

# L'écho-TOXICO

## Le mot de Lise...

Sans avoir la prétention d'en faire une revue complète, nous avons voulu, dans ce numéro, faire le point sur les services d'intervention en toxicomanie. L'accent a été mis sur quelques pratiques émergentes ouvrant de nouveaux horizons, comme la cessation tabagique en centre de traitement en toxicomanie ou le programme de gestion de la consommation ALCOCHOIX +, mais aussi sur des pratiques gagnantes s'appuyant sur des données probantes comme le programme pour les jeunes et leur famille de Domrémy/Mauricie-Centre-du-Québec. Avec le Programme Jessie, pour les parents consommateurs et leurs enfants de 0 à 5 ans, c'est une belle histoire de partenariat qui vous est présentée. Avec un immense plaisir nous vous présentons aussi un texte de monsieur Yves Neveu qui nous a préparé un bilan historique de la réadaptation au Québec. Ce texte, très intéressant, a d'autant plus de valeur qu'il figure parmi une de ses dernières contributions comme directeur général de la Fédération québécoise des CRPAT avant son départ à la retraite. Nous profitons de cette occasion pour le remercier et lui souhaiter la meilleure des retraites et tous les succès possibles dans sa nouvelle vie! Des années '80 à aujourd'hui, de la désintoxication à la réinsertion, nous avons assisté à des changements majeurs en regard des philosophies et des approches privilégiées. La réduction des méfaits s'est imposée sur l'ensemble du continuum d'intervention. La complexité des problèmes a confronté les intervenants et favorisé le changement dans les pratiques et le travail en réseau de services intégrés. À la lecture des textes, vous serez à même de constater un souci constant de qualité qui anime le réseau des interventions en toxicomanie. Ainsi, la formation prend tout son sens car de plus en plus d'intervenants visent à améliorer continuellement leur intervention par la remise en question et l'évaluation de ce qu'ils font; par l'utilisation de données probantes, de pratiques éprouvées et exemplaires et par la formation continue. À ce sujet, nous avons un programme de Maîtrise en toxicomanie, en cours d'élaboration... Je vous en reparlerai dans les prochains mois... Autant de signes qui témoignent de la santé du réseau actuel des services d'intervention en toxicomanie au Québec même si de nombreux défis restent à relever. Bonne lecture et bonne rentrée 2006!

Lise Roy

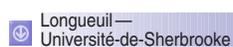
Directrice des programmes d'études en toxicomanie

## FORMATIONS AITQ-UdeS 2006-2007

- 29 septembre 2006 à **Longueuil** et  
10 novembre 2006 à **Québec**  
**L'INTERVENTION SYSTÉMIQUE  
BRÈVE AUPRÈS DES PERSONNES  
DÉPENDANTES ET DE LEUR  
ENTOURAGE : un jeu de domino**  
Claude-Michel Gagnon, psychologue
- 24 novembre 2006 à **Longueuil**  
**COMPRENDRE, CROIRE ET AGIR SUR  
LA RÉSILIENCE EN TOXICOMANIE**  
Diane Arsenault, M. Service Social
- 26 janvier 2007 à **Longueuil**  
**INTERVENTION AUPRÈS DES FAMILLES  
TOXICOMANES : la boîte à outils pour  
entrer dans la danse avec les familles**  
Stéphane Bujold, psychologue
- 9 février 2007 à **Longueuil**  
**LES DROGUES ET LES MÉDICAMENTS  
DANS LA MARMITE CÉRÉBRALE :  
de la pensée magique à l'intervention  
thérapeutique**  
Dr Richard Cloutier, psychiatre
- 16 février 2007 à **Québec** et  
4 mai 2007 à **Longueuil**  
**L'INTERVENTION ET L'INTÉGRATION  
DES SERVICES AUPRÈS DES PARENTS  
TOXICOMANES ET DE LEURS  
ENFANTS : de multiples défis**  
Karine Bertrand, Ph.D., psychologue-  
chercheure et Jean-Marc Ménard,  
psychologue
- 16 mars 2007 à **Québec** et  
20 avril 2007 à **Longueuil**  
**LE PARADOXE DU HÉRISSEMENT :  
trouble de la personnalité limite  
« borderline » et toxicomanie**  
Maryse Paré, psychologue
- 23 mars 2007 à **Longueuil** et  
27 avril 2007 à **Québec**  
**L'ALCOOL ET LES DROGUES :  
du plaisir à l'agression**  
Magali Dufour, Ph.D., professeure

### Lieu de formation à Longueuil

Campus de Longueuil (UdeS)  
1111, rue Saint-Charles Ouest  
Tour Ouest, 5<sup>e</sup> étage



### Lieu de formation à Québec

L'Hôtel Québec  
3115, avenue des Hôtels  
Sainte-Foy (Québec)

\*\*\* INSCRIPTION \*\*\*

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou [www.aitq.com](http://www.aitq.com)

## CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

### Prévention et intervention DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. Enseignement à Sherbrooke, Longueuil, Québec, Jonquière et Rouyn-Noranda, fins de semaine intensives. Possibilité de cheminement avec ou sans stage.

### INFORMATION

Francine Roux  
1 800 267-8337 (sans frais)  
ou 819 564-5245  
[Francine.Roux@USherbrooke.ca](mailto:Francine.Roux@USherbrooke.ca)

## DIPLÔME DE 2<sup>e</sup> CYCLE DE TOXICOMANIE (DESS)

### DÉVELOPPER UNE EXPERTISE RECONNUE

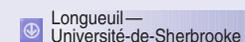
Programme de 30 crédits pour détenteurs de baccalauréat œuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe. Cours le soir et la fin de semaine. Cours disponibles sur Internet dont TXM703 à l'automne 2006. Pour parfaire ses habiletés d'intervention (santé mentale et toxicomanie), résoudre des dilemmes éthiques et utiliser les outils nécessaires à l'amélioration de sa pratique.

## MAÎTRISE EN TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES

(prévue pour l'automne 2008)

Le diplôme de 2<sup>e</sup> cycle de toxicomanie  
fera partie de la maîtrise, à suivre...

INFORMATION : Gaétane Quirion  
1 888 463-1835 (sans frais) ou  
450 463-1835, poste 1-1795  
[Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca](mailto:Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca)



[www.USherbrooke.ca/toxicomanie](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie)

N.B.

*Un grand merci et une bonne retraite  
à Pierrette Vanasse!*

*Bienvenue à Carmen Labrecque,  
nouvelle secrétaire de direction  
aux programmes...*



## Des décennies d'intervention

Tant en raison des nombreux méfaits qui y sont associés que des coûts qu'elles entraînent, les dépendances, dont la surconsommation d'alcool et de drogues, représentent l'un des principaux problèmes de santé publique de notre société. En 2004, désireux de définir la portée de leur intervention auprès des personnes aux prises avec ces problèmes, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) rendaient publique leur offre de services. Reflet des connaissances actuelles en matière de dépendances, le document de référence se base sur des décennies d'intervention et de savoir, en plus de mettre la table pour les réseaux de services intégrés actuellement en chantier. Il dresse par le fait même le portrait d'un réseau de services en constante évolution.

Étroitement liés à la compréhension de l'alcoolisme et de la toxicomanie ayant cours à chaque époque, les modèles d'intervention et les philosophies d'intervention auprès des personnes dépendantes ont de fait connu d'importantes transformations au fil des années. Fin 1800, début 1900, seule l'abstinence s'impose comme solution aux personnes alcooliques. De nombreuses organisations bénévoles, largement soutenues par le clergé, en rappellent d'ailleurs régulièrement les vertus. C'est l'époque des Cercles Lacordaires et des groupes de tempérance.

Il faut effectivement attendre 1955 pour voir apparaître la première véritable maison de désintoxication de la province. Fondée à Québec par Ubald Villeneuve, la Maison Domrémy, fait entrer l'intervention en alcoolisme et toxicomanie dans une nouvelle ère. Progressivement, des soins structurés et adaptés à la clientèle sont offerts. La dépendance à l'alcool étant considérée comme une maladie, les soins aux personnes alcooliques sont largement médicalisés et administrés par des médecins et des psychiatres. Le succès est tel que, rapidement, trois autres maisons ou cliniques du même genre sont implantées à Montréal (1957), Trois-Rivières (1958) et Sherbrooke (1960).

Dix ans plus tard, la mise en place d'un système de santé universel et la prise en compte des aspects sociaux de la santé changent toutefois un peu les choses. Un réseau entier d'établissements à vocation sociale est créé et les organismes déjà actifs en matière de traitement des personnes alcooliques y sont intégrés. Parents pauvres de l'intervention sociale, les services de réadaptation en toxicomanie mettent cependant plus de temps à se structurer que les autres catégories de ressources. Peu nombreux, laissés à eux-mêmes, sans cadre

précis de développement, les établissements, répartis inégalement sur le territoire, déploient des services différents sur la base des priorités identifiées et des ressources disponibles dans chaque région.

Au plan thérapeutique, une certaine constance se dégage tout de même. Peu à peu, la démedicalisation du traitement de l'alcoolisme est amorcée. Les résultats de diverses études révélant que le traitement ambulatoire est aussi efficace et moins coûteux que le traitement interne font basculer l'intervention jusqu'alors principalement interne vers un traitement à nette prédominance ambulatoire. À la même époque, grâce aux travaux de Dollard Cormier, fondateur du premier laboratoire de recherche sur l'abus d'alcool et de drogues au Québec, la conceptualisation de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'enrichit des composantes psychosociales.

Au tournant des années 1980, l'intervention prend un virage communautaire et déborde le strict cadre des établissements pour aller rejoindre les gens, là où ils sont, directement dans leurs milieux de vie. Les approches et techniques d'intervention évoluent. Puis, l'arrivée du sida et la prolifération des cas d'hépatite B et C forcent le changement définitif. Progressivement, l'idée qu'une réduction de la consommation et de ses dommages sur la vie est aussi valable que l'abstinence fait son chemin. De projets pilotes en études et recherches, l'approche de réduction des méfaits est scrutée à la loupe, avant de s'imposer très largement dans les années 1990. En parallèle, les nombreuses études démontrant l'efficacité d'une intervention très brève et permettant l'acquisition d'habitudes de consommation saines, comme le boire contrôlé, viennent s'ajouter à la panoplie des objectifs d'intervention. À son plein essor au milieu des années 1990 seulement, le réseau des centres de réadaptation tend vers une certaine uniformisation des pratiques.

## Des concepts communs

Depuis, un peu partout, l'évolution des connaissances a rendu possible la coexistence de différents modèles de services et philosophie d'intervention. Aussi, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes travaillent aujourd'hui autour d'objectifs multiples, définis de concert avec la personne dépendante elle-même et allant de l'abstinence à la réduction des méfaits, en passant par la consommation contrôlée.

Bien que différentes dans leurs formes, les interventions effectuées tirent leur origine d'une seule et même conception de la toxicomanie, selon laquelle la dépendance (à une ou plusieurs substances) qui s'installe après une période de consommation

assidue trouve sa source tant du côté biologique, que psychologique ou social de la personne. Peu importe les objectifs poursuivis, les CRPAT tiennent donc compte de chacun de ces aspects. Leur travail repose d'ailleurs sur une vision commune de la réadaptation. Telle que définie dans l'offre de services rendue publique en 2004, la réadaptation est un processus d'évolution personnelle qui permet au toxicomane qui le désire de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie et de se reconstruire un équilibre physique, psychologique et social. Ce processus n'est pas linéaire, comme tout apprentissage, il implique des retours, des reprises et des arrêts.

Ces concepts sont les fondements communs à toutes les interventions effectuées par les CRPAT. C'est là leur champ d'expertise propre, leur spécialisation. Présents dans chacune des régions du Québec, les CRPAT se définissent en fait aujourd'hui comme les chefs de file des services spécialisés offerts aux personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques. À ce titre, ils assument un rôle de pivot, permettant aux divers partenaires du milieu (milieu scolaire, centres jeunesse, milieu judiciaire) d'utiliser leurs services, soit pour y diriger des individus, pour co-intervenir, ou encore, pour y chercher conseil et formation. En un mot, les CRPAT ont depuis longtemps adopté la pratique de travail en réseaux de service intégrés.

## L'après réforme

La réforme entreprise par le ministre de la Santé et des Services sociaux Philippe Couillard a mené à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi qu'aux réseaux locaux de santé. Elle est toutefois venue confirmer le modèle d'intervention et le rôle de deuxième ligne des centres de réadaptation. À l'instar des autres établissements régionaux, les CRPAT travaillent donc à l'heure actuelle à la conclusion d'ententes qui viendront formaliser des partenariats qui, dans certains cas, existent depuis plusieurs années déjà.

Au quotidien, les mécanismes formels de prise en charge des personnes aux prises avec une dépendance qui sont envisagés supposent que les centres de réadaptation voient à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation de ces personnes vers les services appropriés à leurs besoins et réalités. Ils sous-tendent aussi une offre de services spécialisés en désintoxication, en réadaptation et en réinsertion sociale, de même qu'un service de soutien à l'entourage.

En filigrane, la réorganisation des services sociaux et de santé entreprise suppose également le développement de véritables services d'intervention de première ligne en dépendance. Or, reconnu depuis longtemps

# ET LA TOXICOMANIE

pour leur expertise dans ce domaine et forts des multiples liens tissés avec les intervenants de leur territoire, certains centres de réadaptation ont mené des actions de prévention et de dépistage, notamment auprès des clientèles scolaires. Une situation renforcée par l'insuffisance chronique de ressources en première ligne et l'incapacité, dans plusieurs régions, de maintenir un programme structuré de prévention.

Les changements en cours supposent donc un réalignement clair des services des CRPAT sur la deuxième ligne exclusivement. Ils remettent en perspective la manière dont les centres de réadaptation pourront contribuer au développement de services en dépendances à tous les niveaux. Ils posent entre autres les limites à l'intérieur desquelles les CRPAT pourront mettre leurs compétences et leur expertise à contribution pour l'optimisation de l'offre de services aux personnes qui en ont le plus besoin.

Lancée à l'automne 2004, l'offre de services a été bien reçue par le réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Peu à peu dans les différentes régions, les services minimaux prévus sont mis en place et les établissements se conforment aux grands principes de l'offre.

Cela dit si, en théorie, les champs d'intervention sont clairs et bien définis, sur le terrain certains efforts de consolidation demeurent à faire. Le lancement de l'offre de services du réseau entier, pensée par le ministère lui-même et devant être connue sous peu, permettra sans aucun doute de franchir une étape supplémentaire. Largement inspiré du contenu de l'offre de services produite par la Fédération québécoise des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie en ce qui a trait aux services spécialisés, le document en préparation par le ministère permet en effet de donner leur pleine dimension aux champs d'intervention de deuxième ligne attribués au CRPAT. Placés dans leur contexte, arrimés aux soins et services de première comme de troisième ligne, ces derniers apparaîtront assurément plus définitifs, s'imposant comme autant de parties concrètes des réseaux locaux de santé en déploiement.

Déjà, le caractère structurant de l'offre de services des CRPAT a posé certains jalons en ce sens. Les travaux menés en lien avec le financement permettent par exemple de fourbir les armes nécessaires à la mise en œuvre des réseaux. Le développement de standards de pratique découlant des discussions en lien avec le financement, que ce soit en ce qui a trait au temps d'intervention directe effectuée auprès des usagers, à la durée des traitements ou encore à la durée de l'intervention en hébergement mène de fait tout naturellement au développement

d'indicateurs de résultats et de performance. Tous ces outils permettront, à terme, de poser un jugement qualitatif sur l'intervention, tant en première, qu'en deuxième ou troisième ligne et d'apporter les correctifs qui s'imposent dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Tout porte aussi à croire que, combinés aux données émanant des systèmes d'information clientèle, les travaux amorcés favoriseront une plus grande cohésion à l'égard des meilleures pratiques ayant cours au Québec. Ils permettront également de mieux exploiter et développer les compétences et l'expertise en présence, que ce soit par le biais du transfert des connaissances, de la formation ou de la recherche. Une autre manière de dire que l'offre de services des

CRPAT et tous les travaux qui en découlent ont en quelque sorte mis la table pour le développement du plan national de formation. Par-dessus tout, en posant eux-mêmes les limites de leur propre intervention par le biais de leur offre de services, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes ont rendu possible l'intégration des forces en présence. À terme, les efforts accomplis devront donner forme à une véritable vision intégrée de l'intervention auprès des personnes les plus vulnérables de notre société et, par conséquent, à une amélioration de leur qualité de vie et de leur bien-être.

Yves Neveu, directeur général  
Fédération québécoise des CRPAT

## LE 110 PRINCE ARTHUR OUEST OU LA DÉSINTOXICATION AU CENTRE DOLLARD-CORMIER



*L'étape de désintoxication est un palier important de la chaîne des services en toxicomanie et traditionnellement elle précède la réadaptation. Cependant, l'adoption de l'approche de la réduction des méfaits et l'introduction de la notion de programmes à « bas seuil » ont transformé ce palier de service dans son essence même et dans la place qu'il occupe dans le continuum de soins. À titre d'exemple des services actuels en désintoxication, Écho-Toxico a rencontré Maurice Tremblay, coordonnateur du service de désintoxication, au point de service de la rue Prince Arthur, au cœur de Montréal...*

### Écho-Toxico :

Monsieur Tremblay, bonjour. Merci de nous accueillir dans vos locaux pour cette entrevue. Un point de service moins connu que celui de la rue Louvain, non ?

### Maurice Tremblay :

De fait, le Centre Dollard-Cormier est né de la fusion de trois établissements : Domrémy-Montréal, Préfontaine et l'Alternative. Les services de réadaptation sont situés rue Louvain ainsi que le siège social mais pour des services comme la désintoxication, nous sommes très bien situés ici, à deux pas de la rue St-Laurent.

### Écho-Toxico :

La bâtisse est grande. Il y a d'autres services à ce que j'ai pu voir... Le CRAN en passant... et le projet NAOMIE.

### Maurice Tremblay :

Oui. Nous avons deux services importants au site Prince Arthur, je suis responsable du service de désintoxication (volet sevrage et volet récupération)... il y a aussi le service d'Urgence-toxicomanie.

### Écho-Toxico :

Urgence-toxicomanie ? Cela consiste en quoi ?

### Maurice Tremblay :

Le nom est trompeur car c'est une urgence psycho-sociale et non médicale. Le client aux prises avec des symptômes sévères de sevrage est toujours orienté vers un CH. Nous n'avons ni le personnel ni l'équipement requis pour des urgences médicales. En fait, l'Urgence-toxicomanie est l'une des portes d'entrée du Centre Dollard-Cormier. La personne qui veut une évaluation et des services de réadaptation peut aller directement au point de service de Louvain.

### Écho-Toxico :

Si vous nous parliez des principes et de la philosophie à la base du service de désintoxication ?

### Maurice Tremblay :

Le projet rassembleur, le ciment, c'est la réduction des méfaits. Appliquée à la désintoxication, cela permet d'offrir une programmation à bas seuil d'exigences et à haut seuil de tolérance. L'abstinence n'est pas exigée. Elle demeure en toile de fond mais il faut que le client la souhaite et se mette en démarche. Notre rôle est de lui faire confiance et d'être au rendez-vous quand il sera prêt.

Suite à la page 4



### Écho-Toxico :

Un programme à bas seuil... le quartier de Montréal où se situent vos services... cela doit avoir un impact sur le type de clients qui viennent ici...

### Maurice Tremblay :

Bien sûr. On ne reçoit pas de clients avec une ordonnance du tribunal. Les clients sont volontaires mais souvent ils ne veulent pas plus qu'une désintoxication. De plus, c'est une clientèle souvent très démunie, avec des cheminements de vie très particuliers, prostitution, violence... et leurs choix semblent parfois réduits.

### Écho-Toxico :

Que leur proposez-vous exactement ?

### Maurice Tremblay :

La chaîne des services du Centre Dollard-Cormier est là et on leur en parle mais surtout on s'adapte à leurs besoins et demandes. C'est une façon de les accrocher positivement. Plusieurs ne demandent qu'un sevrage, pas de réadaptation. Ils veulent un arrêt d'agir, se reposer pour réduire certains méfaits mais parfois ils veulent continuer à consommer tout en diminuant.

### Écho-Toxico :

Alors, un client peut revenir pour des sevrages à répétition ?

### Maurice Tremblay :

Non, car on exige un délai de 3 mois entre les sevrages. On leur explique que des sevrages à répétition c'est très dur pour l'organisme. On en profite pour leur expliquer aussi qu'un sevrage ce n'est pas un « prendre un break »... mais vous savez, chaque cas est unique et on en revient toujours au client, là où il est... à nous d'influencer les clients.

### Écho-Toxico :

Quels types de sevrages sont les plus fréquents ici ?

### Maurice Tremblay :

L'alcool, cela prend 5 à 7 jours, selon la chronicité. Et puis, il y a l'alcool et les benzodiazépines, cela prend 7 à 10 jours, c'est plus complexe et aussi plus fréquents. Pour l'héroïne et la cocaïne, les personnes n'ont pas besoin d'être autant encadrées, certains pourraient le faire chez eux. Le personnel qui travaille ici est de formation infirmière, éducateur et il y a aussi une équipe médicale.

### Écho-Toxico :

Vous avez parlé au début de 2 volets au service de désintoxication. Quels sont-ils ?

### Maurice Tremblay :

Il y a le « volet sevrage » pour permettre au client de traverser la période de

sevrage dans un contexte sécuritaire et rassurant. Il y a 10 places. La durée moyenne de séjour se situe entre 7 et 10 jours. Le client n'a pas à s'engager dans une démarche, sauf respecter un code de vie de groupe. L'autre volet du service est la « Récupération ».

### Écho-Toxico :

Malgré le nom, cela n'est pas plus facile pour le client.

### Maurice Tremblay :

Effectivement. Le client au « volet récupération » veut arrêter de consommer. Il peut venir en récupération après être passé au service de désintoxication ou non. Il y a 18 places en récupération, la durée est de 10 jours. Le client doit se conformer à un certain nombre de règles, activités, exigences. Il a des activités de groupe obligatoires et de l'accompagnement individualisé. Le plan d'intervention vise des objectifs possibles à atteindre en 10 jours et le client doit se mobiliser afin de mettre en place des moyens qu'il aura identifiés à sa sortie. À la fin des 10 jours, il peut décider de poursuivre en réadaptation. Quand c'est le cas, on active la référence.

### Écho-Toxico :

Autant de clients, autant de motivations différentes et... autant d'intensité de programmes requis ?

### Maurice Tremblay :

Effectivement. D'ailleurs puisqu'on parle de motivation et que vous vouliez que l'on termine sur des perspectives pour les prochaines années, je dirai que tout le personnel devrait être formé à l'entrevue motivationnelle. C'est très important, surtout dans le contexte de la réduction des méfaits... on prend le client là où il est mais à nous d'être rassurants et stimulants... d'élever graduellement la barre, d'un point de vue clinique. J'ai aussi une autre perspective qui me tient à cœur, en lien probablement avec ma formation première en soins infirmiers... c'est la santé physique de la clientèle. Nos clients n'ont pas de médecin de famille, ils ne sont pas habitués ni à l'aise de fréquenter les services de santé, à part l'urgence quand ils ne peuvent pas l'éviter... Donc, un programme comme le nôtre devrait pouvoir faire des prélèvements et vaccinations. On doit se préoccuper pour notre clientèle des ITTS, des hépatites... et pouvoir agir...

### Écho-Toxico :

C'est une belle façon de conclure... voir le client toxicomane dans sa santé globale... Merci monsieur Tremblay.



## LES LIEN RÉADAPTAT ou le chan

**A**u cours de la dernière année, près de 3000 adultes auront eu recours aux services du centre de réadaptation Le Tremplin<sup>1</sup>. Cela représente environ 75 % de la clientèle du centre. De plus, 60 % de cette clientèle est de sexe masculin. Une large proportion de ces individus consultent pour des problèmes liés à l'abus personnel de substances psychoactives (83 %) ; 8 % consultent pour les problèmes d'abus de substances ou de jeu pathologique vécus par un membre de leur entourage immédiat. Environ 9 % des usagers viennent vers le centre de réadaptation Le Tremplin pour des problèmes importants liés aux jeux de hasard et d'argent. Ces données sont similaires au profil des clientèles des CRPAT que l'on décrit dans l'offre de services de la FQCRPAT<sup>2</sup>.

Le centre de réadaptation Le Tremplin est confronté, depuis quelques années, à un « alourdissement » de la clientèle adulte. On y retrouve de plus en plus de personnes ayant une problématique de santé mentale associée à celle de la dépendance. Il s'agit principalement de troubles transitoires et modérés mais aussi dans certains cas de problèmes graves. Cette situation vient compliquer le traitement car nous sommes constamment confrontés à nous demander quelle problématique induit l'autre : la consommation de substances, le jeu ou la santé mentale ? De plus, cela demande de travailler davantage en réseau, ce qui nous amène à buter parfois sur les limites de ce réseau : manque d'effectifs, incompréhension de la problématique de toxicomanie accompagnée du fameux précepte : il faut qu'il arrête de consommer et après, on va le traiter !

Bien que les hommes soient majoritaires (un peu plus de 65 %) dans nos services adultes, il faut signaler que de plus en plus de femmes utilisent nos services. De plus, nous sommes actuellement confrontés à une recrudescence chez la clientèle des 20-25 ans. Nous les appelons nos « adolescents », car la majorité ont un comportement et des habitudes de vie d'adolescents ! Ils consultent le plus souvent pour des problèmes d'abus et de dépendance au cannabis. Principalement en raison de l'accroissement de notre clientèle au cours de

1. Le centre de réadaptation Le Tremplin est un centre de désintoxication et de réadaptation au niveau de l'alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique. Il relève du Centre de Santé et Services Sociaux du Nord de Lanaudière. Le Tremplin est un organisme à vocation régionale, c'est-à-dire qu'il dessert l'ensemble du territoire de la région de Lanaudière. De plus, il est membre de la Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques et autres Toxicomanes.
2. Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques et autres Toxicomanes.



# TS ADULTES D'UN CENTRE DE ION PUBLIC EXTERNE EN 2006 gement au Centre Le Tremplin



la dernière année, nous avons dû nous ajuster. Ainsi, nous avons établi une grille qui nous aide à donner priorité, classifier et orienter les personnes. À cela s'est ajouté une profonde modification dans la façon de desservir et de répondre aux besoins de la clientèle, notre objectif étant une accessibilité rapide de nos services et par le fait même, la réduction de la liste et des délais d'attente.

## Modification des services au Centre Le Tremplin

Depuis les cinq (5) dernières années, le centre de réadaptation Le Tremplin a enregistré une recrudescence de la clientèle en besoin de traitement au niveau de l'alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique. Traditionnellement, l'intervention était centrée sur des rencontres individuelles. En premier lieu, les clients étaient vus par le service de désintoxication pour une séance d'information et d'évaluation nursing. Par la suite, ceux qui n'avaient besoin ni de médecin ni de suivi nursing étaient placés en liste d'attente. Certains se voyaient offrir un groupe de support au sevrage. Les autres devaient attendre l'appel d'un ARH<sup>3</sup> pour un suivi psychosocial, individuel dans la majorité des cas. Nous avons donc des listes d'attente de vingt à quarante personnes selon les points de services et les délais d'attentes pouvaient atteindre facilement deux à quatre mois! Cette situation devenait de plus en plus problématique, et ce, autant pour la clientèle que les intervenant(es) et l'organisation. Aussi, au cours de la dernière année, nous avons décidé de passer à l'action et de trouver une solution face à ce problème. L'un des premiers changements proposés a été de réviser l'organisation de notre service d'accueil, évaluation et orientation (AEO) deuxième ligne, notre souci étant de voir rapidement la clientèle pour l'évaluer et l'orienter vers le service approprié aux besoins identifiés. C'est à ce moment-là que la grille de priorisation, évoquée précédemment, fut implantée. Elle permet une orientation plus rapide et plus adéquate de la personne vers le service adapté à ses besoins tels qu'identifiés lors de la première étape. Le service proposé au centre de réadaptation externe Le Tremplin est basé sur une approche de groupe. Par contre, sans exclure le travail en individuel, nous misons majoritairement sur l'intervention de groupe. Ce qui nous permet de voir beaucoup plus de clients à la fois!

Notre politique d'intervention s'appuie sur le principe de la réduction des méfaits. Nous visons l'accessibilité et la présence dans le milieu de vie de la clientèle ainsi que le travail en fonction des besoins des individus. À l'objectif d'accessibilité, nous ajoutons ceux de la continuité et la qualité des services.

3. ARH = Agent de Relations Humaines.

Miser sur l'objectif – *Accessibilité des services*, permet de réduire le taux d'abandon sur la liste d'attente, ce qui augmente la motivation, le temps d'exposition au traitement et réduit le potentiel de risque par le fait même. Compter sur une meilleure *qualité de services* nous oblige au travail en équipe multi et au développement des compétences en fonction des besoins de la clientèle. Parier sur la *continuité des services* c'est-à-dire sur le réseau intégré, le partenariat, la concertation, nous amène à travailler selon le principe d'une approche parallèle ou intégrée. Par contre, en toute lucidité nous savons que ces changements auront des impacts aussi chez les intervenant(es). La « prise en charge » plus rapide fait en sorte qu'il y a moins d'abandon sur la liste d'attente mais aussi des cas de gestion de crise beaucoup plus présents!

Que dire en conclusion? Nous sommes conscients que pour la réussite de ce changement, il faut, qu'au cours des prochaines années, le centre de réadaptation Le Tremplin mise sur la *formation continue du personnel* pour s'adapter à sa nouvelle réalité. Et cela, principalement, au niveau des troubles concomitants : toxicomanie et santé mentale. De plus, le Centre devra accentuer la *complémentarité des services de désintoxication et de réadaptation* dans une vision favorisant un échange continu entre les deux services.

Dans un tel contexte, il est bon de mentionner que nos principaux défis ou enjeux sont liés à la mouvance du personnel ainsi qu'au maintien et à la consolidation des liens avec les différents partenaires du réseau public, communautaire et privé. De fait, depuis quelques années, nous sommes confrontés à une certaine instabilité du personnel. Quelles que soient les raisons de cette situation, des départs à la retraite, des congés de maternité, des congés sans soldes ou la pénurie de personnel, le Centre est conscient qu'il s'agit de difficultés à prendre en considération si on veut réussir le changement. Enfin, nous croyons aussi que travailler en réseau intégré est une clé importante de réussite mais que cela exige plus d'investissement et d'implication (table de concertation, discussions de cas plus fréquentes, etc.) pour l'ensemble du personnel. Finalement, si l'on veut que ces changements persistent, il faut s'assurer que **L'ÉLAN SERA PLUS GRAND ET PLUS FORT QUE LA PEUR DU CHANGEMENT!**

Pierre Racine, Adjoint clinico-administratif  
Centre de réadaptation Le Tremplin

## Références

Tremblay, Joël (et coll.) (2004). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p.

## DES PRATIQUES GAGNANTES POUR LES JEUNES ET LEUR FAMILLE à Domrémy-Mauricie/ Centre-du-Québec

Tant au Québec qu'ailleurs en Amérique du Nord, on observe depuis le début des années 90 une hausse générale de la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes (CCSA, 1996; Guyon et coll. 2002; Johnstone et coll. 2003; Pica, 2005). L'institut de la Statistique du Québec suit l'évolution de la situation chez les jeunes des écoles secondaires depuis plusieurs années et bien que la situation se soit stabilisée depuis le début des années 2000 (Bordeleau et coll., 2003; Pica, 2005), l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes demeure un phénomène inquiétant. Selon la dernière enquête de l'Institut de la statistique du Québec, menée à l'automne en 2004 (résultats publiés en 2005), 10,2 % des jeunes québécois fréquentant les écoles secondaires présenteraient des problèmes de consommation en émergence alors que 5,3 % seraient aux prises avec une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée en toxicomanie (Pica, 2005). Le traitement de ces jeunes, souvent réfractaires au changement, représente un défi complexe étant donné les particularités de l'adolescence, cette étape charnière du développement d'un individu. Un peu plus de 10 ans après l'implantation de son programme jeunesse, le centre public de réadaptation Domrémy Mauricie-Centre du Québec a entrepris une démarche d'évaluation et d'amélioration de son programme (Bertrand et coll., 2004). Plusieurs pistes d'amélioration en sont ressorties. C'est le résumé de cette démarche ainsi qu'une courte synthèse de l'évaluation de l'implantation du nouveau programme Jeunesse/Famille qui sont proposés dans ce texte.

## Une démarche d'amélioration continue des services qui s'appuie sur des données probantes

En vue d'actualiser les pistes d'amélioration ciblées par sa démarche d'évaluation, Domrémy MCQ s'est appuyé sur la littérature scientifique afin de choisir un protocole d'intervention intégrant les approches motivationnelles, cognitives-comportementales et familiales. Les études qui permettent de montrer l'efficacité de protocoles d'intervention précis auprès des adolescents sont peu nombreuses. Le « *Cannabis Youth Treatment Protocols (CYT) study* » est la plus grande étude contrôlée et randomisée sur les traitements en toxicomanie chez les adolescents (Clark & coll., 2002). Elle a été réalisée auprès de 600 adolescents de 12 à 18 ans qui abusent de cannabis et elle a démontré une efficacité équivalente pour tous les protocoles évalués (Dennis & coll., 2002). De plus, mis à part le CYT, différentes études

Suite à la page 6



ont montré l'efficacité des thérapies familiales, comme la thérapie familiale structurale et stratégique brève (Szapocznik et coll., 1983; 1986) ainsi que la thérapie multisystémique (Farrington & Welsh, 1999) et les experts s'entendent tous pour recommander l'implication de la famille dans le traitement de l'adolescent (Santé Canada, 2001). Cette implication favorise la rétention en traitement (Broome & coll., 2001).

Domrémy MCQ a donc choisi un protocole d'intervention jugé efficace par l'étude du CYT: celui-ci s'inscrit en continuité avec le précédent programme jeunesse tout en permettant d'actualiser plusieurs cibles d'amélioration identifiées lors de la démarche d'évaluation de notre programme.

Ainsi, la nouvelle programmation permet d'intégrer un volet familial, une vision davantage systémique de l'intervention et des modalités plus systématiques de rétroactions sur les difficultés du jeune et sur son changement en cours de traitement.

Ce choix est également cohérent avec le fait que le profil des jeunes en traitement à Domrémy est similaire de celui des jeunes de l'étude du CYT. En effet, le cannabis constitue une substance problématique chez la grande majorité des jeunes de Domrémy MCQ (91 %) qui sont caractérisés par une polytoxicomanie (31 %) et une forte prévalence de problèmes de santé mentale (i.e. symptômes de dépression chez 74 % des filles et 45 % des garçons) et de délinquance (i.e. inculpation pour un délit chez 54 % des garçons et 45 % des filles) (Bertrand et coll., 2004).

Notre clientèle jeune actuelle présente des caractéristiques qu'il convient de nommer ici. Outre une augmentation significative et préoccupante de la consommation problématique d'amphétamines, les 147 garçons et les 67 filles en traitement en 2004/2005 vivent des difficultés très similaires aux cohortes précédentes. Les filles sont aux prises avec des difficultés familiales, psychologiques et des problèmes de santé physique et d'alcool plus graves lors de leur admission en traitement que les garçons. Ces derniers ont des problèmes légaux plus graves que les filles. Par ailleurs, les filles sont plus jeunes que les garçons: 41 % d'entre elles ont moins de 15 ans alors que c'est le cas de 27 % des garçons. Les jeunes de moins de 15 ans présentent des difficultés aussi graves que les plus vieux sur toute les sphères évaluées par l'IGT-ADO, sauf l'alcool.

L'adaptation du protocole d'intervention du CYT aux réalités québécoises et régionales de Domrémy MCQ ainsi que les formations et supervisions en intervention familiale se sont déroulées tout au cours de l'année 2004-2005.

### Résultats de l'évaluation de l'implantation nouveau programme Jeunesse-Famille

La comparaison de l'utilisation des services avant et après l'implantation du nouveau programme a permis de constater en 2004-2005

une hausse significative de l'implication des parents dans le traitement des adolescents.

Ainsi, on constate que:

- les inscriptions dans les services des adolescents et des parents ont grimpé respectivement de 14 % et de 104 %;
- la proportion des adolescents suivis par Domrémy dont les parents sont également en traitement est passée de 14 % à 30 %;
- la proportion des parents inscrits dans les services de Domrémy dont les adolescents sont également en traitement est passée de 37 % à 71 %;
- la proportion des jeunes bénéficiant d'entrevues familiales est passée de 9 % à 20 %.

Par ailleurs, le nombre d'heures de services moyen est demeuré stable, soit environ 8 heures pour les filles, 5 à 6 heures pour les garçons et 7 heures pour les parents.

Un sondage a été réalisé auprès de 13 intervenants jeunesse de Domrémy et l'analyse des questionnaires révèle un fort niveau d'adhésion au nouveau programme.

Par ailleurs, on constate une grande variabilité dans le niveau d'actualisation des principes dans les interventions réalisées. Les cliniciens rapportent que les approches biopsychosociale, motivationnelle et de réduction des méfaits sont celles qui sont les plus utilisées. Plusieurs outils du nouveau programme sont souvent utilisés comme l'évaluation familiale, l'échelle d'atteinte des buts ou l'échelle de Rollnick permettant une rétroaction systématique sur le cheminement en traitement, des devoirs thérapeutiques, des stratégies pour recruter les familles. Cependant, les composantes de suivi familial du protocole d'intervention sont actualisées moins fréquemment.

Les intervenants, lors d'une rencontre de *focus group*, ont identifié plusieurs retombées positives du nouveau programme sur la clientèle: les bilans systématiques augmentent l'impression de réussite chez le jeune; la famille bénéficie de contenus pertinents en terme d'information et de soutien et elle tend à s'impliquer davantage dans la démarche du jeune. Les outils de développement de compétences pour les jeunes sont pertinents et peuvent être choisis en fonction des besoins du jeune. Cependant, les intervenants expliquent aussi que le suivi familial est plus difficile à implanter car ils auraient besoin de plus de ressources en termes de soutien clinique et de temps. Ils notent tout de même que le fait de faire davantage d'évaluations familiales et les acquis découlant de leur formation à l'approche systémique influencent positivement l'ensemble de leurs interventions.

En somme, le bilan de l'implantation du nouveau programme Jeunesse-Famille confirme la pertinence d'aller de l'avant dans cette démarche d'amélioration continue des services, tout en soulignant de multiples défis. Notamment, la consolidation des acquis et le développement des compétences en matière d'intervention familiale requièrent des efforts continus. De plus, pour mieux orienter ces

efforts, une meilleure connaissance des résultats du traitement et des facteurs expliquant le processus de changement des jeunes est nécessaire. Une étude poursuivant ces objectifs est présentement en cours à Domrémy MCQ.

**Karine Bertrand, Ph.D.**,  
psychologue chercheuse, Domrémy MCQ

**Jean-Marc Ménard, M.A.**,  
coordonnateur des services professionnels,  
Domrémy MCQ

### RÉFÉRENCES

- Bertrand, K., Ménard, J.-M. & Plourde, C. (2004). *Évaluation du programme jeunesse Domrémy MCQ. Synthèse de l'évaluation, recension des écrits et recommandations pour sa révision*. Trois-Rivières: Domrémy MCQ. <http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Rapport6.pdf>
- Bordeleau, M.; Perron, B. (2003). Consommation d'alcool et de drogue. In Institut de la statistique du Québec. *Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. (pp. 135-173). Québec: Gouvernement du Québec.
- Broome, K.M.; Joe, G.W. et Simpson, D.D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(5), 608-623.
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA/CCLAT) (1996) Evolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996. In *Aperçu de l'état de santé de la population de l'Outaouais*. Ottawa: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Clark, H.W.; Horton, A.M. Jr.; Dennis, M.; Babor, T.F. (2002). Moving from Research to Practice Just in Time: the Treatment of Cannabis Use Disorders Comes of Age. *Addiction (No Special Vol.97, Supplement 1)*, 1-3.
- Dennis, M.; Titus, J.C.; Diamond, G.; Donaldson, J.; Godley, S.H.; Tims, F.M.; Webb, C.; Kaminer, Y.; Babor, T.; Roebuck, M.C.; Godley, M.D.; Hamilton, N.; Liddle, H.; Scott, C.K. & The C.Y.T. Steering Committee. (2002). The cannabis youth treatment (CYT) experiment: rational, study design and analysis plans. *Addiction*, 97 (Supplement 1), 16-34.
- Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 13, 265-281.
- Guyon, L.; Desjardins, L. (2002). L'alcool, les drogues et les jeux de hasard chez les élèves du secondaire. In *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Johnstone, L.D.; O'Malley, R.M.; Bachman, J.G. (2003). Monitoring the future. In *National results on adolescent drug use. Overview of key findings 2002*. Maryland: National Institute on drug abuse (NIDA).
- Pica, L. (2005). Consommation d'alcool et de drogues. In Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (pp. 95-130). Québec: Gouvernement du Québec.
- Santé Canada (2001). *Meilleures Pratiques: Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa: Santé Canada.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; and Hervis, O.E. (1983). Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; and Hervis, O.E. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.



# LE PROGRAMME JESSIE: ENSEMBLE POUR LES TOUT PETITS



## L'historique

Les plus grandes histoires de partenariat émanent le plus souvent de la volonté de quelques individus. Les origines du Programme JESSIE sont en tous points conformes à cela. C'est en fait un travailleur social du Centre jeunesse de Montréal qui, ému par le cas de la petite Jessie dont la mère toxicomane avait entrepris une démarche, a imaginé réunir des collaborateurs du milieu de la toxicomanie et de la réadaptation pour développer un plan d'intervention concerté. L'idée fait rapidement boule de neige. Quelques mois plus tard, un comité aviseur est créé, réunissant divers représentants du Centre jeunesse et du Centre Dollard-Cormier (alors connu sous le nom de Centre Alternative).

En 1994, un an après le début des premières démarches, l'entente se formalise. Le modèle est toutefois disponible uniquement à la population du Sud-Ouest de l'île de Montréal. Il faudra deux ans pour que le Programme s'étende à l'ensemble du territoire montréalais et 24 autres mois pour que le Centre jeunesse de Montréal l'intègre officiellement à son offre de services pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. En 2003, soucieux d'affiner le fonctionnement du Programme sur le terrain, les partenaires instituent un comité de suivi réunissant l'ensemble des intervenants appelés à y travailler. Le Programme prend alors un nouvel élan pour atteindre sa vitesse de croisière. Le nombre de cas traités augmente et le partenariat se raffine.

## Les objectifs

Résumé en quelques mots, le Programme Jessie vise à modifier le mode de vie des parents toxicomanes et les amener à donner à leurs enfants les soins appropriés pour assurer leur sécurité et leur développement. Il permet de resserrer le filet de protection. À ce titre, il poursuit sept objectifs plus spécifiques :

- Évaluer la nature et les conséquences des problèmes de la famille en vue de l'orienter vers les services appropriés.
- Faire cesser la situation de compromission de la sécurité et/ou du développement de l'enfant.
- Maintenir ou ramener l'enfant dans son milieu familial, lorsque cela s'avère possible.
- Réduire pour l'enfant les conséquences de la négligence pour son développement.
- Mobiliser le parent vers un processus de changement quant à son problème de consommation.
- Réduire les méfaits de la consommation.
- S'assurer de la consolidation des acquis afin d'éviter la récurrence.

Le bien-être des enfants est au cœur de toutes les interventions effectuées. À bien des titres,

il supplante d'ailleurs l'ensemble des objectifs poursuivis.

## Le fonctionnement du programme

Le programme JESSIE repose selon un modèle rigoureux de fonctionnement où les rôles de chacun des partenaires sont clairement délimités.

Tout débute par un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Selon la gravité de la situation rapportée (Code 1, 2 ou 3), la DPJ intervient auprès de la famille. Une fois la sécurité de l'enfant assurée, la phase d'évaluation, permettant de vérifier si l'enfant et ses parents sont admissibles au Programme, est amorcée. C'est également la DPJ qui s'en charge. Au total, onze jours y seront consacrés. Sont éligibles au Programme, les enfants âgés de 0 à 5 ans, victimes de négligence. Les parents peuvent être de tous les âges, mais doivent être aux prises avec des problèmes de consommation, habiter sur les territoires desservis par le Centre jeunesse de Montréal et être volontaires pour participer au programme Jessie. Finalement, l'intervention devra permettre le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu à l'intérieur d'un an. Lorsque tous les critères de sélection sont rencontrés, la DPJ dirige le ou les parents vers le Centre Dollard-Cormier. Les intervenants du Centre Dollard-Cormier rencontrent alors le parent et enclenchent le processus d'évaluation du problème de consommation au moyen de l'indice de gravité de la toxicomanie (IGT).

Les étapes subséquentes sont franchies en l'espace de 45 jours environ. Ainsi, le Centre Dollard-Cormier rencontre les parents pour déterminer les objectifs poursuivis en matière de toxicomanie alors que les intervenants du Centre jeunesse effectuent des rencontres d'évaluation avec eux en ce qui a trait au besoin de réadaptation.

Des rencontres conjointes, appelées « rencontre réseau », ponctuent le travail des intervenants. La première rencontre permet la prise de contact entre les divers professionnels affectés aux dossiers et la famille, et la seconde est orientée vers la mise en place d'un plan d'intervention intégré. Des rencontres d'actualisation sont ensuite organisées tous les deux mois. Les expertises de chacun sont mises à contribution aux diverses étapes du processus. Le Centre jeunesse concentre son action sur la protection et le développement de l'enfant de même que sur la mise à niveau des aptitudes parentales; tandis que le Centre Dollard-Cormier agit sur le problème de toxicomanie en travaillant la motivation au changement, la trajectoire de consommation et la réintégration sociale.

Bien qu'ils fassent tous les deux parties du réseau public de santé et de services sociaux et qu'ils couvrent le même territoire, le Centre

jeunesse de Montréal et le Centre Dollard-Cormier sont loin de fonctionner selon le même modèle et la même philosophie d'intervention. En fait, les cadres à l'intérieur desquels ils offrent leurs services divergent. Le Centre jeunesse s'évertue à appliquer la loi sur la protection de la jeunesse et travaille par conséquent dans un cadre légal d'obligation et de protection alors que le Centre Dollard-Cormier n'intervient que dans un contexte de demande volontaire de services. Il agit dans une optique de réadaptation, d'accompagnement et de soutien et accorde une grande importance au rythme et à la motivation du toxicomane ainsi qu'à son évolution.

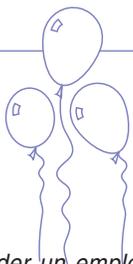
Toutes ces prémisses teintent l'ensemble des approches et actions mises de l'avant dans les établissements. Aussi, quand il y a une cohabitation « forcée » comme dans le cadre du Programme Jessie, ces différences, voire divergences, ont occasionné un important choc de cultures. Le fait que, suivant la philosophie de réduction des méfaits adoptée par le Centre Dollard-Cormier, l'abstinence ne soit plus une fin en soi a notamment suscité d'importants débats. La difficulté de concilier le devoir de protection des enfants avec le processus thérapeutique du parent toxicomane a été maintes fois montrée du doigt. Certains préjugés couramment véhiculés à l'égard des toxicomanes sont alors apparus et ont dû être démystifiés. Une grande vigilance a par ailleurs été requise pour éviter de faire en sorte que les intervenants des deux établissements deviennent les représentants de leurs clients respectifs et se cantonnent dans ce rôle en opposant par exemple, le bien-être de l'un (l'enfant) à celui de l'autre (le parent).

Avec le temps, la cohabitation des pratiques ainsi que diverses activités de formation, portant notamment sur les fondements de l'approche de réduction des méfaits, ont permis à tous de mieux comprendre et d'apprendre à travailler ensemble dans le respect mutuel. Résultat, par-delà les chapelles idéologiques, le désir d'assurer le bien-être des enfants mis en cause a rallié les troupes et fait taire les résistances.

Le Programme Jessie est aujourd'hui connu dans tout le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par divers partenaires d'autres secteurs. Il a certainement permis d'améliorer considérablement la qualité des services offerts aux parents consommateurs et à leurs enfants de 0 à 5 ans. À ce titre, il figure parmi les programmes à faire connaître encore et à mettre de l'avant quand on parle d'amélioration des services aux enfants et à leurs parents.

Rachel Charbonneau,  
Coordonnatrice du programme spécialisé adulte  
pour l'équipe Jessie Centre Dollard-Cormier





# LE CENTRE DE FORMATION À VINGT A

*Le fait de posséder un emploi et d'y être bien adapté a été présenté comme un élément essentiel au succès du processus de réhabilitation des individus aux prises avec un problème de drogue ou d'alcool*

Guérin, Painchaud (1997, p.12).

C'est pour répondre adéquatement aux différents besoins de la population toxicomane que Portage a ouvert, en mai 1986, dans la ville de Québec, un programme de réinsertion socioprofessionnelle afin d'aider les personnes qui ont eu des problèmes de drogue, d'alcool ou d'autres dépendances, à reprendre une place active au sein de la société. Financée par Emploi-Québec, la démarche proposée s'appuie sur une approche d'intervention visant le développement de compétences personnelles et professionnelles. Les activités offertes permettent à l'individu d'être outillé afin d'effectuer des choix responsables.

## ÉVÉNEMENTS

- ▶ **Le colloque de l'AITQ** sur le thème : **TOXICOMANIE : DE MULTIPLES DÉFIS**  
Du **29 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2006**  
à l'hôtel Delta de Trois-Rivières  
*Renseignements et inscription :*  
AITQ  
Tél. : 450 646-3271  
Télééc. : 450 646-3275  
Courriel : [info@aitq.com](mailto:info@aitq.com)
- ▶ **Colloque régional** sur le traitement des dépendances : **UNE INTERVENTION CONTINUE ET INTÉGRÉE** présenté dans le cadre de la tournée des partenaires du RISQ en collaboration avec Le Virage.  
Le **28 septembre 2006** à l'hôtel Sandman de Longueuil de 8 h 30 à 16 h 30  
*Renseignements :*  
Hélène Dolbec  
Tél. : 450 443-6373, poste 341  
ou 1 800 363-9434  
Télééc. : 450 443-4196  
Courriel : [helene\\_dolbec@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:helene_dolbec@rrsss16.gouv.qc.ca)  
Site Web : [www.USherbrooke.ca/toxicomanie](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie)
- ▶ **Journées** sur « Le traitement de la dépendance aux opioïdes dans tous ses états »  
Le **30 novembre et le 1<sup>er</sup> décembre 2006**  
Le Service d'appui pour la méthadone du Cran en collaboration avec les comités organisateur et scientifique  
Centre Mont-Royal (niveau 111), Montréal  
2200, rue Mansfield, Montréal, Qc  
H3A 3R8  
Tél. : 514 844-2000 ou 1 866 844-2000

Nos services s'avèrent donc un maillon essentiel dans le cheminement de l'individu et ce, parce que nous sommes un des seuls organismes spécialisés dans la réinsertion socioprofessionnelle des toxicomanes. Par ailleurs, il importe de mentionner que la collaboration développée au fil des ans avec les différentes ressources en toxicomanie de la région de la Capitale Nationale a permis l'émergence d'un réseau permettant d'assurer la continuité des services à la clientèle.

### Notre philosophie d'intervention

Ces dernières années, le Centre de formation à l'emploi n'a pas hésité à remettre en question ses pratiques, l'objectif étant d'améliorer la qualité des services offerts afin de faciliter la réinsertion socioprofessionnelle de la clientèle. Il est bien connu que les compétences requises pour faire face aux nombreux enjeux de la vie professionnelle actuelle sont de plus en plus nombreuses. Or, lorsqu'une personne a vécu des problèmes importants reliés à sa consommation abusive de substances psychoactives, elle est à même de vivre des pertes d'autonomie sur divers plans, notamment sur les plans psychorelationnel, socioprofessionnel et sociocommunautaire et sur celui de la consommation. Par conséquent, la réinsertion de ces personnes comporte de nombreux enjeux et exige des services d'accompagnement adaptés aux besoins spécifiques de cette population<sup>1</sup>. Nos services ont été conçus et adaptés de façon à favoriser la mise en place du recouvrement de l'autonomie dans les différentes sphères de vie de ces individus.

Selon les auteurs cités, le premier objectif d'une démarche de réinsertion sociale consiste à consolider les gains réalisés pendant la phase de désintoxication et de réadaptation. Donc, depuis plusieurs années, des ateliers de prévention de la rechute sont offerts aux participants afin de les aider à faire face aux éléments déclencheurs de la rechute. Ceux-ci doivent développer un nouveau style de vie et apprendre à gérer le quotidien avec toutes les difficultés qui y sont rattachées. Notons que chez Portage, la rechute est considérée comme un incident de parcours nécessitant une intervention s'inscrivant dans une approche éducative.

*L'autonomie psychorelationnelle*, selon Boivin (2001), « est à la base de toutes les formes d'autonomie dans la mesure où la présence de ressources personnelles facilitant le rapport à autrui et au milieu est un atout contribuant à l'acquisition ou au renforce-

ment de l'autonomie sur les autres plans ».  
(p. 11).

De nombreuses personnes expriment le besoin d'apprendre à mieux se connaître. Aussi, plus de la moitié des individus ayant recours à nos services mentionnent avoir développé un manque d'estime et de confiance important à la suite d'abus (physiques, sexuels, psychologiques). De telles difficultés ont un impact certain sur les rapports qu'entretiennent ces personnes avec l'environnement. L'intégration dans la société et conséquemment le maintien en emploi de ces individus peuvent s'avérer très difficiles car ils auront du mal à faire face aux nombreux défis du marché du travail. Pour pallier à ce genre de difficultés, nous offrons à notre clientèle des ateliers de développement des habiletés tant sociales que personnelles spécialement adaptés à leurs besoins.

*L'autonomie sociocommunautaire* est reliée, quant à elle, à la capacité d'implication de la personne à des activités récréatives, culturelles et sociales dans la communauté. Une personne autonome sur ce plan devrait être en mesure d'effectuer les démarches qui s'imposent pour avoir accès aux différentes ressources du milieu. De façon générale, les individus qui ont recours à nos services mentionnent un réseau social restreint en raison de leurs antécédents. Ces personnes doivent se construire un nouveau réseau social. Afin de répondre à ces besoins, le milieu de vie que nous proposons ainsi que les activités qui y sont rattachées permettent l'échange et la création de liens qui conséquemment favoriseront une meilleure capacité d'implication de la personne dans sa communauté. Ce faisant, cette dernière est en meilleure posture de transférer ses acquis dans le milieu de travail.

*L'autonomie socioprofessionnelle* réfère « au potentiel de la personne vis-à-vis sa contribution sociale au moyen du travail, ce qui peut signifier, dans certains cas, un retour aux études ou une intégration sur le marché du travail. » (Boivin, 2001, p.12).

Dans ce dernier cas, l'intégration signifie la capacité pour la personne de trouver un emploi et surtout de le conserver. Cette capacité s'appuie sur l'acquisition ou le renforcement d'habiletés pour faire face aux nombreux facteurs de stress inhérents au monde du travail. De plus, elle fait référence aux habitudes de travail, aux compétences sociales et au savoir-faire pratique. De façon générale, 48 % des individus qui font appel à nos services n'ont eu à assumer aucune responsabilité importante telle que d'occuper un emploi ou d'être aux études depuis une longue période. Il va sans dire que l'expérience de ces personnes est souvent très limitée. Aussi, 98 % des personnes font

1. Boivin, M.-D., et De Montigny, M.-J. (2002) *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

# L'EMPLOI PORTAGE-QUÉBEC: NS DÉJÀ!



preuve d'une indécision marquée sur le plan vocationnel. La démarche d'orientation est alors essentielle pour ces individus, car elle leur permet de se donner des objectifs clairs et réalisables dans leur parcours de réinsertion socioprofessionnelle.

## Nos services de formation à l'emploi

Les services offerts dans le cadre de notre démarche de réinsertion socioprofessionnelle se regroupent dans plusieurs volets qui sont les suivants :

### Le développement des compétences personnelles (connaissance de soi)

Les compétences personnelles sont définies comme les compétences essentielles que le participant doit acquérir pour réinsérer le marché du travail. Les individus ont besoin d'être accompagnés dans le développement de ces compétences. À cet effet, des ateliers et des activités en groupe sont offerts pour apprendre aux candidats à améliorer leurs relations avec les autres, à développer leur réseau social et à faciliter leur intégration dans une équipe de travail. L'intervention est faite dans une philosophie de responsabilisation et d'autonomie.

Les compétences personnelles sur lesquelles nous intervenons se situent sur deux plans : la gestion de soi et l'interrelation. Les ateliers de gestion de soi touchent principalement la sphère de l'autonomie professionnelle. Ils favorisent le développement de compétences essentielles au travail telles que la ponctualité et l'assiduité. Ils permettent également le développement d'attitudes telles que la persévérance, la confiance en soi, l'estime de soi et l'affirmation de soi. Les ateliers sur l'interrelation touchent principalement l'autonomie relationnelle. De fait, ils visent le développement de comportements et d'attitudes qui rendent possible l'intégration sociale.

### Le développement des compétences professionnelles

Les participants qui font appel à nos services sont fortement défavorisés sur le plan de l'emploi et font face à de multiples obstacles pour s'insérer dans le marché du travail. Afin de développer leurs compétences professionnelles, nous offrons une courte formation en informatique. Celle-ci permet de démystifier l'ordinateur comme outil de travail, d'acquérir des compétences de base en informatique, transférables en emploi par la suite. Il faut se rappeler que les entreprises qui font constamment face à de nouveaux défis recherchent des employés qui seront en mesure de répondre aux exigences et qui possèdent certaines compétences spécifiques.

### Le Projet professionnel et l'orientation

L'objectif de ce volet est de permettre aux participants d'identifier des choix professionnels réalistes et motivants, ainsi que de planifier la réalisation de leurs projets personnels, scolaires et professionnels. Il s'agit d'un service d'accompagnement offert par des conseillers en orientation. Ce service est un moyen efficace pour faire des choix éclairés, tout en respectant les facteurs personnels et les réalités du marché du travail. Un test d'intérêts permet à chacun d'identifier ses caractéristiques personnelles. La cueillette d'information réalisée lors de ce processus habilite chaque participant à faire des choix scolaires ou professionnels réalistes.

### Les ateliers de techniques de recherche d'emploi

Les stratégies de recherche d'emploi sont diversifiées et comprennent différentes sections distinctes. La rédaction du curriculum vitae, la préparation aux entrevues, l'utilisation du réseau de contacts personnels et la gestion de la recherche d'emploi en sont

quelques exemples. Ces ateliers préparent les participants à leur insertion au marché du travail, dans un contexte économique particulièrement compétitif et exigeant. Il va de soi qu'en comprendre les techniques et les méthodes rend la recherche d'emploi plus efficace chez ces personnes. En étant mieux outillées, ces dernières seront en meilleure posture pour faire face aux enjeux du milieu du travail.

Cette année, le Centre de formation à l'emploi Portage-Québec fête ses 20 ans de service. C'est l'occasion de souligner le dévouement et l'engagement des employés dont la priorité est d'offrir et de maintenir la qualité des services. Il nous faut aussi souligner la précieuse collaboration depuis plusieurs années de multiples ressources en toxicomanie de la région. Mais plus que tout, il importe de mentionner la réussite de nos clients, les milliers de personnes qui sont passées par nos services et ont relevé des défis personnels de taille pour atteindre leurs objectifs de réinsertion sociale et professionnelle. De fait, chaque année, plus de 80 % de notre clientèle complète une démarche et se trouve un emploi ou effectue un retour aux études, et ce, à travers un parcours des plus exigeants.

**Claudia Savard**  
Directrice, Portage-Québec

### Références :

- BOIVIN, M.-D. ET DE MONTIGNY, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 37 p.
- BOIVIN, M.-D. (2001). *Inventaire d'outils de mesure : évaluation de la personne toxicomane dans le contexte de la réinsertion socioprofessionnelle*. Québec, 245 p.
- GUÉRIN, D. ET PAINCHAUD, R. (1997). *Recension des écrits sur la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie*. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec, 32 p. Québec.
- REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES ORGANISMES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOYABILITÉ (2004). *La typologie des pratiques*.

## CQDT, une ressource à découvrir ou redécouvrir

Le Centre québécois de documentation en toxicomanie existe depuis 1991.

Il est le plus grand centre de documentation sur l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu pathologique en français en Amérique : livres, périodiques, documents audiovisuels et d'animation.

Situé dans le Centre Dollard-Cormier, le CQDT prête des documents aux étudiants de l'Université de Sherbrooke. Renseignez-vous sur les modalités de prêt, que vous soyez au campus de Sherbrooke, Longueuil ou hors campus.

Notre catalogue est maintenant sur internet avec de plus en plus de documents consultables en ligne.

*N'hésitez pas à nous contacter...*

**Au plaisir de vous servir, en personne, au téléphone ou par courriel**

Nadine Vigneault, pour l'équipe du CQDT

**Centre québécois de documentation en toxicomanie**

950, rue de Louvain Est, Montréal, (Québec) H2M 2E8

(514) 385-3490 poste 1153

Courriel : [cqdt.cdc@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cqdt.cdc@ssss.gouv.qc.ca)

Site Web : [www.centredollardcormier.qc.ca/qdt.htm](http://www.centredollardcormier.qc.ca/qdt.htm)

## LE PLAN D'ACTION INTERMINISTÉRIEL EN TOXICOMANIE 2006-2011 :

**Unis dans l'action**, est disponible.

Il ne s'agit pas moins de neuf ministères impliqués dans cette publication qui entendent agir en concertation, harmonisation et complémentarité afin de mieux répondre aux besoins de la population et à ceux des personnes toxicomanes en évitant d'exclure et discriminer.

*Document disponible en version électronique seulement :*

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca>  
ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)



# ALCOCHOIX+ ... ALCOCHOIX+ ... ALC

## ou Apprendre aux buveurs à risque à gérer leur conso

### Intervention précoce et enjeux pour la clientèle

**A** lors que la prévention primaire vise à réduire l'apparition de nouveaux cas en s'attaquant aux facteurs de risque et en stimulant les facteurs de protection, la prévention tertiaire s'applique plutôt au traitement et à la réadaptation. Quant à la prévention secondaire, son champ d'action concerne le dépistage et l'intervention précoce afin de stabiliser ou améliorer la santé de personnes dont les habitudes de vie deviennent de plus en plus à risque. En ce qui concerne les troubles associés à une consommation inappropriée d'alcool, ce secteur d'intervention ne s'est développé que très récemment. De fait, le premier programme de prévention secondaire a été implanté au Québec en 1998.

L'Organisation Mondiale de la Santé<sup>1</sup> recommande de ne pas boire plus de deux consommations standard par jour sans excéder 14 consommations par semaine pour les hommes et 9 pour les femmes. Si l'on observe la répartition des types de buveurs dans la population québécoise, on constate qu'environ 20 % d'entre eux excèdent les directives de consommation à faible risque émises par l'OMS et que 4 % de la population présente suffisamment de symptômes pour recevoir un diagnostic d'abus ou de dépendance selon les critères du DSM-IV. Ce qui signifie qu'environ 16 % de la population québécoise ne rapporte que peu ou pas de problèmes associés à la consommation d'alcool tout en buvant d'une façon qui les place à risque d'en développer. C'est donc un large bassin de la population qui pourrait bénéficier d'un programme de prévention secondaire.

La prévention secondaire s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits selon laquelle chaque geste qui décroît les risques associés à la consommation est un pas dans la bonne direction qui doit être encouragé. De plus, des efforts sont fournis afin de rejoindre les individus là où ils sont tout en respectant leurs objectifs et leur ambivalence sans porter de jugement ni apposer une étiquette ou un stigma. La peur du stigma constitue d'ailleurs l'un des motifs les plus fréquemment invoqués par les buveurs à risque pour ne pas faire ou retarder une demande d'aide<sup>2</sup>. Au Québec, le fait que la prévention secondaire s'actualise dans les CSSS-mission CLSC plutôt que dans les centres de réadaptation s'avère bénéfique à cet égard.

De plus, les programmes de gestion de la consommation sont beaucoup moins contraignants que certains traitements traditionnels qui demandent aux clients d'admettre qu'ils sont alcooliques et de s'engager dans un objectif d'abstinence à vie. Plus exigeants encore, les programmes en résidence nécessitent qu'ils s'absentent du travail et du milieu familial pour profiter du traitement, engagements que plusieurs buveurs à risque ne sont pas prêts à prendre<sup>3</sup>.

Ainsi, plusieurs arguments militent en faveur des programmes de prévention secondaire en toxicomanie. C'est dans ce contexte qu'en 2002 le MSSS a accordé une subvention à des chercheurs du RISQ afin de développer un programme de gestion de la consommation adapté au contexte québécois, le programme ALCOCHOIX+. En effet, ce programme a été élaboré de façon à faciliter son intégration à la structure des services de santé du Québec qui se distingue par l'accent placé sur des réseaux locaux de services impliquant l'ensemble des partenaires de chaque territoire. Une attention particulière a été accordée à l'utilisation d'outils de repérage valides et facilement utilisables par l'ensemble des professionnels du réseau afin de faciliter la référence au programme et l'arrimage entre la première et la deuxième ligne de traitement.

### Cheminement des usagers et contenu de ALCOCHOIX

Afin de s'assurer que le programme convient à leurs besoins, les usagers sont évalués à l'aide de l'instrument de dépistage/évaluation du besoin d'aide-alcool/drogues (DÉBA-A/D)<sup>4</sup>. Cet instrument permet d'orienter la clientèle (référée par d'autres services du CSSS ou recrutée via la publicité) en fonction des résultats de l'évaluation et conformément aux mandats de chaque institution. Pour les CSSS, il s'agit de desservir par des services de première ligne les individus présentant une consommation à risques ou problématique alors que les consommateurs abusifs ou dépendants sont orientés vers les services spécialisés, soit les centres de réadaptation en toxicomanie. L'évaluation peut être effectuée par un intervenant ALCOCHOIX+ ou par un intervenant de l'accueil du CSSS.

Le programme ALCOCHOIX+ est offert en trois formules : la formule « autonome » : l'individu suit le programme seul à l'aide d'un guide

(bibliothérapie) ; la formule « guidée » : l'individu rencontre un intervenant pour le soutenir dans sa démarche (deux à six rencontres) et la formule « groupe » : les usagers participent à six rencontres hebdomadaires de 90 minutes.

Tout en tenant compte du contexte québécois, le programme ALCOCHOIX+ a été conçu à partir de trois approches d'intervention : l'approche cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel et la prévention de la rechute. Comme les autres programmes d'entraînement au boire contrôlé, il comporte les six éléments suivants : l'auto-observation de la consommation ; l'établissement d'un objectif de traitement spécifique ; l'identification des situations à haut risque ; des stratégies pour réduire ou éviter la consommation ; des stratégies d'adaptation autres que la consommation et l'auto-renforcement pour l'atteinte des objectifs<sup>5</sup>.

Il se distingue cependant d'autres programmes du même type par l'importance accordée aux facteurs susceptibles d'accroître la motivation tels que la flexibilité, le choix, la responsabilité.

ALCOCHOIX+ comprend six phases et chacune de ces phases correspond à un objectif spécifique.

- **Phase I :** Augmenter la conscience des problèmes et des risques associés à la surconsommation d'alcool afin de favoriser l'engagement dans le programme ;
- **Phase II :** Identifier les déclencheurs et situations à risque ;
- **Phase III :** Permettre au participant de choisir son objectif à long terme de façon éclairée et planifier l'utilisation de stratégies pour confronter certaines situations à risque ;
- **Phase IV :** Découvrir des sources de plaisir autres que l'alcool ;
- **Phase V :** Mieux comprendre le rôle des émotions et des besoins dans la consommation d'alcool ;
- **Phase VI :** Prévenir la rechute.

De plus, lorsqu'un individu fait partie du groupe à risque ou problématique mais qu'il n'est pas convaincu de l'importance de modifier ses habitudes de consommation, ALCOCHOIX+ lui offre la possibilité d'ajouter une ou deux rencontres motivationnelles préalables à la modification des habitudes de consommation proprement dite.

### Validation et implantation du programme

En mars 2004, 26 intervenants provenant de quatre régions pilotes (Montréal, Laval, Québec et Chaudières-Appalaches) ont été

1. ANDREWS, G. ET JENKINS, R. (1999). *Management of mental disorders (UK Edition)*. World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse.

2. CUNNINGHAM, J.A., SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., AGRAWAL, S. ET TONEATTO, T. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18, 347-353.

3. SANCHEZ-CRAIG, M., ANNIS, H.M., BORNET, A.R. ET MACDONALD, K.R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 390-403.

4. TREMBLAY, ROUILLARD ET SIROIS, (2003). DÉBA-A/D Dépistage/Évaluation du besoin d'aide-alcool/drogues. Manuel d'utilisation, version 1.7g Québec: Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve. 65 pp.

5. MILLER, W.R., LECKMAN, A.L., DELANEY, H.D. ET TINKCOM, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(3), 249-261.

# OCHOIX+ ... mmation d'alcool

formés et le nouveau programme a été expérimenté auprès de 112 personnes. Les intervenants ainsi que les usagers ont été consultés sur leur perception du programme. Dans l'ensemble, les résultats sont très satisfaisants puisque 52 des 55 clients recommanderaient le programme à un ami et que 49 sur 55 d'entre eux (89,1 %) considèrent que le programme les a aidés à modifier leurs habitudes de consommation d'alcool. Ils apprécient le format, les informations et les exercices proposés dans le guide. Pour faire suite à certains commentaires, des modifications ont été introduites dans le guide des usagers et le manuel de formation<sup>6</sup>.

La traduction anglophone du programme est actuellement en cours de validation. Le contenu des rencontres motivationnelles sera expérimenté dans les mois à venir. Une évaluation de l'implantation devrait démarrer à l'automne 2006 suivie d'une étude d'impact environ un an plus tard.

Conformément au plan d'action du MSSS (2005)<sup>7</sup> qui prévoit que les programmes de gestion de la consommation de type ALCOCHOIX devront être accessibles dans tous les CSSS du Québec d'ici 2010, quatre équipes de formateurs sont maintenant disponibles pour former les intervenants nécessaires à ce déploiement. Ces équipes sont constituées d'un intervenant ALCOCHOIX+ offrant le programme dans un CSSS – mission CLSC (expertise avec la clientèle du programme) et d'un intervenant de centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (expertise en toxicomanie). En plus de former les futurs intervenants, les formateurs jouent aussi un rôle de personne-ressource auprès des intervenants qui diffusent le programme.

Implanter avec succès le programme ALCOCHOIX+ à l'échelle provinciale présente plusieurs défis. Quelques étapes restent à franchir comme former un nombre suffisant d'intervenants dans chaque région; organiser et planifier les ressources humaines et matérielles à l'intérieur de chaque CSSS. L'objectif ultime étant de faciliter une intégration harmonieuse du programme afin de rejoindre la clientèle-cible, c'est à dire les buveurs à risque, par la promotion ou le dépistage.

**Hélène Simoneau,**  
Chercheuse Centre Dollard-Cormier  
Membre de l'équipe du RISQ

6. SIMONEAU, H., LANDRY, M. ET TREMBLAY, J. (2004). *Alcochoix+, un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. 109 pp.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Offre de service, programme dépendances*. Document de travail. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, Services des toxicomanies et des dépendances. 18 pp.

## J'TABAC MAINTENANT!

*ou l'arrêt tabagique pour les toxicomanes en traitement résidentiel à la Maison l'Alcôve inc.*

### Le Contexte

Il est bien documenté que la prévalence du tabagisme parmi les gens qui présentent un problème d'abus de substance est élevée. Ceci est tout particulièrement vrai pour les personnes alcooliques. Selon Fertig (1999), la grande majorité d'entre eux fument quotidiennement plus de trente cigarettes. Cette clientèle est également reconnue pour être plus à risque que la population générale de développer une maladie chronique comme un cancer ou une maladie cardio-vasculaire.

Par tradition, les intervenants travaillant dans un milieu de traitement à l'interne préconisent souvent le maintien du tabagisme. Cette pratique est motivée par la crainte que l'abandon du tabac compromette les initiatives du traitement d'abus des autres substances. Il n'est pas rare d'entendre les intervenants prévenir les clients de se doter d'une provision de cigarettes plus importante qu'à l'habitude, car « en thérapie, vous fumez davantage ». Cet encouragement implicite à la poursuite du tabagisme pourrait contribuer à augmenter certains risques. En effet, certaines recherches démontrent que nos clients sont plus à risque de développer des problèmes de santé s'ils continuent à fumer, et ce, même après l'arrêt de leur consommation d'alcool. D'autres déclarent que la poursuite du tabagisme pourrait même inciter ces gens à reprendre de l'alcool à la sortie de thérapie.

Dans leurs recherches, Ellingstad et al (1999) et Clark (1993) mentionnent quatre croyances qui ont nui à l'élaboration de programmes de traitement du tabagisme. Les deux premières croyances concernent les individus toxicomanes: ils font partie d'un noyau d'irréductible de fumeurs qui ne sont pas intéressés à cesser de fumer et même s'ils souhaitaient arrêter, ils ne pourraient réussir l'arrêt de substance et l'arrêt tabagique concomitamment. Les deux autres croyances tournent autour de la question du traitement: l'arrêt tabagique pourrait nuire à l'arrêt de substance et il est injuste de demander à une personne de cesser ou réduire sa consommation de plusieurs substances à brève échéance.

Pourtant, comme dans la société générale, la place du tabac a beaucoup évolué dans les centres de traitement de la toxicomanie. Il y a à peine vingt ans, il était possible de fumer lors des ateliers de groupe et lors des rencontres individuelles. Peu à peu, ces coutumes ont disparu, non pas par souci sanitaire mais parce que les intervenants avaient observé chez les clients une rupture émotionnelle causée par le réflexe de s'allumer une cigarette lorsque perturbés.

Par la suite, la plupart des maisons de thérapie ont suivi la tendance sociale visant à circonscrire l'usage de la cigarette dans des endroits bien déterminés. Ce n'est que tout récemment que des organismes de traitement des dépendances tel que Maison l'Alcôve, se sont proclamés « Centres sans fumée ».

### La décision d'implantation

C'est en voulant répondre au besoin du client qui souhaite cesser de fumer durant son séjour à l'interne que le projet a vu le jour. Il vise quatre objectifs précis. Le premier objectif est de répondre adéquatement à la demande de soutien envers les usagers souhaitant cesser de fumer durant leur séjour. De plus, on veut informer les clients des méfaits du tabac afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée envers cette dépendance et bonifier les activités de prévention de la rechute. Enfin, il s'agit de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des usagers et de leurs proches.

La réalisation de ce projet s'est déroulée en cinq étapes:

- La préparation d'un devis de recherche et d'évaluation du programme
- La formation du personnel d'intervention.
- La création d'outils et d'un programme de cessation adapté au traitement de la toxicomanie en milieu résidentiel.
- La dispensation des services.
- L'analyse des impacts du programme auprès des usagers.

La pierre angulaire de ce projet est sans aucun doute la formation du personnel d'intervention. En premier lieu, il faut changer la perception des intervenants envers le tabagisme. Nos consultations auprès de ceux-ci révèlent qu'ils banalisent la dépendance à la nicotine par rapport à la dépendance aux autres substances. Une formation adaptée comprenant une mise à jour sur les connaissances et les plus récentes techniques d'intervention en cessation tabagique devient essentielle.

### Le programme

L'ensemble du traitement est constitué de multiples interventions de courtes durées, mais régulières. L'approche motivationnelle est privilégiée durant ces interventions. Toutes les rencontres sont intégrées à l'intérieur de nos activités régulières.

Ces interventions ciblées s'effectuent lors de l'admission et lors des six rencontres individuelles. Elles se poursuivent en externe durant dix semaines lors des ateliers de la

*Suite à la page 12*



phase de maintien. Il y a également un suivi téléphonique au sixième et douzième mois après le début du processus. Durant son séjour, le client assistera à un atelier de groupe éducatif et préventif sur les méfaits du tabagisme. Trois éléments sont particulièrement soulevés durant cet atelier : les mécanismes de la dépendance, la fumée secondaire et les liens entre le tabac et les autres substances. Souvent, à la suite de cet atelier, les clients décident d'entreprendre le programme.

En plus d'être soutenu par l'équipe d'intervention, le client a accès à un médecin et aux timbres transdermiques. Un cahier de bord conçu pour les besoins du programme lui est remis ainsi que des dépliants et livrets sur le traitement du tabagisme.

### Les obstacles

La présence de fumeurs à l'intérieur de la ressource a constitué un obstacle à l'implantation du programme de cessation tabagique. Dès le départ, les résidants nous affirment que cela les incite à fumer. Tout en étant conscients que l'existence des fumeurs est contraire à l'esprit du programme, nous étions réticents à les abolir. Nous avons craint une diminution du volume de la clientèle et nous redoutions que les résidants fument dans leur chambre et compromettent ainsi la sécurité des lieux. Après plus d'un an de tergiversations, la décision fut enfin prise. Nos appréhensions se sont révélées sans fondement. Au contraire, la transition fut sans heurt et avantageuse sur plusieurs points.

Quant à l'ancien fumeur des résidants, il a été aménagé en salle d'exercices cardiovasculaire.

### Les clients souhaitent-ils cesser de fumer ?

Plusieurs études<sup>1</sup> s'entendent pour affirmer qu'entre 46 % et 77 % des clients sont intéressés à cesser de fumer. Nos propres sondages menés avant l'implantation du programme ont confirmé l'intérêt des usagers à participer à un programme de cessation tabagique en autant que les activités soient bien encadrées et intégrées à leur plan de traitement. D'ailleurs, durant la dernière année au moins 38 % de notre clientèle a entrepris volontairement une démarche de cessation tabagique, ce qui va à l'encontre de la croyance selon laquelle les toxicomanes ne désirent pas cesser de fumer. De plus, même si l'arrêt du tabac ne fait pas partie de son objectif initial, il n'est pas rare qu'un client change d'idée durant son séjour.

### L'arrêt tabagique nuit-il au traitement d'abus de substance ?

De plus en plus d'études arrivent à la conclusion qu'un arrêt tabagique effectué

de façon concomitante avec l'arrêt de substance ne nuit pas au traitement. Au contraire, plusieurs études avancent qu'il faut même s'attendre à de meilleurs résultats en ce qui concerne le traitement des alcooliques<sup>2</sup>.

L'étude de Bobo, McIvain et coll. (1998) confirme ce dernier point en observant que les clients alcooliques qui ont reçu une intervention de cessation tabagique sont plus prédisposés à se dire sobres au suivi de 6 et 12 mois comparativement au groupe témoin. Pour notre part, nous abondons dans le même sens que les chercheurs qui affirment que les interventions effectuées au sujet du tabac ont une influence positive sur les comportements à modifier en liens avec les autres dépendances.

### Conclusion

Au moment de l'écriture de cet article, nous ne connaissons pas encore les résultats de l'évaluation du programme « J'Tabac maintenant! ». Par contre, nous constatons que parmi ceux qui ont adhéré au programme, plusieurs ont diminué leur consommation de tabac et d'autres ont totalement cessé de fumer. Tous nos résidants sont désormais sensibilisés aux méfaits du tabac et de l'interaction (en termes d'impact) avec les autres substances. La formation et l'expérimentation ont permis aux intervenants de débanaliser la dépendance à la nicotine et de la considérer comme étant une toxicomanie au même titre que les autres substances. C'est un pas dans la bonne direction.

Nous croyons que l'intégration de ce programme à nos activités thérapeutiques bonifie l'ensemble de nos services. Nous sommes également d'avis que le traitement du tabagisme sera dorénavant un élément incontournable dans le traitement des dépendances. Si à la suite de l'évaluation, les résultats s'avèrent positifs, le programme « J'Tabac maintenant! » sera offert aux organismes qui souhaiteraient l'intégrer à leurs activités.

Marc Caya

Directeur des programmes – Maison l'Alcôve inc.

### Références bibliographiques :

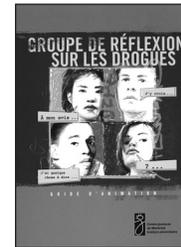
- ELLINGSTAD, TIMOTHY P., SOBELL, LINDA C., SOBELL, MARK B., CLELAND PATRICIA A., AGRAWAL, S., (1999). « Alcohol abusers who want to quit smoking: Implications for clinical treatment ». *Drug and Alcohol Dependence*. Vol 54, p. 259-264.
- FOGG, B., BORODY, J., (2001). « L'incidence sur les résultats des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie des politiques d'interdiction de fumer et de la lutte contre le tabagisme dans les établissements et installations : analyse documentaire ». *CCLAT*, 12 p. Ottawa, Canada.

2. Shiffman et Balabanis (1995), Sobell et Sobell (1996), Stuyt (1997).

1. Clark (1993), Irving et al (1994), Ellingstad et al (1999), Fogg et Borody (2001), pour ne nommer que les plus cités.

## Ils se sont distingués...

- Dans le cadre de la remise des prix de la Reconnaissance de l'excellence, le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire a décerné le prix **Publication-Qualité d'un ouvrage écrit** à mesdames Lise Durocher, Pierrette Trudeau-Leblanc et monsieur Sylvain Pelletier pour le Guide d'animation **Groupe de réflexion sur les drogues**. Félicitations aux trois auteurs!



Le programme **Groupe de réflexion sur les drogues**, qui s'adresse particulièrement aux jeunes cotant « jaune » avec la grille Dep-Ado, fera d'ailleurs l'objet d'un texte dans le prochain numéro de l'Écho-Toxico (janvier 2007). À ne pas manquer...

- À l'occasion de l'édition 2005 et du 20<sup>e</sup> anniversaire des Prix d'excellence de l'administration publique du Québec, un projet de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec a reçu une **mention d'honneur**. Il s'agit de la mise en réseau des services de désintoxication. Le projet RISS (Réseau intégré de services en désintoxication), une collaboration de Domrémy et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, a été retenu en tant que pratique exemplaire. Axé sur le partenariat Domrémy-Centre hospitalier, ce projet a permis la mise en place d'un corridor de services entre Domrémy et l'urgence du centre hospitalier. Le personnel de l'hôpital est formé pour effectuer le dépistage. Les personnes dépistées sont ensuite évaluées par une infirmière-liaison de Domrémy, présente à l'urgence tous les jours. Elle procède aux entrevues motivationnelles avec les clients et les accompagne par la suite vers les ressources appropriées à leurs besoins (en service résidentiel ou externe).

Un haut niveau de mobilisation et d'expertise est requis pour donner vie à ce travail en partenariat.

*Bravo à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec!*

### REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro.

**Éditeur :** Les programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

**Directrice des programmes :** Lise Roy

**Responsable de la rédaction :** Marie-Thérèse Payre

**Conception graphique et impression :** MJB Litho Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada