



Les services



de première ligne

en alcoolisme
et toxicomanie



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Rédigé par Nicole April et Pierre Rouillard

Mai 2001

COMITÉ DE TRAVAIL

Le présent rapport a été produit dans le cadre des travaux d'un groupe coordonné d'abord par **Robert Faulkner** et ensuite par **Daniel La Roche**, tous deux conseillers à la planification et à la programmation à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Composition du groupe de travail :

Nicole April	médecin spécialiste en santé communautaire Direction de la santé publique de Québec
Michel Arsenault	coordonnateur au programme de santé mentale CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien
Benoît Côté	directeur des services professionnels Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve
Luc Gervais	directeur général Centre Jean Lapointe pour adolescent(e)s
Pierre Rouillard	médecin psychiatre Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise
Joël Tremblay	psychologue et chercheur Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iii
INTRODUCTION	1
1. ALCOOLISME ET TOXICOMANIE	2
1.1 Les diagnostics de dépendance et d'abus.....	2
1.2 La consommation à risque et la consommation problématique.....	3
1.3 Un continuum de risque pour la consommation d'alcool	4
2. DÉPISTAGE.....	6
2.1 La définition du dépistage.....	6
2.2 La pertinence du dépistage.....	6
2.3 Les instruments de dépistage	7
2.3.1 Les mesures de quantité et de fréquence de la consommation d'alcool	7
2.3.2 Les instruments normalisés.....	8
3. ÉVALUATION CLINIQUE.....	11
3.1 Les principes de l'évaluation clinique	11
3.2 Les instruments d'évaluation clinique	11
3.2.1 L'indice de gravité d'une toxicomanie (I.G.T.)	11
3.2.2 Les instruments pour aider au diagnostic de la dépendance à l'alcool	12
3.2.3 Les instruments pour aider au diagnostic de la dépendance aux drogues..	13
3.2.4 Les instruments pour aider au diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues..	14
4. INTERVENTIONS DE PREMIÈRE LIGNE.....	15
4.1 Les principes des interventions	15
4.2 Les approches et programmes.....	15
4.2.1 Les conseils.....	15
4.2.2 Les programmes de consommation contrôlée.....	16
4.2.3 L'entrevue motivationnelle	17
5. RÉFÉRENCE.....	18
5.1 Les principes de la référence.....	18
5.2 Un exemple d'organisation de la référence : le PAJT	18
6. IMPLANTATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN TOXICOMANIE.....	20
6.1 Les écrits sur l'acceptabilité de ces pratiques par les médecins.....	20
6.2 La situation du dépistage et de l'évaluation en toxicomanie dans la région de Québec.....	21
7. RECOMMANDATIONS POUR LA RÉGION DE QUÉBEC.....	23
7.1 Les recommandations pour la clientèle adulte.....	23
7.2 Les recommandations pour la clientèle adolescente	26
BIBLIOGRAPHIE	28

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Critères de dépendance à une substance	2
TABLEAU 2 : Critères d'abus de substance	3
TABLEAU 3 : Définition de la consommation standard.....	4
TABLEAU 4 : Continuum de risque de consommation d'alcool	5

INTRODUCTION

Dans le cadre de la mise en place du Plan régional d'organisation de services en toxicomanie (PROS 1996-2002), la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec rend accessible une gamme de services en alcoolisme et toxicomanie adaptés aux besoins et aux conditions de vie des personnes. Le volet «dépistage, évaluation et orientation» mentionné dans le PROS vise à intervenir le plus tôt possible auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes, en les identifiant, les évaluant et les orientant vers les ressources appropriées.

Le présent travail a pour but de définir ce volet (dépistage, évaluation et orientation) et de proposer des outils de dépistage et d'évaluation aux cliniciens* qui oeuvrent auprès de jeunes et d'adultes dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dans les organismes communautaires ou dans d'autres secteurs d'activité impliqués en toxicomanie.

L'ensemble des activités de dépistage, d'évaluation et d'orientation de la clientèle réalisées dans des milieux non spécialisés en toxicomanie constitue ce qui est nommé ici les «services de première ligne en toxicomanie». Notons qu'en cours de travaux la notion «d'orientation» a été divisée en deux composantes, soit «l'intervention de première ligne» et «la référence».

Dans ce texte, après avoir défini les termes d'alcoolisme et de toxicomanie, nous décrivons chacune des composantes des services de première ligne ainsi que certains instruments de dépistage et d'évaluation suffisamment brefs pour être utiles aux cliniciens. Nous soulignons également les conditions nécessaires à l'implantation de ces pratiques. Finalement, nous recommandons des instruments de dépistage et d'évaluation qui permettront d'améliorer la reconnaissance des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues et d'assurer la continuité des services avec les organismes spécialisés en toxicomanie dans la région de Québec.

* Le terme **clinicien** désigne toute personne qui offre des soins de santé ou des services psychosociaux et ne se veut ni une description de tâche ni une référence à une quelconque appartenance professionnelle. Ce terme a été choisi en vue d'alléger le texte et d'en simplifier la lecture. Si nécessaire, les corps professionnels seront désignés de façon spécifique.

1. ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

1.1 Les diagnostics de dépendance et d'abus

Pour aborder les problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie, il existe plusieurs modèles explicatifs et d'intervention. L'*American Psychiatric Association* (1996) décrit les troubles liés à une substance sous les termes de dépendance ou d'abus qui sont des diagnostics cliniques posés selon les critères du DSM-IV (4^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)¹. Les mêmes critères s'appliquent, peu importe la ou les substances psychotropes en cause, que ce soit l'alcool, les médicaments psychotropes ou les drogues illégales.

Le diagnostic de dépendance est posé en présence de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à sa consommation.

TABLEAU 1
Critères de dépendance à une substance¹

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. *tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :*
 - a) *besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré*
 - b) *effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance*
2. *sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
 - a) *syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique)*
 - b) *la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage*
3. *la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu*
4. *il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance*
5. *beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer) ou à récupérer de ses effets*
6. *des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance*
7. *l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)*

Spécifier si :

- avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c.-à-d. des items 1 ou 2)*
 - sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (absence des items 1 et 2)*
-

Le diagnostic d'abus est posé en présence de problèmes psychologiques, sociaux ou comportementaux graves associés à la consommation de la substance.

TABLEAU 2
Critères d'abus de substance¹

-
- A. *Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :*
- (1) *utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)*
 - (2) *utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)*
 - (3) *problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)*
 - (4) *utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)*
- B. *Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance*
-

1.2 La consommation à risque et la consommation problématique

Pour l'alcool, la consommation peut parfois être suffisamment importante pour constituer un risque élevé de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux, sans qu'il y ait abus ou dépendance au sens des définitions retenues. La consommation d'un volume important d'alcool, comme la consommation régulière de plus de 9 consommations standards par semaine pour une femme ou de plus de 14 pour un homme (la consommation standard est définie au tableau 3), et le fait de s'intoxiquer (binge drinking) sont des comportements qui augmentent la probabilité que des problèmes physiques, psychologiques et sociaux associés à l'alcool surviennent². Les interventions à l'intention de ces buveurs à risque visent à modifier ces comportements, dans une perspective préventive.

Certains buveurs à risque n'ont pas de problèmes associés à cette consommation alors que d'autres en ont. Dans ce dernier cas, on parle parfois de consommation problématique. Toutefois, ni dans un cas ni dans l'autre, les personnes ne souffrent de « troubles » diagnostiqués, au sens du DSM-IV.

TABLEAU 3
Définition de la consommation standard

La définition de la consommation standard varie d'un pays à l'autre. Au Canada, cette mesure contient 13,6 grammes d'alcool et correspond à :

- 360 ml ou 12 oz de bière (5 %) = 1 cannette
 - 45 ml ou 1,5 oz de spiritueux (40 %) = 1 doseur
 - 150 ml ou 5 oz de vin (12 %) = 1 verre de vin
 - 90 ml ou 3 oz de vin fortifié (20 %) = 1 verre de porto
-

La consommation de drogues illégales peut aussi constituer un risque sans qu'il n'y ait de « troubles » répondant à la définition du DSM-IV. Le « risque » dépend de la nature des produits, de la quantité consommée et d'autres critères. Bien qu'il existe des indices composés pour mesurer la gravité de la consommation de drogues, il n'est pas possible de donner une définition adéquate de la consommation à risque de drogues illégales, comme c'est le cas pour l'alcool.

1.3 Un continuum de risque pour la consommation d'alcool

Il est ainsi possible de décrire un continuum de risque pour la consommation d'alcool (tableau 4), mais il est difficile de donner précisément la proportion de la population dans chacun de ces groupes, les statistiques ne correspondant pas précisément à ces catégories. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997³, 20,9 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ne boivent pas d'alcool ou sont d'anciens buveurs alors que 79,1 % en ont consommé dans l'année précédant l'enquête. Toujours parmi les Québécois âgés de 15 ans et plus, 18,4 % ont une consommation excédant les directives de consommation à faible risque et 1,8 % sont dépendants de l'alcool.

Par ailleurs, 10,2 % des personnes qui prennent de l'alcool ont eu des problèmes reliés à leur consommation durant l'année précédant l'enquête. Ces données ne permettent toutefois pas de distinguer les personnes qui présentent un diagnostic d'abus.

TABLEAU 4 : Continuum de risque de consommation d'alcool

Abstinence, consommation sans risque ou à faible risque	Consommation à risque ou problématique	Diagnostic de troubles liés à une substance (DSM-IV)
Abstinence Aucune consommation Consommation modérée Consommation hebdomadaire régulière généralement égale ou inférieure à : • 9 chez les femmes • 14 chez les hommes	Consommation à risque Consommation d'un volume important Consommation hebdomadaire généralement de : • 10 à 35 chez les femmes • 15 à 35 chez les hommes Intoxications (binge drinking) Consommation problématique Consommation d'un volume important Intoxications avec des problèmes associés	Abus Présence d'au moins 1 des critères de problèmes psychosociaux ou comportementaux, au cours d'une période de 12 mois Dépendance Présence d'au moins 3 des critères de problèmes physiques, psychosociaux ou comportementaux, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

2. DÉPISTAGE

2.1 La définition du dépistage

- ***Le dépistage systématique***

En épidémiologie, le terme « dépistage » désigne une démarche systématique pour identifier, dans une population apparemment en bonne santé, les personnes qui sont susceptibles de présenter une maladie ou un problème. Dans un programme de « dépistage systématique », tous les efforts sont faits pour atteindre le plus grand nombre de personnes répondant à certains critères et pour les inviter à se soumettre à un ou des tests visant à reconnaître le plus précocement possible la présence d'un problème⁴. Le programme de dépistage du cancer du sein est un de ces programmes bien connus.

- ***La recherche de cas***

Dans le milieu médical, on utilise couramment le terme « recherche de cas » (traduction de « case finding ») lorsque cette démarche de « dépistage » vise les personnes venues consulter d'elles-mêmes un service de santé pour n'importe quel problème autre que celui « recherché »⁴. Ainsi, la recherche de cas de la consommation à risque d'alcool consisterait à poser des questions spécifiques sur ce sujet à toutes les personnes venues consulter un médecin même si la raison de consultation n'a rien à voir avec la consommation.

Dans ce texte, les termes « dépistage » et « recherche de cas » sont utilisés dans le même sens, soit celui de « recherche de cas », tel qu'il est défini précédemment.

2.2 La pertinence du dépistage

Les expériences de dépistage rapportées ici portent sur la consommation d'alcool. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études équivalentes portant sur le dépistage de la consommation de drogues.

Le dépistage de problèmes associés à l'alcool et le « counseling » sont des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé⁵. Le Groupe d'étude sur l'examen médical périodique a repris cette recommandation à l'intention des médecins canadiens dans le Guide canadien de médecine clinique préventive⁶. Ce guide précise quelles sont les interventions cliniques préventives prouvées efficaces que les cliniciens doivent réaliser en fonction de l'âge de la personne qui consulte. Chez les adultes, la recherche de cas des problèmes associés à l'alcool et le « counseling » sont justifiés :

- par la prévalence élevée de la consommation à risque et des troubles associés à la consommation d'alcool;
- par la possibilité d'intervenir précocement et d'améliorer la situation;
- par le fait qu'il existe des tests valides pour reconnaître les problèmes recherchés⁶.

Il importe toutefois d'éviter d'étiqueter à tort des personnes comme étant « à risque » de problèmes associés à la consommation de psychotropes sans contribuer à améliorer la situation. Le cas échéant, ces personnes peuvent subir un préjudice (par exemple, pour l'obtention d'une police d'assurance, d'un emploi, etc.), sans en retirer des avantages. En effet, les questionnaires de dépistage ne permettent pas de poser un diagnostic. Ils constituent une première étape qui devra être complétée par un clinicien qui fera l'évaluation nécessaire pour préciser le diagnostic.

2.3 Les instruments de dépistage

2.3.1 Les mesures de quantité et de fréquence de la consommation d'alcool

Les mesures de quantité-fréquence sont généralement utilisées lors des enquêtes de population. Elles estiment la consommation moyenne d'alcool bu durant une période (par exemple, une semaine ou un mois) en multipliant la quantité moyenne prise par occasion de consommation avec la fréquence de ces occasions. Comme ceci ne donne pas d'indications sur la variabilité de la consommation, d'autres mesures ont été développées pour compléter l'information, comme « fréquence graduée » (« graduated frequency ») ou encore en demandant la consommation réelle d'alcool durant une brève période récente (par exemple, durant la dernière semaine)⁷.

En contexte clinique, les mesures de quantité-fréquence servent surtout à préciser l'ampleur de la consommation d'alcool au moment de l'évaluation. D'après Sobell⁸, les cliniciens croient que les personnes ont tendance à sous-estimer ou à nier leur consommation réelle d'alcool. En 1995, le Collège des médecins de famille du Canada, dans le cadre du projet ARAI⁹, recommande de faire la recherche de cas en combinant le test CAGE avec des mesures de quantité-fréquence. Ces dernières sont le nombre de verres par jour (les jours où la personne boit), le nombre de jours de consommation par semaine et le nombre maximal de verres bus en une occasion lors du dernier mois. On considère qu'il y a présomption de risque si :

- o la personne répond « oui » à l'une ou l'autre des questions du CAGE ;
- o une femme boit quotidiennement plus de 3 consommations standards ;
- o un homme boit quotidiennement plus de 4 consommations standards ;
- o un homme ou une femme boit plus de 12 consommations par semaine.

Le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) fait la même recommandation à l'exception de la consommation hebdomadaire qui est différente pour les hommes et les femmes. En effet, on considère la consommation potentiellement à risque lorsqu'une femme boit plus de 7 consommations par semaine et qu'un homme boit plus de 14 consommations par semaine¹⁰.

Les recommandations de ces deux organismes ont été émises en 1995. Plus récemment, en 1997, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ainsi que la Fondation de la recherche sur la toxicomanie se sont entendus pour proposer des directives sur la consommation d'alcool à faible risque. Ces directives ont été approuvées par divers organismes, notamment le Collège des médecins de famille du Canada. Elles recommandent que les femmes limitent leur consommation hebdomadaire à 9 verres ou moins et les hommes à 14 verres ou moins, et on suggère, tant aux hommes qu'aux femmes, de ne pas boire plus de 2 consommations par jour. L'alcool doit être consommé lentement et l'ivresse doit être évitée. Dans certaines circonstances, l'abstinence est recommandée².

Finalement, force est de constater que les avis évoluent beaucoup sur le sujet. Il semble admis que la limite de consommations à risque est différente chez les hommes et les femmes. Dans l'état actuel des connaissances, il est approprié de conseiller aux hommes qui boivent plus de 14 consommations par semaine de réduire leur consommation. Chez les femmes, cette limite est moins claire et les recommandations varient. La recommandation de boire au maximum 9 consommations par semaine est la plus récente. Elle semble raisonnable d'autant plus qu'elle est intermédiaire entre les 12 consommations par semaine du projet ARAI et les 7 consommations par semaine du NIAAA.

2.3.2 Les instruments normalisés

Pour faciliter l'identification des cas, il est suggéré d'utiliser des questionnaires normalisés car ils sont plus sensibles que le jugement clinique et ils peuvent être utilisés de façon systématique pour déceler les situations de consommation à risque et les cas d'abus ou de dépendance aux substances⁶. De plus, ces questionnaires permettent d'uniformiser les pratiques auprès de personnes de formation, d'expérience et d'approches thérapeutiques variées. Les capacités de mesure de ces tests, incluant leurs forces et leurs faiblesses, sont connues¹¹. Des tests ont été développés, tant pour la consommation d'alcool que pour celle de drogues.

- ***L'AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test ou Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool)***

L'Organisation mondiale de la santé a construit et validé ce questionnaire dans une étude expérimentale réalisée dans dix pays (Australie, Bulgarie, Costa Rica, États-Unis, Grande-Bretagne, Kenya, Mexique, Norvège, Union soviétique et Zimbabwe)⁵. Les dix questions de l'AUDIT permettent d'identifier les buveurs à risque élevé en fournissant un indice qui intègre les trois dimensions liées à l'usage d'alcool : la quantité consommée, la fréquence de l'intoxication et les manifestations de la dépendance. De plus, l'AUDIT permet de distinguer un problème récent d'un problème antérieur⁵. La sensibilité et la spécificité de l'AUDIT sont respectivement de 80 % et 98 % (si le seuil est de 10/40)¹².

L'AUDIT est supérieur aux autres tests (comme le MAST et le CAGE) pour reconnaître les buveurs à risque élevé, mais il est de validité comparable pour déceler les personnes alcoololo

dépendantes^{13,14}. Il prend deux minutes à administrer. Il a démontré son utilité dans différents contextes (justice, armée, etc.)¹³.

Enfin, une étude récente soulève la possibilité que trois questions de l'AUDIT puissent suffire à la recherche de cas¹⁵. Il n'existe pas actuellement d'études de validation de ce court test sur des populations diverses.

- ***Le CAGE, le MAST et le TWEAK***

Ces questionnaires ont été bien validés. Ils sont intéressants pour déceler la dépendance à l'alcool, mais ne sont pas appropriés pour déceler la consommation à risque⁶.

Le CAGE, avec seulement quatre questions, est plus facile à utiliser que le MAST. Il a aussi l'avantage de déceler la dépendance aux autres drogues dans sa version CAGE-DROGUES¹⁶.

Le TWEAK, développé plus récemment, est une version modifiée du CAGE. Il est adapté à la clientèle féminine et particulièrement aux femmes enceintes (Russel 1994 cité dans Cooney, 1995¹⁷).

- ***Le DAST***

Outre le CAGE-DROGUES, il existe peu de tests brefs pour identifier les problèmes associés à l'abus de drogues. Le DAST, dans ses versions de 10 ou 20 questions, est un questionnaire considéré comme bref donnant un index quantitatif des conséquences de l'abus de drogues. Il fait partie des tests de dépistage de la consommation de drogues les plus validés. Pourtant, ses concepteurs affirment qu'il n'a pas encore fait l'objet de suffisamment d'études de validation et qu'il devrait être utilisé de façon expérimentale¹⁸. Des frais sont exigés pour son utilisation.

- ***La grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents***

Les tests précédemment mentionnés n'ont pas été validés auprès des adolescents. Il ne semble pas exister de test normalisé, à l'intention des adolescents, qui soit suffisamment bref pour être utilisé pour la recherche de cas¹⁹. Aucun de ces instruments n'est traduit en français.

Le groupe de « Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec » (RISQ) a développé une « Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents ». Celle-ci a été élaborée, en partie, à l'aide du questionnaire d'évaluation *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (l'I.G.T.-adolescents est expliqué plus loin). La grille de dépistage doit être utilisée en continuité avec cet instrument d'évaluation.

Les questions de la grille portent sur six éléments fréquemment associés à des problèmes de toxicomanie : les produits consommés et la fréquence de la consommation au cours des 12 derniers mois, la consommation des 30 derniers jours, l'âge au début de la consommation régulière, l'injection de drogues, le nombre de fois où la personne a bu de façon excessive et les conséquences de la consommation sur la vie²⁰. Le score au test s'exprime sous la forme imagée de « feu vert », « feu jaune » et « feu rouge » pour décrire les jeunes qui n'ont pas de problème, ceux qui ont une consommation à risque et ceux qui ont des problèmes importants.

Cet instrument a l'avantage d'être bref, de porter à la fois sur la consommation d'alcool et de drogues et d'être adapté à la population québécoise. Une première étape de validation du contenu a été réalisée auprès d'intervenants jeunesse de CLSC et du milieu scolaire. Au moment de la rédaction de ce texte, des études sont en cours pour en valider les qualités psychométriques.

Dans la région de Québec, ce questionnaire est actuellement recommandé aux intervenants des CLSC, des organismes communautaires, des écoles et du Centre jeunesse de Québec pour distinguer les jeunes qui ont besoin de services spécialisés de ceux qui peuvent bénéficier de services de première ligne. Les jeunes chez qui le questionnaire révèle des problèmes sont évalués par des intervenants spécialisés en toxicomanie. Actuellement, la grille est donc utilisée dans le but de départager la clientèle entre les services de première ligne et les ressources spécialisées. Avant de recommander qu'elle soit administrée à tous les jeunes qui consultent même si la raison de consultation n'a rien à voir avec la consommation de psychotropes, c'est-à-dire pour faire vraiment de la recherche de cas dans tous les milieux où sont offerts des services aux adolescents, il serait prudent d'attendre que les études de validation soient terminées.

3. ÉVALUATION CLINIQUE

3.1 Les principes de l'évaluation clinique

Les méthodes de dépistage ne sont pas conçues pour mesurer la nature ou l'ampleur des problèmes, surtout parce que les questionnaires sont très courts. Ce sont les procédures d'évaluation clinique qui serviront à poser un diagnostic chez les personnes susceptibles de présenter des problèmes d'après les résultats des tests de dépistage.

Au moment de l'évaluation, le clinicien ou l'intervenant vérifie si la personne rencontre les critères d'une catégorie diagnostique, comme l'abus ou la dépendance aux psychotropes. Les principales dimensions évaluées sont : la sévérité de la dépendance, les manifestations de sevrage, la capacité de contrôle ainsi que les problèmes physiques, psychologiques et sociaux associés à la consommation²¹.

L'évaluation sert également à planifier la nature de l'intervention, à choisir l'environnement propice à celle-ci et à en préciser les buts. Il est à noter que l'évaluation peut être réalisée dans le cadre d'une ou de plusieurs entrevues. Les exemples suivants illustrent la nécessité de l'évaluation. Une personne qui a une consommation importante d'alcool mais qui n'est pas dépendante à ce produit et qui n'a pas de diagnostic d'abus, peut très bien bénéficier de simples conseils pour réduire sa consommation. Une personne qui a un problème d'abus pourrait nécessiter une intervention en externe. Des interventions plus intenses, avec un objectif d'abstinence, seraient plus appropriées pour une personne dépendante à une ou à plusieurs substances. Plus la dépendance est sévère et moins grande est la capacité de contrôle, plus il est nécessaire de viser l'abstinence. La planification de l'intervention sera différente pour une personne qui présente une maladie psychiatrique concomitante²¹.

3.2 Les instruments d'évaluation clinique

3.2.1 L'indice de gravité d'une toxicomanie (I.G.T.)

*L'indice de gravité d'une toxicomanie (I.G.T.)*²² est l'adaptation française de *l'Addiction Severity Index (A.S.I.)*²³. Le principal objectif de ce questionnaire est d'évaluer la gravité des problèmes pour lesquels une personne consulte. Ce test permet d'identifier le ou les produits consommés et, de ce fait, est aussi adapté à une clientèle polytoxicomane. Il évalue sept dimensions : l'alcool, les drogues illicites, l'état médical, les relations familiales et interpersonnelles, l'état psychologique, l'emploi et la situation légale. De plus, la personne est appelée à juger de l'ampleur de son problème et de son besoin de traitement²².

Plusieurs centres de traitement du Québec utilisent l'I.G.T. pour évaluer la clientèle alcoolique et toxicomane. Par ses scores de gravité, ce test est satisfaisant pour établir un plan d'intervention et d'orientation ainsi que pour identifier les problèmes prioritaires sur lesquels intervenir²⁴.

Le RISQ a adapté l'I.G.T. à l'intention des adolescents. *L'indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (« I.G.T.-adolescents »)²⁵ est utilisé au Québec par les centres de réadaptation en toxicomanie qui reçoivent des jeunes. Le questionnaire évalue les mêmes dimensions que l'I.G.T. administré aux adultes en tenant compte des spécificités des jeunes²⁵.

3.2.2 Les instruments pour aider au diagnostic de la dépendance à l'alcool

Le programme Alcochoix comporte un questionnaire d'évaluation utile pour cerner diverses dimensions de la consommation d'alcool : quantité consommée, problèmes de santé physique et mentale, sevrage, dépendance, polytoxicomanie et problèmes interpersonnels et professionnels. Il s'agit d'un questionnaire clinique qui ne semble pas avoir fait l'objet d'études de validation en tant qu'instrument diagnostique.

Maisto²¹ a identifié 17 tests diagnostiques parmi lesquels 9 sont utiles pour faire le diagnostic de dépendance, conformément aux critères du DSM-IV. Parmi les tests les plus courts, nous notons le *Diagnostic Interview Schedule for DSM-111-R* (DIS 111-R), l'*Alcohol Dependence Scale* (ADS), le *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) et le *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ).

Le DIS 111-R est plus souvent utilisé dans un contexte de recherche qu'en milieu clinique²¹.

L'ADS est un outil d'évaluation de la dépendance à l'alcool bien validé qui a l'avantage d'être sensible pour identifier les personnes qui présentent un faible niveau de dépendance. Il comporte 25 éléments et est facile à administrer. Les concepteurs de ce questionnaire exigent des droits d'auteurs pour son utilisation.

Le SADQ²⁶ est un questionnaire largement utilisé. Il met l'accent sur la symptomatologie de sevrage, ce qui est peut-être approprié auprès d'une population en traitement dans les centres spécialisés, mais probablement moins opportun lorsque l'instrument est sélectionné pour être utilisé auprès de la population générale.

Le SADD présente les mêmes avantages que l'ADS mais, contrairement à lui, il peut être utilisé sans avoir à débours des frais de droits d'auteur²⁷. Il comporte 15 items et peut être auto-administré ou utilisé en entrevue²⁸. Il possède de bonnes qualités psychométriques, notamment la fidélité, la validité de construit et la validité convergente²⁹. Cependant, l'absence de scores de sensibilité et de spécificité demeure une limite de ce test.

Le SADD retiendra notre attention puisqu'il est bref, suffisamment validé et sans frais d'utilisation.

3.2.3 Les instruments pour aider au diagnostic de la dépendance aux drogues

En ce qui concerne l'existence d'outils standardisés appropriés pour faire le diagnostic de troubles associés à la consommation de drogues, le choix est plus limité. Nous nous heurtons d'abord à la diversité des substances consommées. D'un point de vue puriste, il faudrait autant de tests que de produits consommés. Ces tests existent et, à titre d'exemple, nous pouvons nommer le « Severity of Opiate Dependence Questionnaire »³⁰ visant à évaluer la sévérité de la dépendance aux opiacés ou le « Severity of Amphetamine Dependence Questionnaire »³¹ évaluant la sévérité de la dépendance aux amphétamines. Quoique fort intéressants, ces examens sont trop nombreux et inutilisables dans un contexte d'évaluation rapide de la clientèle rencontrée en intervention de première ligne. Nous devons nous orienter vers des examens non spécifiques d'une drogue permettant ainsi polyvalence et simplicité d'utilisation. Trois examens rencontrent ces critères. Nous retrouvons le « Drug Abuse Screening Test »^{32,33}, le « Severity of Dependence Scale »³⁴ et le « Leeds Dependence Questionnaire »³⁵.

Le *Drug Abuse Screening Test* (DAST) est certainement l'outil le plus utilisé et pour lequel nous avons le plus d'informations concernant sa fidélité et sa validité. Ses questions ciblent divers aspects de l'abus et de la dépendance, mais il est conçu pour dépister et ne devrait pas être utilisé à des fins diagnostiques³². De plus, le fait que des frais (si minimes soient-ils) soient associés à son utilisation nous incite à l'éliminer.

Le *Severity of Dependence Scale* (SDS) a été conçu pour mesurer le degré de dépendance à différentes drogues. Ce test bref est composé de cinq items, chacun d'eux mesurant des éléments psychologiques de la dépendance³⁴. Contrairement au DAST, qui concerne la consommation de toutes drogues confondues, le SDS est conçu pour que l'individu y réponde en pensant à une substance particulière, quitte à reprendre autant de fois la série de cinq questions en fonction du nombre de substances jugées problématiques. Les études réalisées en Angleterre et en Australie démontrent la validité de ce test pour mesurer la sévérité de la dépendance à l'héroïne, à la cocaïne, aux amphétamines^{34,36}, au cannabis³⁷ et aux benzodiazépines³⁸.

Le *Leeds Dependence Questionnaire* est composé de dix items et est identique au SDS dans sa facture. L'individu y répond en pensant à une seule substance. Tout comme le SDS, ses questions ciblent strictement les aspects liés à la dépendance³⁵. Cet examen a toutefois reçu moins d'attention, ayant surtout été utilisé auprès de consommateurs d'alcool³⁹ et d'opiacés³⁵. Aucune étude ne nous permet d'évaluer sa sensibilité et sa spécificité au regard du diagnostic psychiatrique de dépendance à divers produits.

Le SDS semble donc le plus approprié : extrêmement bref, passablement validé auprès de consommateurs de divers produits (cannabis, amphétamines, héroïne, cocaïne et benzodiazépines), l'outil a en plus le mérite d'être sans frais d'utilisation.

3.2.4 Les instruments pour aider au diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues

Plusieurs questionnaires normalisés évaluent les conséquences de la consommation, mais nous n'avons pas trouvé de test conçu pour faire le diagnostic d'abus de substances conformément aux critères du DSM-IV. L'I.G.T. mentionné précédemment est un de ces instruments utiles pour évaluer de façon détaillée les conséquences de la consommation sur plusieurs aspects de la vie, mais il ne sert pas spécifiquement à poser le diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues.

4. INTERVENTIONS DE PREMIÈRE LIGNE

4.1 Les principes des interventions

Cette étape a pour but d'offrir à la personne des services adaptés au diagnostic et à la sévérité du problème. Le principe consiste à utiliser des approches efficaces tout en favorisant l'intervention la plus « légère » possible en fonction de la sévérité du problème.

4.2 Les approches et programmes

Les « conseils », les « programmes de consommation contrôlée » et « l'entrevue motivationnelle » sont souvent décrits sous le vocable « d'interventions brèves ». Malgré leurs différences, elles comportent rarement plus de six contacts entre la personne et le professionnel, d'où le qualificatif de « brève » par opposition aux traitements habituels de la toxicomanie qui peuvent être beaucoup plus longs. Les deux premières approches sont adaptées aux personnes qui ont une consommation d'alcool à risque sans dépendance. L'approche motivationnelle, pour sa part, peut être utile pour aider les personnes dépendantes à l'alcool.

4.2.1 Les conseils

Dans la majorité des cas, cette démarche implique que l'intervenant ou le clinicien (généralement un médecin en contexte de pratique générale de première ligne) :

- o aide la personne à FAIRE UNE PRISE DE CONSCIENCE ;
- o lui DONNE LE CONSEIL de réduire sa consommation.

L'acronyme « FRAMES »^{40,41} résume la stratégie des conseils communément proposée aux médecins pour aider les personnes à changer leur comportement à l'égard de l'alcool :

- o « Feed-back » : revoir les problèmes que vit la personne à cause de la consommation d'alcool (en utilisant des tests objectifs) ;
- o « Responsibility » : considérer que changer la consommation d'alcool est la responsabilité de la personne ;
- o « Advice » : donner le conseil de réduire la consommation ou de s'abstenir de boire ;
- o « Menu » : proposer différents moyens pour changer le comportement ;
- o « Empathy » : utiliser une approche empathique ;
- o « Self-efficacy » : encourager l'optimisme quant à la possibilité de changer le comportement.

Cette intervention ne dure que quelques minutes⁵. Parfois, le clinicien donne un « counseling » plus important et remet du matériel à lire (guides, dépliants, etc.). Cette dernière approche est souvent désignée sous le terme de bibliothérapie⁴⁰.

Le dépistage et les conseils prodigués par les médecins aux personnes qui boivent trop sans être dépendantes de l'alcool ont démontré leur efficacité, notamment dans l'étude multicentrique de l'Organisation mondiale de la santé citée précédemment⁵ et dans une grande étude clinique randomisée américaine⁴².

4.2.2 Les programmes de consommation contrôlée

Les programmes de consommation contrôlée sont généralement des interventions cognitives-comportementales brèves dont la stratégie principale est l'auto-enregistrement des consommations avec parfois l'obligation d'une période initiale de deux semaines d'abstinence. Les modalités et la durée varient d'un programme à l'autre. Le recrutement se fait sur une base volontaire et l'intervention est offerte aux personnes qui consultent spécifiquement pour un problème de consommation d'alcool⁴³⁻⁴⁵.

Alcochoix est l'un de ces programmes. Il s'adresse à des personnes qui boivent de 15 à 35 consommations par semaine, qui ne sont pas dépendantes de l'alcool et qui n'ont pas de problèmes graves secondaires à leur consommation. Les personnes ont le choix entre trois formules. Selon la formule autonome, la personne reçoit un guide qu'elle utilise seule. La personne qui bénéficie de la formule dirigée reçoit le même guide et rencontre un intervenant à deux reprises. Dans la formule de groupe, les personnes participent à six rencontres de groupe, chacune d'une durée d'une heure et demie. Le programme a été évalué dans le cadre d'un projet pilote réalisé à Edmonton. Les participants ont réduit leur consommation moyenne hebdomadaire de moitié (de 22 par semaine à 11 par semaine). Il n'y avait pas de différence selon la formule utilisée (autonome, dirigée, de groupe). L'étude ne comprenait pas de groupe témoin pour comparer l'efficacité du programme à l'absence d'intervention⁴³.

D'autres recherches évaluatives qui ont porté sur les interventions cognitives-comportementales brèves ont comparé celles-ci avec d'autres traitements spécialisés et ont démontré une efficacité comparable à réduire la consommation⁴⁴.

Par ailleurs, une étude réalisée en contexte de médecine familiale a montré des effets similaires pour trois types d'interventions brèves auprès de buveurs à risque : conseils brefs par le médecin (5 minutes), deux sessions de 30 minutes où le médecin utilise des méthodes cognitives-comportementales et deux sessions de 30 minutes où une infirmière utilise des méthodes identiques. Les auteurs concluent qu'il est possible que le fait qu'une personne soit soumise à des tests de dépistage et d'évaluation soit suffisant pour réduire la consommation. Il se peut aussi que les conseils et dépliants soient plus efficaces qu'on le pense. Finalement, l'effet serait le même que les conseils soient prodigués par un médecin ou une infirmière⁴⁶.

Tel qu'il est mentionné précédemment, la « consommation à risque » de drogues illégales n'est pas définie et, à notre connaissance, il n'existe pas d'intervention préventive spécifique pour diminuer la consommation à des niveaux de faible risque et éviter les problèmes associés à ce comportement.

4.2.3 L'entrevue motivationnelle

Le « Programme de recherche en toxicomanie de l'hôpital Douglas » a réalisé plusieurs recherches sur l'utilisation de questionnaires normalisés et d'interventions brèves pour les personnes qui présentent des problèmes associés à l'alcool. Contrairement aux autres « interventions brèves » mentionnées précédemment, celles-ci sont des approches thérapeutiques qui peuvent s'adresser à des personnes dépendantes de l'alcool et viser l'abstinence. L'entrevue motivationnelle est une de ces interventions brèves qui est utilisée en milieu spécialisé.

Une recherche menée par des chercheurs de Montréal vise à vérifier si cette approche est aussi applicable en contexte de première ligne. Elle est réalisée dans deux CLSC, particulièrement auprès de patients qui ont peu de dépendance à l'alcool (T. Brown, communication personnelle). Ce projet de recherche s'inspire d'une recherche américaine qui a démontré une efficacité comparable entre les approches motivationnelles, les approches cognitives-comportementales et les thérapies facilitant la participation aux groupes d'entraide⁴⁷.

L'entrevue motivationnelle est un type d'interventions brèves. Elle inclut, entre autres, les six ingrédients mentionnés précédemment sous l'acronyme FRAMES. Dans l'étude en CLSC, la première étape (feed-back) est réalisée à l'aide d'outils normalisés et d'un support informatique. L'approche se divise en deux grandes phases : la première consiste à faire un portrait de la situation en tentant de faire progresser la personne vers une décision de changement et la seconde vise à consolider la décision de changement et à initier les actions. La durée de l'intervention varie généralement entre une et six rencontres⁴⁸. L'entrevue motivationnelle s'appuie, entre autres, sur le modèle du changement proposé par Prochaska et DiClementi⁴⁹. Cette forme de traitement prend la personne là où elle est dans le cycle de changement et tente de faciliter son évolution vers des étapes se rapprochant de l'action et du maintien du comportement souhaité.

5. RÉFÉRENCE

5.1 Les principes de la référence

Le clinicien ou l'intervenant de première ligne peut vouloir référer une personne à des ressources spécialisées parce qu'il considère qu'elle a besoin d'une évaluation plus élaborée. Il peut aussi référer un individu qui présente des problèmes sévères, comme la dépendance aux substances, pour qu'il reçoive des traitements spécialisés. C'est souvent le clinicien ou l'intervenant qui présente les options de traitement et qui réfère la personne aux services appropriés⁵⁰. Skinner, en 1990, soutenait que le traitement de l'alcoolisme est plus efficace que l'absence d'intervention et que toutes les approches ont une efficacité comparable⁵¹. Ces constats semblent encore s'appliquer près de dix ans plus tard⁴⁷.

