UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

L'écho-TOXICO

Bulletin des programmes de toxicomanie de l'U. de S.

Vol. 11, no 1 — Janvier 2001

Le mot de Lise ...

C'est avec plaisir que je vous invite à la lecture de ce numéro de l'Écho-toxico qui fait état de plusieurs préoccupations actuelles et tente, modestement, d'y apporter un certain éclairage.

Tout le monde s'entend actuellement pour reconnaître l'importance de la réinsertion sociale des toxicomanes. Mais parle-t-on tous de la même chose en employant ce terme ? Le texte de Marie-Denyse Boivin ouvre la réflexion et nous fait entrevoir un certain nombre de pistes d'intervention concernant ce maillon important de la chaîne thérapeutique, plutôt absent actuellement du champ de l'intervention en toxicomanie.

Vous savez aussi que la question du traitement des problématiques multiples se trouve au cœur des préoccupations. En donnant la parole à des intervenants, cette fois encore, on vous présente deux expériences d'intervention, privilégiant une approche intégrée (toxicomanie-problèmes de santé mentale) afin d'éclaircir les liens entre ces problématiques et enrichir la réflexion sur les pratiques. Il s'agit du programme « Santé mentale » au Centre Dollard-Cormier et du programme du Centre régional de santé mentale pour les détenus fédéraux du Québec. Ces différentes approches s'inscrivent d'ailleurs dans un travail d'équipe dont Louise Pronovost nous campe très concrètementt certains enjeux. Enfin, ceux et celles que les sujets en émergence intéressent, liront avec attention le texte sur l'intervention auprès des proches…

Ces différents sujets constituent autant de défis à relever en matière d'intervention en toxicomanie… Permettez-moi enfin de terminer ce mot en vous invitant à vous inspirer du modèle de persévérance que fut le Père Ubald Villeneuve, pendant les 60 années qu'il consacra à l'aide aux alcooliques et toxicomanes du Québec.

Bonne lecture et profitez bien du temps des Fêtes auprès de vos familles et vos amis.

Joyeux Noël et bonne Année 2001, Lise

Lise Roy
Directrice des programmes
1er et 2e cycle en toxicomanie

Université de Sherbrooke Toxicomanie
Du Certificat à la maîtrise

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE
Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenants en toxicomanie, le Certificat permet l'acquisition de connaissances et d'habiletés de base aux plans théorique et pratique. Programme de 30 crédits, offert dans plusieurs régions du Québec, aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

Hiver 2001

Activités en cours ou nouveaux groupes dans les villes suivantes:

Sherbrooke, Longueuil, Québec, Trois-Rivières, Hull, Mont – Laurier, Amos, Rimouski.

Informez-vous : 1 800 267-8337 ou (819) 564-5245

LES PROGRAMMES DE DEUXIÈME CYCLE
Microprogrammes, diplôme et maîtrise
Intervention dans le milieu

Activités de formation visant l'acquisition de connaissances approfondies et une réflexion sur les pratiques professionnelles dans le but de permettre un transfert des connaissances. Accessibles aux praticiens en exercice et détenteurs d'un baccalauréat. Possibilités de microprogrammes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme de (30 crédits) ainsi que d'un cheminement de maîtrise, en collaboration avec l'UQAM (Intervention sociale). Campus Longueuil (Complexe Saint- Charles) et Québec (Collège Merici.)

Activités offertes dans le cadre des microprogrammes, du diplôme ou de la maîtrise:

Hiver 2001

TXM-701: Toxicomanie et politiques publiques, à **Longueuil.**

TXM-702: Méthodes de recherche et d'analyse, à **Longueuil et à Québec.**

TXM -743 : Séminaire en intervention individuelle, à **Longueuil.**

TXM -713 : Doubles problématiques et toxicomanie, à **Québec.**

Informez-vous : 1 877-670-4090 ou (450) 670-7685.

LA FORMATION SUR MESURE
Partenariat avec l'AITQ

Activités de formation ponctuelles (une journée) sur des thèmes d'actualité en toxicomanie, créées à partir des besoins exprimés par les intervenants et donnant accès à une attestation universitaire UEC (unité d'éducation continu). Ouverts aux praticiens concernés par le sujet. Campus Longueuil et Québec.

Formations à venir :

Hiver 2001

L'évaluation d'activités en toxicomanie, 26 janvier, à **Longueuil.**

Gestion expérientielle, 9 février, à **Québec.**

Mise à jour sur les substances psychotropes, 16 février, à **Longueuil.**

L'intervention auprès des proches : les aider, le 30 mars, à **Québec.**

Éthique et relation d'aide, le 20 avril, à **Longueuil.**

Inscription : AITQ : 1-888-686-3271 ou (450) 646-3271

Université de Sherbrooke
Programmes et formation en toxicomanie

Pour toutes informations supplémentaires

• Sherbrooke : (819) 564-5245, ou froux@courrier.usherb.ca

• Longueuil : Sans frais le 1 877 670-4090 ou hcroteau@courrier.usherb.ca

Site Web toxicomanie : http : //www.usherb.ca/toxicomanie

Réinsertion sociale en toxicomanie

Réflexions brèves sur une réalité complexe

Pour celui ou celle qui observe l'évolution du champ de la recherche et de l'intervention en toxicomanie, il peut être frappant de constater à quel point les idées et les pratiques évoluent rapidement vers une meilleure compréhension de la toxicomanie d'abord, vers le développement d'actions plus nombreuses et plus diversifiées ensuite, vers la mise en place d'un arrimage plus grand entre la recherche et l'intervention. Il est tout aussi étonnant de remarquer que malgré les efforts de recherche, des ambiguïtés demeurent encore quant à la signification réelle du terme de réinsertion sociale. La question qui se pose en fait est la suivante : que fait-on lorsque l'on fait de la réinsertion sociale ? Comme le souligne Hesbeen (1994), le manque de clarification « ne facilite pas la modélisation et peut rendre la discipline imperméable au repérage et à la compréhension de son champ réel d'intervention par tous les acteurs concernés » (p. 45). Nous souhaiterions partager ici quelques réflexions inspirées par nos travaux de recherche dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes toxicomanes. En fait, nous aimerions parcourir le chemin qui va de la réinsertion à la réintégration en posant la question de la finalité première de la réinsertion, soit la question de l'autonomie. Nous tenterons finalement d'appuyer notre propos par quelques résultats de recherche que nous avons obtenus auprès de personnes toxicomanes et de personnes présentant des troubles mentaux.

La réinsertion, maillon important de la chaîne thérapeutique

Depuis quelques années, la réinsertion sociale des toxicomanes constitue un leitmotiv important pour de nombreux services ou organismes tant des milieux institutionnels que communautaires. Par exemple, dans son programme cadre en matière de toxicomanie, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997) souligne l'importance de l'étape de la réinsertion dans la démarche de réhabilitation d'une personne toxicomane. Dans ce document, la réinsertion sociale est présentée comme une étape aussi fondamentale de la réhabilitation des personnes toxicomanes que celles de la désintoxication et de la réadaptation. Elle se situe d'ailleurs sur un continuum de services sur la chaîne thérapeutique dont le dernier maillon est la réintégration sociale. La réinsertion se définit aussi en fonction des finalités à atteindre, soit de rendre la personne la plus autonome possible dans les sphères psychorelationnelle, sociocommunautaire et socioprofessionnelle, et ce, avant même qu'elle ne réintègre à nouveau la vie en société. Certes, les besoins en matière de réinsertion sociale pour les personnes toxicomanes varient selon leur degré de désinvestissement des sphères personnelle, conjugale, familiale, professionnelle et communautaire. Pour celles dont le désinvestissement est moindre, la réintégration en société se fait avec plus de facilité. Ainsi, après la phase de désintoxication (qui permet à la personne de recouvrer une certaine partie de son autonomie face aux substances psychotropes consommées) et celle de réadaptation (qui poursuit l'objectif d'autonomie de la phase précédente en misant cette fois sur le processus de changement sur les plans psychologique et social), plusieurs personnes toxicomanes peuvent intégrer leurs milieux de vie sans aucune aide particulière. Par contre, celles dont le niveau d'affiliation sur un ou plusieurs de ces plans est minimal, doivent consolider ces liens et rebâtir plusieurs pans de leur vie. La réinsertion sociale consiste dès lors à aider cette personne à développer ou à consolider les unes après les autres les compétences requises pour la vie en société. Ces préalables acquis, la personne pourra entamer par la suite un processus de réintégration en se créant un réseau social dans sa communauté d'appartenance, en acquérant et en consolidant d'autres compétences qui lui permettront de mener à bien ses activités (de loisirs, de travail ou d'études), en adoptant un nouveau style de vie dans lequel elle pourra atteindre à la fois ses objectifs de vie et ceux de sa société d'appartenance.

De la désaffiliation à la réintégration sociale, vers le recouvrement de l'autonomie

Le développement de la toxicomanie et de la désaffiliation s'inscrit dans une trajectoire biographique propre à chaque personne. Quelquefois, la désaffiliation dans l'une ou l'autre sphère de la vie sociale et professionnelle s'est constituée lentement à travers le temps en empruntant le parcours de la toxicomanie. À d'autres moments, c'est la consommation qui est venue se greffer à la trajectoire d'une personne déjà en voie de désaffiliation. Castel (1994) décrit les contours de ces zones d'affiliation et de désaffiliation en les situant dans un contexte de profondes mutations des modes d'insertion sociale et professionnelle. Ainsi, un individu qui bénéficie d'un emploi stable et qui expérimente une insertion relationnelle forte se situerait dans la première zone, soit celle d'intégration. Par contre, celui qui entretient un lien précaire à l'emploi et qui présente une fragilité relationnelle serait considéré dans la seconde zone, soit la zone de vulnérabilité. Enfin, lorsque le lien à l'emploi de l'individu est absent et que ce dernier vit un isolement social, il se retrouve dans la zone de marginalité ou de désaffiliation. En somme, plus la personne embrasse la zone de désaffiliation, plus elle est à même de présenter des pertes d'autonomie dans l'une ou l'autre des sphères de sa vie. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant de constater que le recouvrement de l'autonomie de la personne toxicomane constitue un objectif majeur de la démarche de réinsertion. Cette autonomie s'acquiert dans les sphères psychorelationnelle, sociocommunautaire et socioprofessionnelle et sur le plan de la consommation.

L'autonomie psychorelationnelle. Elle recouvre la récupération et le développement des capacités psychologiques et relationnelles des personnes dans les diverses facettes et activités de leur vie. L'autonomie sur le plan psychorelationnel est à la base de toutes formes d'autonomie dans la mesure où la présence de ressources personnelles facilitant le rapport à autrui et au milieu est un atout contribuant à l'acquisition ou au renforcement de l'autonomie sur les autres plans (sociocommunautaire et socioprofessionnel). Il s'agit en somme du rapport de soi à l'autre dans divers contextes de vie. De plus, comme le comportement de l'individu est largement déterminé par ses interactions sociales, il va de soi que l'autonomie psychorelationnelle ne saurait être possible sans que l'individu soit conscient des divers modes d'organisation sociale dans lesquels il doit interagir et sans qu'il ajuste ses comportements en conséquence (par exemple le retrait, le conformisme, le rejet, l'adhésion).

L'autonomie sociocommunautaire. Elle englobe les démarches que la personne est en mesure de faire pour avoir accès aux différentes ressources du milieu. Elle doit aussi rendre compte de l'intégration de la personne toxicomane dans la communauté. Cette intégration soulève des difficultés de base. Ainsi, peut-on amener une personne toxicomane à s'intégrer à un nouveau réseau social sans qu'elle ait délaissé auparavant son ancien réseau, celui-là même où les risques de consommation abusive sont les plus élevés ? En amont (en prévention) comme en aval de la réadaptation (en réinsertion et en réintégration), nous devons examiner les possibilités de la personne toxicomane à se réintégrer en société sans qu'elle change de milieu de vie. L'approche de la réduction des méfaits prend tout son sens dans ce questionnement. De fait, devant l'impossibilité de certaines personnes toxicomanes de changer leur milieu de vie, il importe à la phase de la réinsertion sociale de miser, sur la sensibilisation et la formation de la personne toxicomane (et de son milieu) au regard des méfaits possibles dus à une exposition à un environnement moins propice à la réinsertion et à la réintégration sociale.

Suite à la page 3

Suite de la page 2

L'autonomie socioprofessionnelle. Elle ferait référence au potentiel de la personne vis-à-vis de sa contribution sociale au moyen du travail, ce qui peut signifier, dans certains cas, un retour aux études ou une réinsertion sur le marché du travail. Pour la plupart des personnes, l'autonomie socio-professionnelle s'acquiert par le biais d'une formation académique (sanctionnée généralement par un diplôme ou une attestation) et par l'intégration au marché du travail par un emploi. L'autonomie socioprofessionnelle signifie donc la capacité de trouver un emploi et surtout de le conserver. Pour les personnes toxicomanes plus particulièrement, cette capacité se fonde sur l'acquisition ou le renforcement de certaines habiletés qui les préparent à affronter les nombreux facteurs de stress inhérents au monde du travail. Or, le manque de stabilité en emploi des personnes toxicomanes est bien documenté par des études québécoises (entre autres, dans Boivin et al., 1998). C'est pourquoi lorsque l'on aborde cette question des clientèles plus fragilisées sur les plans scolaire et professionnel, il importe de bien cerner les profils de continuité et de discontinuité en emploi en vue de mieux comprendre le sens de la démarche d'affiliation ou de désaffiliation. Comme le souligne à juste titre Revuz (1994), il est souvent nécessaire de dénouer l'une après l'autre les difficultés d'ordre personnel et professionnel vécues par l'individu, difficultés qui affectent notamment ses rapports avec autrui et qui influencent sa capacité d'affiliation. Pour acquérir l'autonomie nécessaire sur le plan professionnel, il s'avère impératif dans la plupart des cas que ces personnes toxicomanes puissent compter sur une aide et un soutien afin d'entreprendre, puis de parachever, leur démarche de réinsertion avant même de composer avec les enjeux du milieu du travail.

L'autonomie sur le plan de la consommation. Elle concerne la capacité de l'individu à contrôler sa consommation ou à maintenir l'abstinence de toutes substances. L'autonomie qui se définirait exclusivement en fonction de l'abstinence pourrait constituer une autonomie de façade. Même si un niveau optimal de fonctionnement passe obligatoirement par l'abstinence chez certains, il faut se garder d'établir trop rapidement une équation entre abstinence et autonomie. De fait, l'autonomie n'est pas nécessairement synonyme d'abstinence, qui, elle-même, n'est pas analogue à l'indépendance : on peut être abstinent et dépendre fortement d'un cadre ou d'une personne, comme l'atteste la " guérison " de certains toxicomanes abstinents. Trop souvent d'ailleurs, les intervenants, voire les personnes elles-mêmes en démarche de réinsertion, se représentent la réinsertion et la réintégration en fonction des moyens (par exemple, devenir abstinent ou obtenir un emploi) plutôt qu'en fonction des finalités (atteindre un niveau optimal de fonctionnement autonome, tout en participant à la vie en société). Pour certains individus, actualiser son potentiel dans la société et assumer une réelle participation sociale ne pourra s'effectuer dans le cadre d'un emploi conventionnel ou dans le cadre d'un emploi tout court. En conséquence, même si la réinsertion sociale peut mener à l'autonomie puis aboutir à une réintégration sociale, elle ne s'exprime pas de la même manière pour tous.

Un éclairage par la recherche

Poursuivre la consolidation de ses liens sociaux en s'engageant dans une démarche de réinsertion comporte plusieurs enjeux pour la personne toxicomane, surtout si la drogue a constitué pour elle, dans le passé, le seul moyen de rencontrer l'autre (Pagès-Berthier, 1995). La confrontation à cette nouvelle réalité peut faire resurgir dans bien des cas des difficultés relationnelles et sociales importantes. Inscrite dans un mouvement d'avancées et de reculs, cette traversée constitue un défi de taille lorsqu'il s'agit de renouer avec soi, ses proches, le monde du travail et sa communauté. En fait, comme le soulignent certaines personnes toxicomanes en démarche de réinsertion, il s'agit d'un processus complexe entre l'individu et son environnement, un passage de soi vers l'autre (De Montigny, 1999). De fait, ce qui frappe bien souvent dans les résultats de recherches menées auprès de personnes toxicomanes, c'est de constater à quel point la trajectoire biographique d'une personne influence grandement la démarche de réinsertion qu'elle entreprend. Par exemple, dans une étude sur la réinsertion socioprofessionnelle de personnes toxicomanes effectuant un stage en atelier, nous avons observé que celles qui persévéraient et qui réussissaient le stage étaient celles qui avaient fait preuve d'une meilleure capacité d'abstinence avant le début du stage et qui avaient vécu le moins de congédiements dans leur histoire scolaire et professionnelle antérieure. Toujours dans cette étude, les personnes qui n'avaient pas donné suite à leur demande d'adhésion en stage avaient démissionné de leurs emplois antérieurs plus souvent que celles qui avaient commencé le stage. Leur histoire scolaire présentait également un profil d'abandon et d'instabilité. Ces individus présentaient de plus un profil de plus grande sévérité de leur consommation avant le stage. Autre exemple : dans une étude sur la réinsertion socioprofessionnelle des personnes présentant des troubles mentaux, on a pu constater que celles qui avaient abandonné le stage de réinsertion étaient des personnes qui, en majeure partie, avaient un état de santé mentale peu stabilisé avant l'intégration au stage. En somme, l'analyse de la trajectoire biographique d'une personne (son expérience passée) nous informe quant à sa persévérance probable au sein d'un programme de réinsertion, persévérance qui lui offre de meilleures chances de faire des gains sur les quatre plans d'autonomie. Ces résultats nous indiquent surtout qu'il faudra déployer de nombreuses stratégies si nous voulons réellement accompagner la personne dans sa quête d'affiliation.

En conclusion

Les nombreuses pratiques en matière de réinsertion des personnes toxicomanes, les différentes conceptions thérapeutiques défendues par les intervenants et les approches qui en découlent, le manque de clarté dans la définition de la réinsertion et des visées recherchées, ne facilitent pas une compréhension pleine et entière du sens (signification et orientation) de la démarche de réinsertion pour la personne toxicomane. Ainsi, la mise en place d'un langage commun constituerait très certainement un pas fort important en ce sens. Toutefois, sans positionnement de l'individu au cœur des pratiques en matière de réinsertion, l'acquisition d'un tel langage pourrait perdre tout son sens.

Marie-Denyse Boivin
Professeure-chercheure, Université Laval à Québec et Centre de recherche sur les substances psychoactives Québec (RISQ); Centre de recherche inter-universitaire sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT)

Jacques Tondreau
Professionnel de recherche, Université Laval

Références :

Boivin, M.-D. (2000). Les enjeux de l'affiliation et de la désaffiliation au marché du travail : quelques réflexions autour de l'insertion socioprofessionnelle de jeunes toxicomanes. Dans G. Fournier et M. Monette (sous la direction de), L'insertion socioprofessionnelle : un jeu de stratégie ou un jeu de hasard ? Québec, Les Presses de l'Université Laval, 90 p.

Boivin, M.-D., Leblanc, A., et Tondreau, J. (2000). Des acteurs et des pratiques en toxicomanie : évaluation d'un programme de réinsertion socioprofessionnelle. Revue canadienne de Counseling (accepté pour publication).

Boivin, M.-D., Tondreau, J., et Parent, N. (1999). L'évaluation en matière de réinsertion : le pourquoi et le comment. Avec la collaboration de Robert Baril, Robert Faulkner, André Landry et Benoît Côté. Québec et Montérégie : Régies régionales de Québec et de Montérégie.

Boivin, M.-D., Leblanc, A., et Ouellet, L. (1998). Étude d'impact du programme de réinsertion sociale par le travail offert aux personnes toxicomanes du Pavillon Saint-François-d'Assise (CHUQ). Rapport de recherche transmis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

Boivin, M.-D. et Morissette, P. (1997). *« Comment se conjuguent le personnel et le professionnel chez les jeunes toxicomanes ? »* Présentation à la journée des partenaires du RISQ, Montréal, mai 1997.

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers de recherche sociologique, 22, p.11-27.

De Montigny, M.-J. (1999). Programmation en réinsertion sociale. Avec la collaboration de Jean Dorval, Michel Drolet, Lise Ouellet. Québec : Service de réinsertion sociale du Centre de réadaptation en toxicomanie de Québec.

Hesbeen, W. (1994). La réadaptation. Dans La réadaptation. Du concept au soin. Paris : Lamarre, 37-50.

Morel, A., Hervé, F. et Fontaine, B. (1997). Soigner les toxicomanes. Paris : Dunod.

Morissette, P. et Boivin, M -D. (1999). La réalité socioprofessionnelle des toxicomanes admis dans trois centres québécois de réadaptation en toxicomanie. Rapport de recherche transmis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

Pagès-Berthier, J. (1995). Le toxique, l'autre et le non-sujet. Revue internationale en toxicomanie, Psychotropes-R.I.T., 1, 45-51.

Revuz, C. (1994). Écouter les chômeurs pour comprendre le rapport au travail ? Éducation permanente, 117, 47-67.

La parole aux intervenants...

Une réflexion sur le traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité

Les personnes qui consultent pour un problème de toxicomanie le font sans égard à leurs caractéristiques personnelles. Elles sont poussées par un inconfort et une souffrance intérieure. Elles désirent résoudre leurs difficultés liées aux substances psycho-actives car cette consommation, juxtaposée à des failles dans leur structure de personnalité, entache leur vie affective, interpersonnelle et sociale.

Le centre de réadaptation Dollard-Cormier dessert la population de l'île de Montréal. Au fil des ans, ce centre en est venu à offrir une diversité de programmes et de services afin de répondre le mieux possible aux besoins identifiés des personnes toxicomanes. Les personnes vivant simultanément des problèmes de toxicomanie et de santé mentale font partie de celles qui présentent des caractéristiques particulières et nécessitent des interventions spécifiques mieux adaptées à leurs besoins. C'est ainsi qu'est né le programme *Santé mentale* au Centre Dollard-Cormier.

Notre propos vise à décrire, d'un point de vue clinique, une partie de la clientèle rencontrée dans le cadre du programme *Santé mentale*, soit celle présentant un ou des troubles de la personnalité. À partir d'observations tirées de l'expérience clinique, nous cernerons les caractéristiques de ces clients, de leur demande d'aide et de leur façon d'être en relation. Quelques considérations quant à leur traitement seront également mises en lumière.

Description de cette clientèle

Ces clients ont habituellement entre 30 et 40 ans et la proportion d'hommes et de femmes est à peu près égale. Ils sont orientés vers notre programme lorsqu'ils répondent à certains critères de détresse psychologique : états de crise répétitifs, propension à différents «agirs» comme le passage à l'acte suicidaire ou agressif, consultation de multiples ressources (psychiatrie, centre de crises, CLSC, centres de toxicomanies, CEPJ, ressources communautaires…), insatisfaction face à l'aide reçue et demande de soulagement de leur état de désorganisation personnelle et sociale. Ils présentent principalement un trouble de la personnalité borderline, narcissique ou dépendante. Ces troubles côtoient souvent un trouble lié aux substances psychotropes, un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou anxieuse, un trouble dépressif récurrent ou encore un trouble bipolaire.

Ces clients ont des problèmes de consommation abusive d'une ou de plusieurs substances (alcool, cocaïne ou cannabis). Ils souffrent d'une grande instabilité affective, exacerbée par des composantes d'impulsivité, d'hostilité, d'agressivité ou d'humeur variable. Ils ont une fragilité relationnelle, reconnaissable par leurs conflits interpersonnels récurrents. Ils se caractérisent aussi par la présence de problèmes de distanciation, avec une tendance à la relation fusionnelle et à des attitudes de familiarité qu'ils manifestent, semble-t-il, afin d'échapper à la tension que soulève leur souffrance. Ces clients ont tendance à se dégager de la responsabilité de leur état en entraînant les intervenants dans leur manière d'être ou leur manière de réagir. On observe souvent une chronicité de leur tableau clinique, par la récurrence des états de crise, la sévérité des différents facteurs d'instabilité et la prolongation dans le temps de leur état perturbé.

Singularité de leur demande d'aide

Leur demande d'aide étonne par sa volatilité et son ambivalence. Elle est caractérisée par un désir de soulagement magique de leur état et par des demandes de changement liées aux solutions que pourrait « prescrire » l'intervenant. La demande est déroutante : au début, teintée d'une grande intensité et, par la suite, constituée d'attentes contradictoires, variant selon les sentiments et le vécu du moment. Leurs attitudes quand ils réclament un soulagement immédiat reflètent de multiples insatisfactions et frustrations, liées à des difficultés qui perdurent depuis longtemps. Parce qu'ils refusent de s'approprier la responsabilité de leurs choix, ils ont tendance à attribuer aux autres leur incapacité à résoudre leurs problèmes.

Les absences aux entrevues sont fréquentes et ce, dès le début de la demande d'aide. Les clients ne considèrent pas ces absences comme un manque de continuité qui les empêche de résoudre leurs difficultés. La demande est facilement volatile car elle porte les insatisfactions passées et des attentes quasi grandioses de changement instantané. Il en résulte une tension pénible à supporter et un sentiment d'impuissance.

Ces différents constats ont amené les intervenants à clarifier précisément avec les clients ce qu'il est possible de faire pour les aider et à leur préciser les limites de l'intervention, de manière à envisager un traitement réalisable.

L'intervention

Pour maintenir les clients en traitement, tout au moins un certain temps, il est apparu indispensable de prendre en compte leur désir de changement mais tout en fixant des objectifs d'intervention réalistes sur le plan thérapeutique.

Il nous a semblé tout aussi important de rechercher la collaboration des clients dans un processus d'alliance thérapeutique. Cette alliance leur permet de vivre l'expérience d'une relation de confiance, dans un cadre stable et sécurisant, propre à faciliter un cheminement de changement personnel. Une fois cette collaboration établie, il devient alors possible d'aborder certaines de leurs carences relationnelles et fonctionnelles.

Par ailleurs, un cadre thérapeutique est mis en place de façon explicite. Il comprend un ensemble de mesures d'encadrement et un retour sur le vécu du client dans cet espace relationnel. Toute tentative pour déstabiliser ce cadre thérapeutique a des impacts sur le client et sur son traitement. Ce sont ces impacts, plutôt que les récriminations du client, qui deviennent la matière à partir de laquelle est élaborée la poursuite du traitement.

L'objectif sous-jacent est d'amener le client à identifier clairement son attitude et sa façon d'être. C'est seulement ainsi qu'il pourra s'approprier la responsabilité de ses «agirs» et en venir à les modifier pour plus de satisfaction. Par la suite, cela sera répété dans sa manière habituelle de voir

Suite de la page 4

les choses ou de traiter les autres. C'est dans ce cadre de travail que le client est responsabilisé face à ses besoins, ses attitudes et ses choix.

La problématique de la consommation de psychotropes est traitée selon l'approche de la réduction des méfaits. Ainsi, l'identification des objectifs se fait à la lumière des risques encourus et des conséquences de l'abus de consommation sur la vie personnelle, relationnelle et sociale. La prise de conscience des méfaits liés à la consommation va permettre d'identifier les changements à apporter. Une fois que le client a fait son choix (abstinence, réduction ou contrôle de la consommation), ce choix devient alors la responsabilité entière du client, ce qui l'oblige à s'approprier sa demande d'aide. Les bienfaits qui résulteront d'un changement d'attitude lui seront alors entièrement dédiés puisqu'il en aura été l'acteur principal. À l'inverse, le client devra assumer la responsabilité d'un échec et de ses conséquences plutôt que de les attribuer aux autres.

Bien des écueils sont présents tout au long du travail thérapeutique. Mentionnons, entre autres, le refus du changement, les abandons répétés, les divers événements critiques ou cycliques vécus par les clients, avec des intensités affectives proches du débordement, ou encore les manifestations soutenues de découragement ou d'hostilité.

Malgré ces écueils, le travail du thérapeute exige une constante implication de sa part. Son rôle ne peut pas être passif (récipient où le client se déverse) mais il ne peut pas non plus prendre la charge de toute la détresse. Que ce soit au niveau de l'aide apportée ou pour la définition claire des objectifs, le thérapeute doit rester dans une position qui lui permette de confronter son client à la réalité tout en maintenant une attitude de bienveillante compréhension. Le thérapeute doit donner au client l'opportunité de toucher concrètement à un ou des aspects de son mode de fonctionnement liés à ses difficultés relationnelles conflictuelles. Il amènera le client à se contenir, à dédramatiser, à identifier les émotions diverses qui sous-tendent sa perception de la réalité et à regarder de plus près les attitudes qui lui causent tant d'insatisfactions.

Pour sa part, le thérapeute doit éviter, malgré les demandes répétées, d'être happé par son désir de soulager la souffrance de l'autre en agissant à sa place. Son travail consiste à créer, pour le client et pour lui, un lieu qui permette de penser et de réfléchir. De plus, le thérapeute doit être attentif à la tendance du client à se sentir incompétent afin de ne pas renforcer ce sentiment. Il doit favoriser l'émergence d'un lieu où le vécu intime de souffrance du client sera mis en mots, plutôt que d'être mis, ailleurs, en actes.

Conclusion

Le travail thérapeutique tel que décrit précédemment vise à soutenir les clients dans leur demande d'aide en réadaptation. Le cadre proposé est là pour soutenir l'affectivité émoussée. Les frustrations inhérentes au travail thérapeutique sont sûrement l'une des sources d'abandon de la part des clients. Il n'en reste pas moins que nous leur offrons toujours la possibilité de revenir consulter et, ainsi, de reprendre la démarche laissée en plan. Il est crucial qu'ils sachent que nous serons encore là pour eux au moment où ils réclameront à nouveau de l'aide !

Violaine Lallemand, psychologue
Programme Santé mentale
Centre Dollard-Cormier, Montréal

L'intervention auprès des proches

Au Québec, nous avons peu de programmes spécialisés en toxicomanie qui interviennent de façon exhaustive auprès des proches de personnes toxicomanes ou de joueurs compulsifs. Pourtant, la sévérité de la problématique du vécu de ces personnes (mère, père, jeune adulte, adolescent, enfant, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, amis, colocataire, employeur, compagnon de travail) mérite qu'on s'y attarde.

Le film "Nous étions guerriers" et la série télévisée à Radio-Canada "TAG" illustre avec force la dynamique de prise en otage des proches par le toxicomane, lui-même prisonnier du toxique. La violence, l'inceste, la crise suicidaire, la dépression, les relations conflictuelles, la prostitution et la délinquance illustrent incontestablement les graves perturbations créées dans un milieu par le toxique et la dépendance.

Pour venir en aide aux proches, des micro programmes, de groupe, sont certes mis sur pied. Ils s'adressent le plus souvent aux parents ou aux conjoints mais demeurent insuffisants pour faire face aux besoins de ces personnes enfermées dans le silence et la peur du jugement ou la condamnation des autres, le plus souvent aveuglés par leur ignorance de la problématique. De plus, les proches évoluent en perpétuant des comportements de survie et des mécanismes de protection, parfois rigides, qui se transmettent de génération en génération.

C'est en tant que conseillère familiale au début de la création des centres de thérapie en toxicomanie pour adolescents, en 1989, que je me suis intéressée plus spécifiquement au vécu des proches des personnes toxicomanes. À cette époque, quand même assez récente, l'aide aux adolescents ayant des problèmes de toxicomanie était rare. À part, les groupes d'entraide basés sur les douze étapes comme les Al-Anon ou Al-Teen et Nar-Anon, rares étaient aussi les programmes familiaux offrant une aide professionnelle pour les proches de ces jeunes.

Au cours de ma pratique, j'ai constaté que les proches des personnes toxicomanes étaient isolés et laissés à eux-mêmes, dans une souffrance silencieuse. En fait, ces personnes se sont habituées à s'organiser toutes seules, avec de lourdes conséquences pour elles-mêmes. Pour venir en aide à ces personnes de façon plus significative et élaborée, j'ai mis sur pied, à Québec, avec des collaborateurs, Le PaSSage, un centre de thérapie familiale en toxicomanie (1997). Depuis, nous recevons autant les enfants que les grands-parents et nous intervenons sur les diverses problématiques reliées au vécu des proches. Plus précisément, nos services consistent en de l'aide professionnelle, en intervention individuelle, conjugale ou familiale. L'intervention se fait en groupe, elle s'adresse à toutes les personnes affectées directement ou vivant les répercussions de la dépendance (toxicomanie ou jeu pathologique ou autre dépendance).

Suite à la page 6

Suite de la page 5

Quel est le vécu d'un proche en toxicomanie ?

Les proches en difficulté avec une personne vivant des problèmes de toxicomanie ou de dépendance sont confrontés quotidiennement à la peur, à la honte, aux doutes, aux mensonges, aux manipulations. Elles assistent aux pertes de contrôle de la personne dépendante qui, le plus souvent, nie son problème. Leur propre situation personnelle, conjugale, familiale et professionnelle est aggravée par ce stress vécu au quotidien. Ces personnes espèrent un changement et elles sont prêtes à tout faire pour que puisse s'opérer ce changement. Par ailleurs, elles sont portées naturellement à s'oublier elles-mêmes, à ignorer leurs besoins personnels. Elles refoulent aussi leurs sentiments comme la colère, la honte, la culpabilité, la peur... Elles se retrouvent souvent en état dépressif ou en état de désorganisation. Il arrive qu'elles recourent elles aussi aux substances toxiques pour atténuer la souffrance ou adopter d'autres solutions exutoires qu'il faut identifier comme des mécanismes de protection. Plus encore, elles peuvent développer des maladies psychosomatiques ou des maladies graves, ce qui augmente les coûts sociaux liés à la toxicomanie. Finalement, elles font souvent face à une pauvreté occasionnée par la surconsommation de la personne en problème de toxicomanie.

L'intervention auprès des proches en général

L'intervention demande beaucoup de souplesse de la part de l'intervenant, de la patience et du temps pour accompagner et valider le vécu de ces personnes avec compréhension. Elle se sentent en général peu comprises par les autres, principalement à cause de leur motivation secrète qui les amène à supporter inlassablement des situations jugées intolérables par les autres. La plupart de ces personnes proviennent elles-mêmes d'un milieu alcoolique et donc d'une cellule familiale en difficulté. La confiance établie, elles apprennent à nommer leurs sentiments et à les gérer en mettant leurs limites, en s'affirmant, en adoptant d'autres comportements visant à se faire respecter, à s'estimer et à avoir confiance en soi, à renouer avec leur identité, parfois même à l'édifier et à se réaliser.

Une étude québécoise (Guberman, Maheu, Maillé 1993) expose les motivations des proches envers les dépendants. Ainsi, les raisons qui motivent la décision de prendre en charge une personne dépendante peuvent relever de trois ordres : la personne soignante, la personne dépendante ou les ressources du milieu.

Qu'est-ce-qui motive la personne soignante? L'amour, le besoin d'aider, des sentiments d'obligation et de devoir, des sentiments anti-institution, la dépendance socio-économique des femmes, des dispositions personnelles, les sentiments religieux, l'espoir de guérison, la tradition familiale.

Si les raisons découlent de la personne dépendante elle-même, il peut s'agir de pressions qu'elle exerce ou d'un état de santé précaire.

Enfin les ressources familiales ou communautaires peuvent être à l'origine de la prise en charge d'une personne dépendante. Pensons à l'inaccessibilité de ressources, la non-disponibilité des autres membres de la famille, l'inadéquation des ressources institutionnelles (l'insuffisance et l'absence de ressources, les pressions des professionnels). Toutes ces situations peuvent donner le sentiment de n'avoir pas le choix…

En somme conclut cette étude, les familles demeurent la principale source d'aide et les femmes assument de façon majoritaire cette responsabilité. La prise en charge d'une personne dépendante peut s'avérer lourde, complexe, exigeante et avoir des répercussions importantes sur la vie des personnes soignantes. L'amour ne suffit pas pour expliquer pourquoi les familles et les femmes acceptent de prendre soin de leurs proches. Les motifs pour lesquels elles s'engagent dans cette responsabilité demeure complexes. Il importe avant tout d'éviter de banaliser ou de limiter l'explication à la codépendance.

Les proches ont besoin d'être accueillis dans leur vécu immédiat et d'être accompagnés dans leurs besoins du moment. Cela semble particulièrement approprié pour l'intervention auprès de cette clientèle.

L'intervention auprès des proches en particulier

Il existe une panoplie d'intervention auprès de proches en toxicomanie selon la problématique présentée et le stade de développement de celle-ci. Cela peut aller de l'intervention de crise à une intervention structurée auprès d'une personne ayant vécu dans une famille alcoolique dysfonctionnelle.

L'intervention sera encore différente selon le type de problème présenté. Par exemple, on interviendra différemment avec un proche voulant aider un membre de sa famille en déni face à sa consommation abusive, comparativement à un autre type d'intervention familiale qui consiste à aider à l'harmonisation des membres de la famille lorsqu'il n'y a plus la présence du toxique.

Espoirs, attentes et perspectives d'avenir

Il est à souhaiter que ce court article sensibilise davantage au vécu des proches afin qu'ils soient de plus en plus et de mieux en mieux accueillis dans les divers milieux d'intervention. Il faudrait mettre davantage de programmes en place, partager nos expériences par le biais de formations. Il faudrait accueillir tous les membres de la famille, y compris les enfants, et les inclure dans les processus d'aide car ils souffrent des comportements imprévisibles de la personne ayant un problème de dépendance. Enfin, nous savons que plus l'on interviendra auprès des proches plus l'on préviendra la réapparition de ces mêmes problèmes dans le futur. Pour ce faire, il faudrait répartir les ressources équitablement. Il faudrait développer l'intervention de groupe mais aussi individuelle, l'intervention conjugale et familiale. Des recherches cliniques québécoises devraient être mises en place pour comprendre plus à fond la problématique du vécu des proches, particulièrement en toxicomanie, afin de nous aider à définir encore plus précisément les interventions à prioriser pour atténuer les problèmes de dépendance qui entravent la liberté d'être et de s'épanouir et se répercutent sur plusieurs générations.

Lyne Guay
Conseillère d'orientation
et psychothérapeute accréditée
Directrice
Le PaSSage

Référence:

Guberman, Maheu, Maillé(1993)Travail et soins aux proches dépendants, Les éditions du remue-ménage, Montréal.

Dans le cadre du Forum mondial sur l'activité physique et le sport, un colloque se tiendra du 23 au 25 février 2001, à l'hôtel Delta Centre-Ville de Montréal sur le thème : «Le dopage sportif chez les jeunes».

Pour information ou inscription, voici un numéro de télécopieur : (514) 872-7849

Toxicomanie et santé mentale : une approche intégrée pour les détenus fédéraux du Québec

La problématique de la toxicomanie associée à des troubles mentaux constitue un enjeu important car, bien qu'au Québec aucune étude de prévalence n'ait été réalisée à ce jour, il semble que cette problématique ait pris une dimension importante dans les services de santé mentale et dans les centres de réadaptation au cours des dernières années *(Mercier et Beaucage, 1997 et C.P.L.T., 1999)*. Une vaste recension des écrits réalisée récemment par le R.I.S.Q. *(Nadeau, Biron et al, 1998)* appuie ce constat et indique que la très grande majorité des toxicomanes, à leur admission en traitement, présentent au moins un ou des signes de psychopathologie.

Cette observation s'applique tout à fait aux clientèles incarcérées et admises en traitement dans les établissements de détention au Québec. D'ailleurs, ces personnes ont fait, pour une bonne part, des séjours répétés dans les centres psychiatriques et les centres de traitement de la toxicomanie avant d'être criminalisées et intégrées dans le réseau correctionnel. Ainsi, parmi les délinquants psychiatrisés admis au Centre régional de santé mentale (C.R.S.M.) du Service correctionnel du Canada, l'incidence des problèmes de toxicomanie dépasse les deux tiers (C.R.S.M., mai 2000).

C'est dans ce contexte et dans une perspective axée sur la réinsertion sociale sécuritaire qu'a été mise au point une approche multidisciplinaire intégrée, grâce à laquelle plusieurs troubles sont traités de façon concomitante. Une telle approche requiert un encadrement sécuritaire où les expertises criminologiques et cliniques sont mises en commun afin de stabiliser la maladie mentale, diminuer l'accès aux drogues et stimuler le potentiel de chaque personne qui consent à être prise en charge.

LE CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ MENTALE (C.R.S.M.)

Situé dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire Archambault, à Sainte-Anne des Plaines, le C.R.S.M., a été agréé cette année par le Conseil canadien des services de santé à titre d'organisme de soins de santé en milieu correctionnel. Il offre des services d'évaluation et de traitement spécialisé aux détenus fédéraux du Québec, c'est à dire à ceux dont la peine d'incarcération dépasse deux ans. L'objectif est d'aider ces détenus à atteindre un état mental stable et à développer les habiletés nécessaires à une réinsertion sociale réussie. La capacité maximale du Centre est de 120 places. Chaque année environ deux cents détenus y sont accueillis. Ils présentent des diagnostics multiples, notamment ceux de trouble mental majeur et de trouble sévère de personnalité, associés pour la plupart à une problématique d'alcool ou de drogues.

LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE

Le profil de la clientèle du C.R.S.M., que nous vous présentons dans ce texte, se fonde sur un recensement effectué en mars 2000. Sa population comprenait alors 91 détenus, soit 2,6% des 3492 détenus fédéraux des établissements de la région du Québec. L'âge moyen des détenus est de 39 ans.

Profil criminologique

En mars 2000, 65 % des détenus du C.R.S.M. en sont à leur premier terme fédéral. En excluant les sentences à vie (25 % de la clientèle), la durée moyenne de la sentence est de 7,82 ans. Soulignons que 78 % des détenus ont une cote de sécurité médium, 19 % une cote minimum et 11 % une cote maximum. Ces cotes de sécurité sont déterminées par les niveaux de dangerosité des détenus à partir d'indices sur l'adaptation en établissement, le risque d'évasion ainsi que les risques pour le public. Notons également que 65 % de la clientèle possède des antécédents sérieux de violence en établissement. Lors de l'évaluation en début de sentence, 52 % des clients présentent un faible potentiel de réinsertion sociale. Cette évaluation est faite à partir d'éléments comme l'orientation personnelle et affective, les relations matrimoniales, la toxicomanie, les interactions sociales. Le profil de l'ensemble des antécédents criminels des détenus (et non des seuls délits reliés à la sentence actuelle) révèle une criminalité polymorphe qui se répartit ainsi :

Meurtre et homicide . . . . . .33 %
Délits sexuels . . . . . .16 %
Autres délits contre la personne incluant les vols qualifiés . . . . . .74 %
Délits contre les biens . . . . . .82 %
Délits associés à la drogue . . . . . .30 %

Profil clinique

Polytoxicomanie

Dans la période qui précède l'incarcération, l'abus et la dépendance à des substances psycho-actives sont présents chez 76 % des détenus. Il s'agit habituellement de polytoxicomanie, les substances les plus utilisées étant l'alcool et la cocaïne (Boland-1998). Précisons que les antécédents de psychose induite par la cocaïne sont relativement fréquents bien que peu de clients soient admis pour cette problématique. Le milieu fermé du C.R.S.M. constitue un frein important à la consommation même si le phénomène de la consommation est difficile à éliminer complètement. Plusieurs détenus peuvent donc être considérés en rémission partielle ou complète en milieu carcéral sans que le problème de la dépendance ne soit réglé pour autant.

Troubles mentaux

Par ailleurs, 68 % des détenus admis au C.R.S.M. présentent un trouble mental sur l'Axe I, selon le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). De ce nombre, 43 % souffrent d'un trouble psychotique. Les troubles de l'humeur touchent 16 % des détenus (dépression majeure ou trouble bipolaire). Les troubles anxieux ne s'observent que chez 3 % de nos clients. Enfin, 5 % des détenus admis présentent d'autres troubles, souvent mineurs, tels que des troubles d'adaptation. D'autre part, 67 % de nos clients présentent un trouble de la personnalité (Axe II) et il s'agit le plus souvent de troubles mixtes composés de traits antisociaux et de traits limites.

Le profil global est illustré dans le graphique ci-dessous :

GRAPHIQUE

Ce schéma illustre l'importance des taux de comorbidité.

Suite à la page 8

Suite de la page 7

En voici la synthèse :

Axe I + Axe II + Dépendance à une substance : 41 %

Axe II + Dépendance à une substance : 16 %

Axe I + Dépendance à une substance: 15 %

Axe I + Axe II : 7 %

En tenant compte de la dépendance à des substances psycho-actives, ainsi que du diagnostic principal sur l'Axe I et des troubles de la personnalité, il ressort donc que 79 % des détenus présentent plus d'un trouble; ce qui valide le choix d'une approche intégrée au niveau du traitement.

Déficiences cognitives

Le fonctionnement intellectuel, la reconnaissance de la problématique et la réceptivité au traitement sont des éléments importants lors de l'application d'un programme. Ils ont été estimés selon une méthode qualitative et les résultats sont les suivants : 5 % de nos clients souffrent de déficience intellectuelle et 21 % ont un problème qui se situe au niveau de la lenteur. De plus, 17 % des détenus ne reconnaissent pas leur problématique tandis que 51 % n'en ont qu'une faible reconnaissance. Enfin, 11 % ne se montrent pas réceptifs au traitement alors que 47 % ne démontrent qu'une faible réceptivité.

Finalement, soulignons que 64 % des détenus ont des antécédents d'auto-agression (gestes suicidaires ou auto-mutilatoires).

Violence

Comme nous l'avons exposé précédemment, le phénomène des troubles mentaux se manifeste à différents niveaux et sous diverses formes. Il peut s'agir de psychose, de troubles de la personnalité, de troubles affectifs et de troubles anxieux. Ces syndromes, complexes en eux-mêmes, sont souvent liés, en milieu pénitentiaire, à des dynamiques antisociales et à la toxicomanie. Bref, il s'avère difficile d'isoler dans ces populations la place de chacune des composantes et ses liens avec la violence observée.

Les études portant sur le lien entre les troubles mentaux et la violence se consacrent principalement au rôle des troubles mentaux majeurs. Les études qui se sont intéressées aux populations délinquantes avec troubles mentaux ne permettent pas de conclure à un lien manifeste entre les problèmes de santé mentale et la propension à la violence et ce, malgré la croyance populaire (Porporino & Motiuk-1994). Il n'est pas établi non plus que les délinquants ayant des problèmes de santé mentale présentent un plus grand risque de récidive grave. Il s'avère que les prédicteurs de risque sont les mêmes chez les délinquants, souffrant ou non de maladie mentale, à savoir la précocité des comportements criminels et des problèmes de conduites antisociales. Chez les détenus, la consommation de substances psychotropes, plus particulièrement de drogues et alcool, paraît reliée aux délits violents (Boland-1998). Il est ainsi estimé que les deux tiers des agresseurs ayant perpétré des crimes violents auraient consommé de l'alcool et auraient souvent été intoxiqués au moment de l'épisode violent. La nature précise de cette relation n'est pas encore totalement clarifiée, mais on observe que le traitement de la toxicomanie permet de réduire la criminalité.

En résumé, la maladie mentale n'influencerait pas à elle seule l'occurrence de conduites violentes. Nous observons un lien entre maladie mentale et consommation, tout comme entre consommation et violence. Il est permis de penser qu'un système complexe d'interactions relie ensemble les problématiques de maladie mentale, de consommation de psychotropes et la violence. Les composantes multiples de ces interrelations posent plusieurs défis aux cliniciens. Il semble cependant peu indiqué d'axer l'intervention sur des actions trop spécialisées en isolant chacune des problématiques. Les modèles de traitement intégré apparaissent davantage prometteurs en terme d'efficience face aux problématiques comorbides.

LE TRAITEMENT

Devant cette clientèle composée d'une large proportion d'individus présentant des déficits au plan du fonctionnement intellectuel, de la reconnaissance de la problématique et une faible réceptivité au traitement, il convenait de mettre en place une équipe multidisciplinaire afin de favoriser une approche intégrée.

Dès l'étape d 'évaluation de chacun de ces détenus, l'expertise des divers professionnels de l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmier, agent de libération conditionnelle et agent de correction) est mise à contribution. Par la suite, cette même équipe élabore la stratégie de traitement, inscrite dans un plan d'intervention auquel collaborent le psychiatre, le psychologue et le criminologue. Le but est d'amener chaque détenu à identifier ses facteurs criminogènes, à comprendre son cycle délictueux, avec comme finalité la réussite de sa réinsertion sociale. L'intervention varie bien sûr selon la problématique, la motivation et les capacités d'insight de la personne.

La stratégie de traitement favorise la thérapie par le milieu, dans une approche cognitive comportementale. Plusieurs des interventions se font en groupe. Ainsi, par exemple, les détenus les plus démunis peuvent s'intégrer à un groupe d'expression par le dessin tandis que ceux qui possèdent davantage de ressources personnelles ont accès à des groupes de psychothérapie dans lesquels différents thèmes sont abordés: connaissance de soi, histoire personnelle, relations interpersonnelles, émotions, dépendance, cycle délictueux. La question de la toxicomanie est traitée, sous un angle différent, dans chacun des modules. Car bien que la toxicomanie ne constitue jamais en soi le motif d'une admission, la prévalence élevée de ce trouble justifie amplement d'en tenir particulièrement compte. Dans la majorité des cas, conjuguée à d'autres facteurs, la toxicomanie reste un facteur criminogène important.

Comme tous les détenus, ceux du C.R.S.M. ont aussi accès à divers programmes correctionnels, généralement centrés sur l'acquisition de connaissances et de compétences. Cependant, la question des déficits cognitifs est très présente pour ces populations dont les capacités réduites de concentration, d'abstraction, de mémoire et de généralisation des acquis posent souvent problème. Cela oblige dans certains cas à l'adaptation des contenus de programmes. L'un de ces programmes porte spécifiquement sur la toxicomanie. Il est offert en phase pré-libératoire.

PROGRAMME PRÉ-LIBÉRATOIRE DE TOXICOMANIE

Ce programme comporte une phase intensive et une autre de suivi. La phase intensive inclut 26 sessions d'une durée de trois heures chacune, à raison de deux sessions par semaine. La phase de suivi comprend 10 sessions de deux heures. Un ratio de 8 à 10 détenus par groupe est privilégié pour faciliter les interactions.

Comment se fait l'admission au programme? Le futur candidat est sélectionné en fonction de critères spécifiques tels que la proximité de la date de mise en liberté et la gravité de la problématique de toxicomanie. De plus, le sujet doit purger une peine pour un délit directement lié à cette problématique. Enfin, il est essentiel de tenir compte du profil psychiatrique du participant ainsi que de sa capacité à bien comprendre les concepts abordés dans le programme.

Suite de la page 8

Les objectifs consistent d'abord à susciter chez les délinquants une prise de conscience de la relation existant entre la toxicomanie et les problèmes de leur vie, en particulier le crime, afin de leur transmettre la volonté de changer. Ensuite, il s'agit de leur faire acquérir des aptitudes cognitives (raisonnement et pensée) et comportementales précises qui les aideront éventuellement à mener une existence exempte de toxicomanie.

En conclusion, il nous apparaît important de souligner qu'avec des clientèles lourdes et aussi diversifiées, présentant une incidence de comorbidité si élevée, les intervenants se doivent de cibler des objectifs réalistes, ce qui revient parfois à limiter les attentes. Le succès de l'intervention ne se trouve pas dans l'élimination du diagnostic de psychose ou de trouble de la personnalité, ni même dans une absence de rechute ou de récidive, mais dans la recherche d'une plus grande stabilité de l'état mental, d'une stabilité comportementale et dans une possible réadaptation en établissement régulier. De la même manière, à l'étape de la libération conditionnelle, la réduction du risque de récidive violente et l'absence des passages à l'acte violent contre soi-même ou contre autrui seront des cibles réalistes et valables…

Mario Lévesque, D.A./C.R.S.M.
Pierre Landry
Chef des services de psychologie

Avec la collaboration de :
Gilles Desjardins, Psychologue

Références

Boland F.J., Jenderson K. et Baker J., (1998) . Examen des besoins des délinquants : Le domaine de la toxicomanie, Queen's University.

Brochu S., (2000). La drogue et la violence, XXVIIe Colloque AITQ, p. 1-12.

Centre régional de santé mentale, (mai 2000). Bilan annuel 1999-2000 et perspectives, p. 4-13, Service correctionnel du Canada, Ottawa.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (1999). Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec p. 8, 9 et 14, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (1997), Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de la situation au Québec, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.

Landry P. et Desmarais J. ,(2000). Violence, toxicomanie et maladie mentale, XXVIIe Colloque AITQ, p. 157-160.

Nadeau L. et Biron C., (1998). Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie, Collection Toxicomanies, p. 64-71. Presses de l'Université Laval, Québec.

Porporino F. et Motiuk L., (1994). L'incarcération des délinquants ayant des problèmes de santé mentale, Rapport de recherche no 33, Service correctionnel du Canada, Ottawa.

Un exemple de programme d'intégration socioprofessionnelle pour personnes toxicomanes

Les approches liées à la toxicomanie à travers le réseau des services aux personnes toxicomanes abordent principalement les dimensions psychosociales de la réinsertion des individus. Par contre, l'aspect professionnel de la réinsertion est pratiquement absent du processus thérapeutique dans les centres de désintoxication. Pourtant, l'insertion sociale à court terme ne sera valable que si la dimension «travail» est incluse dans un projet éducatif impliquant le toxicomane.

Après son séjour en traitement (interne ou externe) la personne toxicomane est souvent livrée à elle-même professionnellement. L'individu affronte alors seul différentes pressions liées aux réalités du marché du travail. Ces pressions, qui peuvent le mener éventuellement à une rechute, sont de divers ordres : consommation des pairs dans le milieu de travail, stress lié à l'insertion, relation avec l'autorité, choix professionnel inapproprié en fonction de sa nouvelle identité, perte de sens du travail. Comme il est indispensable pour le maintien de son rétablissement que la personne toxicomane demeure en action avec son projet de vie, son projet social et son projet professionnel, elle va devoir se trouver des moyens concrets pour faire face à ces situations de stress reliées à l'insertion professionnelle.

Notre programme utilise le cadre théorique du trèfle chanceux élaboré par le professeur Jacques Limoges de l'Université de Sherbrooke. C'est un modèle d'insertion socioprofessionnelle qui guide et stimule l'individu dans un processus d'activation et d'interaction entre lui-même et l'environnement. L'équilibre entre ces deux pôles garantit la réussite de la démarche d'insertion socioprofessionnelle.

LA CLIENTÈLE VISÉE PAR CE PROGRAMME…

Le programme s'adresse aux adultes qui suivent (ou ont suivi) une démarche thérapeutique en lien avec leur problématique de dépendance et qui sont prêts à intégrer ou à réintégrer le marché du travail à court et à moyen terme. Il s'adresse également aux travailleurs pour qui la consommation de psychotropes a entraîné une perte de sens de leur travail et qui remettent celui-ci en question.

Ainsi la clientèle visée présente les caractéristiques suivantes : désir de changer et d'améliorer ses conditions de vie; besoin de s'identifier à un groupe vivant les mêmes problématiques; faible estime de soi; fragilité face à son insertion sociale et professionnelle; projet ou choix professionnel inexistant, remis en question ou irréaliste; risque de rechute élevé; réseau social limité ou inapproprié; besoin de recadrer ses intérêts, valeurs et aptitudes dans un contexte de non-consommation; besoin de soutien et d'entraide pour demeurer sobre; forte dépendance affective; sensibilité aux conflits interpersonnels; faible résistance au stress; difficulté à passer à l'action; conception irréaliste et pensée magique liées à l'insertion professionnelle; écart marqué entre l'euphorie thérapeutique et la réalité du marché du travail.

LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET L'INTERVENTION

Les objectifs sont de trois types : développer l'employabilité de la personne toxicomane en tenant compte de sa nouvelle réalité de non-consommation, faciliter son insertion socioprofessionnelle dans un emploi correspondant à son projet de vie et susciter une dynamique interpersonnelle réelle permettant d'utiliser au maximum des rétroactions significatives, non jugeantes, descriptives et axées sur le vécu des membres toxicomanes.

Le programme s'applique en deux volets. Le volet I (25 heures) consiste à amener la personne à faire son bilan professionnel et à concevoir son projet professionnel. Le volet II (180 heures) travaille sur l'employabilité (réalisation du projet professionnel) et suit la réinsertion professionnelle.

Le groupe (12 personnes environ), est le moyen privilégié d'apprentissage et de soutien. Il permet de développer un sentiment d'appartenance créateur par des activités de travail individuel ou en petits groupes, des ateliers pratiques, des exposés magistraux ou des conférences, des films, des visites industrielles, des stages d'exploration et de formation en milieu de travail, etc. Des intervenants formés en orientation professionnelle encadrent l'adulte de façon personnalisée tout au long de son cheminement.

Suite à la page 10

Suite de la page 9

Notre intervention complète les processus thérapeutiques déjà engagés. En complémentarité avec les approches préconisées par les différents centres, notre programme amène les individus à se fixer des objectifs d'intégration socioprofessionnelle clairs et réalistes et ainsi à demeurer actifs dans leur démarche de réhabilitation. Nous accompagnons les personnes dans leur processus individuel d'intégration tout en travaillant en étroite collaboration avec les intervenants impliqués afin de ne pas dédoubler ou court-circuiter les actions entreprises.

LE PARTENARIAT

Appliqué en Estrie, le projet requiert plusieurs partenaires : les centres de traitement (secteur privé, public ou communautaire) qui réfèrent la clientèle; le secteur de l'éducation aux adultes de la Commission scolaire des Sommets pour le financement du programme éducatif; le bureau d'Emploi-Québec pour le barème de participation.

LES RÉALISATIONS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Depuis le mois de mai 2000, ce programme est offert à l'ensemble des ressources en toxicomanie de l'Estrie qui, toutes, reconnaissent la pertinence d'offrir ce service à leur clientèle. Deux démarches totalisant 27 personnes ont été complétées depuis le mois de mai et un nouveau groupe vient de débuter en novembre. 86% des participants du premier groupe (mai-août) sont soit en emploi ou en action dans leur processus d'intégration socioprofessionnelle. Pour le deuxième groupe (août-novembre), 66 % des participants sont soit en emploi, soit en action dans leur processus d'intégration socioprofessionnelle ou ont effectué un retour aux études, 17% se sont engagés dans une démarche thérapeutique à l'interne et 17% ont rechuté et abandonné la démarche.

La qualité des différents partenariats développés à travers l'Estrie depuis le début de ce programme révèle un désir commun d'accompagner les clients dans l'action. De plus, tous les clients ayant bénéficié de ce programme ont unanimement réalisé et pris conscience de l'importance de toucher leur passion et de transférer le plaisir dans un projet professionnel qui les maintient dans la sobriété. Devant l'intérêt actuellement suscité par la réinsertion, dans le champ de la toxicomanie, il ne fait nul doute que ce projet est voué à une longue existence.

Claude Durand
Christian Dion
Conseillers en intégration socioprofessionnelle
et Spécialistes en orientation professionnelle

Le travail en équipe

Le travail en équipe est une réalité aussi vieille que l'humanité. Pourquoi sa soudaine popularité dans le monde de la santé? La réponse se trouve en partie dans le corporatisme, la spécialisation des expertises, l'accroissement des technologies et des connaissances destinées aux soins qui entraînent la nécessité de se regrouper, de coordonner les efforts, de coopérer. De plus, la réforme de la santé et des services sociaux incite explicitement les milieux dispensateurs de services à structurer le travail de façon à maximiser l'utilisation de l'équipe comme outil d'intervention.

Quoi qu'on en dise, les phénomènes comme la spécialisation des expertises et l'accroissement des technologies ont contribué à ériger des frontières, devenues parfois des barrières à la coopération. Ces barrières peuvent engendrer une multiplication inutile des services, une augmentation des coûts, une fragmentation des services et une compétition nuisible entre les intervenants.

De fait, on sait par expérience qu'il est beaucoup plus exigeant et fatigant de travailler dans un contexte de compétition que dans un rapport de coopération. Nous sommes des êtres de relation et nous ne pouvons vivre sans les autres. Cependant, compte tenu des réalités socio-économiques et culturelles, nous avons besoin de mieux comprendre ce qu'est une équipe et ce qu'elle nécessite pour exister.

Notre besoin d'être reliés

La relation est essentielle à l'être humain. L'expérience et les recherches ont démontré que privée des relations significatives, la personne humaine se détériore physiquement, psychologiquement, mentalement et spirituellement. De nos jours, les réseaux de communication se développent à un rythme exponentiel. Les informations sont captées, emmagasinées et mises à la disposition d'une multitude d'individus ou de groupes. Dans le système de santé, nous avons accès de plus en plus au passé d'un client, à son présent et dans une certaine mesure, à son futur, lorsqu'il s'agit de pronostic de santé.

Quel est le rapport entre cette réalité relationnelle et le fait de faire équipe? Faire équipe est d'abord une expérience de relations. Une expérience subjective, partagée par plusieurs personnes qui se sentent reliées et solidaires. Les liens sont noués autour d'une réalité commune ou d'un élément perçu comme commun. L'équipe existe pour l'individu même lorsqu'il est éloigné de ses membres. L'existence de l'équipe et son contexte de vie sont intériorisés et portés comme expérience subjective. Cependant, l'équipe existe et prend forme dans un milieu. Elle est reliée à un contexte et en subit l'influence. Elle est aussi régie par des principes que nous allons rapidement énoncer.

Les quatre principes du travail en équipe

1) Un but commun

Le but, la raison d'être de l'équipe doit être clair pour chacun des membres. C'est ce qui permet d'unifier les efforts.

2) Le leadership

Il faut que chacun ait la capacité d'exercer une influence. Ce qui veut dire que la participation de chacun est requise pour l'atteinte du but poursuivi et que tous les membres sont capables d'influence et sont aptes à se laisser influencer. Dans une équipe multidisciplinaire, l'apport de chacun ne s'évalue pas en fonction du salaire ou des connaissances mais en vertu de la pertinence de ce qui est fourni en regard de la cible poursuivie.

3) L'animation

Il faut que la vie et le mouvement qui animent l'équipe soient gérés adéquatement. Le mot «animation» a la même racine étymologique que «âme». «Animer», selon le Petit Larousse c'est «communiquer la vie, rendre vivant, être le moteur d'une organisation, aviver, enflammer». Toutes ces définitions s'appliquent à l'animation d'une équipe. Le premier élément qui assure l'animation, c'est le but poursuivi, la tâche à accomplir, la raison d'être de cette équipe. Cette raison d'être est portée par l'ensemble des membres et elle est intériorisée par eux. Cependant, il faut qu'une personne soit mandatée officiellement pour en être la gardienne, pour coordonner les efforts de chacun dans la réalisation, de cette raison d'être. L'équipe a besoin de quelqu'un qui prenne le leadership de l'animation.

4) La productivité

Il faut que l'équipe produise. Il faut que ses membres se sentent compétents et productifs ensemble. C'est la création ensemble qui fait qu'ils deviendront fiers, comme équipe et comme personnes. L'action les rendra plus efficaces et plus vivants.

Suite de la page 10

Cela signifie que les obstacles à l'action doivent être «gérables». Par exemple, s'il y a trop de procédures, les membres s'ennuieront et se sentiront arrêtés dans leur processus créatif. S'il n'y a pas assez de procédures, les forces s'emmêleront, les idées s'accumuleront sans ordre et se disperseront. De plus, il faut une juste proportion entre les buts visés et la capacité des membres de l'équipe. De grands buts pour une équipe restreinte n'ayant pas toutes les compétences requises ne mène nulle part. L'inverse, une petite raison d'être, fort peu complexe, pour une équipe bourrée de compétences finira dans l'irritation, la frustration et le sentiment d'avoir perdu son temps.

Pourtant, dans les milieux de soins de santé et les services sociaux, les situations complexes semblent de plus en plus fréquentes (par exemple, patients présentant de multiples problématiques) et peuvent nécessiter la mise sur pied d'une équipe. Trois éléments sont importants : a) bien cerner les situations complexes afin de réunir les personnes avec les compétences pertinentes à la situation; b) connaître l'histoire et les facteurs culturels et organisationnels qui peuvent influer sur la vie de l'équipe; c) distinguer l'équipe des réunions.

Les situations complexes de soins

Par l'intervention en équipe on peut viser à répondre mieux aux besoins des personnes malades, à établir un plan de soins et des services appropriés. Les membres de l'équipe partagent alors leurs connaissances afin d'additionner leurs compétences mutuelles et agir avec plus d'aisance et de pertinence grâce à une vision plus large et plus profonde de la personne soignée.

Les situations complexes de soins peuvent aussi requérir la création d'équipe pour assurer le support professionnel et moral des intervenants. L'expérience répétée de la douleur, la souffrance et la mort peut diminuer les capacités physiques et affectives, endurcir ou rendre excessivement vulnérable. L'équipe peut prévenir ces situations.

L'histoire, la culture et l'organisation

Il peut être fort utile lorsqu'on veut former une équipe de connaître l'histoire du milieu. Comment les personnes sont-elles reliées entre elles? S'estiment-elles en général ou sont-elles portées à la critique? Présence de leaders informels? Des faits marquants peuvent avoir perturbé le milieu : coupures de postes, fusions d'établissements, etc. Toutes ces transformations qui exigent beaucoup de la part du personnel peuvent influencer leur goût et leur intérêt pour participer ou non à une équipe.

Il faut considérer aussi la culture du milieu et celles des professions mises en contact au sein de l'équipe. Chacun vient dans l'équipe avec un langage propre à sa profession mais aussi des valeurs, des pratiques et une hiérarchie.

Connaître tous ces éléments peut aider à mettre en évidence les obstacles à la vie et au fonctionnement d'une équipe. Ainsi, on peut mieux gérer la diversité qui fait partie de la réalité de l'équipe.

Enfin, il faut souligner l'importance pour une équipe d'avoir un mandat en lien avec la mission de l'organisation et d'être, en plus, reconnue et valorisée comme équipe par cette organisation. Une équipe dont les membres doivent faire du bénévolat exige beaucoup d'énergie. Cela pourrait indiquer que l'équipe n'est pas privilégiée comme outil de travail dans ce milieu. Voici des points à observer pour mieux cerner la vie et le fonctionnement d'une équipe : le mandat de l'équipe vs la mission de l'organisation; la place de l'équipe dans l'organigramme; le pouvoir et le temps accordé à l'équipe; les conditions entourant la participation du personnel à l'équipe, incluant les conditions matérielles allouées.

Faire équipe et se réunir

Faire équipe et se réunir sont deux réalités interdépendantes mais différentes. L'équipe, pour exister, a besoin que ses membres se réunissent mais les réunions ne sont pas toujours des occasions pour des personnes de faire équipe. Les réunions, bien préparées, bien gérées et fixées à une fréquence réaliste, doivent être mises au service de l'équipe. Elles sont nécessaires pour accroître et maintenir l'efficacité, assurer la permanence de l'esprit d'équipe, maintenir la coordination des efforts et l'unité dans l'action.

Jusqu'à ce jour, les intervenants ont été formés pour exercer leur métier ou leur profession dans un rapport individuel avec un bénéficiaire et sa famille. Actuellement, on leur demande de plus en plus d'exercer leur profession dans un rapport de groupe entre eux. La perpective du travail s'en trouve modifiée. Ils doivent tenir compte des autres dans leur façon d'évaluer, de diagnostiquer, de traiter et d'assurer un suivi. Ils doivent donc partager un même but, partager le pouvoir tout en respectant le champ des compétences. Dans une perspective de coopération, surtout de coopération interdisciplinaire, la mise en évidence des différences est nécessaire pour déterminer ensemble le type d'intervention le plus pertinent pour résoudre le problème, répondre aux besoins du patient et de sa famille. Ensuite, il faut faire confiance…

Louise Pronovost, Ph.D., M.Ps., psychologue
Département de psychologie
Université de Sherbrooke

Ce texte est la reproduction partielle de «L'équipe et les relations : deux réalités essentielles à l'interdisciplinarité», paru dans le Feuillet Universitaire, Avril 2000, CLSC de la région sherbrookoise, Sherbrooke.

Références :

St-Arnaud, Y. (1999). L'intervention en psychologie des relations humaines. Texte inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.

St-Arnaud, Y. (1989). Les petits groupes, participation et communication. Les Presses de l'Université de Montréal/Les Éditions du CIM, Montréal.

Le Feuillet universitaire. (avril 2000). Bulletin d'information sur les activités de promotion et de développement de la mission d'enseignement et de recherche du CLSC de la Région Sherbrookoise, centre affilié universitaire, Sherbrooke.

Un CD-ROM sur l'héroïne…

Le Refuge La Piaule du Centre du Québec vient de produire Dur Dure l'héro. Ce CD-ROM, compatible sur les systèmes IBM et Mac, traite principalement de la consommation d'héroïne et des réalités de certains jeunes en lien avec cette drogue.

L'AITQ assume la distribution de ce matériel. Coût : 30, 00 $
(450) 646-3271

De plus, voici quelques
adresses internet :

Pour le CQDT et Dollard Cormier :
www.centredollardcormier.qc.ca

Pour le CPLT : www.cplt.com

Pour l'AITQ : www.aitq.com

Pour le RISQ :
www.cicc.umontreal.ca/risq-cirasst

Pour le CCLAT : www.ccsa.ca

Félicitations à l'organisme
Action toxicomanie Bois Francs
qui a obtenu le
Prix d'Excellence
de la Rose des Sables.
Ce Prix lui a été remis lors
du dernier colloque de l'AITQ.

Hommage au Père Ubald Villeneuve, o.m.i
3 juin 1907 - 7 mai 2000

«Homme de panache, d'une énergie inépuisable, d'un charisme à l'emporte pièce, il a marqué le Québec et son époque par l'œuvre Lacordaire et les mouvements de sobriété».

Cette phrase extraite d'une notice biographique rédigée par Alphonse Nadeau, un Père Oblat qui a bien connu Ubald Villeneuve résume assez bien la personnalité et l'œuvre de cet homme qui a effectivement marqué le Québec dans le champ de l'alcoolisme.

Qui était Ubald Villeneuve?

Fils de cultivateurs, il est né dans le comté des Deux-Montagnes. Après des études primaires et secondaires, il exerce plusieurs emplois mais finalement complète son cours classique et est ordonné prêtre en juin 1935. C'est en œuvrant auprès de familles pauvres qu'il découvre les méfaits de l'alcoolisme mais aussi l'existence du mouvement Lacordaire, fondé en Nouvelle-Angleterre, et les réussites de ce mouvement en regard de la sobriété.

L'archevêque de Québec lui demande alors d'implanter ce mouvement au Québec. Ubald Villeneuve s'y dévoue totalement et établit en 1940 le premier Centre canadien du mouvement Lacordaire, à Québec. Il en est le premier aumônier général. Quatre ans plus tard, en 1944, il introduit le mouvement dans le diocèse de Rimouski. Le charisme et les talents du Père Ubald Villeneuve sont à l'origine de l'implantation de ce mouvement dans tout le Québec. Le réseau des cercles Lacordaire, disséminés sur tout le territoire, pratique avant tout l'accueil et la compassion. La compréhension et la vision humaniste, non-stigmatisante, des personnes alcooliques introduites par les Lacordaire va teinter de façon marquante le réseau de services aux alcooliques au Québec. Dès 1950, le mouvement Lacordaire compte 170 000 membres.

Mais Ubald Villeneuve ne s'est pas contenté de la mise sur pied des cercles Lacordaire. En 1955, il découvre en Europe les maisons de traitement pour alcooliques. De retour au Québec, toujours avec la même détermination, il s'adjoint quelques personnes pour fonder Domrémy de Québec. Ouvert en 1956, Domrémy de Québec est le premier centre de traitement pour alcooliques au Canada. L'exemple sera suivi et en 1960, on dénombrera sept de ces centres au Québec seulement.

Parallèlement à la mise sur pied de ce qui devient le réseau Domrémy (il existe encore actuellement 26 de ces centres qui portent le vocable Domrémy), les cercles Lacordaire se préoccupent aussi de donner des conférences, des séminaires d'étude, des cours de vulgarisation. C'est ainsi qu'en 1958, des cours universitaires d'été débutent à l'Université de Sherbrooke en toxicomanie…

Plusieurs personnalités marquantes du milieu de l'intervention auprès des alcooliques ont saisi l'occasion de rendre hommage à Ubald Villeneuve. Le Dr André Boudreau a affirmé que « le Père Villeneuve a été la source de toutes les grandes initiatives accomplies au Canada français pour promouvoir la sobriété. Je dois ma vocation à sa clairvoyance».

Le Père Ubald Villeneuve a d'ailleurs reçu plusieurs mentions et prix pour son action au Québec. Citons la reconnaissance qu'il a reçu de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (C.C.L.A.T).

Ubald Villeneuve, figure essentielle de l'histoire des services aux personnes alcooliques (et toxicomanes) du Québec, est décédé le 7 mai dernier. Dans son cas, ce n'est pas du tout une figure de style que de dire que son œuvre lui survit…et ce de façon dynamique, car son œuvre a orienté de façon indélébile l'histoire des services aux personnes alcooliques et toxicomanes au Québec.

Note :

Pour ceux et celles qui veulent en savoir plus sur Ubald Villeneuve et son œuvre, voici deux informations qui pourront vous être utiles :

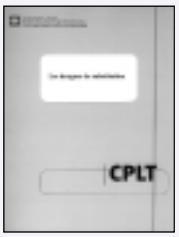
- Le Père Alphonse Nadeau prépare un livre retraçant la biographie de Ubald Villeneuve;

- Le Tome 3 sur L'usage des drogues (voir L…comme Lire) présente un article de Pierre Brisson sur l'historique du développement du champ québécois en toxicomanie. L'apport de Ubald Villeneuve et du mouvement Lacordaire y est décrit.

L…comme lire

Pierre Brisson, (Sous la direction de…), (2000). L'usage des drogues et la toxicomanie, volume III, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville.

Ce troisième volume nous invite à saisir différents points de vue et angles d'approches de la toxicomanie. Il est composé de quatre sections : Perspectives, politiques; Substances, dépendances; Populations, consommation, interventions; Traitement, suivi, éthique. On y trouve les préoccupations de l'heure en regard du phénomène de l'usage et l'abus des drogues…



Cousineau, D., Gariépy. (2000). Les drogues de substitution. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Document qui présente la classification des produits de substitution aux opiacés, à la cocaïne, à l'alcool. Présentation des attitudes des intervenants par rapport à ces produits et pistes de solution. Fascicule abrégé (17 pages) également disponible.

P.N.P.

« Notre précieuse collaboratrice pour les P.N.P (Maryse Rioux) est fort occupée et n'a pu nous préparer de Petite Nouvelle Pharmaceutique Rendez-au prochain Écho-Toxico »

Éditeur :
Les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes de toxicomanie :
Lise Roy

Responsable de la rédaction :
Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :
MJB Litho Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada