que le GAIN Initial (GAIN-I) destiné autant aux jeunes qu'aux adultes comporte une série de questions qui s'adressent plus particulièrement à la personne dépendante concernant son environnement et son entourage. En complément au GAIN-I, un bref questionnaire destiné aux ME, le GAIN Collateral, vient aider à la validation des réponses de la personne dépendante.



# 4.

## État de situation sur les pratiques éprouvées en CRD

Au cours du présent chapitre, nous ferons le point sur certains constats effectués par l'ACRDQ en 2007 et dresserons un état des lieux sur les principales avancées sur les services à l'entourage dans les CRD. Suivra une analyse des grandes tendances sur les pratiques éprouvées sur le terrain au regard des services aux ME des personnes dépendantes sur la base des quatre dimensions suivantes : l'organisation des services aux ME, l'intervention clinique, le développement de compétences et la recherche.

Une section sera consacrée aux principales difficultés ou zones grises soulevées par les gestionnaires et les cliniciens interviewés au cours des entrevues semi-dirigées et de la consultation ciblée en groupes de discussion tenues à l'hiver 2010-2011. Nous concluons cette partie du document en énonçant les souhaits, les pistes prometteuses et les défis qui attendent les CRD pour mieux répondre aux besoins des ME de personnes dépendantes au cours des prochaines années.

### 4.1 Observations de 2007

Qu'ils aient été mis en place à la suite de la demande du conjoint ou de la conjointe d'une personne dépendante, de l'appel à l'aide d'un enfant ou d'un parent inquiet ou encore de la volonté organisationnelle d'un établissement, les services à l'entourage sont relativement récents dans les CRD. Pendant un bon nombre d'années, les personnes dépendantes entreprenaient un traitement ou une démarche de réadaptation sans la présence des ME. Graduellement, des CRD ont

commencé à offrir aux ME de les rencontrer individuellement, alors que d'autres ont proposé de les intégrer à des activités de groupe (ME ou ME et personnes dépendantes), sans nécessairement procéder à une évaluation de leur situation et de leurs besoins.

L'*Offre de service des CRPAT* (2004), l'état de situation réalisé sur le déploiement de l'offre de service des CRD en 2007 ainsi que le sondage portant spécifiquement sur les services aux ME à la même période font mention de services peu documentés et peu connus de la part des personnes dépendantes elles-mêmes et de la population en général. Tous les CRD affirmaient offrir un minimum de services aux ME malgré de grandes disparités d'une région à une autre : accessibilité, approches, modalités (individuelle, conjugale, familiale, groupe), durée de l'épisode de services, services offerts par l'ensemble des cliniciens ou par quelques intervenants spécialisés.

Les services à l'entourage étaient alors rarement formalisés à l'intérieur de programmations, mis à part le contenu de certaines activités thématiques de groupes. À cette époque, peu de CRD disaient procéder à l'évaluation des besoins des ME et à l'élaboration d'un plan d'intervention (PI) qui leur soit spécifique, bien que plus répandu dans les programmes jeunesse. Peu de formation et de supervision étaient offertes pour soutenir le développement des compétences des intervenants. La recherche dans ce domaine était pratiquement inexistante.

## 4.2 Observations de 2011

Un peu partout au cours des quatre dernières années, les services à l'entourage dans les CRD ont fait l'objet d'une réflexion, de légères modifications ou même de changements en profondeur. Bien que les services aux ME demeurent variables et inégalement répartis d'un endroit à un autre, plusieurs pas ont été franchis depuis. Le Comité sur l'entourage s'est penché sur les principales avancées dans les services aux ME depuis le dernier état de situation réalisé en 2007, notamment au niveau de l'organisation des services, de l'offre de service et de l'évaluation spécialisée des ME.

### 4.2.1 Affirmation d'une volonté organisationnelle de mieux joindre les ME

Dans les CRD où les services à l'entourage se sont développés de façon plus marquée, il a fallu une volonté organisationnelle pour appuyer le changement de culture qui s'imposait pour accueillir et inclure les ME de personnes dépendantes en réadaptation. On a également consenti à investir dans la formation et la supervision du personnel clinique. Certains affirment maintenant avoir entrepris ce virage.

### 4.2.2 Croissance de l'offre de service

Au cours de l'année 2005-2006, les CRD ont offert des services aux ME dans une proportion de 11,8% des personnes dépendantes inscrites. En 2009, on observe une légère hausse du nombre de ME de près de 2% au tableau de bord des CRD (rapport AS-481). Bien qu'en 2011 les services à l'entourage soient encore inégalement déployés et peu disponibles dans certaines régions du Québec, l'élargissement de l'offre au niveau

des diverses modalités (individu, couple, famille, groupe) et la panoplie d'initiatives déployées (diversité de groupes principalement) témoignent de la très grande préoccupation des CRD au regard des ME des personnes dépendantes et aussi des meilleures pratiques pour leur venir en aide.

### 4.2.3 Services mieux intégrés

Plusieurs CRD disent avoir procédé à la révision de leur offre de services en dépendance pour les jeunes et pour les adultes en intégrant désormais le volet du soutien à l'entourage au programme de réadaptation, au lieu de le considérer comme un programme distinct. Ils ont, dans ce cas, formalisé par écrit leur programmation sur les services aux ME.

### 4.2.4 Évaluation spécialisée de la situation des ME

L'évaluation spécialisée des ME est une étape qui, selon les CRD, doit être considérée comme faisant partie du processus de réadaptation. De plus en plus, ces centres ont recours aux outils d'évaluation pour préciser les besoins et les attentes des ME, déterminer les objectifs du PI et les résultats visés. Pour ce faire, ils ont conçu des outils maison à partir d'un amalgame d'autres outils, dont le protocole d'évaluation des collatéraux utilisé au CRD Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec<sup>15</sup>. On a mentionné qu'il reste encore plusieurs améliorations à apporter pour que tous les ME aient un PI et que celui-ci soit bien arrimé avec celui de la personne dépendante et des ME.

<sup>15</sup> Élaboré à partir de cette référence : A.M. WASHTON, *Cocaine addiction – Treatment, recovery, and relapse prevention*, W. W. Norton, New-York, 1989.

### 4.3 **Grandes tendances sur les pratiques éprouvées au regard des services à l'entourage dans les CRD**

À partir de l'appréciation des experts du terrain et des données contextuelles issues des entrevues semi-dirigées et de la consultation ciblée en groupes de discussion sur les services aux ME dans les CRD, le Comité sur l'entourage présente dans cette section son analyse des grandes tendances qui se dégagent des pratiques éprouvées ainsi que les avenues prometteuses ou novatrices qui sont en émergence dans les établissements spécialisés de réadaptation.

#### 4.3.1 Objectifs généraux

Dans un contexte de services spécialisés de réadaptation en dépendance et selon l'offre de service de l'ACRDQ, l'intervention auprès des ME vise à la fois deux objectifs généraux : l'amélioration du bien-être des ME de la personne dépendante et l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès des usagers alcooliques, toxicomanes ou des joueurs pathologiques. Les constats sur les services à l'entourage faits en 2007 (FQCRPAT, 2007) et les travaux sur l'offre de service (FQCRPAT, 2004) et sur la réadaptation en jeunesse (FQCRPAT, 2006) avaient démontré que les CRD ont davantage développé leurs services autour du premier objectif.

Bien que le mieux-être des ME de personnes dépendantes soit une dimension fondamentale, l'intervention en CRD auprès des ME s'enrichit grandement en ciblant à la fois cet objectif et celui de l'abstinence ou de la diminution des habitudes de consommation ou de jeu de la personne aux prises avec la problématique. De l'avis des CRD, le changement est déjà amorcé. Certains d'entre eux ont déjà emboîté le pas en élaborant des PI qui incluent des cibles concernant la poursuite de ces deux objectifs.

#### 4.3.2 Motifs de consultation

Même s'il arrive que des ME ont désinvesti dans leur relation avec la personne dépendante ou refusent de participer à la démarche proposée, la plupart des ME souhaitent se mobiliser vers un changement. Parmi les nombreux motifs à l'origine de la demande d'aide des ME, voici ceux qui ont été les plus fréquemment évoqués par les gestionnaires et les cliniciens au cours de la consultation :

- Convaincre la personne dépendante de modifier ses habitudes de consommation ou de jeu ou d'entreprendre une démarche ;
- Briser la solitude, mieux comprendre la dépendance et se protéger des conséquences ;
- Développer des habiletés pour aider la personne dépendante ;
- Éviter que ne se détériore davantage la santé physique et mentale de la personne dépendante ;
- Améliorer la satisfaction dans les relations.

#### 4.3.3 Intégration des interventions auprès des ME

Dans certains CRD, ce sont tous les cliniciens qui sont appelés à intervenir auprès des ME alors que dans d'autres, l'intervention auprès de ceux-ci est l'apanage de quelques intervenants ou d'équipes spécialisées en fonction de diverses caractéristiques (clientèles, problématiques, modalités ou quelques combinaisons parmi les suivantes : jeunesse, adultes, jeu, toxicomanie, familles, groupes, couples). Au cours de la consultation, les gestionnaires et les cliniciens ont été invités à se pencher sur la question suivante : comment ces différents choix organisationnels favorisent-ils l'arrimage des interventions et l'intégration des services ?

De l'avis de la majorité des répondants, il est souhaitable que l'ensemble des intervenants d'un CRD possède des compétences pour intervenir autant auprès des personnes dépendantes que des ME. Toutefois, en fonction de certaines problématiques et modalités, des intervenants devront acquérir ou maîtriser des niveaux de compétence additionnels.

Là où l'intégration du volet du soutien à l'entourage à celui de la réadaptation en jeunesse et de la réadaptation pour les adultes a pu être réalisée, les équipes concernées ont pu constater une meilleure collaboration entre les cliniciens qui interviennent dans le même système relationnel et des PI mieux arrimés pour les personnes dépendantes et les ME.

Nous avons aussi voulu savoir, dans les secteurs autres que celui de la réadaptation en dépendance (déficience intellectuelle, déficience physique, jeunes en difficulté, entres autres programmes), comment le volet soutien à l'entourage est considéré : volet à part ou intégré à la réadaptation ? Composante intégrée à la réadaptation dans tous les cas, les ME ou les proches sont considérés comme des parties prenantes ou des leviers dans le processus de réadaptation. Ce qui n'empêche pas ces proches de recevoir aussi des services sur une base individuelle lorsque c'est la modalité convenue ou prévue au PI.

Nous sommes conscients également que certains types d'intervention nécessitent une expertise plus grande, notamment en intervention conjugale, et qu'il est parfois difficile qu'un grand nombre d'intervenants puissent développer cette compétence.

#### 4.3.4 Trajectoire de services

Les CRD reconnaissent qu'il faudra idéalement tendre vers une articulation plus fluide des services aux ME avec les partenaires du continuum de services, bien sûr, et aussi à l'intérieur même des organisations. Une avenue intéressante adoptée

par un CRD consiste à proposer deux types de trajectoires : l'une pour les ME de la personne dépendante inscrite ou admise dans le CRD et l'autre pour ceux dont la personne dépendante n'est pas connue de l'établissement ou n'est pas motivée à entreprendre une démarche de réadaptation.

#### 4.3.5 Approches cliniques privilégiées auprès des ME

À l'instar des approches privilégiées par les CRD auprès des personnes dépendantes, ce sont les approches cognitivo-comportementales, motivationnelles et systémiques, ou une combinaison de celles-ci, dont bénéficient les ME qui fréquentent les services spécialisés de réadaptation.

#### 4.3.6 Modalités d'intervention

Reconnaissant la nécessité de faire un meilleur appariement entre les besoins et les attentes des ME, les CRD offrent plus de services à l'entourage des personnes dépendantes. Les rencontres individuelles avec les ME sont offertes dans tous les CRD. C'est dans le programme jeunesse que les rencontres familiales sont les plus répandues. On souhaite poursuivre davantage le développement de la modalité conjugale qui nécessite une plus grande expertise et un plus grand nombre de ressources formées. Les CRD ont aussi mis en place diverses formules de groupes pour les ME. Des groupes d'accueil avant l'amorce du processus de réadaptation, des groupes mixtes de personnes dépendantes et de ME, des groupes fermés ou ouverts, des groupes de parents, des groupes de maintien offerts en fin de démarche parfois avec la collaboration de la première ligne (CSSS et organismes communautaires), il existe toute une panoplie de formules, à durée et à contenu variables, dans l'ensemble des CRD.

Parmi les thématiques récurrentes dans les rencontres de groupe, on trouve : la problématique de dépendance et ses impacts sur les personnes, la

gestion du stress et des émotions, la résolution de problèmes, les habiletés relationnelles et la communication. Au fur et à mesure que se développent les connaissances en la matière, on accorde beaucoup plus d'importance aux attitudes et aux comportements à développer ou à renforcer chez le ME pour favoriser l'abstinence, la diminution des habitudes de consommation ou de jeu, la réduction des méfaits et ceux qui contribuent au maintien ou à l'accentuation de la problématique.

Au fil des rencontres, les ME engagés dans une démarche de réadaptation observent fréquemment des changements dans les habitudes de consommation ou de jeu, une amélioration du climat familial, une diminution des situations de tension et de conflits ainsi qu'une amélioration de la communication. En plus de briser leur isolement, d'acquiescer de la confiance en apprenant de l'expérience des autres, le groupe leur permet de dédramatiser les situations, de placer leur attention ailleurs que sur la dépendance pour considérer davantage les forces de la personne dépendante.

#### 4.3.7 Des stratégies pour favoriser l'engagement dans le processus de réadaptation

Avant que les ME ne se présentent dans les CRD, il n'est pas rare qu'ils aient déjà frappé à d'autres portes pour tenter de trouver de l'aide. Convaincus du rôle important que jouent les ME et de l'influence qu'ils peuvent exercer sur les personnes dépendantes, plusieurs CRD ont développé des stratégies, parfois très originales, pour favoriser leur participation au processus de réadaptation de la personne dépendante, déjà connue du centre, ou pour inciter la personne non motivée à entreprendre une démarche de changement.

Il arrive aussi, plus rarement, que des parents refusent de s'impliquer dans une démarche avec leurs enfants ou leurs adolescents. Ceux-ci peuvent avoir démissionné de leur rôle parental, avoir une consommation problématique eux-mêmes, se

sentir coupables ou jugés et ne plus souhaiter être aidés.

Le Comité sur l'entourage présente ici quelques-unes des stratégies mises en place dans certains CRD et pour lesquelles on a observé un effet sur la hausse du nombre de personnes suivies et sur l'assiduité dans le traitement :

- Faire la promotion des services offerts aux ME ;
- Inviter systématiquement les ME aux rencontres ;
- Réduire le délai d'attente en proposant au ME de rejoindre rapidement un groupe d'accueil et instaurer une liste de rappel en cas de désistement aux rencontres ;
- Aborder des thèmes d'intérêt commun sous forme d'ateliers pratiques pour les personnes dépendantes et les ME ;
- Proposer des rencontres bilan auxquelles sont invités les ME et les personnes dépendantes.

#### 4.3.8 Obstacles à une intervention commune pour les ME et les personnes dépendantes

Bien que l'on reconnaisse la valeur ajoutée d'une intervention commune avec la personne dépendante et les ME, il arrive que certains d'entre eux refusent d'être rencontrés ensemble par les intervenants du CRD. Tout en se préoccupant des motifs sous-jacents à ce refus avec le soutien des intervenants (problèmes de communication, souffrance, honte, déni, résistance au changement, sentiment d'impuissance et d'échec, culpabilité, secret, mensonge, violence), ce choix pourra être respecté et même réévalué.

En raison de l'importance primordiale accordée par les CRD au principe de sécurité dans la prestation des services, des contraintes liées à la violence, à la négligence grave et aux abus

physiques pourraient faire en sorte que la participation des personnes dépendantes et des ME dans une démarche commune ne soit pas favorisée, des rencontres séparées étant plutôt privilégiées. Cette dimension doit être évaluée dès le début du processus, comme l'ont fait remarquer les intervenants et les gestionnaires consultés. La transparence, le respect et l'autodétermination doivent aussi être au cœur des préoccupations des intervenants pour préciser le type de démarche à entreprendre, sur une base individuelle ou en commun.

#### 4.3.9 Durée des services pour les ME

La pratique clinique tend à démontrer que l'intervalle de service auprès des ME en CRD s'échelonne généralement sur une période de un à six mois, parfois jusqu'à près d'une année, rarement plus.

Même si la problématique de dépendance ne semble pas entièrement résorbée ou contrôlée, certains critères permettent de considérer le chemin parcouru par les ME et d'entrevoir la fin des interventions : les ME affirment se sentir plus outillés pour affronter la situation en même temps que leur relation avec la personne dépendante s'améliore. Ils confient avoir développé des moyens de communication plus appropriés et plus satisfaisants. Les parents font très souvent remarquer que les nouvelles stratégies adoptées ont commencé à donner des résultats auprès de leurs adolescents. Pour leur part, les intervenants observent un certain apaisement chez les ME après quelques mois de rencontres. Parfois aussi, l'absentéisme s'installe vers la fin de la démarche.

Les critères pour mettre fin aux services offerts aux ME ne peuvent être basés uniquement sur la diminution de la dépendance, sur l'abstinence ou sur un nombre prédéterminé d'activités structurées en groupe. Habituellement, le PI et l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs sont déterminants dans la durée de l'épisode de services.

#### 4.3.10 Suivi

Certains CRD offrent un soutien ponctuel sur une base individuelle dans l'année qui suit le processus de réadaptation. D'autres offrent une ou deux relances téléphoniques. Des ME se voient offrir la possibilité de rejoindre un groupe de maintien, parfois avec la collaboration du CSSS, d'un organisme communautaire ou du CRD. Lorsque le ME côtoie une personne présentant une problématique de dépendance au long cours avec des épisodes de rechute, les CRD réévaluent la situation du ME, peuvent lui offrir un bref suivi ou la possibilité de se joindre à nouveau à un groupe.

#### 4.3.11 Organisation du travail

Nous aurions pu nous attendre à ce que l'organisation des horaires de travail du personnel clinique soit soulevée comme étant une contrainte importante pour rejoindre et favoriser l'engagement des ME, mais ce ne fut pas le cas. La plupart des répondants ont dit que divers aménagements avaient été prévus : horaire de jour avec quelques soirées, rencontre de parents et d'adolescents à l'école ou dans le milieu de vie, offre diversifiée de modalités de groupes, etc.

#### 4.3.12 Développement des compétences du personnel clinique en CRD

Au-delà d'un intérêt particulier pour l'entourage des personnes dépendantes, il est souhaitable que tous les intervenants d'un CRD possèdent des compétences de base pour intervenir autant auprès des personnes dépendantes que des ME, ont affirmé les gestionnaires et les cliniciens consultés par le Comité sur l'entourage. L'intervention auprès des ME (enfants, adolescents, adultes), les dynamiques relationnelles complexes, la dépendance et les problématiques associées nécessitent la maîtrise de diverses compétences, de base ou plus spécialisées, pour accompagner ces personnes dans une démarche de changement et de reconstruction, que ce soit en rencontres individuelle, conjugale, familiale ou



de groupe. Spécifions, pour les besoins du présent guide, que les compétences professionnelles dont nous traitons ici concernent les services spécialisés de réadaptation offerts aux ME en contexte de CRD qui visent à améliorer leur mieux-être et l'efficacité de l'intervention auprès des personnes dépendantes.

De plus en plus, des CRD disent commencer à s'inspirer du modèle de compétences techniques et comportementales par niveaux conçu par le CCLAT<sup>16</sup>. Ce modèle publié en 2010 comporte un guide et une série d'outils portant sur les compétences techniques et comportementales requises pour soutenir la sélection, la formation et l'évaluation du personnel œuvrant dans le domaine des dépendances.

Quelques établissements ont choisi d'investir dans une formation de type systémique afin d'outiller les cliniciens avec une base commune pour intervenir auprès des ME. Des intervenants œuvrant en CRD ont aussi développé une expertise plus spécifique pour intervenir dans des processus complexes auprès de familles, de couples et de groupes, et assurer un rôle de formateurs, d'agents multiplicateurs au niveau du développement des compétences et de superviseurs dans leur établissement. Dans une région, on a mis en place un comité de réflexion et d'échanges qui se réunit sur une base régulière pour soutenir une vision commune des services spécialisés de réadaptation auprès des ME et favoriser le transfert de connaissances et le partage d'expériences. Enfin, d'autres formules de codéveloppement, de communautés de pratique et de réseautage pourraient être envisagées.

Avec l'arrivée de ME dans les services, l'approche systémique, particulièrement, est très prisée dans les milieux cliniques en dépendance. Bien que très peu étudiée encore sous l'angle de la recherche, elle a fait son apparition dans plusieurs CRD qui

y voient de nombreux bénéfices pour les ME et les personnes dépendantes. Dans certains CRD où l'on investit dans cette formation, l'enjeu serait de « passer d'une compréhension systémique à une pratique systémique ».

La mise à jour des connaissances sur les meilleures pratiques auprès des ME incluant tout ce qui concerne les comportements des ME qui favorisent l'abstinence ou la diminution des habitudes de consommation ou de jeu et ceux qui, au contraire, contribuent au maintien ou à l'accroissement de la problématique de dépendance sont des thèmes qui suscitent un très grand intérêt dans les CRD.

En plus de tout ce qui concerne la dépendance et des problématiques qui y sont souvent associées, d'autres thématiques interpellent les intervenants des CRD dans le développement de leurs compétences. Parmi celles-ci nous trouvons :

- les stratégies pour favoriser l'engagement des ME et celui des personnes non motivées dans un processus de réadaptation ;
- la formation en relation avec l'implantation de programmes reconnus ;
- la notion de codépendance et de ses impacts dans les relations interpersonnelles ;
- les familles recomposées ;
- l'intervention auprès des ME en provenance de diverses communautés culturelles ;
- les enjeux légaux et cliniques liés à la notion de confidentialité.

16 CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES, *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, 2010.

### 4.3.13 Recherche et évaluation de programme

Les CRD manifestent un intérêt évident pour que les milieux de pratique et de la recherche poursuivent leur collaboration afin de faire évoluer les connaissances et l'expertise concernant les ME. À ce titre, quelques études québécoises sont en cours et portent sur l'intervention auprès des jeunes et de leurs parents, l'engagement des conjointes ou des conjoints dans un contexte de dépendance au jeu, l'intervention auprès des jeunes enfants et de leurs parents aux prises avec une problématique de toxicomanie et le programme CRAFT, notamment. D'autres thèmes et préoccupations de recherche ont aussi été énoncés en cours de consultation auprès des CRD :

- L'évaluation spécialisée des ME ;
- Les impacts de l'intervention spécialisée en réadaptation auprès des ME sur les personnes dépendantes motivées ;
- L'efficacité des modalités (individu, couple, famille, groupe) ;
- L'efficacité de certaines approches cliniques dont celles de type systémique ;
- Les comportements favorisant l'abstinence ou la diminution des habitudes de consommation ou de jeu et les comportements qui contribuent au maintien ou à l'accentuation de la problématique ;
- L'engagement des ME dans un contexte de dépendance au long cours ;
- Les stratégies visant à favoriser et à maintenir l'engagement des ME ;
- L'engagement des ME dans le traitement intensif en hébergement des personnes dépendantes ;
- L'appariement entre la durée, l'intensité, les approches et les démarches de traitement et de réadaptation proposées.

## 4.4 Zones grises ou zones de collaboration

Soucieux de la cohérence entre la mission de chacun des partenaires, CSSS et CRD, et les principes de hiérarchisation des services et de responsabilité populationnelle, le Comité sur l'entourage s'est penché sur l'épineuse question du partage des responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés de réadaptation au regard des ME pour y apporter un meilleur éclairage. Nous verrons comment les difficultés ou zones grises interpellent bien souvent la collaboration de l'ensemble des partenaires pour mieux répondre aux besoins de ME des personnes dépendantes.

### 4.4.1 Partage des rôles et des responsabilités

Forts de leur connaissance de la problématique de dépendance et de leur expertise, les CRD se sont vu confier par le MSSS un rôle prépondérant dans les services à l'entourage des personnes dépendantes. Quelques zones d'ambiguïté persistent toutefois quant au partage des rôles et des responsabilités des partenaires de la première et de la deuxième ligne auprès de l'entourage, de la porte d'entrée pour les demandes de service des ME, de l'évaluation de la demande d'aide du ME et de son orientation vers les services appropriés.

Pour l'ensemble des CRD, il ne fait aucun doute que toute demande en provenance de ME d'une personne dépendante admise ou inscrite dans leur établissement est de leur responsabilité. L'intervention spécialisée en CRD auprès des ME vise à la fois les deux grands objectifs que sont l'amélioration du mieux-être du ME et l'abstinence ou la diminution des habitudes de consommation ou de jeu chez la personne aux prises avec la problématique de dépendance.



Les établissements de première ligne ont, pour leur part, la responsabilité de la détection des problèmes liés à la consommation de psychotropes et aux jeux de hasard et d'argent ainsi que de l'intervention précoce auprès des personnes jointes par leurs services. Pour ce faire, ils accueillent les personnes, détectent leurs problèmes et les orientent vers les services publics les mieux adaptés à leurs besoins : suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance au CSSS ou programme d'évaluation spécialisée du CRD (MSSS, 2007).

Lorsque survient une situation de crise ou une urgence, dans la très grande majorité des régions, ce sont des intervenants du CSSS ou des partenaires d'autres organismes qui interviennent pour soutenir les personnes dépendantes et les ME. Si un ME inconnu du CRD traverse un épisode critique et se présente au centre, il sera rapidement orienté vers la première ligne pour la gestion de la crise.

Peu de régions ont rédigé leur projet clinique en dépendance, et, dans trois projets cliniques consultés, un seul fait mention de services à l'entourage laissant place à l'interprétation en raison de l'absence de critères et de responsabilités mal délimitées.

#### 4.4.2 Accessibilité aux ressources pour les ME

Comme la porte d'entrée pour avoir accès à des services en dépendance n'est pas nécessairement toujours bien connue de la population en général, il arrive que les services d'accueil-évaluation-orientation (AEO) en CRD reçoivent des demandes de la part de ME se disant très préoccupés et inquiets de la consommation d'alcool et de drogues, ou des habitudes de jeu d'un proche. On voit aussi des parents en crise ou très inquiets du comportement exploratoire ou des habitudes à risque au regard de la consommation de leur jeune s'adresser au CRD pour recevoir de l'aide. Ainsi, pour ces

situations, il y aurait possiblement lieu de faire appel aux partenaires de la première ligne qui ont ce mandat.

#### 4.4.3 Clientèles prioritaires

À l'instar des clientèles dites prioritaires que sont les femmes enceintes, les parents de jeunes enfants<sup>17</sup>, les jeunes en difficulté et les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les ME de ces personnes devraient également être considérés prioritaires relativement à l'accès aux services.

#### 4.4.4 Évaluation de la demande de services des ME

La formation des personnes qui reçoivent et qui traitent les demandes à l'AEO varie beaucoup d'une région à l'autre. Il en est de même pour la procédure et les critères servant à évaluer la demande de services ainsi que pour la réponse à donner ou l'orientation à prendre.

Il peut s'avérer particulièrement difficile de statuer sur la présomption d'habitudes d'abus ou de dépendance ou d'habitudes à risque lorsque la personne concernée ne reçoit pas de services ou n'est pas motivée à entreprendre une démarche. La consultation auprès des CRD a permis de mettre en évidence quelques critères utilisés par certains centres et pouvant constituer une sorte de « filtre » pour prendre une décision mieux éclairée en matière d'orientation des ME. Il est important de spécifier ici qu'il ne s'agit pas de procéder à une évaluation spécialisée du ME, étape intégrée au processus de réadaptation en CRD, mais bien de s'appuyer sur certains critères qui permettront de diriger le ME vers les services appropriés :

17 Dans le programme-services Dépendances du MSSS, il est fait mention « des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants ». L'ACRDQ utilise l'expression « parents de jeunes enfants » pour inclure les pères également.

- Est-ce que le ME est en mesure d'apprécier la problématique de consommation ou de jeu ou les comportements à risque de développer un problème de dépendance ?
- Est-ce que le ME joue un rôle important auprès de la personne qui présente une problématique pour participer à une démarche de réadaptation en CRD ? Veut-il maintenir ou améliorer sa relation avec cette personne ?
- Quelle est la motivation du ME à s'engager dans une démarche visant à la fois ces deux objectifs : améliorer son mieux-être et contribuer le mieux possible à ce que la personne dépendante réduise ou cesse ses comportements de consommation ou ses habitudes liées aux jeux de hasard et d'argent ?
- La personne se trouve-t-elle dans une situation de crise, de danger pour elle-même ou pour les autres ?
- La demande du ME vise-t-elle des aspects liés à la problématique de dépendance ou d'autres dimensions de la vie du ME ?

#### 4.4.5 Le bon service au bon moment et au bon endroit

Tous appuient le principe voulant qu'une personne qui requiert des services puisse les recevoir au bon moment et au bon endroit. Le manque de ressources, la distance à parcourir pour certaines personnes très défavorisées, le temps d'attente, le risque de « perdre » les ME et la personne dépendante et de voir leur situation dégénérer ainsi que la détresse perçue chez les ME ne laissent pas indifférents les intervenants qui reçoivent leurs demandes d'aide. Malgré les rôles et les responsabilités dévolus aux instances de première ligne et de deuxième ligne, les CRD admettent quelquefois se sentir interpellés pour pallier ces diverses lacunes en offrant certains services même si ceux-ci sont généralement plutôt brefs.

En cohérence avec la mission de chacun, les rôles et les responsabilités de la première ligne et des CRD devront être mieux campés au regard des services aux ME. Des arrimages seront à faire entre les services généraux psychosociaux et les services spécialisés de réadaptation en dépendance en ce qui concerne l'accueil et le traitement des demandes des ME sur la base de critères visant à les orienter vers les ressources appropriées.

# 5.

## Prémises et recommandations du Comité sur l'entourage

Le Comité sur l'entourage a reçu pour mandat, rappelons-le, de définir une offre de services de base appuyée sur les meilleures pratiques et de proposer une répartition des rôles et des responsabilités de la première ligne et des services spécialisés aux ME des personnes dépendantes en cohérence avec les missions respectives de ces instances. Ce chapitre présente les recommandations du comité au regard de l'organisation des services, de l'intervention clinique, du développement des compétences, de la recherche et de l'évaluation de programme. Elles sont le fruit d'une démarche de consultation ciblée auprès de deux groupes de discussion, d'entrevues semi-dirigées, de nombreuses lectures sur l'état des lieux dans les CRD et les meilleures pratiques concernant l'entourage des personnes dépendantes, et de nombreux échanges entre les membres du Comité sur l'entourage et du Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD. Elles ont aussi reçu l'appui de la Table commune qui regroupe les directeurs généraux et les responsables clinico-administratifs des CRD, en mai 2011.

Ces recommandations, formulées avec la préoccupation d'une nécessaire cohérence avec les fondements de l'organisation des soins de santé et des services sociaux, la mission et les responsabilités des instances de la première ligne et celles des CRD, les constats effectués sur le terrain et ceux émergeant de la recension de la littérature, dégagent une vision plus nette des enjeux et précisent les avenues prometteuses ainsi que les cibles à mettre en priorité pour l'amélioration des services aux ME des personnes dépendantes dans l'ensemble du Québec.

### 5.1 *Recommandations sur l'organisation des services*

#### 5.1.1 *Partage des responsabilités*

Considérant les grands principes que sont la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services comme fondements de l'organisation des soins de santé et des services sociaux au Québec;

Considérant la mission des CSSS et celle des CRD ainsi que les responsabilités qui leur ont été confiées par le MSSS;

Considérant la responsabilité du volet soutien à l'entourage des personnes dépendantes attribuée à une seule instance, soit le CRD, dans l'Offre de service Dépendances (MSSS, 2007-2012);

Considérant que l'intervention auprès des ME, telle que présentée dans l'Offre de service des CRD, vise les deux objectifs généraux suivants :

- l'amélioration du bien-être des ME en relation avec l'individu toxicomane, alcoolique ou joueur pathologique,
- l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès des personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques;

## NOUS RECOMMANDONS:

- que dans une perspective globale les ME, tout comme l'utilisateur aux prises avec la problématique de dépendance, soient considérés comme des parties prenantes d'un système conjugal ou familial ou social pouvant recevoir des services spécialisés du CRD;
- que les CRD intègrent davantage dans leurs interventions auprès des ME la préoccupation de ce double objectif qui est d'améliorer l'efficacité de l'intervention auprès de la personne dépendante, d'une part, et le mieux-être des ME, d'autre part;
- que les services de première ligne assurent le soutien des ME dont le mieux-être est l'objectif principal de leur démarche ou qui demandent de l'aide pour leurs besoins spécifiques sans aucune motivation à poursuivre la relation avec la personne dépendante ou à s'engager auprès d'elle;
- que les CRD collaborent avec la première ligne pour que celle-ci puisse mieux assurer son rôle et ses responsabilités au regard des personnes à risque de développer une dépendance et de l'entourage de ces personnes;
- que dans le cadre d'une éventuelle révision de l'Offre de service Dépendances (MSSS, 2007-2012) des travaux puissent être entrepris afin de mieux délimiter les zones de responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés au regard des ME.

## 5.1.2 Intégration des services

### 5.1.2.1 Accessibilité

Considérant que l'accès aux services de réadaptation spécialisée pour les personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance et les ME constitue un réel défi;

Considérant que le rôle de la famille ou de membres importants du réseau social s'est souvent avéré significatif dans la décision de demander de l'aide pour une dépendance et que l'engagement des ME est considéré comme un levier lié à l'efficacité du traitement de la personne dépendante et à l'amélioration de sa condition;

Considérant que l'intégration des services permet d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements, entre les volets de services et entre les professionnels;

Considérant les rôles et les responsabilités de la première et de la deuxième ligne tels que définis dans leur offre respective de service (offre de services psychosociaux généraux et offre de service des CRD) au regard des ME;

## NOUS RECOMMANDONS:

- que toute demande de service d'un ME préoccupé par les habitudes de consommation ou de jeu d'un proche soit traitée dans les plus brefs délais;
- que les ME soient orientés vers les services du CRD en présence de tous les critères suivants:
  - ME jouant un rôle important auprès de la personne dépendante,
  - forte présomption de problèmes de dépendance chez le proche

(appréciation par le ME des habitudes de consommation ou de jeu, ainsi que les conséquences sur l'entourage immédiat, méfaits dans au moins une sphère de vie),

- motivation du ME à s'engager dans une démarche visant la réduction ou l'arrêt de la consommation ou des habitudes de jeu pathologique de la personne dépendante,
  - amélioration du mieux-être du ME;
- que les ME soient orientés vers des services de première ligne en présence de l'un ou l'autre des critères suivants :
- habitudes de consommation et de jeu à risque,
  - désir d'amélioration du mieux-être du ME sans motivation à s'engager dans une démarche ou à poursuivre sa relation avec la personne dépendante,
  - situation de crise ou d'urgence,
  - besoins individuels ne visant pas les aspects liés à la problématique de dépendance;
- que les CRD développent des stratégies visant à joindre les ME et à les engager à compter de la demande initiale de service, effectuée par eux ou par la personne dépendante, et tout au long du processus de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale de la personne dépendante;
- que des stratégies de mise en priorité visant à intégrer rapidement les ME ou les personnes dépendantes – lorsque les unes ou les autres ont

déjà amorcé une démarche – soient prévues dans l'organisation des services des CRD et, plus particulièrement, lorsqu'il s'agit des clientèles prioritaires (femmes enceintes et parents de jeunes enfants, jeunes en difficulté, personnes ayant des problèmes de santé mentale).

### 5.1.3 Programmation

Considérant que, de façon générale, il est avantageux de se doter d'une programmation écrite définissant les clientèles cibles, les objectifs poursuivis, les approches d'intervention préconisées et les modalités cliniques proposées;

#### **NOUS RECOMMANDONS :**

- que le volet du soutien à l'entourage des personnes dépendantes soit intégré à toutes les composantes de l'offre de service des CRD;
- que, peu importe le programme, tous les intervenants des CRD offrent des services aux ME;
- que les CRD formalisent dans une programmation écrite et intégrée les services offerts aux personnes dépendantes et aux ME, les objectifs, les approches ainsi que les modalités d'intervention et de suivi.

## 5.2 **Recommandations sur l'intervention clinique**

### 5.2.1 **Engagement des ME**

Considérant les constats positifs de la littérature sur l'inclusion des ME le plus tôt possible, en pré-traitement et en cours de traitement des personnes dépendantes ;

Considérant que l'engagement des ME permet de traiter les problèmes de consommation plus efficacement, mais aussi de consolider les liens familiaux ;

Considérant que le soutien familial est associé à une meilleure rétention en traitement ;

#### **NOUS RECOMMANDONS :**

- que les CRD mettent en place des stratégies visant à faciliter l'engagement des ME dès le début ou le plus tôt possible dans la démarche à entreprendre avec la personne dépendante (évaluation de la situation et des besoins de la personne dépendante, invitation systématique des ME aux rencontres, dont celle portant sur l'élaboration du PI, démarche bien expliquée, offre de modalités et d'approches variées) ;
- que, dans la situation où les ME d'une personne dépendante amorcent un processus sans que cette dernière ne soit inscrite ou admise dans les services du CRD, des stratégies soient mises en œuvre pour susciter et pour soutenir la motivation de la personne dépendante à s'engager le plus tôt possible dans une démarche.

### 5.2.2 **Évaluation et planification de l'intervention**

#### 5.2.2.1 **Évaluation globale et spécialisée de la situation des ME**

Considérant que la planification des interventions nécessite, tout comme c'est le cas pour les personnes dépendantes, une évaluation globale et spécialisée de la situation des ME ;

Considérant les outils personnalisés d'évaluation clinique conçus par les CRD et ceux recensés par la littérature pour documenter les préoccupations des ME au regard de la situation problématique, leurs besoins et leurs attentes ;

#### **NOUS RECOMMANDONS :**

- que les intervenants du CRD procèdent à l'évaluation globale des besoins de tous les ME, préalable à l'élaboration du PI dans les services spécialisés de réadaptation en dépendance ;
- que l'évaluation globale du ME soit utilisée pour la détermination des objectifs communs et spécifiques du PI élaboré au cours d'une rencontre à laquelle la personne dépendante et les ME sont invités à prendre part ;
- que le Comité outils de l'Institut universitaire sur les dépendances procède à l'examen des outils les plus connus recensés par la littérature (le protocole d'évaluation du répondant principal – enfants 6-11 ans – Programme d'intervention appui aux familles (PIAF) ou le GAIN collatéral ou les outils utilisés dans les

programmes reconnus tels que le CRAFT, l'ACRA, le MATRIX) et qu'il recommande aux CRD les outils jugés les plus pertinents et fiables qu'ils pourront utiliser pour l'évaluation des ME.

### 5.2.2.2 Plan d'intervention et plan de services individualisés

Considérant l'importance démontrée de l'engagement des ME dans la démarche de réadaptation de la personne dépendante ;

Considérant l'obligation pour les CRD d'élaborer un PI ou un PSI permettant 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 RECOMMANDONS :**

- que les CRD procèdent (ou collaborent avec d'autres instances selon les problématiques associées) à l'élaboration de PI ou de PSI comportant des objectifs de réadaptation communs aux personnes dépendantes et aux ME ainsi que des objectifs propres à chacun visant l'amélioration de la condition de la personne dépendante et le mieux-être de chacun ;
- que le PI cible des résultats réalistes et mesurables au regard des deux objectifs généraux visés par l'intervention auprès des ME dans les services spécialisés de réadaptation, soit l'amélioration du bien-être des ME en relation avec l'individu toxicomane, alcoolique ou joueur

pathologique et l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès des personnes dépendantes ;

- que les CRD favorisent l'engagement des ME, tout comme celui des personnes dépendantes, dans l'élaboration du PI ou du PSI les concernant.

### 5.2.2.3 Épisode de services auprès des ME

Considérant que le PI doit comporter un échéancier relatif à son évaluation et à sa révision et qu'il peut être modifié en tout temps pour tenir compte des situations nouvelles ;

Considérant que les CRD intègrent des interventions basées sur les meilleures pratiques dans leur prestation de services incluant les aspects liés à l'intensité et à la durée de ceux-ci ;

Considérant que le recours aux services spécialisés du CRD pour les ME est indiqué lorsque l'intervention vise à la fois à améliorer leur bien-être et à améliorer l'efficacité de l'intervention auprès des personnes alcooliques, toxicomanes ou des joueurs pathologiques ;

#### **NOUS RECOMMANDONS :**

- que l'évaluation de l'atteinte des objectifs de résultats prévus au PI serve de balise pour déterminer la fin des interventions auprès des personnes dépendantes et des ME. Cela se traduit par un arrêt ou une réduction de la problématique en deçà du seuil reconnu de la dépendance et une diminution des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie des personnes dépendantes et des ME ;



- que, pour les ME d'adultes dépendants et, en cohérence avec une recommandation formulée dans le guide sur la réadaptation adulte (ACRDQ, 2010) au regard de la durée des interventions, l'épisode de services se situe approximativement autour de trois à six mois.

### 5.2.3 Modalités d'intervention et approches cliniques

Considérant la diversité des besoins des personnes dépendantes et des ME et du nécessaire appariement des modalités d'intervention et des approches cliniques avec les situations particulières ;

Considérant que l'intervention conjugale dans le traitement des personnes alcooliques et toxicoomanes est reconnue comme une bonne pratique ;

Considérant que l'efficacité des thérapies familiales dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, tout particulièrement chez les jeunes, est bien établie dans la littérature ;

Considérant que les approches de type cognitivo-comportemental et motivationnel adaptées aux étapes du développement des personnes et qui favorisent l'engagement des ME sont reconnues efficaces en réadaptation en dépendance ;

Considérant que, même si peu étudiées sous l'angle de la recherche, les approches de type systémique utilisées dans plusieurs CRD, semblent avoir des retombées positives sur l'amélioration des relations entre les ME et les personnes dépendantes et sur les habitudes liées à la dépendance ;

### NOUS RECOMMANDONS :

- que les CRD privilégient dans leur offre de services de base aux personnes dépendantes et aux ME des modalités conjugale et familiale ;
- que les CRD aient recours à diverses approches reconnues, notamment l'entretien motivationnel, les approches cognitivo-comportementale et systémique, et qu'ils offrent des modalités variées (individuelle, familiale, conjugale, de groupe) aux personnes dépendantes et aux ME pour mieux répondre aux objectifs communs et individuels ciblés dans le PI.

#### 5.2.3.1 *Thèmes abordés dans les services spécialisés de réadaptation*

Considérant que l'intervention spécialisée dans les CRD vise à accompagner un processus de changement permettant à la personne dépendante et aux ME de se reconstruire un nouvel équilibre – physique, psychologique et social – tout en faisant l'apprentissage de diverses compétences favorisant leur mieux-être personnel et des rapports conjugaux, familiaux et sociaux plus satisfaisants ;

Considérant l'état des connaissances au regard des comportements facilitants chez les ME au regard du maintien de l'abstinence, de la diminution des habitudes de consommation et de jeu, de la réduction des méfaits ainsi que des comportements des ME qui, au contraire, contribuent à maintenir ou à exacerber la problématique de dépendance ;

## NOUS RECOMMANDONS:

- que, parmi les thèmes abordés dans les activités de réadaptation, en plus des thématiques liées à l'amélioration du bien-être personnel des ME, les CRD ciblent avec eux les comportements qui contribuent à maintenir ou à accentuer la problématique de dépendance et qu'ils outillent les ME et renforcent leurs compétences au regard des comportements favorisant l'abstinence, la diminution des habitudes de consommation ou de jeu pathologique et la réduction des méfaits chez la personne dépendante.

## 5.3 *Recommandations sur le développement de compétences*

Considérant les compétences comportementales et techniques pour les intervenants en toxicomanie élaborées par le CCLAT (2010), qui reposent sur les meilleures données disponibles et sur plus de six années de recherche;

Considérant que l'intervention qui concerne les ME de personnes dépendantes en CRD est une intervention spécialisée nécessitant la formation adéquate du personnel;

Considérant l'importance que l'ensemble des intervenants possède des connaissances et des compétences pour intervenir tant auprès des personnes dépendantes que des ME;

Considérant les résultats positifs démontrés dans la littérature au regard des interventions de type familial et conjugal;

Considérant l'importance de la formation continue et de la supervision des intervenants des CRD pour le développement et le maintien de l'expertise;

## NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD s'inspirent des composantes du modèle par niveaux de compétences comportementales et techniques développé par le CCLAT;
- que les CRD, dans le cadre de leur planification de main-d'œuvre, prévoient l'embauche de personnel qualifié ou possédant une formation et des compétences en interventions conjugales et familiales;

- que les CRD favorisent et soutiennent le développement de l'expertise de leur personnel pour intervenir auprès des personnes dépendantes et des ME par une supervision clinique et des activités de formation continue.

#### 5.4 **Recommandations sur la recherche et l'évaluation de programme**

Considérant qu'il se fait encore très peu de recherche au Québec sur l'entourage et que ce domaine mériterait de bénéficier de développements plus importants tant au regard des approches, des interventions familiales, conjugales et de groupe que sous l'angle de l'efficacité des traitements pour les ME et les personnes dépendantes ;

Considérant l'importance accordée par les intervenants à l'évaluation de programme et aux pistes d'amélioration des services ;

#### **NOUS RECOMMANDONS :**

- que se poursuivent les collaborations entre les milieux d'intervention et ceux de la recherche pour l'enrichissement des connaissances et de l'expertise, l'évaluation des pratiques et des outils cliniques afin d'améliorer la qualité des interventions auprès de l'entourage des personnes dépendantes ;
- que les CRD sollicitent des projets de recherche portant sur les impacts de l'intégration des ME au processus de réadaptation, sur la rétention et sur l'efficacité des traitements et de la réadaptation des personnes dépendantes.

# 6.

## Conclusion

Bien que les services à l'entourage des personnes dépendantes soient relativement récents dans les CRD et que la recherche dans ce domaine soit aussi très jeune au Québec, nous avons vu au travers du présent guide de pratique comment les avancées dans le domaine des connaissances scientifiques et sur le plan des pratiques éprouvées sur le terrain nous ont permis de cibler les pistes prometteuses et les défis pour franchir une étape supplémentaire dans l'évolution des services aux ME de personnes dépendantes.

Ce guide est le reflet de l'engagement des membres du Comité sur l'entourage de favoriser l'amélioration de la qualité des services aux personnes dépendantes et aussi aux ME dont le mieux-être est perturbé par la dépendance d'un proche. Il se veut d'abord et avant tout un outil dynamique qui soulèvera la réflexion, la discussion et l'émergence de nouveaux consensus quant à l'organisation des services, l'intervention clinique, le développement de compétences, la recherche et l'évaluation de programme. Il pourra être enrichi à travers des activités d'appropriation, de mise en priorité des recommandations et de suivi de celles-ci.

Pour sa part, l'ACRDQ est fière de souscrire à cette démarche de normalisation de l'offre de service des CRD qui vise à améliorer la qualité de vie de milliers de personnes dépendantes et de leur entourage.



# ANNEXE 1

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience  
Programme-services Dépendances  
Offre de service 2007-2012

FICHE 10

## Soutien à l'entourage <sup>18</sup>

**Responsabilité** → CRPAT

### Description du service

Les CRPAT sont responsables d'offrir des services d'aide et de soutien à l'entourage des personnes dépendantes.

Les services consistent en une aide structurée, axée sur l'accompagnement de l'entourage de la personne qui présente des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. L'aide peut être personnalisée selon les besoins de l'entourage. Elle inclut les thérapies individuelles, de groupe, conjugales ou familiales et des ateliers thématiques.

#### Pour ce faire, les CRPAT :

- Accueillent l'entourage et l'informent sur les services offerts ;
- Favorisent, lorsque c'est possible, les personnes de l'entourage dans le plan d'intervention des personnes qui reçoivent des services spécialisés ;
- Évaluent les besoins de l'entourage et conçoivent un plan d'intervention adapté.

#### Pour remplir leur mandat, ils disposent :

- Du personnel qualifié pour effectuer ces interventions ;
- De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur l'accompagnement des proches et des familles ;
- D'un coffre à outils incluant de l'information et de la documentation à l'intention de l'entourage des personnes dépendantes.

#### Pour poursuivre la démarche amorcée, les intervenants :

- Dirigent au besoin les personnes vers les services des CSSS et vers les organismes du milieu.

#### Objectifs :

- Préserver ou accroître le mieux-être des proches et des membres de la famille d'une personne dépendante ;
- Éviter les ruptures et l'éloignement entre les personnes dépendantes et leur entourage ;
- Augmenter l'efficacité des interventions auprès des personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques.

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012, 2007, p. 51-52.

10

# 10

## **Clientèle visée :**

L'entourage des personnes ayant un problème d'abus d'alcool ou de drogues ou de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

## **Standards**

### **Accessibilité :**

- Offre de service de soutien à l'entourage pour les proches d'une personne ayant un problème d'abus ou de dépendance ;
- Ententes avec des organismes communautaires et privés pour offrir des services complémentaires visant le soutien à l'entourage.

### **Qualité :**

- Plan d'intervention individualisé pour les personnes de l'entourage ;
- Outils d'information validés et standardisés à l'intention des proches et des familles de personnes ayant un problème d'abus ou de dépendance ;
- Formation initiale et continue sur les meilleures pratiques pour le soutien de l'entourage
- Encadrement adéquat du personnel assigné au soutien à l'entourage.

### **Continuité :**

- Réseautage entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

### **Efficacité et efficience :**

- Orientation des clientèles vers les services appropriés ;
- Le CRPAT dispose d'un budget spécifique pour ces mesures.



# ANNEXE 2

## Compétences techniques pour les intervenants canadiens en toxicomanie, v. 1<sup>19</sup>

### L'aide à la famille et le soutien social

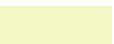
#### L'aide à la famille

#### et le soutien social

se définissent par la connaissance et l'habileté nécessaires pour travailler efficacement avec les personnes ou les groupes les plus touchés par les problèmes de consommation du client et/ou qui sont véritablement en mesure d'appuyer les objectifs thérapeutiques du client. Ces personnes ou groupes peuvent former la « famille » dans le sens traditionnel du terme ou dans un sens élargi, p. ex. les réseaux sociaux et les systèmes communautaires, selon les préférences ou les circonstances du client.

	1 = Rudimentaire	2 = De base
E X E M P L E S	<p>Possède une certaine connaissance des répercussions de l'abus de substances sur la famille, les réseaux sociaux et les systèmes communautaires</p> <p>A une définition élargie de la « famille » et applique ce concept aux ensembles de personnes jouant un rôle important dans le passé, le présent ou l'avenir du client</p> <p>Accueille et interagit avec respect et prévenance avec les membres de la famille et/ou les membres du réseau social ou système communautaire du client</p> <p>Respecte la confidentialité du client en tout temps</p>	<p>Sait que le soutien familial, social et communautaire est un élément important dans la planification efficace du traitement</p> <p>Évalue l'importance des besoins de la famille et les possibilités de soutien familial, social et communautaire dans la conception du plan de traitement</p> <p>Facilite la participation des proches à la conception et à l'application du plan de traitement, au besoin</p> <p>Aide les proches à trouver du soutien, en faisant appel ou en les adressant à d'autres ressources, au besoin</p> <p>Connaît les ressources communautaires à la disposition des proches</p>
	3 = Intermédiaire	4 = Avancé
	<p>Incite et encourage les proches à examiner leurs propres besoins et préoccupations et offre un soutien et une aide pratique, le cas échéant</p> <p>Possède une compréhension approfondie et détaillée des processus familiaux</p> <p>Formule et met en œuvre un plan de traitement fondé sur la « famille » en tant qu'unité de traitement</p> <p>Évalue la santé du système familial, social et communautaire et conseille les proches pour aider le client dans l'élaboration et l'application d'un plan de traitement efficace</p> <p>Travaille intentionnellement à améliorer la cohésion familiale et s'engage à travailler en collaboration avec le client à l'appui du plan de traitement</p>	<p>Est expert dans au moins une des approches factuelles de la thérapie familiale</p> <p>Possède une connaissance approfondie et élargie des dynamiques et des systèmes familiaux et de la façon dont ils peuvent contribuer à des relations dysfonctionnelles ou à la promotion de la santé au sein de la famille</p> <p>Supervise et encadre les autres dans l'élaboration et l'application de saines pratiques en thérapie familiale</p>

19 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie: Section VI, Compétences techniques (version 1)*, 2007, p. 9.



## LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (avril 2010). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*, 90 pages.
- AUSLOOS, G. (1995). *La compétence des familles: Temps, chaos, processus*, Érès.
- BEAUMONT, C. (2010). Programme régional d'évaluation spécialisée: – Fondements et modalités d'organisation, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), 48 pages.
- BENISHEK, L. A.; KIRBY, K. C.; et LEGGETT-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), pages 82-88, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/00952990.2010.540276>.
- BERTRAND, K.; BEAUMONT, C.; DURAND, G.; et MASSICOTTE, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes: pratiques gagnantes et offre de services de base*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- BOUTIN, C. et LADOUCEUR, R. (2006). *Y a-t-il un joueur dans votre entourage?*, Éditions de l'Homme, 176 pages.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1999). *Profil canadien: L'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2010). *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*. <http://www.ccsa.ca/Fra/Priorities/Workforce/Competencies/Pages/default.aspx#resources>
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE DOCUMENTATION EN TOXICOMANIE (2011). «Les rôles familiaux dans les familles avec des parents alcooliques», article publié le 22 mars.
- CIARROCCHI, J.W.; et REINERT, D.F. (1993). «Family environment and length of recovery for married male members of Gamblers Anonymous and female members of GamAnon», *Journal of Gambling Studies*, 9, 341-352.
- CUILLERIER, G. (avril 2008). *Les services d'aide et de soutien à l'entourage dans les CRPAT: État de situation*, 15 pages.
- CUILLERIER, G.; DUFOUR, L.; GASCON, É. (2010). «L'entourage, partenaire incontournable pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes», présentation en atelier, Rond-Point 2010.
- DE CIVITA, M.; DOBKIN, P. L.; et ROBERTSON, E. (2000). «A study of barriers to the engagement of significant others in adult addiction treatment», dans *Journal of Substance Abuse treatment*.
- DENNIS, M. L.; TITUS, J.C.; WHITE, M.K.; et UNSICKER, J. I. (2007). *Global Appraisal of Individual Needs: Administration guide for the GAIN and related measures (Version 5)*, Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- DESROSIERS, P. (2008). *Les services de désintoxication dans les CRD – meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).
- DESROSIERS, P. et JACQUES, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

- DESROSIERS, P., MÉNARD, J.-M., TREMBLAY, J., BERTRAND, K., et LANDRY, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- DOBKIN, P.L. ; BEAUDOIN, J. ; PARÉ, R. ; DAOUST, R. ; et CHIASSON, J.-P. (1996). *Intervention familiale pour les enfants de parents toxicomanes*, Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP) et l'Équipe de recherche sur la prévention et le traitement des toxicomanies (ERPTT).
- DUVARCI, I. ; et VARAN, A. (2000). « Descriptive features of turkish pathological gamblers », *Scandinavian journal of psychology*, 41, 253-260.
- ELKAÏM, M. (2007). *Comprendre et traiter la souffrance psychique*, Seuil.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (2007). *État de situation sur le déploiement de l'offre de services – Faits saillants*.
- GAUTHIER, B. ; BERTRAND, K. ; et NOLIN, P. (2010). « Familles et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas », dans *Enfances, Familles, Générations*, n° 13, p. 129-150, par Internet à l'adresse <http://erudit.org/iderudit/045424ar>.
- LIDDLE, H.A. ; et HOGUE, A. (2001). « Multidimensional family therapy for adolescent substance abuses ». In E.F. Wagner and H.B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. (xii ed., 229-261), Amsterdam: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- LANDRY, V. ; LAVENTURE, M. ; GEMME, E. ; BASTIEN, M.-F. ; NADEAU, C.-L. ; CHARBONNEAU, R. ; PRÉVOST, M. ; LAVOIE, S. ; et BERTRAND, K. (2010). *Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement*, Les rapports de recherche de l'Institut, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, 36 pages.
- MCCRADY, B.S. ; et EPSTEIN, E.E. (2008). *Overcoming Alcohol problems: A couples-Focused Program Workbook (Treatments That Work)*. Oxford University Press, 232 pages.
- MEYERS, R.J. ; MILLER, W.R. ; SMITH, J.E. ; et TONIGAN, J.S. (2002). « A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drugs users through concerned significant others ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1182-1185.
- MEYERS, R. J. ; MILLER, W. R. ; et SMITH, J. E. (2001). « Community reinforcement approach and family training (CRAFT) », dans *A community reinforcement approach to addiction treatment*, New-York: Cambridge University Press, p. 147-160.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005 : Agir ensemble*, 41 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 26 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, 80 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, 56 pages.
- NADEAU, L. ; MCKENZIE, L. (1995). *Moi, c'est moi !*, groupe d'enfants de parents alcooliques ou toxicomanes (8 à 12 ans), guide d'animation, Fondation Jellinek.
- NADEAU, L. ; MCKENZIE, L. ; et BOLDUC, N. (1995). *Groupe d'accompagnement pour les parents dont les enfants participent aux ateliers Moi, c'est moi !* du Centre Jellinek, guide d'animation.

- NADEAU, L. ; MCKENZIE, L. ; DROLET, A. ; et D'AMOUR, H.-J. (1996). *Moi, c'est moi !*, cahier d'accompagnement dans le cheminement des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes, Fondation Jellinek.
- O'FARRELL, T.J. ; et FALS-STEWART, W. (2006). *Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- O'GRADY, C. P. ; et WAYNE SKINNER, W. J. (2008). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants*, CAMH, 228 pages.
- OBERT, J. L. ; MCCANN, M. J. ; MARINELLI-CASEY, P. ; WEINER, A. ; MINSKY, S. ; BRETHEN, P. ; et RAWSON, R. (2000). «The MATRIX model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description», dans *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), p. 157-164.
- PLOURDE, C. ; MÉNARD, J.-M. ; PERREAULT, M. ; MERCIER, C. ; et LECOURE, M. (2002). «Le point de vue des acteurs sur la place de la famille dans la réadaptation en toxicomanie pour jeunes et parents», dans *Drogues, santé et société*, vol. 1 n° 1.
- OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (2005). *Partageons nos compétences : Rapport du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, 109 pages.
- RAWSON, R. ; MARINELLI-CASEY, P. ; ANGLIN, M. ; et autres (2004). «A multisite comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence». *Addiction* 99: 708-717.
- ROHRBAUGH, M.J. ; et SHOWAN, V. (2002). «Couple treatment for alcohol abuse: A systemic family-consultation model». In S.G. Hofmann et M.C. Thompson (Eds.) *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supporting Interventions*, 277-295. New York, NY, USA: Guilford Press.
- ROTUNDA, R. J. ; WEST, L. ; et 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, p. 269-276.
- SENEVIRATNE, A. ; et DAEPPEN, J.-B. (2009). «Implication de la famille dans le traitement de l'alcoolodépendance : Une revue de la littérature», dans *Alcoologie et addictologie*, 31(4), p. 283-293.
- SMITH, J.E. ; MILFORD, J.L. ; et MEYERS, R.J. (2004). «CRA and CRAFT: Behavioral approaches to treating substance-abusing individuals». *The Behavior Analyst Today*, Vol. 5 (4), 391-403.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (juillet 2008). «A treatment improvement protocol (TIP) 39: Substance abuse treatment and family therapy», SAMHSA, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14505/>.
- SZAPOCNIK, J. ; HERVIS, O. ; et SCHWARTZ, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, Maryland: NIH Publications.
- THOMAS, E.J. ; et AGER, R.D. (1993). «Unilateral Family Therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers». In T.J. O'Farrell (Ed.) *Treating alcohol problems : Marital and family interventions*, 3-33. New York, NY, USA : Guilford Press.
- TREMBLAY, J. ; ALLAIRE, G. ; DUFRESNE, J. ; LECAVALIER, M. ; et NEVEU, Y. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal, QC, Canada : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 71 pages.
- TREMBLAY, J. ; BERTRAND, K. ; et 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.
- TREMBLAY, J. ; BERTRAND, K. ; et MÉNARD, J.-M. (2005). *Les membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes : Portrait des services offerts au Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 22 pages.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006). *Counselor's Family education manual. MATRIX Intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorders*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 166 pages.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2008). *Counselor's treatment manuel. MATRIX Intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorders*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 255 pages.

VERNIG, P. M. (2011). « Family roles in homes with alcohol-dependent parents: An evidence based review », dans *Substance Use and Misuse*, 46(4), p. 535-542.





1001, boul. De Maisonneuve Ouest  
Bureau 420, Montréal (Québec)  
H3A 3C8  
Tél. : 514 287-9625  
Télec. : 514 287-9649  
Courriel : [acrdq@ssss.gouv.qc.ca](mailto:acrdq@ssss.gouv.qc.ca)



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