Le processus de référence représente une transition au cours de laquelle le plan de traitement risque d'être abandonné. Le clinicien de première ligne est responsable d'assurer la continuité des services tout au long du processus de référence⁵⁰. Il arrive qu'il soit responsable d'assurer le suivi de la personne après le traitement.

5.2 Un exemple d'organisation de la référence : le PAJT

Dans la région de Québec, il est apparu nécessaire aux intervenants qui travaillent auprès des adolescents de trouver des solutions aux problèmes de l'accès à des ressources spécialisées et à celui de l'absence de continuité et de complémentarité des services entre les organismes. C'est ainsi que le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, les organismes communautaires Portage Québec et le Centre Jean Lapointe pour adolescent(e)s Québec ainsi que le Centre jeunesse de Québec et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ont défini une trajectoire de services pour les jeunes ayant des problèmes de toxicomanie.

Le « Programme Accès Jeunesse en Toxicomanie » (PAJT)⁵² favorise l'intégration des interventions de première ligne avec celles offertes par les ressources spécialisées. Il permet également d'assurer la complémentarité entre les services spécialisés eux-mêmes. Ceci est possible grâce à l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation communs ainsi qu'à la création d'un guichet unique pour l'évaluation spécialisée et l'accès aux services de deuxième ligne en toxicomanie.

Les intervenants de première ligne utilisent la « Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents » pour distinguer les jeunes qui ont besoin de services spécialisés de ceux qui peuvent bénéficier de services de première ligne.

Selon la trajectoire de services prévue dans le programme, toute demande d'accès à des ressources spécialisées est d'abord adressée au coordonnateur du programme. Le jeune est évalué par un intervenant en toxicomanie au moyen de « l'I.G.T.-adolescents » pour connaître les conséquences de la consommation et le niveau de dépendance. Ensuite, il est

orienté vers les services appropriés à ses besoins en fonction de critères d'appariement précis. Ainsi, le jeune peut avoir accès à l'une ou l'autre des ressources spécialisées en toxicomanie pour les adolescents ou encore être suivi par des ressources non spécialisées. Ces dernières bénéficieront du support de ces mêmes ressources spécialisées si nécessaire⁵².

6. L'IMPLANTATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN TOXICOMANIE

6.1 Les écrits sur l'acceptabilité de ces pratiques par les médecins

Les écrits abondent pour justifier l'utilisation d'outils normalisés pour mettre en évidence la consommation d'alcool et pour convaincre les médecins d'offrir du « counseling » aux personnes à risque. On estime, en effet, que 20 % des personnes qui consultent dans les hôpitaux et les cliniques sont à risque ou ont des problèmes associés à l'alcool⁵³. Ainsi, si les médecins et les intervenants utilisaient ces interventions brèves et peu coûteuses, ils pourraient avoir un impact important sur la santé de la population⁵¹.

Pourtant, la réalité est loin de l'idéal. Les propos des médecins semblent paradoxaux. Ceux-ci reconnaissent l'importance de la problématique de la toxicomanie, questionnent les personnes sur leur consommation, veulent des outils normalisés, mais il n'est pas certain qu'ils vont les utiliser. Une étude américaine sur le dépistage des problèmes liés à l'alcool au moment de l'admission des patients dans un hôpital universitaire montre que, bien qu'il y ait certaines informations sur la consommation d'alcool consignées dans la majorité des dossiers, moins de 15 % des médecins résidents et des infirmières ont accepté d'utiliser un questionnaire normalisé (d'environ 20 questions et d'une durée de 3 minutes)⁵⁴.

Des chercheurs canadiens⁵⁵ ont, pour leur part, étudié la perception des médecins de famille au regard de l'usage d'alcool et de tabac. Par des entrevues et des « focus-groups », ils ont constaté que les participants considèrent qu'il est de leur rôle de médecin de famille d'identifier la consommation d'alcool et d'intervenir dans le contexte d'une approche holistique de la médecine. Ils identifient cependant des barrières importantes pour jouer ce rôle. Outre les obstacles habituels de contraintes de temps, de manque d'incitatif financier pour la prévention, les médecins sont préoccupés par l'idée de questionner les patients sur ce sujet tabou et ont peu confiance en leur capacité d'influencer le comportement de consommation⁵⁵.

Cette dernière étude s'inscrit dans un projet de formation pour soutenir les médecins dans l'identification et la prise en charge de patients qui boivent, fument ou adoptent des habitudes de vie qui constituent des facteurs de risque pour divers problèmes de santé. Les résultats de l'étude ont rendu les auteurs ambivalents quant à l'utilisation de protocoles, notamment celui du Collège des médecins de famille (projet ARAI⁹). D'une part, les protocoles permettent aux médecins d'aborder la question de la consommation d'alcool sans utiliser des critères arbitraires. D'autre part, la résistance des médecins à faire passer des questionnaires normalisés à tous les patients est réelle et doit être reconnue. D'autres stratégies devraient être développées pour s'assurer que la consommation d'alcool est évaluée. Les auteurs suggèrent donc que, si les formateurs souhaitent présenter une approche standardisée de la détection et de la prise en charge de la consommation d'alcool, les protocoles soient ajustés aux croyances et aux besoins individuels des médecins⁵⁵.

Fleming⁵⁶ attribue le manque d'adhésion des médecins à ces pratiques à différentes causes, notamment la formation insuffisante, l'absence de modèle en cours de formation, le manque d'évaluation de la pratique, les normes de pratique qui ne tiennent pas compte de l'usage d'alcool et, finalement, le fonctionnement des cliniques. Il propose de corriger cet état de fait par les mêmes stratégies utilisées pour favoriser les changements de pratique pour les autres problèmes de santé : formation en groupe, éducation par des collègues réputés (« opinion leaders »), rétroaction sur la performance, formation individualisée dans les milieux cliniques, incitatifs financiers⁵⁶.

Le modèle des étapes de changement expliquant comment les personnes changent leurs comportements de consommation pourrait aider à comprendre comment les cliniciens changent leurs comportements cliniques, et comment les milieux de pratique modifient leurs comportements organisationnels. Il n'existe pas de façon simple pour aborder le problème de cette manière et on en est plutôt à un stade de développement de connaissances⁵⁷.

Les connaissances sur l'intervention de première ligne en toxicomanie proviennent de la recherche en médecine clinique. Il est fort probable que les conclusions de ces recherches s'appliquent à des types de pratique de première ligne autres que la médecine, notamment aux disciplines psychosociales. Les mêmes recommandations s'appliqueraient pour favoriser le dépistage, l'évaluation et l'intervention en toxicomanie auprès des autres professionnels.

6.2 La situation du dépistage et de l'évaluation en toxicomanie dans la région de Québec

En février 1998, un état de situation concernant les outils de dépistage et d'évaluation en toxicomanie a été réalisé dans la région de Québec⁵⁸. Au total, 210 questionnaires ont été complétés par des individus ou des groupes de personnes qui proviennent du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, départements de pédiatrie ou psychiatrie du CHUQ, cliniques médicales, unités de médecine familiale, Centre jeunesse de Québec), des organismes communautaires, du réseau de l'éducation (éducateurs en prévention de la toxicomanie) ou encore du ministère de la Sécurité publique. Il s'agit d'un portrait exploratoire qui n'a pas de prétention de représentativité.

Globalement, la majorité des professionnels posent des questions sur la consommation de psychotropes, mais ils sont très rares à utiliser des questionnaires normalisés. Lorsqu'une personne qui consulte présente un problème, les professionnels de la santé (professionnels de CLSC ou médecins) et ceux des organismes communautaires poursuivent la démarche d'évaluation et interviennent ou s'occupent de la référence. Dans les autres milieux, les professionnels évaluent la consommation et ses conséquences et réfèrent si nécessaire. Dans tous les milieux, on souhaite un outil régional. Il doit être simple, bref, adapté à la clientèle; il ne doit pas être un obstacle à la relation thérapeutique et les intervenants doivent disposer du temps nécessaire pour l'utiliser.

Les gestionnaires en santé mentale des CLSC abondent dans le même sens. Lors d'une rencontre tenue en 1999, ils ont manifesté des préoccupations quant à l'utilisation des questionnaires normalisés. Les personnes consultent au CLSC pour des problèmes divers et complexes. C'est pourquoi les professionnels se font de plus en plus proposer de questionner systématiquement toutes les personnes pour dépister différentes problématiques (exemples : violence conjugale, problèmes liés à l'alcool). Il peut devenir difficile pour eux de prendre en compte toutes ces recommandations tout en respectant les contraintes de temps qui leur sont imposées.

Un outil de recherche de cas en toxicomanie doit donc être court et facile à intégrer dans la pratique courante et il n'est pas certain qu'il puisse être utilisé de façon systématique avec toute la clientèle⁵⁸.

7. RECOMMANDATIONS POUR LA RÉGION DE QUÉBEC

L'état de situation met en évidence que les problématiques, les instruments de dépistage et d'évaluation ainsi que l'organisation des services spécialisés sont différents pour les adolescents et les adultes. De plus, alors que les approches et les programmes réalisés en première ligne ont été expérimentés auprès d'adultes (Alcochoix en est un exemple), nous n'en avons pas identifié qui l'ont été auprès des jeunes. Ces différences entre les jeunes et les adultes justifient de présenter séparément les recommandations.

7.1 Les recommandations pour la clientèle adulte

- ***Pour le dépistage***

La recension des écrits et l'état de situation réalisé dans la région révèlent clairement la difficulté de faire la recherche de cas au sens strict du terme, c'est-à-dire d'administrer un questionnaire à toutes les personnes qui consultent, peu importe la raison de consultation, dans le but d'identifier celles qui ont une consommation à risque ou problématique de substances psychotropes. Si un questionnaire normalisé est proposé aux intervenants, ils veulent qu'il soit court et facile à utiliser.

Le meilleur questionnaire validé pour la recherche de cas de consommation à risque ou problématique d'alcool est l'AUDIT. Si des cliniciens veulent l'utiliser, il s'agit certainement d'un bon choix. Toutefois, avec ses 10 questions, ce test est probablement trop long pour la majorité des contextes de services de première ligne. D'ailleurs, malgré les recommandations faites aux médecins canadiens, ils utilisent peu ce test. Nous croyons donc peu réaliste de proposer cet instrument aux cliniciens de CLSC ou d'autres milieux.

- ***Pour l'évaluation de première ligne***

Même si nous ne pouvons pas proposer actuellement de faire du dépistage au sens de la recherche de cas, il n'en demeure pas moins que les cliniciens de première ligne questionnent la consommation d'alcool et de drogues de plusieurs personnes qui les consultent. Ces cliniciens ont aussi à évaluer suffisamment la consommation pour pouvoir décider à qui ils proposent de consulter des services spécialisés et à qui ils offrent des services dans leurs milieux. Pour ces raisons, des membres du comité se sont mis à la tâche afin de créer, à partir de questionnaires existants, un instrument qui répondrait à un ensemble de besoins.

- o La possibilité d'intégrer des questions sur la consommation d'alcool et de drogues aux questions usuelles portant sur les habitudes de vie.
- o La différenciation, parmi les cas identifiés, des personnes ayant besoin de services de première ligne de celles pouvant bénéficier de services spécialisés en toxicomanie.

- o La possibilité d'offrir une évaluation de la toxicomanie suffisamment élaborée pour les services de première ligne.
- o L'absence de frais d'utilisation des instruments, si minimes soient-ils.

En tenant compte de ces divers paramètres, les auteurs ont créé le « Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool/Drogues (DÉBA-A/D)⁵⁹. Le DÉBA, tant dans ses versions « alcool » que « drogues », permet d'identifier divers types de consommation : la consommation présentant peu de risque, la consommation à risque, la consommation problématique et celle associée à un diagnostic probable d'abus ou de dépendance.

Ces tests en série comportent d'abord des questions de quantité et de fréquence de consommation. La démarche se termine à cette étape pour les personnes dont les réponses suggèrent une consommation à faible risque.

Pour les autres, la démarche se poursuit par une évaluation en première ligne au moyen des questionnaires sur la dépendance (SADD pour la dépendance à l'alcool et le SDS pour la dépendance aux diverses drogues). Elle est ensuite complétée par un questionnaire portant sur les conséquences de la consommation dans les diverses sphères de vie et associé au diagnostic d'abus de substances. Ce dernier questionnaire a été créé par les auteurs puisque aucun questionnaire bref n'avait pu être identifié.

Bien que cette procédure n'ait pas subi toutes les études de validation, notamment sur la traduction des tests pour mesurer la dépendance et sur les questions portant sur les problèmes, nous estimons qu'elle est suffisamment validée pour bonifier la pratique courante. De plus, elle semble être très bien adaptée aux besoins des milieux d'intervention. Une préexpérimentation de l'instrument dans la région de Chaudière-Appalaches révèle une excellente réception de la part des coordonnateurs des services cliniques et des cliniciens eux-mêmes. Un manuel d'utilisation accompagne l'instrument⁵⁹.

Le but principal du DÉBA est que la clientèle soit orientée correctement vers un niveau de services approprié à la sévérité de la consommation d'alcool ou de drogues. Idéalement, les personnes ayant une consommation à risque ou problématique sont suivies en première ligne et les personnes dépendantes sont orientées vers des services spécialisés. Évidemment, la réalité n'est pas toujours aussi simple. Les intervenants de première ligne ont aussi à composer avec des personnes qui présentent un problème sévère mais qui ne veulent pas travailler cet aspect de cette problématique. Certains cas de consommation problématique sans dépendance sont aussi vus en ressources spécialisées. Nous croyons, toutefois, que le DÉBA a l'avantage d'être simple, de préciser la situation et de permettre une meilleure communication entre les intervenants des divers niveaux de services.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel des connaissances, de proposer à tous les milieux d'utiliser le DÉBA pour faire de la recherche de cas auprès de tous les adultes qui consultent. Si les intervenants de certains milieux cliniques souhaitent l'utiliser de cette façon, il serait préférable de le faire dans un contexte de projet pilote. Ceci permettrait de

vérifier si les seuils de quantité-fréquence sont suffisamment sensibles et spécifiques pour servir à la recherche de cas.

Nous recommandons que le DÉBA soit utilisé pour l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues en première ligne.

- ***Pour l'intervention***

Le clinicien de première ligne adapte l'intervention à la situation globale de la personne et à ses besoins. Les principales interventions de première ligne qu'il peut offrir aux consommateurs à risque ou problématiques sont de leur prodiguer des conseils, de leur proposer de participer au programme Alcochoix ou encore de les suivre au moyen d'approches motivationnelles.

Certains cliniciens de première ligne sont formés et outillés pour donner des conseils aux adultes qui ont une consommation à risque d'alcool. L'implantation généralisée du programme Alcochoix dans les CLSC de la région de Québec vient aussi élargir la gamme de services disponibles. Ces services s'adressent toutefois à des personnes motivées. Les autres personnes auraient avantage à se voir offrir des approches motivationnelles brèves. Certains médecins et certains intervenants sont déjà compétents dans ces approches, mais il pourrait y avoir avantage à offrir de la formation. Également, les expériences réalisées à Montréal sur les approches motivationnelles en CLSC nous guideront sur les façons de mettre en place de tels services dans la région de Québec.

Nous recommandons de former des intervenants aux approches motivationnelles en fonction de leurs besoins et à la lumière des recherches réalisées à Montréal.

- ***Pour la référence***

Les personnes chez qui le DÉBA suggère la présence de problèmes ou de dépendance peuvent, si elles le désirent, être référées en milieu spécialisé pour y bénéficier d'une évaluation plus poussée. Il est important que les intervenants sachent qu'un résultat positif au « questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool » (SADD) ou à « l'échelle de sévérité de la dépendance » (SDS) ne signifie pas nécessairement que la personne est dépendante aux psychotropes. Une entrevue plus approfondie, en milieu spécialisé, serait nécessaire pour confirmer un tel diagnostic. Les intervenants des centres de réadaptation utilisent l'I.G.T. pour décrire la gravité de la toxicomanie. Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un diagnostic, cette compréhension en profondeur de la toxicomanie de la personne permet de définir le plan d'intervention.

La démarche pour faciliter l'accès aux ressources spécialisées aux adolescents, soit le programme PAJT, n'a pas été réalisée pour la clientèle adulte. Des mécanismes d'accès, comme le guichet unique ou encore d'autres modèles d'organisation, pourraient améliorer l'accessibilité des services en toxicomanie et assurer la continuité et la complémentarité entre les services de première ligne et les ressources spécialisées pour les adultes.

Nous recommandons de mettre en place des mécanismes pour définir une trajectoire de services entre les services de première ligne et les ressources spécialisées.

7.2 Les recommandations pour la clientèle adolescente

Les services de première ligne pour les adolescents sont définis dans le « Programme Accès Jeunesse en Toxicomanie » (PAJT)*.

- ***Pour l'évaluation de première ligne***

La « Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents », développée par des chercheurs du RISQ, est le questionnaire actuellement recommandé aux intervenants de première ligne de la région de Québec pour distinguer les jeunes qui ont besoin de services spécialisés de ceux qui peuvent bénéficier de services de première ligne.

- ***Pour l'intervention***

Il n'existe actuellement aucun programme spécifique pour intervenir en première ligne auprès de jeunes qui ont une consommation problématique. Certains intervenants ont développé des approches qui tiennent compte de la spécificité des adolescents. L'intervention vise souvent à contrôler et à régler les problèmes qui y sont associés plutôt qu'à cesser complètement la consommation. Une formation sur la toxicomanie chez les jeunes a été offerte aux intervenants de la région de Québec en 1998-1999. Il est nécessaire de suivre le développement des connaissances dans ce domaine.

- ***Pour la référence***

Selon la trajectoire de services prévue dans le « Programme Accès Jeunesse en Toxicomanie », toute demande d'accès à des ressources spécialisées est d'abord adressée au coordonnateur du programme. Ensuite, le jeune est évalué par un intervenant spécialisé en toxicomanie au moyen de « l'I.G.T.-adolescents ». Ce questionnaire, trop long et trop spécialisé pour être utilisé par la majorité des intervenants de première ligne, sert à évaluer les conséquences de la consommation et le niveau de dépendance.

Ensuite, l'adolescent est orienté vers les services appropriés à ses besoins en fonction de critères d'appariement précis. Ainsi, il peut avoir accès à l'une ou l'autre des ressources spécialisées en toxicomanie pour adolescents ou encore être suivi par des intervenants non spécialisés. Ceux-ci peuvent avoir le soutien de ces ressources spécialisées, si nécessaire.

* Voir page 18, 4^e paragraphe. Pour plus de détails voir : RRSSS DE QUÉBEC, (2000), « Projet Accès Jeunesse en Toxicomanie-PAJT ». Québec, 10 pages⁵².

Nous recommandons de compléter la démarche pour faire connaître la trajectoire de services du « Programme Accès Jeunesse en Toxicomanie » à l'ensemble des cliniciens et des autres intervenants qui oeuvrent auprès des jeunes de la région de Québec.

RECOMMANDATIONS

- Utiliser le DÉBA pour l'évaluation de première ligne en toxicomanie.
- Former des intervenants aux approches motivationnelles en fonction de leurs besoins et à la lumière des recherches réalisées à Montréal.
- Mettre en place des mécanismes pour définir une trajectoire de services entre les services de première ligne et les ressources spécialisées pour les adultes.
- Compléter la démarche pour faire connaître la trajectoire de services du « Programme Accès Jeunesse en Toxicomanie » à l'ensemble des cliniciens et des autres intervenants qui oeuvrent auprès des jeunes de la région de Québec.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1996), "*DSMIV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition*". Paris : Masson.
2. BONDY SJ, RHEM J, ASHLEY MJ, WALSH G, SINGLE E, ROOM R, (1999), "Low-risk Drinking Guidelines : The Scientific Evidence", *Canadian Journal of Public Health*, 90:264-270.
3. SANTÉ CANADA, (1998), "Enquête nationale sur la santé de la population". Ottawa. Cité dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Profil canadien 1999, chapitre 2, pages 17-75.
4. FOWLER G, AUSTOKER J, (1997), "Screening", In : Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS, *The Practice of Public Health, Oxford Textbook of Public Health, 3rd edition, volume 3*, Oxford, Oxford University Press, pages 1583-1601.
5. BABOR TF, GRANT M, (1994), "A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care : a summary of a WHO project", *Addiction*, 89:657-659.
6. HAGGERTY JL, (1994), "Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counseling des buveurs à risque". In : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, pages 556-568.
7. RHEM J, GREENFIELD TK, WALSH G, XIE X, ROBSON L, SINGLE E, (1999), "Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm : a sensitivity analysis", *International Journal of Epidemiology*, 28:219-224.
8. SOBELL LC, SOBELL MB, (1995), "Alcohol Consumption Measures". In : NIAAA, *Assessing Alcohol Problems*. Bethesda, USDHHS, Public Health Services, National Institute of Health, pages 55-73.
9. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, (1994), "Risques associés à la consommation d'alcool : évaluation et intervention (Projet ARAI)", 61 pages.
10. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, (1995), "The Physicians Guide to Helping Patients With Alcohol Problems", Bethesda, National Institute of Health, 12 pages.
11. COLUMBUS M, ALLEN JP, (1995), "Introduction to Assessing Alcohol Problems". *Assessing Alcohol Problems*. Bethesda, USDHHS, Public Health Services, National Institute of Health, pages vii-ix.
12. SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR, GRANT M, (1993), "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II", *Addiction*, 88:791-804.
13. MACKENZIE DM, LANGA A, BROWN TM, (1996), "Identifying Hazardous or Harmful Alcohol Use in Medical Admissions : a Comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST", *Alcohol and Alcoholism*, 31:591-599.

14. BOHN MJ, BABOR TF, KRANZLER HR, (1995), "The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) : Validation of a Screening Instrument for Use in Medical Settings", *Journal of Studies on Alcohol*, 56:423-432.
15. KRISTEN B, KIVLAHAN DR, McDONELL MB, FIHN SD, BRADLEY KA, (1998), "The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C), An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking", *Archives of Internal Medicine*, 158:1789-1795.
16. BROWN RL, LEONARD T, SAUNDERS LA, PAPASOULIOTIS O, (1998), "The Prevalence and Detection of Substance Use Disorders among Inpatients Ages 18 to 49 : An Opportunity for Prevention", *Preventive Medicine*, 27:101-110.
17. COONEY NL, ZWEBEN A, FLEMING MF, (1995), "Screening for Alcohol Problems and At-Risk Drinking in Health-Care Settings". In : Hester RK, Miller WR, eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches* : Allyn and Bacon, pages 45-60.
18. SKINNER HA, (1999), "The Drug Abuse Screening Test (DAST) : Guidelines for Administration and Scoring (Draft)". Toronto: Department of Public Health Sciences, University of Toronto.
19. CONNORS GJ, (1995), "Screening for Alcohol Problems". In : NIAAA, *Assessing Alcohol Problems*. Bethesda, USDHHS, Public Health Services, National Institute of Health, pages 17-29.
20. GERMAIN M, GUYON L, LANDRY M, (1999), "Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents - Notes explicatives à l'intention des utilisateurs" RISQ-Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec.
21. MAISTO SA, MCKAY JR, (1995), "Diagnosis". In : NIAAA, ed. *Assessing Alcohol Problems*. Bethesda, USDHHS, Public Health Services, National Institutes of Health, pages 41-54.
22. BERGERON J, LANDRY M, ISHAK I, VAUGEOIS P, TRÉPANIÉ M, (1992), "Validation d'un instrument de validation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)" : RISQ-Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec.
23. McLELLAN A, LUBORSKY L, O'BRIEN C, WOODY G, (1980), "An improved diagnostic instrument for substance abuse patients : The Addiction Severity Index.", *J Nerv Ment Dis*, 128:26-33.
24. HAMEL-JUTRAS N, (1996), "Présentation de l'I.G.T. dans un contexte clinique francophone", *Psychotropes*, 2:67-74.
25. GERMAIN M, LANDRY M, BERGERON J, (2000), "Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents, Version 3" : RISQ-Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec, 15 pages.
26. STOCKWELL TR, MURPHY D, HODGSON R, (1983), "The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire : Its use, reliability and validity", *British Journal of Addiction*, 78:145-155.

27. RAISTRICK D, DUNBAR G, DAVIDSON R, (1983), "Development of a questionnaire to measure alcohol dependance", *British Journal of Addiction*, 78:89-95.
28. JORGE MR, MASUR J, (1985), "The Use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients", *British Journal of Addiction*, 80:301-305.
29. DAVIDSON R, RAISTRICK D, (1986), "The Validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire : a short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependance", *British Journal of Addiction*, 81:217-222.
30. SUTHERLAND G, EDWARDS G, TAYLOR C, PHILLIPS GT, GOSSOP M, BRADY R, (1986), "The measurement of opiate dependence", *British Journal of Addiction*, 81:485-494.
31. CHURCHILL AC, BURGESS PM, PEAD J, GILL T, (1993), "Measurement of the severity of amphetamine dependence", *Addiction*, 88:1335-1340.
32. SKINNER HA, (1982), "The Drug Abuser Screening Test", *Addictive Behaviors*, 7:363-371.
33. SKINNER HA, ALLEN BA, (1982), "Alcohol dependence syndrome : Measurement and validation", *Journal of Abnormal Psychology*, 91:199-209.
34. GOSSOP M, SHANE D, GRIFFITHS P, *et al.*, (1995), "The Severity of Dependence Scale (SDS) : psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users", *Addiction*, 90:607-614.
35. RAISTRICK D, BRADSHAW J, TOBER G, WEINER J, (1994), "Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) : A questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package", *Addiction*, 89:563-572.
36. TOPP L, MATTICK RP, (1997), "Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine use", *Addiction*, 92:839-845.
37. SWIFT W, COPPELAND J, HALL W, (1998), "Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence", *Addiction*, 93:1681-1692.
38. DE-LA-CUEVAS C, SANZ E-J, DE-LA-FUENTE J-A, PADILLA J, BERENGUER J-C, (2000), "The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence : SDS validation study", *Addiction*, 95:245-250.
39. LENNINGS CJ, (1999), "An evaluation of the Leeds Dependence Questionnaire", *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8:73-87.
40. BIEN TH, MILLER WR, TONIGAN JS, (1993), "Brief Interventions for alcohol problems", *Addiction*, 88:315-335.
41. O'CONNOR P, SCHOTTENFELD RS, (1998), "Patients with Alcohol Problems", *New England Journal of Medicine*, 338:592-602.
42. FLEMING MF, BARRY KL, MANWELL LB, JOHNSON K, LONDON R, (1997), "Brief Physician Advice for Problem Alcohol Drinkers, A Randomized Controlled Trial in Community-Based Primary Care Practices", *Journal of the American Medical Association*, 277:1039-1045.

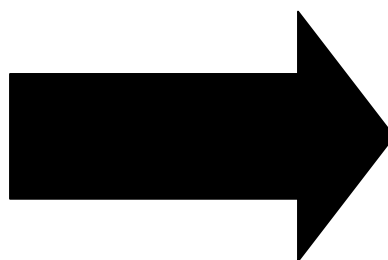
43. ROBSON E, EDWARDS J, PREDY G, MILLS K, (1995), "Drinking Decisions, A Prevention Program for Problem Drinkers", Edmonton, Capital Health Authority, Public Health Services.
44. SANCHEZ-CRAIG M, ANNIS HM, BORNET AR, MACDONALD KR, (1984), "Random Assignment to Abstinence and Controlled Drinking : Evaluation of a Cognitive-Behavioral Program for Problem Drinkers", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52:390-403.
45. SANCHEZ-CRAIG M, (1994), "C'est assez", Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 82 pages.
46. MCINTOSH MC, LEIGH G, BALDWIN NJ, MARMULAK J, (1997), "Reducing alcohol consumption, Comparing three brief methods in Family Practice", *Canadian Family Physician*, 43 :1959-1967.
47. PROJECT MATCH RESEARCH GROUP, (1997), "Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity : Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes", *Journal of Studies on Alcohol*, 58:7-29.
48. ROSSIGNOL V, (1999), "L'entrevue motivationnelle : une approche novatrice de la toxicomanie", *L'intervenant*, 15:8-15.
49. PROCHASKA JO, DICLEMENTI CC, NORCROSS JC, (1992), "In Search of How People Change, Applications to Addictive Behaviors", *American Psychologist*, 47:1102-1114.
50. BOTELHO RJ, NOVAK S, (1993), "Dealing with Substance Misuse, Abuse and Dependency", *Substance Abuse*, 20:51-70.
51. SKINNER HA, (1990), "Spectrum of drinkers and intervention opportunities", *Canadian Medical Association Journal*, 143:1054-1059.
52. RRSSS DE QUÉBEC, (2000), "Projet Accès Jeunesse en Toxicomanie-PAJT". Québec, 10 pages.
53. FLEMING MF, MANWELL LB, BARRY KL, JOHNSON K, (1998), "At-Risk Drinking in an HMO Primary Care Sample : Prevalence and Health Policy Implications", *American Journal of Public Health*, 88:90-93.
54. MCCRADY BS, RICHTER SS, MORGAN TJ, SLADE J, PFEIFER C, (1996), "Involving Health Care Workers in Screening for Alcohol Problems", *Journal of Addictive Diseases*, 15:45-58.
55. RUSH BR, POWELL LY, CROWE TG, ELLIS K, (1995), "Early Intervention for Alcohol Use : Family Physicians Motivations and Perceived Barriers", *Canadian Medical Association Journal*, 152:863-869.
56. FLEMING MF, (1997), "Strategies to Increase Alcohol Screening in Health Care Settings", *Alcohol Health and Research World*, 21:340-347.
57. BOTELHO RJ, RICHMOND R, (1996), "Secondary prevention of excessive alcohol use : assessing the prospects of implementation", *Family Practice*, 13:182-193.

58. GAUDREAU A, (1998), "Rapport du comité sur les outils de dépistage et d'évaluation de la toxicomanie à la RRSSS de Québec, État de situation : compilation des questionnaires", Québec.
59. TREMBLAY J, ROUILLARD P, APRIL N, SIROIS M, (2001), "DÉBA-A/D Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool/Drogues, manuel d'utilisation, version 1.2", Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, Québec, 29 pages.



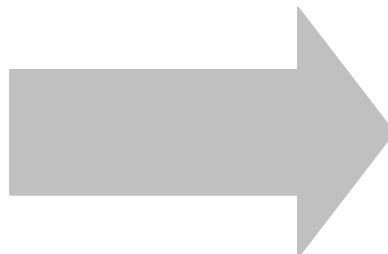
1

Grille de dépistage de
consommation
problématique pour
adolescents et
adolescentes



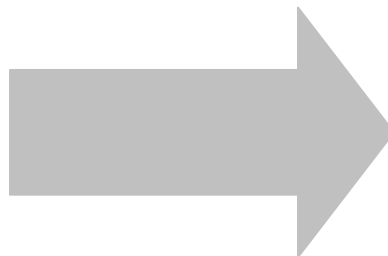
2

Dépistage / évaluation du
besoin d'aide –
Alcool/Drogues
(DÉBA-A/D)



3

Programme Accès
Jeunesse en Toxicomanie
(PAJT)



4

Liste de ressources en
toxicomanie dans la
région de Québec



5

Sites sur la toile qui
pourraient vous être
utiles



NON-DISPONIBLE

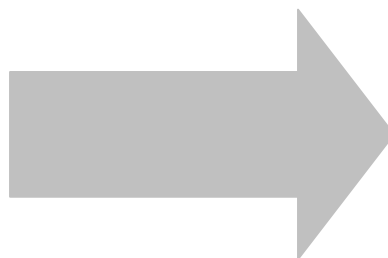
**Pour toute information concernant
cette annexe**

Veuillez communiquer avec le RISQ
Mme France Fortin
1-514-385-3490
www.cicc.umontreal.ca/risq-cirasst



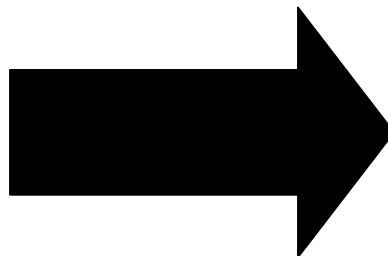
1

Grille de dépistage de
consommation
problématique pour
adolescents et
adolescentes



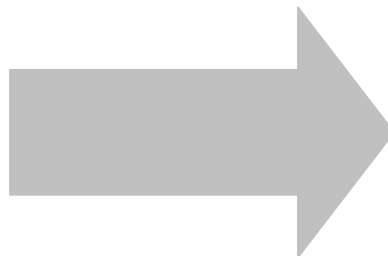
2

Dépistage / évaluation du
besoin d'aide –
Alcool/Drogues
(DÉBA-A/D)



3

Programme Accès
Jeunesse en Toxicomanie
(PAJT)



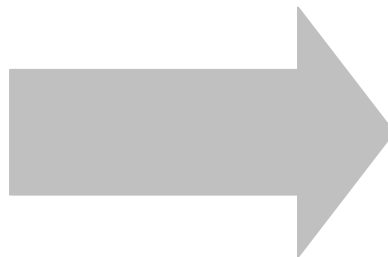
4

Liste de ressources en
toxicomanie dans la
région de Québec



5

Sites sur la toile qui
pourraient vous être
utiles



NON-DISPONIBLE

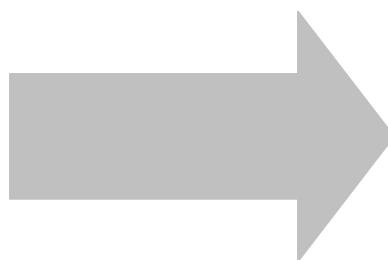
**Pour toute information concernant
cette annexe**

Veuillez communiquer avec le RISQ
Mme France Fortin
1-514-385-3490
www.cicc.umontreal.ca/risq-cirasst



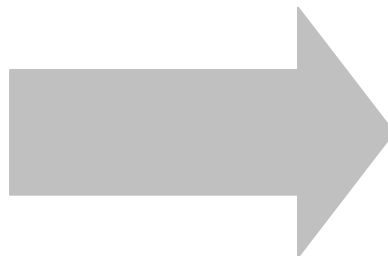
1

Grille de dépistage de
consommation
problématique pour
adolescents et
adolescentes



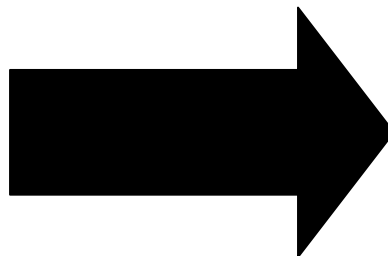
2

Dépistage / évaluation du
besoin d'aide –
Alcool/Drogues
(DÉBA-A/D)



3

Programme Accès
Jeunesse en Toxicomanie
(PAJT)



4

Liste de ressources en
toxicomanie dans la
région de Québec



5

Sites sur la toile qui
pourraient vous être
utiles



Programme accès jeunesse



Région de Québec

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source est mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
525, boul. Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec)
G1M 2S8

Tél. : (418) 529-5311

Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2000

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2000

ISBN 2-921332-77-9

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CRUV	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CJLAQ	Centre Jean Lapointe pour adolescent(e)s Québec
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
PAJT	Projet accès jeunesse en toxicomanie
CLSC	Centre local de services communautaires
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec

TABLE DES MATIÈRES

1.	HISTORIQUE.....	3
2.	OBJECTIS DU PROJET.....	4
2.1	Objectifs généraux.....	4
2.2	Objectifs spécifiques.....	4
3.	STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT	5
3.1	Comité aviseur	5
3.2	Comité clinique	5
3.3	Chercheur	5
3.4	Coordonnatrice	6
3.5	Équipe d'évaluateurs	6
3.6	Secrétariat.....	6
4.	BILAN PROVISOIRE.....	6
4.1	Trajectoire de services	6
4.2	Outils.....	7
4.3	Critères d'appariement	7
4.4	Standard au regard des délais.....	8
4.5	Bilan des séances d'information	8
4.6	Clientèle rejointe.....	9
4.7	Indicateurs reliés au monitoring du PAJT.....	9
4.8	Conditions de succès.....	10

ANNEXES

1. Trajectoire de services
2. Outils d'évaluation
 - Dépistage RISQ
 - IGT adolescents
3. Critères d'appariement
4. Bilan provisoire

1. HISTORIQUE

La région de Québec compte trois ressources spécialisées en toxicomanie pour les 12-18 ans :

- **Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve** opère un centre de jour de 12 places et offre des services externes dans les points de services des CLSC.
- **Le Centre Jean Lapointe pour adolescents de Québec** offre 14 places d'hébergement.
- **Portage St-Damien** dispose de 32 places d'hébergement dans la région Chaudière-Appalaches avec services d'évaluation et post-cure à Québec.

Notons que le **Centre Jean Lapointe pour adolescents** et **Portage St-Damien** desservent aussi une clientèle supra régionale.

Le Centre jeunesse de Québec, principal partenaire dans la dispensation des services pour adolescent(e)s, a mis sur pied, avec le support de Portage, une unité spécialisée en toxicomanie dont la capacité est de 12 places (le *Dôme*). Pour les autres jeunes hébergés, le Centre jeunesse, en concertation avec le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, offre également un programme d'action concertée en toxicomanie dispensé en internat.

Les réflexions entourant le **Projet accès jeunesse en toxicomanie** (PAJT) ont débuté à l'automne 1996 suite à la mise sur pied d'une table de concertation des ressources spécialisées en toxicomanie s'adressant aux mineurs. En 1997, le Centre jeunesse de Québec présente son projet de création d'une unité spécialisée s'adressant à une clientèle non volontaire; le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve présente aussi un projet, soit celui de l'implantation d'un centre de jour pour adolescents. Une réflexion s'imposait donc, en concertation avec les autres ressources, pour rendre tous ces services complémentaires et cohérents.

Ce processus a mis en évidence certaines faiblesses du réseau des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes dont la principale était, plus souvent qu'autrement, un fonctionnement en vase clos. Les conséquences qui découlaient de ce mode de fonctionnement étaient nombreuses : absence de coordination à l'accès, outils d'évaluation différents, duplication des évaluations, absence de critères d'appariement, méconnaissance ou connaissance inappropriée par le réseau de première ligne des ressources spécialisées, sous-utilisation des ressources spécialisées en toxicomanie et délais d'accès variables.

En 1998-1999, les nouveaux services en toxicomanie pour les jeunes sont mis sur pied et il est rapidement constaté que l'ensemble des ressources spécialisées en toxicomanie pour les jeunes ne sont pas utilisées de façon optimale et ce, bien que tous les partenaires (CLSC, écoles, ressources communautaires) soient informés de l'existence de celles-ci. À l'opposé, le Centre jeunesse de Québec se dit débordé par l'expansion de cette problématique chez la clientèle qu'il dessert.

La réflexion des partenaires en toxicomanie, supportée par la Régie régionale de Québec, s'oriente donc sur la définition d'une trajectoire de services, sur le choix d'outils de dépistage et d'évaluation communs, ainsi que sur la faisabilité de créer un système de guichet unique pour l'accès aux ressources spécialisées en toxicomanie pour les jeunes de la région 03.

C'est ainsi qu'en octobre 1999, avec l'appui de la Régie régionale, les ressources spécialisées, de façon consensuelle et avec beaucoup d'ouverture d'esprit, décident d'élaborer un projet expérimental d'une durée d'un an afin de vérifier ces hypothèses. Un budget de 72 000\$ est alors dégagé à même le surplus du CRUV et il est décidé du même coup d'embaucher une personne à temps complet pour coordonner le PAJT.

2. OBJECTIFS DU PROJET

2.1 Objectifs généraux

- Utiliser de façon optimale les services de réadaptation qui sont disponibles au CRUV, au Centre Jean Lapointe pour adolescents, à Portage St-Damien et à l'unité *Dôme* du Centre Jeunesse de Québec.
- Améliorer la coordination et l'accès aux services de réadaptation spécialisés en toxicomanie pour les jeunes qui se présentent eux-mêmes ou qui sont référés par leurs parents, les écoles, les organismes communautaires et les CLSC.

2.2 Objectifs spécifiques

- Élaborer une trajectoire de services.
- Utiliser un outil d'évaluation commun pour l'ensemble des ressources.
- Proposer un outil de dépistage commun pour l'ensemble des ressources de première ligne.
- Mettre en place un mécanisme régional pour coordonner l'accès et l'évaluation au regard des services spécialisés en toxicomanie.
- Créer un guichet d'accès unique.

- Formuler et faire adopter par les organismes impliqués des standards quant aux délais d'évaluation et d'accès aux ressources spécialisées.
- Développer des critères d'appariement au regard de chacune des ressources spécialisées à partir de l'outil d'évaluation.
- Effectuer le monitoring du projet et des clientèles.
- Informer et supporter les partenaires au regard de la référence et des services à fournir pour assurer la cohérence et la continuité.
- S'assurer de rendre disponible des activités de support à la clientèle en attente de services.

3. STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT

3.1 Comité aviseur

Un comité aviseur, composé des coordonnateurs et/ou directeurs de chacune des ressources spécialisées, se réunit chaque mois afin d'effectuer la gestion du PAJT et de voir à son développement. De façon harmonieuse, les différentes décisions se prennent en consensus. Le conseiller au programme toxicomanie de la Régie régionale peut se joindre au comité, au besoin.

3.2 Comité clinique

Un comité clinique, composé d'un responsable mandaté par chacune des ressources spécialisées, se rencontre également chaque mois et davantage selon les besoins. Un des premiers mandats de ce comité a été d'établir des critères d'appariement pour l'orientation dans les ressources, en lien avec l'outil d'évaluation IGT adolescents. L'étude des dossiers litigieux au regard de l'orientation fait également partie du mandat du comité. Chaque membre est responsable de présenter sa ressource lors des séances d'information dans le réseau et aux partenaires impliqués dans la trajectoire de services; il agit également à titre d'agent de liaison pour le PAJT dans sa ressource.

3.3 Chercheur

Le chercheur du CRUV soutient le PAJT. Son mandat consiste à identifier des indicateurs et à développer un système de saisie de données pour le monitoring du projet. Il collabore à l'évaluation et il supporte l'implantation des outils informatisés y étant reliés.

3.4 Coordonnatrice

Une coordonnatrice à temps complet s'occupe, quant à elle, d'implanter le projet et de veiller à son bon fonctionnement. Elle reçoit les demandes d'évaluation, s'assure que celles-ci sont faites dans les délais établis, valide les résultats et l'orientation suggérée et, finalement, coordonne les inscriptions dans les différentes ressources. Le monitoring de la clientèle référée (dates d'entrée et de sortie, raisons du départ) ainsi que l'animation du comité clinique font également partie de ses fonctions.

3.5 Équipe d'évaluateurs

Une équipe d'évaluateurs formés à utiliser l'outil d'évaluation IGT adolescents et aux critères d'appariement répond, pour sa part, aux demandes d'évaluation reçues au PAJT. Rattachés à une ressource spécialisée en toxicomanie ceux-ci doivent, suite à l'évaluation du client, transmettre les informations au référent et à la coordonnatrice du PAJT. Bien que les évaluateurs répondent aux demandes dans leurs ressources respectives, le jeune peut être orienté, selon les critères d'appariement, dans une autre ressource pour son traitement. Des évaluateurs à la pige, provenant des listes de rappel des différentes ressources, sont également utilisés pour assurer le respect des délais établis; ils peuvent se déplacer, au besoin, pour effectuer une évaluation.

Le référent reçoit donc un profil de gravité de la consommation et des problèmes qui y sont associés, ainsi que l'identification de la ressource qui répond aux besoins du jeune. Notons que le transfert d'information est effectué avec l'autorisation écrite de l'adolescent (14 ans+). Le référent peut alors informer les parents et voir à motiver le jeune, s'il y a lieu.

3.6 Secrétariat

Une secrétaire supporte le projet à raison d'une journée par semaine.

4. BILAN PROVISOIRE

4.1 Trajectoire de services

La Régie régionale de Québec et la Table de concertation des services spécialisés en toxicomanie pour les mineurs souhaitent que tous les intervenants, qui détectent une problématique de toxicomanie chez les adolescents, s'inscrivent dans une trajectoire unique de services.

La Régie régionale de Québec et le comité aviseur du PAJT ont donc développé une trajectoire de services, cohérente et continue, en lien constant avec les besoins de l'adolescent. Celle-ci s'adresse à tout intervenant qui, suite à un dépistage, identifie une problématique de surconsommation chez l'adolescent. Cette trajectoire (annexe I) a été proposée à l'ensemble des partenaires et adoptée par ces derniers.

4.2 Outils

Les ressources spécialisées en toxicomanie avaient convenu d'utiliser le même outil d'évaluation pour leur clientèle. Elles se sont entendues pour le choix de l'outil d'évaluation IGT adolescents (annexe II).

L'IGT adolescents (indice de gravité d'une toxicomanie) est une version française de l'ASI (Addiction Severity Index) développée aux États-Unis. La version québécoise fut développée et validée par le RISQ¹ pour fin d'utilisation avec une clientèle adolescente. Cet outil vise à évaluer la gravité des problèmes pour lesquels le jeune a besoin d'aide. Plus précisément, il permet d'évaluer chez les adolescents la consommation de substances psychoactives et les problèmes biopsychosociaux qui y sont associés.

Le PAJT s'était aussi donné comme mandat de proposer un outil commun de dépistage aux partenaires en toxicomanie du réseau de première ligne. L'outil de dépistage élaboré par le RISQ (annexe II) leur a été proposé et fut adopté. Cet instrument de dépistage a été développé pour les intervenants de première ligne qui souhaitent utiliser un outil rapide et validé sur le plan scientifique, leur permettant de dépister les adolescents ayant une consommation abusive d'alcool et/ou de drogue. Étant donné ses liens étroits avec l'IGT adolescents, il s'utilise avantageusement dans un continuum avec cet outil d'évaluation et ce, en suivant la trajectoire de services.

4.3 Critères d'appariement (annexe III)

Les ressources spécialisées en toxicomanie accueillent une clientèle ayant des besoins différents auxquels doivent correspondre des programmes et services distincts.

Les critères d'appariement ont été élaborés dans le but d'orienter l'adolescent, aux prises avec une problématique de consommation, vers la ressource la plus appropriée et ce, en lien avec ses besoins. Pour y arriver, chaque sphère de l'IGT adolescents a été analysée afin de bien identifier

¹ Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec.

certaines thèmes permettant d'établir des distinctions entre les ressources. Il est apparu essentiel, lors de l'orientation d'un client, d'utiliser l'ensemble de l'information provenant de l'IGT adolescents, en lien avec l'ensemble des critères d'appariement, et non de s'en tenir uniquement à un thème ou deux pour effectuer une orientation appropriée et pertinente.

La pratique indique que l'appariement se fait principalement en fonction du type et de la durée d'encadrement, plutôt qu'en fonction des approches cliniques utilisées dans les ressources. À cet égard, les ressources sont très complémentaires; le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve offre des services externes en points de services de CLSC et opère un centre de jour offrant des services intensifs d'une durée de 12 semaines avec un suivi de durée variable. Le Centre Jean Lapointe pour adolescents dispense des services d'hébergement et de thérapie pour une période de 8 semaines avec un suivi post-cure de 7 mois. Portage St-Damien, quant à lui, offre des services de réadaptation avec hébergement de 4 à 6 mois et suivi post-cure d'une année. Finalement, l'unité de réadaptation du Centre jeunesse de Québec, le *Dôme*, s'adresse à une clientèle judiciairisée et non volontaire, et ce, pour une durée de séjour variant habituellement entre 4 à 12 mois.

Le développement d'une grille d'appariement, s'appliquant à toutes les ressources, a évidemment nécessité une collaboration étroite et une grande ouverture d'esprit de la part des partenaires impliqués. Une connaissance approfondie de chacun des services et de l'outil d'évaluation auquel on se réfère, a permis de bâtir une grille qui soit pertinente sur le plan clinique. En cours d'utilisation, des ajustements ont été apportés pour en assurer la fiabilité et la validité.

4.4 Standard au regard des délais

L'équipe d'évaluateurs répond aux demandes d'évaluation acheminées au PAJT. Les délais établis par le PAJT pour répondre à ces demandes s'établissent à 48 heures lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence ou d'une semaine pour toute autre situation. À ce jour, nous avons pu respecter ces critères. Les délais pour l'accès aux services restent toutefois à déterminer. Notons qu'actuellement, l'accès aux ressources spécialisées s'effectue rapidement.

4.5 Bilan des séances d'information

L'implantation d'un tel projet requiert non seulement la collaboration des ressources spécialisées en toxicomanie mais également celle de divers intervenants et partenaires de première ligne. Ce sont des référents importants pour le dépistage; leur implication est donc primordiale dans le succès de PAJT et leur sensibilisation est un préalable essentiel.

Des rencontres d'une demi-journée chacune ont permis de présenter le PAJT, la trajectoire de services, les outils d'évaluation, les ressources spécialisées et, finalement, de définir avec ces ressources les modalités de partenariat. Ainsi, de janvier à juin 2000, la coordonnatrice du projet et le comité clinique ont rencontré tous les partenaires soit : les commissions scolaires, le Centre jeunesse de Québec, les CLSC, le service de pédopsychiatrie du CHUQ et les organismes communautaires. La présentation du PAJT a reçu jusqu'à maintenant un accueil très favorable et même enthousiaste dans plusieurs cas. Nous aurons donc tenu 18 rencontres d'information et rejoint près de 425 intervenants d'ici la fin juin.

4.6 Bilan provisoire (annexe IV)

À ce jour, 321 jeunes ont été rejoints dans le cadre de ce projet. Si la tendance se maintient, nous prévoyons rejoindre au moins 400 jeunes au cours de la première année d'opération. Au-delà de 50% des références provenaient du Centre jeunesse de Québec et 25% des milieux scolaires. Il faut cependant préciser que les rencontres avec les CLSC et les organismes communautaires ne se termineront qu'à la fin de juin. Actuellement,

- 87% (278/321) des jeunes qui ont été évalués dans le cadre de ce projet ont nécessité l'aide d'une ressource spécialisée;
- 76% (210/278) d'entre eux ont reçu des services spécialisés en lien avec leurs besoins, selon les critères d'appariement;
- 25% (68/278) des jeunes évalués n'étaient pas disposés à entreprendre une démarche dans une ressource spécialisée.

4.7 Indicateurs reliés au monitoring du Projet accès jeunesse en toxicomanie

Le suivi du projet se fait à partir des indicateurs de mesure suivants :

- Nombre de jeunes rejoints par le PAJT.
- Profil socio-démographique et de gravité en toxicomanie (IGT adolescents).
- Source de référence de la clientèle.
- Évaluation de la justesse des critères d'appariement.
- Résultats du PAJT au regard des objectifs établis.

4.8 Conditions de succès

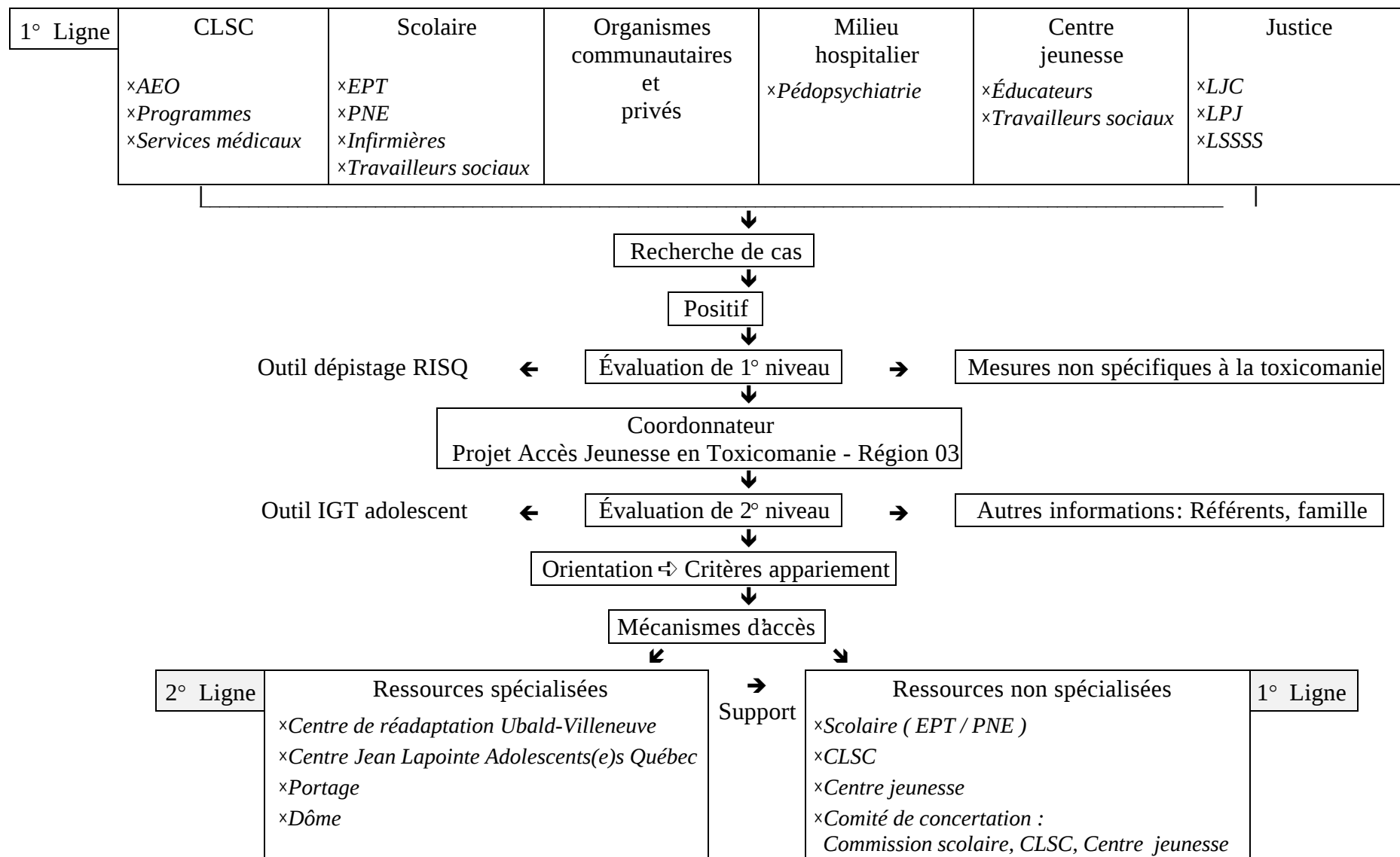
Le succès remporté jusqu'à présent dans l'actualisation de ce projet repose sur les éléments suivants :

- Volonté politique commune et travail de collaboration et de concertation.
- Confiance réciproque.
- Implication des ressources spécialisées au niveau des directions et du personnel clinique.
- Implication des intervenants de 1^{re} ligne.
- Appui de la Régie régionale.
- Outils communs d'évaluation.
- Critères d'appariement.
- Embauche d'une coordonnatrice.
- Support en secrétariat.
- Financement approprié.

Annexe I

TRAJECTOIRE DE SERVICES

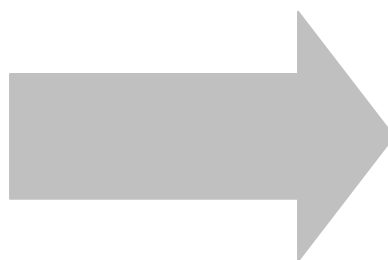
Trajectoire de services





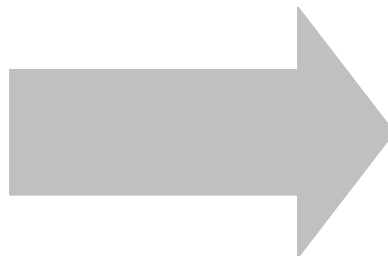
1

Grille de dépistage de
consommation
problématique pour
adolescents et
adolescentes



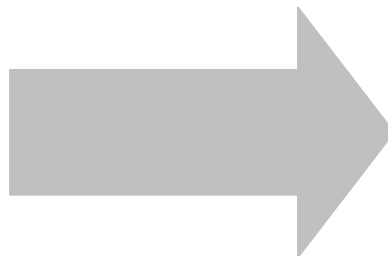
2

Dépistage / évaluation du
besoin d'aide –
Alcool/Drogues
(DÉBA-A/D)



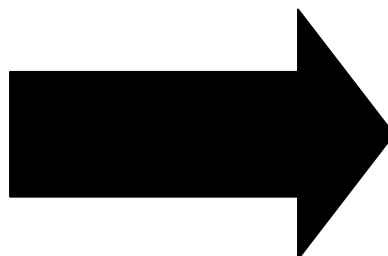
3

Programme Accès
Jeunesse en Toxicomanie
(PAJT)



4

Liste de ressources en
toxicomanie dans la
région de Québec



5

Sites sur la toile qui
pourraient vous être
utiles



LISTE DE RESSOURCES EN TOXICOMANIE DANS LA RÉGION DE QUÉBEC

Février 2001

Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

2525, de la Canardière, Beauport, G1J 2G3

Tél.: 663-5008 Fax : 663-6575

Centre Jean Lapointe

1, Ave du Sacré-Cœur, Québec, G1N 2W1

Tél.: 523-1218 Fax : 523-0210

Portage-Québec

150, rue St-Joseph Est, Québec, G1K 3E4

Tél.: 524-0320 Fax : 524-4129

Maison d'entraide L'Arc-en-Ciel

346, rue de L'Église, Québec, G1K 8Z7

Tél.: 522-2915 Fax : 522-7710

Maison de Lauberivière

401, rue St-Paul, Québec, G1K 3X3

Tél.: 694-9316 Fax : 694-7902

Maison L'Espérance

1271, rue Green, Ste-Foy, G1W 3M4

Tél.: 658-2362 Fax : 658-3356

Maison La Licorne

3364, rue Rochambeau, Ste-Foy, G2X 2G6

Tél.: 656-6256 Fax : 656-1859

Maison de Job

5855, Ste-Geneviève, Val Bélair, G3K 1A7

Tél.: 842-3078 Fax: 842-2854

Maison Le Rucher

Résidence Honoré-Beaugrand, 4960, rue Honoré-Beaugrand, St-Augustin G3A 1T9

Tél.: 872-0110 Fax: 872-6099

Villa St-Léonard

525, rue Principale, St-Léonard, G0A 4A0

Tél.: 337-8808 Fax : 337-8803

Résidence Le Portail

1240, route Fossambault, St-Augustin, G3A 1W8

Tél.: 878-2867 Fax : 878-3668

Au Seuil de L'Harmonie

2A, rue de L'Église, Beauport, G1C 2C4

Tél.: 660-7900 Fax: 660-7818

Centre CASA

4920, Pierre Georges Roy, St-Augustin, G3A 1V7

Tél.: 871-8380 Fax: 871-8352

Centre communautaire L'Amitié

59, rue Notre Dame des Anges, Québec, G1K 3E4

Tél.: 522-5719 Fax: 522-0737

Domrémy Clermont

157, rue Lapointe, Clermont, G4A 1J4

Tél.: 439-2359 Fax : idem

Vision d'Espoir de Sobriété

63, boul. Leclerc, Baie St-Paul, G0A 1B0

Tél.: 435-2332 Fax: 435-6181

Ressources Génésis Charlevoix

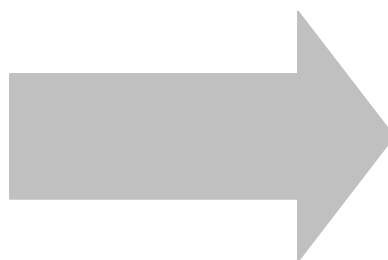
367, St-Etienne – C.P. 238, La Malbaie, G5A 1T7

Tél.: 665-3912 Fax: 665-7569



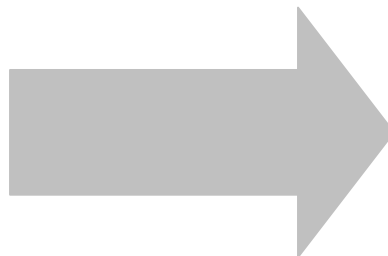
1

Grille de dépistage de
consommation
problématique pour
adolescents et
adolescentes



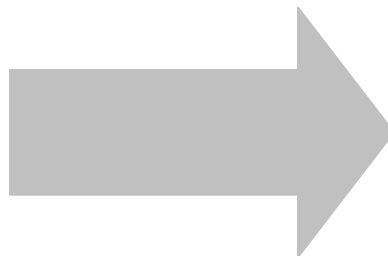
2

Dépistage / évaluation du
besoin d'aide –
Alcool/Drogues
(DÉBA-A/D)



3

Programme Accès
Jeunesse en Toxicomanie
(PAJT)



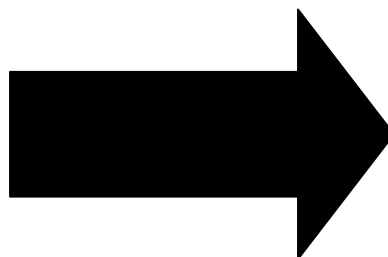
4

Liste de ressources en
toxicomanie dans la
région de Québec



5

Sites sur la toile qui
pourraient vous être
utiles



Sites sur la toile qui pourraient vous être utiles

Addiction Research Foundation	www.arf.org
Al-Anon	www.microtec.net/poucha/alanon.index.html
Association des intervenants en toxicomanie du Québec	www.aitq.com
Association nationale des intervenants en toxicomanie (FR)	www.anit.asso.fr/
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie	www.ccsa.ca/cclat.htm
Centre de toxicomanie et de santé mentale	www.camh.net
Centre Dollard-Cormier	www.centredollardcormier.qc.ca
Chaos date exchange Base de donnée en nursing et toxicomanie	www.ping.be/chaosium
Cocainomanes Anonymes	www.ca.org/francais/index.html
Comité permanent de lutte à la toxicomanie	www.cplt.com
Éducalcool	www.educalcool.qc.ca
Fédération des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	www.fqcrpat.qc.ca
Fédération des organismes communautaires et bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanies du Québec (FOBAST)	www.cam.org/fobast/
Fédération européenne des organismes de professionnels œuvrant en toxicomanie	http://erit.org
Les Alcooliques Anonymes	www.alcoholics-anonymous.org
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec	www.msss.gouv.qc.ca
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec	http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/
Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca