

# L'écho-TOXICO

## Le mot de Lise...



Comme vous allez le constater en lisant les textes de ce numéro, nous continuons sur le thème des nouveautés en intervention. Ainsi, vous pourrez lire sur l'intervention précoce (détection et intervention); la violence commise par les femmes (eh, oui!); les approches pour les clientèles judiciarisées et bien d'autres sujets qui témoignent de la vitalité et la créativité du champ de l'intervention en toxicomanie. Je remercie sincèrement tous les auteurs de leur généreuse contribution. Je veux aussi profiter de ce mot pour souligner une reconnaissance qui va à toute l'équipe qui travaille avec moi. Ainsi, la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke tenait, le mardi 10 novembre dernier, son Gala du mérite annuel, sous le thème « La réussite en vedette », visant à souligner l'apport exceptionnel des membres de la communauté facultaire au développement, à la vie active et au rayonnement de la Faculté. Lors de la soirée du gala, le Prix du doyen a été remis à l'équipe des programmes de toxicomanie, qui œuvre au sein de la Faculté. Ce prix est décerné à une équipe qui s'est distinguée par le développement d'une initiative ou d'une innovation en recherche, en enseignement, en clinique ou pour la communauté facultaire et la contribution au mieux-être de la Faculté.

C'est donc une belle reconnaissance du travail assidu de tous les membres de notre équipe pour orienter nos programmes vers les besoins réels du milieu et répondre aux attentes des étudiants dans un souci d'amélioration constante. Je profite donc de ce mot pour redire ma fierté vis-à-vis de l'équipe.

Sur ce, je vous souhaite à tous une bonne lecture, un joyeux Noël et une excellente année 2010!

Lise Roy, directrice des programmes  
d'études en toxicomanie



### MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (45 crédits)

...

### DIPLÔME DE 2<sup>e</sup> CYCLE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (30 crédits)

#### AU CAMPUS DE LONGUEUIL

Pour être admis, vous devez détenir un grade de 1<sup>er</sup> cycle en lien avec l'intervention en sciences humaines, sociales ou de la santé et travailler depuis au moins un an.

*Cours offerts le soir et la fin de semaine.*

#### SOIRÉES D'INFORMATION AU CAMPUS DE LONGUEUIL

150, place Charles-Le Moyne, 2<sup>e</sup> étage


Mercredi 10 mars 2010 – 19 h à 21 h :  
pour les diplômés du diplôme de 2<sup>e</sup> cycle  
en toxicomanie de l'UdeS (30 cr.)

Mercredi 24 mars 2010 – 19 h à 21 h :  
pour les futurs étudiants

#### INFORMATION

1 888 463-1835, poste 61795 (sans frais)  
ou 450 463-1835

Toxico.Longueuil-Med@USherbrooke.ca

 Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

### CERTIFICAT EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Pour être admis vous devez détenir un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. Le programme se donne dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec, Saguenay, Rimouski, Baie-Comeau.

*Cours offerts sous forme de fins de semaine intensives.*

#### SOIRÉE D'INFORMATION – POUR COHORTE DES BASSES-LAURENTIDES

1, place de la Gare, St-Eustache

Mardi 13 avril 2010 – 19 h à 21 h

#### INFORMATION

1 888 463-1835, poste 15245 (sans frais)  
ou 819 564-5245

Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

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

## FORMATIONS AITQ-UdeS 2010

➤ 29 janvier 2010 à **Longueuil**  
(9 h à 16 h 30)

➤ 16 avril 2010 à **Québec**  
(9 h à 16 h 30)

**Les femmes aux prises avec une toxicomanie : pareilles ou différentes ?**  
Louise Nadeau, Ph.D. professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal

➤ 5 février 2010 à **Québec**  
(9 h à 16 h 30)

➤ 9 avril 2010 à **Longueuil**  
(9 h à 16 h 30)

**Violence et toxicomanie : mieux comprendre pour mieux intervenir**  
Solange Keighan, psychologue, Institut Philippe-Pinel

➤ 12 février 2010 à **Longueuil**  
(9 h à 16 h 30)

**Anxiété en contexte de consommation : un traumatisme après coup**  
Dr Richard Cloutier, psychiatre, Clinique Cormier-Lafontaine

➤ 12 mars 2010 à **Longueuil**  
(9 h à 16 h 30)

**Travail de rue et toxicomanie : un défi social**  
Philippe Malchelosse, directeur général, Point de Rue

...

**Lieu de formation à Longueuil**  
Campus de Longueuil  
de l'Université de Sherbrooke  
150, place Charles-Le Moyne, 2<sup>e</sup> étage

 Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

**Lieu de formation à Québec**

5 février et 16 avril 2010

Hôtel Québec

3115, avenue des Hôtels, Sainte-Foy

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

AITQ

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





# LE DÉBA-A/D OU AU PLAN DE LA DÉTECTI

## MISE EN CONTEXTE

Au Québec, environ 82 % de la population de 15 ans et plus a consommé au moins un verre d'alcool au cours de la dernière année. Sur l'ensemble de la population, 22,7 % des personnes dépassent une consommation d'alcool identifiée à faible risque à partir des normes de Santé Canada (Demers et Poulin, 2005). De plus, parmi cette même population, 4 % présente un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu, 2004). Toujours chez les personnes de 15 ans et plus, pour l'ensemble du Canada, en ce qui a trait à la consommation de drogues seulement, le taux de prévalence du diagnostic de dépendance est plus faible, soit 0,8 % (Statistique Canada, 2002). Finalement, à partir d'une synthèse de résultats de différentes études, Tremblay et ses collègues estiment qu'approximativement 5,2 % des individus âgés de 18 ans et plus ont un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Tremblay, Tourigny, Gingras et Dumont, 2007).

La structure de service pour les personnes présentant des problèmes de consommation de substances psychoactives est répartie en deux niveaux de soins au Québec : les services de première ligne et les services spécialisés. Cette structure de service existe depuis de nombreuses années, mais n'a été actualisée que récemment. En effet, jusqu'aux années 2000, les acteurs des milieux cliniques avaient bien en tête que les services offerts dans les CLSC ciblaient une clientèle ayant des difficultés de nature transitoire et plus légère, alors que les usagers référés vers les services spécialisés devaient présenter une problématique plus lourde, souvent qualifiée d'alcoolisme ou de toxicomanie. Ce flou quant aux critères d'appariement a alimenté de nombreux débats concernant les flots d'usagers où les services spécialisés étaient accusés par certains « de desservir des usagers de première ligne » alors qu'à l'inverse, des acteurs des services spécialisés reprochaient aux CLSC de leur référer trop rapidement tout usager ayant fait une allusion à une quelconque consommation de drogues. De plus, au sein de certaines régions, la question de la pertinence de maintenir un service spécialisé en alcoolisme et toxicomanie alimentait ce débat. Il est apparu alors nécessaire de recentrer le débat autour des besoins des usagers. Pour ce faire, il fallait documenter la sévérité de la problématique afin de l'apparier à un niveau de soin. C'est alors que l'équipe du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA nommé alors ALTO) a émis l'hypothèse tout à fait logique que les usagers devant être desservis par les services spécialisés devaient présenter une problématique correspondant à un niveau de sévérité équivalent aux diagnostics d'abus et de dépendance aux substances psychoactives, tels qu'établis dans le DSM-IV.

L'ensemble de la situation a mis en lumière la nécessité d'élaborer une procédure qui permettrait aux intervenants d'orienter adéquatement les personnes en fonction du degré de sévérité de leur problématique. C'est dans ce contexte, et pour répondre à ces besoins, que le DÉBA-A/D (Dépistage/Évaluation du Besoin d'aide – Alcool/Drogues) ; Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001) a été développé, histoire de mettre fin à un débat stérile, d'où le sens ironique de l'acronyme de l'instrument.

## Origine du DÉBA-A/D

C'est donc au printemps 2000 que la direction du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches a confié à l'équipe du Service de recherche CRUV/CRAT-CA (en collaboration avec un comité clinique) le mandat de développer un instrument d'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues dont l'utilisation serait adaptée aux services de première ligne (Tremblay, Rouillard, April et Sirois, 2002). Cet instrument devait permettre de détecter et d'orienter adéquatement les individus présentant des problèmes de consommation de substances psychoactives et de fournir une évaluation consistante de leur consommation permettant aux services de première ligne d'élaborer un plan d'intervention lorsque l'utilisateur demeurerait dans leur service. Cette même année, un comité investi d'objectifs similaires était créé

par la Régie régionale de Québec (maintenant Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale). Les efforts regroupés de ces deux comités ont permis de mettre sur pied le DÉBA-A/D.

L'implantation initiale de l'instrument s'est faite sur le territoire de Chaudière-Appalaches en 2001. Une première évaluation des mouvements d'usagers a permis de constater que l'absence d'outils standardisés avait comme impact que 7 % des usagers du CRAT-CA présentaient un niveau de sévérité de problématique de consommation relevant de la première ligne, donc assez faible mais méritant d'être corrigé. Ainsi, l'implantation du DÉBA-A/D a permis une gestion objective des références des usagers, s'appuyant sur des informations standardisées. L'un des objectifs principaux de l'implantation du DÉBA-A/D fut donc de structurer les orientations des usagers entre

tous les acteurs d'une région, soit les CLSC, les agents de probation, les hôpitaux généraux, les ressources communautaires et les services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie (Tremblay, Rouillard, April et Sirois, 2002). De façon à faciliter l'orientation des usagers, la première ligne est alors devenue la porte d'entrée des services en alcoolisme et toxicomanie dans cette région.

Constatant l'intérêt du modèle mis en place dans Chaudière-Appalaches, plusieurs régions du Québec implantèrent cette façon de faire tout en l'adaptant aux particularités de leur territoire. C'est ainsi qu'en 2003 la région de la Capitale-Nationale instaura son mécanisme d'accès en formant tous les intervenants de la première ligne à l'utilisation du DÉBA-A/D. Toute nouvelle demande de service au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (service spécialisé en dépendance) devait désormais transiger par la première ligne et être accompagnée d'une évaluation effectuée à l'aide du DÉBA-A/D. La région de Laval implanta également en 2003 l'utilisation du DÉBA-A/D au sein de son réseau de service. Plusieurs intervenants d'autres régions (ex. : l'Estrie, les Laurentides, l'Abitibi, le Saguenay-Lac-Saint-Jean) reçurent également la formation à l'utilisation du DÉBA-A/D au cours des dernières années mais sans nécessairement rendre son utilisation obligatoire au sein de leur service de première ligne.

## Description de l'outil<sup>1</sup>

Le DÉBA-A/D est un instrument évaluant la consommation d'alcool et de drogues d'un individu au cours des douze derniers mois. Sa durée de passation est d'environ 15 minutes lorsque la consommation est complexe, mais d'à peine une minute lorsqu'elle est minime. Le résultat permet d'orienter adéquatement les individus vers un niveau de service approprié au degré de sévérité de leur problématique de consommation. Les personnes ayant une consommation à risque et problématique sont orientées vers un service de première ligne (ex. : CSSS) où diverses stratégies de prévention, mais aussi d'intervention précoce, telle qu'Alcochoix+ sont offertes. Les personnes dont la situation de consommation équivaut à un diagnostic d'abus ou de dépendance sont, quant à elles, orientées vers un service spécialisé tel qu'un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie.

Le DÉBA-A/D permet d'identifier différents types de consommateurs : 1) les individus n'ayant pas consommé d'alcool ou de drogues depuis un an ; 2) les personnes utilisant l'alcool ou d'autres substances psychoactives, mais ne dépassant pas les normes de consommation à

1. L'outil est disponible gratuitement sur le site du RISQ – [www.risqtoxico.ca](http://www.risqtoxico.ca)

# UNE INNOVATION ET DE L'ORIENTATION

risque ou à faible risque; 3) les consommateurs à risque de vivre des problèmes de santé, mais ne rapportant pas de difficultés associées à leur consommation; 4) les personnes pour lesquelles la consommation engendre divers problèmes (conséquences auto-rapportées); et 5) les individus pour lesquels un diagnostic potentiel d'abus ou de dépendance pourrait être posé (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).

L'instrument est constitué de deux volets différents : le premier évaluant la consommation d'alcool et l'autre évaluant la consommation de drogues. Ces deux volets comportent respectivement 28 et 24 questions et ils sont construits de façon identique. Une première section identifie la fréquence et la quantité de consommation de substances psychoactives et évalue la présence d'une consommation à risque ou non. La deuxième détermine le niveau de sévérité de la dépendance. Cette évaluation s'effectue à l'aide de deux échelles intégrées au DÉBA-A/D et largement validées dans leur version anglaise, soit le « Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool » (*Severity of Alcohol Dependence Data – SADD*; Raistrick, Dunbar, et Davidson, 1983) et de « l'Échelle de Sévérité de la Dépendance » (*Severity of Dependence Scale – SDS*; Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall, et Strang, 1995). La dernière section permet de départager les individus rapportant de nombreuses conséquences reliées à leur consommation. D'une part, les individus pour lesquels un diagnostic d'abus est fort probable, d'autre part ceux qui rapportent diverses conséquences sans toutefois que l'on puisse établir un diagnostic probable d'abus. Cette troisième évaluation s'effectue à l'aide de « l'Échelle de Conséquences de la Consommation d'Alcool » et « l'Échelle de Conséquences de la Consommation de Drogues » (Tremblay, Rouillard, Sirois, 2000).

## Rapport personnalisé d'évaluation

Nouvellement introduit, le rapport personnalisé d'évaluation a été conçu (Tremblay, Simoneau, Landry et Blanchette-Martin, 2009) afin de permettre à l'intervenant de donner du feedback à la personne sur sa consommation d'alcool et de drogues à partir des résultats obtenus au DÉBA-A/D. En effet, ce rapport est l'occasion pour l'utilisateur de faire le point, avec un clinicien, sur ses habitudes de consommation et sur les orientations possibles en fonction de sa situation. Le rapport personnalisé doit être présenté dans un esprit motivationnel, c'est-à-dire dans un climat de collaboration, en présentant les informations le plus objectivement possible, sans exercer de pression, reflétant ses incompréhensions, réactions émotives. Ces stratégies procurent à la personne un espace lui permettant de réfléchir librement à sa consommation de substances psychoactives. Ainsi, le rapport

personnalisé constitue une amélioration tout à fait intéressante sur le plan de la pratique. Il a d'ailleurs été intégré à la formation DÉBA-A/D en 2009.

## En conclusion

La formation au DÉBA-A/D et à l'utilisation du rapport personnalisé d'évaluation sera offerte dans le cadre du module « Détection » de la formation en dépendance développée par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances en collaboration avec le Service de recherche CRUV/CRAT-CA. Elle sera offerte par le MSSS prochainement<sup>2</sup>. L'utilisation d'un tel outil par les intervenants de première ligne constitue une avancée dans la structuration des services en dépendances.

**Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.**

Service de recherche CRUV/CRAT-CA  
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve  
et Centre de réadaptation en alcoolisme  
et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

**Annie-Claude Savard, M. Serv. Soc., doctorante  
(Serv. Soc. U. Laval)**

Service de recherche CRUV/CRAT-CA

**Joël Tremblay, Ph. D.**  
Université du Québec à Trois-Rivières/RISQ

## Références :

- DEMERS, A. ET POULIN, C. (2005). « Consommation d'alcool », in Adlaf, E., Bégin, P. et Sawka E. (2005) : *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p.20-25.
- GOSSOP, M., DARKE, S., GRIFFITH, P., HANDO, J., POWIS, B., HALL, W., ET STRANG, J. (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users" in *Addiction*, 90, 607-614.
- RAISTRICK, D., DUNBAR, G. ET DAVIDSON, R. (1983). Development of a questionnaire to measure dependence in *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, santé mentale et bien-être*, Ottawa : Statistique Canada, tableau CANSIM 01051100.
- TREMBLAY, J., ALLAIRE, G., DUFRESNE, J., LECAVALIER, M. ET NEVEU, Y. (2004). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p.
- TREMBLAY, J., ROUILLARD, P., APRIL, N. ET SIROIS, M. (2002). « Le DÉBA-A/D ou l'adoption par une région entière d'un outil commun d'évaluation de la toxicomanie » in *RISQ-INFO*, 10(1), 4-6.

2. Une copie du rapport personnalisé d'évaluation est disponible auprès des auteurs (nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca ou joel.tremblay@uqtr.ca)



- TREMBLAY, J., ROUILLARD, P. ET SIROIS, M. (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca
- TREMBLAY, J., ROUILLARD, P. ET SIROIS, M. (2000). « Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) », *Dépistage/évaluation du besoin d'aide-Alcool/Drogues*, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA, www.risqtoxico.ca
- TREMBLAY, J., ET BLANCHETTE-MARTIN N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu ; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 1.08, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- TREMBLAY, J., SIMONEAU, H. LANDRY, M. ET N. BLANCHETTE-MARTIN (2009). *Rapport personnalisé d'évaluation au DÉBA*. Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances. Montréal, Québec.
- TREMBLAY, J., TOURIGNY, M. GINGRAS, Y. ET J. DUMONT. (2007). *Proposition d'un requis de service pour la Capitale-Nationale – Orientations stratégiques 2007-2011*. Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, 67 p.



## ÉVÉNEMENTS

### • ROND-POINT 2010

Le rendez-vous quinquennal sur les dépendances



12-13-14 mai 2010  
Hôtel Hilton Montréal Bonaventure

www.acrdq.qc.ca



### • COLLOQUE SUR L'APPROCHE INTÉGRÉE EN TOXICOMANIE

18 mars 2010  
Institut Philippe-Pinel de Montréal  
10905 Henri-Bourassa Est  
Montréal

Tél. : 514- 648-8461

Télex. : 514- 494-4406







# LA FORMATION R UN APERÇU DES

Le Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) a reçu du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) le mandat de développer deux programmes de formation en dépendances. L'un de ces programmes s'adresse aux intervenants des CSSS et l'autre aux professionnels des urgences hospitalières.

Pour réaliser ce mandat d'élaboration de la formation réseau CDC-IUD a mobilisé plusieurs partenaires. Ainsi, le contenu des deux formations répond aux exigences et aux orientations d'un devis élaboré par un comité de pilotage composé notamment de représentants de centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) et de leur association, de centres de santé et de services sociaux (CSSS), de centres hospitaliers et d'agences de la santé et des services sociaux. Le matériel de formation repose sur des modèles de formation éprouvés dans trois régions du Québec (Montérégie, Québec, Montréal). Plusieurs intervenants ont été mobilisés. Le contenu a fait l'objet d'une validation scientifique par des chercheurs associés à l'infrastructure de recherche du CDC-IUD afin de l'adapter et le rendre conforme aux meilleures pratiques et aux données probantes dans le domaine des dépendances. Plusieurs partenaires ont été impliqués à l'une étape ou l'autre des étapes de conception : groupes de discussion pour identifier les besoins de formation ; groupes pilotes pour expérimentation de la formation ; révision de la rédaction ; etc. L'implantation et le déploiement dans les régions relèvent du MSSS et des agences de santé et de services sociaux.

## Brève description de ces deux formations réseau en dépendances

Les deux programmes présentent une série de connaissances de base pour apprivoiser et mieux comprendre les problèmes de dépendances dans des contextes particuliers d'intervention. Ce volet de base permet également à chaque participant de s'approprier des outils de repérage et de détection ainsi que quelques principes d'intervention précoce spécifiques aux dépendances ou à certaines problématiques associées : infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), concomitances santé-mentale et dépendances.

Il accorde une importance fondamentale aux attitudes personnelles et professionnelles des intervenants. Ces attitudes sont jugées

déterminantes dans la façon d'aborder les problèmes de dépendances des personnes qui consultent les CSSS ou les urgences hospitalières, spécialement quand il s'agit de clientèles particulières et vulnérables comme les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives (SPA) ou les personnes présentant un profil d'itinérance ou sans domicile fixe.

**Le programme de formation destiné aux CSSS** vise à soutenir ces établissements dans l'actualisation du programme-services dépendances (MSSS, 2007). L'objectif général est d'habiliter les intervenants à repérer et à détecter des personnes aux prises avec un problème de dépendances et à intervenir précocement. Il se divise en deux parties :

- a) une formation de base de deux jours regroupant huit modules distincts et continus : attitudes de base pour soutenir l'intervention ; concepts de base ; repérage ; détection ; intervention motivationnelle brève ; organisation régionale des services ; périnatalité et troubles concomitants de santé mentale et de dépendances ;
- b) une formation optionnelle de deux jours et demi sur l'approche motivationnelle.

Ce programme a été conçu à l'intention des CSSS. Il s'adresse plus spécifiquement aux intervenants des services généraux ; des services intégrés en périnatalité et petite enfance ; des programmes de santé mentale et de dépendance. Les modules de formation s'intègrent aux principales fonctions de ces intervenants : *outreach* ; accueil, évaluation et orientation (AEO) ; suivi des clientèles dans le cadre des activités des programmes spécifiques ; orientation vers les services des CRPAT. Plus de 3 000 intervenants des CSSS sont visés et les formations seront dispensées régionalement. Pour ce faire, soixante-dix (70) formateurs en provenance des CSSS et des CRPAT ont été formés en 2009.

**Le programme de formation à l'intention des professionnels des urgences hospitalières** vise à soutenir l'implantation des équipes de liaison dans les urgences hospitalières du Québec (MSSS, 2008). L'objectif général est d'habiliter ces professionnels à repérer les patients à risque ou aux prises avec un problème de dépendances et à les référer aux infirmières des CRPAT qui assument les fonctions de liaison. Il se divise en deux parties. La première partie consiste en une sensibilisation

d'une heure s'adressant aux médecins et la deuxième est une formation d'une journée à l'intention des infirmières et du personnel psychosocial des urgences. Elle porte sur les attitudes de base pour soutenir l'intervention et sur certains concepts de base pour soutenir le repérage et l'intervention motivationnelle brève. Ce programme a été conçu spécifiquement pour intervenir dans le contexte particulier des urgences hospitalières. La formation sera dispensée par une équipe provinciale de formateurs.

## Les formations réseau et l'organisation des services en dépendances

Les problèmes de dépendances sont énoncés comme un facteur causal, concomitant ou conséquent dans la plupart des objectifs de santé et de bien-être du gouvernement du Québec (MSSS, 2003). Afin de réduire la prévalence et la gravité des problèmes de dépendances, le programme-services dépendances du MSSS prévoit, d'ici 2012, déployer et consolider une gamme de services reposant sur l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services. Cette offre de services propose une division des responsabilités entre les CSSS et les CRPAT (MSSS, 2007).

Tel qu'illustré dans la figure 1 à la page suivante, les formations réseau s'inscrivent dans le changement organisationnel proposé par l'offre de services en dépendances du MSSS. Le contenu de la formation prédispose au changement dans la mesure où il propose d'intégrer, dans les pratiques d'intervention des CSSS et des urgences hospitalières, des outils de repérage et de détection simples et reconnus, ainsi que les principes d'approche motivationnelle brève. Les formations réseau visent donc à soutenir les actions régionales pour actualiser l'intervention des CSSS dans le cadre du programme-services Dépendances du MSSS. Elles constituent un des moyens privilégiés pour développer et consolider l'offre de services en dépendances. Avec le programme Alcochoix + (Simoneau, Landry et Tremblay, 2007) et la boîte à outils à l'intention des intervenants de première ligne, les formations réseau constituent un des moyens mis à la disposition des CSSS pour les soutenir dans l'actualisation des services de première ligne en dépendances.

Par ailleurs, pour les CRPAT, la formation réseau constitue une des stratégies à privilégier pour augmenter la demande de

# ÉSEAU EN DÉPENDANCES: EN JEUX ET DES DÉFIS

services. Pour les CRPAT, les formations réseau sont au cœur des stratégies à privilégier pour atteindre les objectifs poursuivis par leurs requis de services (CDC-IUD, 2008; CRUV, 2007).

## Pourquoi une formation réseau ... ou les défis et les enjeux

Au moment de mettre en place une organisation de services de première ligne structurante, la formation réseau prend toute sa justification.

De fait, dans le cadre d'une évaluation portant sur les retombées d'un programme de formation en toxicomanie offert aux intervenants de première ligne des Laurentides, par le CRPAT de cette région, il a été observé que le sentiment de compétence professionnelle perçue était plus élevé chez les intervenants ayant reçu une formation de base en toxicomanie et qu'il tendait même à se maintenir plusieurs années après la formation. Toutefois, ce maintien du sentiment de compétence perçue était fortement associé à l'utilisation d'outils de détection des habitudes de consommation et à l'intégration de cette formation dans une organisation de services (CAB, 2004). Cette observation rejoint certaines données probantes en matière de transfert des connaissances qui reconnaissent l'importance de considérer les formations comme un moyen pour soutenir l'échange entre partenaires. Les retombées sur la pratique sont accrues si les différents partenaires entretiennent des relations soutenues à la suite des formations (Reardon et coll., 2006). De plus, une récente étude

québécoise portant sur le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendance (Brown, St-Jacques et coll., 2009) souligne deux conditions essentielles de réussite :

- 1) des programmes simples et des outils brefs;
- 2) un soutien considérable aux intervenants.

Le principal défi se situe assurément au plan de cette seconde condition. Tel qu'illustré à la figure 1, des mesures administratives et organisationnelles doivent être proposées pour soutenir l'appropriation des formations réseau dans les pratiques cliniques des intervenants. Il est illusoire de penser qu'à lui seul un programme de formation peut modifier les pratiques cliniques des intervenants. Un programme de formation n'est pas une panacée. Pour être efficace et en assurer les retombées, on doit l'inscrire dans un tout, c'est-à-dire une organisation de services et des mesures de soutien et suivi.

## En conclusion...

Les deux programmes de formation réseau développés par le CDC-IUD pour le MSSS établissent un lien fonctionnel entre les besoins de santé et de services sociaux des personnes dépendantes ou à risque de le devenir (taux de prévalence) et l'offre de services à la population (organisation des services). Ils visent à constituer un changement dans les pratiques. Plutôt que

d'être offerts dans des perspectives institutionnelles, ces deux programmes visent à soutenir le développement régional d'une organisation de services. Cette perspective obligera certainement les CRPAT à adapter leurs pratiques de formation notamment en y intégrant des partenaires des CSSS. Un autre défi important se situe certainement au plan de l'appropriation de ces programmes de formation au plan régional de l'organisation de services.

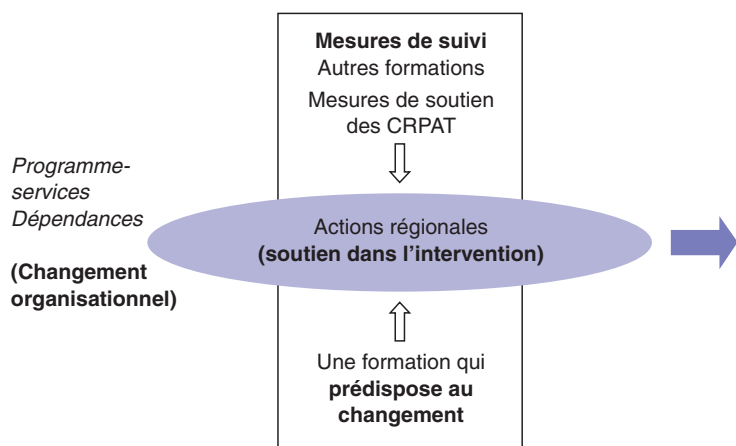
Gilles Cuillerier,

Directeur de la mission universitaire  
Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire  
sur les dépendances

## Références :

- BROWN, T., ET COLL. (2009) *Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances : rapport final au FQRSC.*
- GOSSELIN, M.-A., DUCHARME, R. ET G. CUIILLERIER (2004). *Impacts d'un programme de formation en toxicomanie sur la perception du sentiment de compétence des intervenants de première ligne de la région des Laurentides.* <http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc50.pdf>
- VERMETTE, G. (2008). *Requis de services, 2008-2012 : spécialisés en dépendance pour la clientèle de la région de Montréal.* Montréal : Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances.
- TREMBLAY, J., ET COLL. (2007). *Proposition d'un requis de service pour la Capitale-Nationale 2007-2015 : Pour vivre autrement sa vie.* Québec : Centre Ubald-Villeneuve.
- DUGUAY, L., TREMBLAY, S. ET G. VERMETTE (2008). *Guide d'implantation : équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence.*
- FAULKNER, R., PAQUETTE, M.-C. ET G. DORÉ (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : programme-services dépendances : offre de service 2007-2012.*
- MASSÉ, R., GILBERT, L. ET L. CARDINAL (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012.* <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2550401263.pdf>
- PROVOST, M.-H., ET COLL. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SIMONEAU, H., LANDRY, M. ET J. TREMBLAY (2007). *Alcochoix+ : un guide pour choisir et atteindre vos objectifs : version 1.2.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- REARDON, R., LAVIS, J. ET J. GIBSON (2006). *From Research to Practice : A Knowledge Transfer Planning Guide.* [http://www.chsrf.ca/kte\\_docs/IWH\\_kte\\_workbook.pdf](http://www.chsrf.ca/kte_docs/IWH_kte_workbook.pdf)

FIGURE 1 La formation : un soutien à l'intervention



\* Adapté de : MSSS et ASSSC-N (2008). *L'intégration des pratiques cliniques préventives.*





# LE PARTENAIRE DE LA MÈRE CONSO et les services de périnatalité

Depuis les 10 dernières années, la paternité est un sujet d'intérêt pour de plus en plus de chercheurs et de praticiens des services sociaux et de la santé. La contribution singulière du père au développement de son enfant est désormais reconnue, ce qui encourage les professionnels qui dispensent des services aux familles à solliciter sa présence. Par ailleurs, la paternité dans un contexte où la mère fait un usage abusif de drogues ou d'alcool demeure un sujet peu connu. La présence de ce père auprès de sa partenaire et de l'enfant suscite souvent beaucoup d'inquiétudes, surtout s'il est lui-même consommateur. Cependant, dans d'autres circonstances, il peut constituer un rempart de sécurité qui nous semble essentiel. Qui sont ces pères ? Comment les intégrer à nos interventions ?

Ces questions sont familières pour l'équipe interdisciplinaire du Centre des naissances de l'Hôpital St-Luc du CHUM qui accueille depuis plus de 20 ans des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives. À titre indicatif, celles-ci représentaient 3 % des 2 308 femmes qui ont accouché à notre centre hospitalier durant l'année 2007-2008<sup>1</sup>. À travers les différents services développés pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, un certain nombre d'observations témoignent de l'importance de rejoindre ces hommes dans les périodes pré, per et post natales. Ainsi, depuis 2006, le projet *Main dans la main* s'adresse aux femmes enceintes dont la consommation de drogues ou d'alcool est abusive ainsi qu'à leur partenaire. Il s'agit d'un projet-pilote réalisé en partenariat avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) du Centre jeunesse de Montréal Institut-Universitaire. L'objectif est de soutenir les parents durant la grossesse dans la mise en place des meilleures conditions possibles pour accueillir leur enfant. À l'issue de la première année du projet, les données portant sur la participation des parents ont indiqué que le père était présent dans un peu plus de 63 % des situations<sup>2</sup>. Ces informations ont été accueillies avec quelque surprise car elles indiquaient des pères plus présents que nous le croyions.

D'autres observations issues de la pratique nous ont encouragés à impliquer activement le père dans nos services en raison du contexte spécifique dans lequel il devient parent. Par exemple, en situation de consommation maternelle, le partenaire peut être à certains moments le seul parent en mesure de répondre aux besoins de l'enfant lors d'une rechute significative de la mère. Par ailleurs, nous

observons qu'à la suite d'un signalement adressé à la DPJ pour des raisons liées à la consommation de la mère, il arrive que la responsabilité du nouveau-né soit confiée au père, biologique ou social, durant la période d'évaluation. Cette mesure permet que l'enfant quitte l'hôpital avec ses parents, plutôt que d'être temporairement hébergé dans la famille élargie ou encore en famille d'accueil, évitant ainsi une rupture du lien d'attachement. En contrepartie, le père qui se voit confier cette responsabilité peut se sentir démuné dans cette situation, notamment s'il devient parent pour la première fois et s'il ne peut compter sur le soutien de son réseau social.

## Le père en contexte de consommation maternelle : quelques caractéristiques

De façon générale, la paternité représente une transition importante dans la vie d'un homme puisqu'elle est caractérisée par un changement identitaire. Lorsque le partenaire présente des difficultés similaires à celles de sa conjointe consommatrice, devenir parent lui permet d'acquérir une nouvelle identité reconnue et valorisée socialement, celle de père. Par ailleurs, en contexte de consommation maternelle, il semble que cette transition présente des caractéristiques singulières. En premier lieu, les grossesses sont rarement planifiées. Fonder une famille ensemble est donc inattendu pour ces couples. De plus, certaines femmes consommatrices apprennent tardivement qu'elles sont enceintes en raison de l'irrégularité de leur cycle menstruel, causée par la consommation de certaines substances. Quand une grossesse n'est confirmée qu'au deuxième trimestre, les alternatives pour y mettre fin sont limitées. Être parent devient alors une réalité imposée plutôt qu'un projet mûri et désiré par le couple. La découverte tardive de la grossesse a aussi comme conséquence d'écourter le temps de préparation du futur père à devenir parent, et ce, tant sur le plan matériel que psychologique<sup>3</sup>.

En deuxième lieu, le partenaire de la mère consommatrice entretient parfois une perception négative du rôle parental qu'il s'approprie à assumer. Dans certains cas, cette représentation s'explique par sa relation avec son propre père, un lien souvent fragilisé par la toxicomanie, la négligence ou encore par l'absence de ce parent<sup>4</sup>. Pour d'autres hommes déjà pères ou

qui ont assumé de telles fonctions dans le cadre d'une union antérieure, c'est le sentiment de satisfaction retiré de cette expérience qui influencera leur perception de la paternité. Si ces hommes sont eux-mêmes consommateurs, la sévérité de leur toxicomanie influencera leur sentiment de satisfaction à l'égard de leur rôle parental. Ainsi, les pères dont l'assuétude est plus sévère se considèrent moins impliqués auprès de leur enfant que ceux qui présentent un problème moins sérieux<sup>5</sup>. Possiblement en raison de l'énergie que mobilise l'usage de drogues tant sur le plan physique que psychologique<sup>6</sup>.

Parmi les éléments qui caractérisent la transition de ces hommes vers la paternité, on trouve le sentiment de gêne envers leur consommation et celle de leur conjointe. Les résultats préliminaires d'une étude réalisée au Québec auprès des partenaires de mères consommatrices identifient l'échographie comme un moment déclencheur qui fait craindre au père les séquelles de la consommation sur la santé du fœtus<sup>7</sup>. L'usage de certaines drogues dures telles que la cocaïne ou l'héroïne par la mère suscite alors la désapprobation de son partenaire. Si, de plus le nouveau-né présente des symptômes de sevrage à la naissance, le sentiment d'être responsable des souffrances de l'enfant peut émerger et générer un sentiment de honte chez le père à l'égard de sa consommation et de celle de sa conjointe.

## Quelques enjeux liés à l'intervention auprès du père en milieu hospitalier

Les professionnels oeuvrant dans les services de périnatalité du CHUM reconnaissent la pertinence d'inclure le partenaire dans le suivi de la mère consommatrice le plus tôt possible. Toutefois, dans la pratique, différents obstacles surgissent au moment de l'intervention auprès de ces hommes. D'abord, certains enjeux de nature administrative sont liés au statut du père dans les services de périnatalité. Par exemple, durant la période anténatale seule la mère est reconnue comme bénéficiaire des soins. Cela a pour conséquence que la participation du père au suivi psychosocial dépend de la décision de la mère. Si cette situation présente un avantage dans un contexte particulier tel que celui de la violence conjugale, elle

1. Département d'obstétrique-gynécologie du CHUM. (2009). *Services d'obstétrique et de périnatalité de l'année 2008-2009*. Rapport annuel. Montréal.

2. Données issues des statistiques de participation de la clientèle du Centre des naissances du CHUM au projet *Main dans la main*. Document interne.

3. Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Deveault, A., Rondeau G., & Roux, M.-É. (2009). Le partenaire des consommatrices abusives de substances psychoactives : un acteur clé pour la sécurité et le bien-être optimal des enfants. Dans *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Sous la direction de P. Morissette et M. Venne. Éditions du CHU Sainte-Justine. Montréal.

4. Arenas, M. L. & Greif, G. L. (2000). Issues of Fatherhood and Recovery for VA Substance Abuse Patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(3), 339-341.

5. Collins, C.C., Grella, C.E. & Hser, Y.-I. (2003). Effects of Gender and Level of Parental Involvement Among Parents in Drug Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2):237-261.

6. Hogan, D. (2003). Parenting Beliefs and Practices of Opiates-Addicted Parents: Concealment and Taboo. *European Addictions Research*, 9: 113-119.

7. Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Rondeau, G. & Deveault, A. (2008). L'influence des partenaires sur les mères consommatrices de substances psychoactives et leur engagement auprès des enfants : une étude pilote. *Intervention*, 128: 89-98.



# MMATRICE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

## té du Centre des naissances du CHUM

gène des inconvénients lorsque la précarité de la situation maternelle nécessiterait d'inclure le père biologique ou social. Un autre élément de nature organisationnelle à considérer, concerne les heures de services qui entrent parfois en conflit avec l'horaire de travail de ces hommes. En effet, plusieurs pères occupent des emplois précaires dont les conditions leur permettent difficilement de s'absenter pour des raisons familiales sans craindre les représailles du patron ou des répercussions financières.

D'autres obstacles relèvent des caractéristiques qui sont propres à ce groupe de pères. Parmi celles-ci figure le temps restreint dont nous disposons pour travailler avec eux. En effet, si la grossesse est confirmée tardivement, le premier rendez-vous à notre clinique n'a souvent lieu qu'au cours du deuxième ou même du troisième trimestre. Ces couples peuvent aussi vivre des périodes de désorganisation significatives qui les empêchent de se présenter à tous leurs rendez-vous, ce qui réduit d'autant nos observations. Il arrive parfois qu'il n'y ait pas eu de suivi de grossesse et que le dépistage de la consommation ne se fasse qu'à l'accouchement. Dans ce contexte, le temps d'intervention nécessaire pour évaluer et intervenir auprès des parents est limité.

Plusieurs des partenaires de mères consommatrices ont aussi reçu les services de la protection de la jeunesse alors qu'ils étaient enfants. Il s'agit parfois de leur seule expérience avec les services sociaux et les souvenirs qu'ils conservent de cette période de leur vie sont souvent douloureux. Il n'est donc pas étonnant que ces hommes présentent de la méfiance envers les différents professionnels qu'ils associent de près ou de loin aux services sociaux. Lorsque leur conjointe fait un usage significatif de drogues ou d'alcool et qu'ils sont eux-mêmes consommateurs, la crainte d'être jugés comme de mauvais parents et de voir retirer la garde de leur enfant à la naissance alimente cette méfiance envers les professionnels.

Si le milieu de la santé peut sembler moins menaçant, certains pères se sentent inconfortables lorsqu'ils se trouvent, par exemple, dans la salle d'attente de notre clinique d'obstétrique, car ils sont sensibles au regard posé sur eux par d'autres parents ou par certains membres du personnel médical. Lorsque le séjour du nouveau-né est prolongé en néonatalogie en prévention d'éventuels symptômes de sevrage, le malaise est susceptible de refaire surface. En effet, durant ce séjour de 7 à 10 jours, les parents occupent une chambre d'accueil qui les plonge dans la réalité structurée d'une unité de soin. Les règles de fonctionnement qui prévalent en ces lieux peuvent contraster avec leur mode de vie et rendre leur séjour difficile.

En dernier lieu, il faut rappeler qu'historiquement, les services de périnatalité en milieu

hospitalier sont dispensés par des femmes à d'autres femmes, favorisant ainsi une aisance naturelle chez les intervenantes. La présence du père quant à elle demande certains ajustements sur le plan de l'intervention puisqu'elle nécessite la compréhension d'une réalité qui est spécifique à ces hommes ainsi qu'une approche souvent différente de la clientèle féminine.

### *L'état actuel des pratiques auprès du père au Centre des naissances du CHUM*

Lorsque nous réfléchissons aux changements requis afin de mieux rejoindre les pères, et plus spécifiquement ceux dont la conjointe fait un usage abusif de drogues ou d'alcool, il nous semble que bien des pas restent à franchir. Toutefois, nous devons nous rappeler que la présence du père dans nos services de périnatalité est récente. En effet, c'est au début des années 2000, suite à la fusion des hôpitaux Notre-Dame, Hôtel-Dieu et St-Luc pour constituer le CHUM que des rénovations majeures au Centre des naissances situé à l'hôpital St-Luc ont permis l'application d'une philosophie de soins centrée sur la famille. Ces changements ont modifié de façon significative notre approche envers les parents. En effet, la chambre unique a non seulement favorisé la cohabitation mère-enfant, mais elle a aussi encouragé le séjour du père tout au long de la période post-natale en prévoyant un mobilier qui lui permette de passer la nuit auprès des siens. Avant ces rénovations, le père était un visiteur que l'on voyait peu, alors que maintenant, sa participation à l'enseignement et aux soins est encouragée. Bien entendu, ces changements ont nécessité une période d'adaptation pour l'ensemble de l'équipe soignante qui devait s'habituer à intégrer le père dans le cadre de ses interventions. Cependant, ces nouveaux aménagements ont grandement facilité nos interactions avec les pères désormais rejoignables.

Dès lors, d'autres initiatives ont été mises de l'avant par les équipes soignantes et psychosociales afin que le père puisse trouver sa place dans les services de périnatalité. C'est dans cet esprit que le nom de l'unité Mère-enfant a été remplacé par celui du Centre des naissances et que l'on retrouve maintenant en ces lieux de nombreuses affiches qui mettent en évidence l'importance du père auprès de la mère et du nouveau-né. En ce qui concerne plus précisément le partenaire de la mère consommatrice, depuis quelques années, nous rencontrons systématiquement les couples dont la mère participe à un programme de maintien à la méthadone durant sa grossesse afin de les préparer à la possibilité d'un sevrage chez le nouveau-né. À ces occasions, une attention particulière est portée au père dont

les besoins diffèrent souvent de ceux de sa conjointe. À titre d'exemple, lorsque ces derniers ne font pas usage du même produit, le père exerce parfois une pression envers sa partenaire pour qu'elle diminue ou cesse la méthadone afin d'éviter que le bébé présente des symptômes de sevrage. Dans ce contexte, notre intervention vise non seulement une meilleure compréhension du rôle de la méthadone durant la grossesse, mais elle permet aussi que le père puisse exprimer ses inquiétudes et son malaise envers la situation, ce qui contribue à diminuer la pression exercée envers la mère. Cet accompagnement qui se poursuit en période postnatale permet également de normaliser les sentiments parfois différents de chacun des parents et se concentrer sur leur projet parental.

Le projet *Main dans la main* nous a aussi amenés à modifier certains aspects de notre pratique pour rejoindre le futur père et travailler en partenariat avec les deux parents. L'arrivée du projet a permis d'élaborer une grille d'évaluation psychosociale qui tient compte spécifiquement de la situation du père, même s'il n'est pas le principal bénéficiaire des soins. Cette mesure permettra de cibler avec plus de précision les besoins du père en période périnatale et d'offrir des services conséquents. De façon complémentaire, l'accès aux résultats de la recherche effectuée auprès de plusieurs partenaires de mères consommatrices à laquelle le CHUM et d'autres centres hospitaliers ont participé bonifiera sans aucun doute notre pratique envers ces hommes.

Finalement, dans le but de soutenir notre personnel infirmier dans son travail auprès de ces parents, un blitz de plusieurs formations d'une journée sur la périnatalité et la toxicomanie est présentement en cours. La formation est offerte par une équipe interdisciplinaire et comprend un volet sur l'intervention auprès du partenaire de la mère consommatrice.

En somme, les hommes dont la conjointe enceinte fait un usage problématique de drogues ou d'alcool représentent un groupe de pères avec des besoins singuliers. Leur intégration dans les services de périnatalité est essentielle puisqu'ils jouent un rôle important dans le bien-être de la mère et de l'enfant à naître. Afin de mieux saisir la réalité de ces pères, le partenariat entre les chercheurs et les praticiens est nécessaire. De la même façon, le travail en interdisciplinarité ainsi que la collaboration entre les divers organismes qui oeuvrent auprès de ces hommes et de leur famille sont essentiels au développement de services adaptés à leur situation.

**Nathalie Larue**

M. Sc., travailleuse sociale

Centre des naissances de l'hôpital St-Luc du CHUM



# TOXICOMANIE ET VIOLENCE CONJUGALE

## TROIS SITUATIONS À HAUT RIS

L'existence d'un lien entre la consommation de substances psycho-actives (SPA) et la violence conjugale est, à ce jour, un fait établi. Les études indiquent clairement que les hommes et les femmes qui commettent des gestes de violence physique dans le couple, sont plus susceptibles de présenter des troubles liés aux SPA que les couples en détresse ne vivant pas de violence conjugale. D'autre part, on estime qu'entre 50 et 80 % des hommes et des femmes qui sont en traitement pour des troubles liés aux SPA ont commis ou subi des gestes de violence physique dans leur couple dans les douze derniers mois. C'est jusqu'à six fois plus que chez les hommes et les femmes de la population générale. Mais à ce jour, la majorité des connaissances portent sur la consommation et les comportements violents des hommes envers les femmes (VH-F). On a peu de connaissances sur la consommation des femmes victimes de violence, et encore moins sur celle des femmes qui commettent des gestes violents envers leur conjoint (VF-H). Le présent article tente d'élargir les connaissances actuelles, en explorant, au travers des récits de femmes en traitement pour des troubles liés aux SPA, et de leur conjoint, les liens potentiels entre le « mésusage » de SPA par les deux conjoints et les contextes entourant des incidents spécifiques de la violence de femmes envers des hommes (VF-H).

### Qu'en est-il exactement ?

Il apparaît difficile de parler des liens entre la VF-H et la consommation de SPA, sans d'abord clarifier quelques tabous sur la violence des femmes envers les hommes. La VF-H existe et dans les milieux de recherche au moins, personne ne nie à ce jour son existence et même son ampleur. Ainsi, bien qu'il soit difficile d'établir de façon exacte les taux de prévalence de la VF-H, les estimations indiquent que chez 10 et 30 % des couples interrogés, un des deux conjoints aurait perpétré ou subi au minimum un geste de violence physique au cours des 12 derniers mois (Schafer, Caetano & Clark., 1998). Dans ces couples, autant d'hommes que de femmes déclarent avoir fait usage de violence physique dans la dernière année. Dans les échantillons cliniques, tels que des couples en thérapie conjugale et des toxicomanes<sup>1</sup> en traitement, on estime qu'entre 50 % et 80 % des femmes et des hommes sont physiquement violents envers leur conjoint. La fréquence et la gravité des gestes posés ne diffèrent pas entre les genres. Il faut retenir que

plus de la moitié des individus toxicomanes en traitement vivent de la VF-H et de la VH-F. De plus, la violence est fréquente dans ces couples (plusieurs incidents par année) et, finalement, elle est susceptible de mener à des blessures lorsque les conjoints consomment, et ce, peu importe qui est l'agresseur principal. La VF-H est donc présente chez une proportion importante de couples mais elle diffère de la VH-F. Le coup de poing d'une femme n'équivaut pas celui d'un homme en termes de blessures potentielles. En outre, les questions actuelles sur la VF-H portent sur les contextes entourant la violence dans ces couples : Quels sont les motifs de la VF-H ? Qui initie la violence ? L'un des contextes connus de la VH-F est la consommation de SPA. Malgré le nombre très élevé de couples toxicomanes présentant de la VF-H, les données sur la consommation comme contexte entourant les incidents de VF-H sont quasi inexistantes. Nous proposons donc d'explorer les contextes entourant les incidents de VF-H.

### Une relation temporelle entre la consommation et la violence

Les connaissances établies à ce jour, nous disent que ce n'est pas la consommation d'alcool ou de drogues, ni même la présence de troubles liés aux SPA, mais l'intoxication qui augmente les risques de violence dans le couple. Par ailleurs, cette explication suppose que la surconsommation précède la violence. Or, certains chercheurs ont récemment (Moore et al., 2009) posé l'hypothèse que pour certains couples, la consommation pourrait survenir en réaction à l'événement violent. Ce modèle de consommation a notamment été observé chez les femmes victimes de violence conjugale. Il est donc possible que le lien entre la consommation de SPA et la violence soit sous-estimé chez les femmes parce que les études se sont principalement intéressées à la consommation en tant que précurseur à la violence.

De plus, il est probable que les contextes influencent plus fortement le lien entre la consommation et la violence chez les femmes que chez les hommes. Il devient donc pertinent de tenter d'établir quels sont les contextes de la VF-H qui sont liés à la consommation (par exemple, les disputes entourant la consommation sont-elles présentes avant ou après l'incident violent ?).

### Une étude exploratoire chez les femmes toxicomanes

Une étude qualitative exploratoire a été menée dans plusieurs centres de traitement de la grande région de Montréal. Dix-neuf femmes reconnaissant d'emblée avoir poussé, bousculé, frappé un conjoint lors d'une dispute dans la dernière année, nous ont contacté après avoir pris connaissance de l'étude par l'entremise d'affiches posées dans les centres de traitement en toxicomanie. Le premier objectif de cette étude visait l'exploration et la description des contextes entourant les incidents de VF-H, soit les interactions du couple menant à l'incident ; la séquence des incidents violents et les « patrons de consommation des

deux conjoints. Le deuxième objectif était d'obtenir le point de vue des conjoints quant aux liens perçus entre la VF-H et la consommation. En entrevue, nous avons demandé à ces femmes, ainsi qu'à leur conjoint, de décrire deux incidents impliquant de la VF-H : l'incident le plus récent de violence physique et l'incident le plus grave. La consommation de SPA a été documentée pour les 24 heures précédant et suivant chaque incident de VF-H.

### La nature de la VF-H

Les couples participant à cette étude ont vécu en moyenne six (6) à huit (8) incidents violents lors des douze (12) mois précédant l'entrevue. Dans le quart des incidents violents déclarés, les femmes admettent avoir fait usage de gestes violents envers leur conjoint alors que ce dernier n'a pas riposté à l'attaque. Pour tous les autres incidents relatés, la violence est mutuelle, les deux conjoints ayant fait usage de gestes violents lors de la dispute. Par ailleurs, dans 75 % des incidents, c'est la femme qui a posé le premier geste de violence physique. En général, les deux conjoints s'entendent pour dire que la femme initie le plus souvent les incidents de violence dans leur couple. En termes de gravité, les gestes posés par les femmes sont variables, allant de la gifle ou la bousculade à l'utilisation d'objets et d'armes blanches, menaçant ainsi l'intégrité physique de leur conjoint. Les résultats pour ces couples indiquent clairement que la violence physique des femmes est parfois grave et ne s'explique pas uniquement, ni même principalement, par la légitime défense.

### La relation temporelle : les SPA comme précurseurs de la violence ?

Les résultats sont clairs. Dans 93 % et 71 % des incidents, les femmes et leur conjoint avaient consommé avant l'incident et étaient intoxiqués au moment de l'incident violent. Les femmes avaient consommé principalement des stimulants ou une combinaison de substances incluant des stimulants. Les hommes quant à eux semblaient avoir pris une plus grande variété de substances. Dans environ la moitié des incidents, il y a aussi eu consommation des deux conjoints après l'incident violent. Ces hommes et ces femmes ont consommé principalement des déprimeurs du système nerveux. Il est donc probable que ce soit principalement la consommation de stimulants, telle la cocaïne, qui mène à la VF-H. Ce qui est cohérent avec les connaissances actuelles sur la violence des femmes hors du contexte familiale (autres crimes violents, études en laboratoires). Toutefois, plusieurs couples ont consommé suite aux incidents. Il faut alors se questionner. La violence est-elle aussi un précurseur de la consommation ?

### Les liens entre la consommation et les contextes de la VF-H

En reconstituant la séquence des incidents de VF-H et de la consommation des conjoints, trois scénarios liés à la consommation émergent.

1. Le terme toxicomanie réfère à un abus ou une dépendance à une substance psychoactive (SPA), soit toutes les drogues, incluant l'alcool. Le terme polytoxicomane réfère à toute personne qui présente un abus ou une dépendance à plus d'une SPA. Les termes toxicomanie et polytoxicomanie réfèrent donc aux troubles liés aux SPA tels que définis dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (DSM-IV) et sont utilisés de façon interchangeable.



# AU FÉMININ: QUE

## SCÉNARIO 1 : le *craving*

Pour plusieurs couples, consommation et violence sont liées à un épisode de *craving* de la femme. Non seulement elle ressent une envie de consommer mais la dispute qui mène à la VF-H provient elle aussi du désir de la femme de (re)consommer, avec ou sans son conjoint. Ainsi, le conjoint refuse de consommer, par manque d'argent, par soucis pour la santé de sa conjointe ou pour d'autres raisons. Chez ces couples, le déclencheur de la VF-H est le refus catégorique du conjoint en disant « non » ou en s'interposant entre la porte et la conjointe. Il s'ensuit le premier geste de violence initié par la femme. La VH-F est alors le plus souvent une forme de résistance ; une tentative de bloquer ou de faire cesser la VF-H. Pour certains de ces couples, la dispute prend fin lorsque le conjoint accepte d'aller chercher de la drogue. Les conjoints consomment ensemble et il y a réconciliation.

- *J'ai perdu la maîtrise de mes pensées, la notion du bon puis du mauvais. Je n'étais plus moi-même, j'étais une autre personne (...) Lui, il voulait pas consommer. Je n'étais pas la douce et fine fille. J'étais en crise là, en manque. J'étais rendue diabolique. Il voulait pas aller en chercher, m'a dit : « Non ! J'y vais pas, c'est assez » Fait que là j'ai été cherché le couteau. Je disais : « Aie là, habilles ! Tes culottes puis on part ». Je voulais me faire obéir, qu'il comprenne que je suis hors de moi, hors de contrôle. (...) je voulais juste lui faire peur, pas le tuer.*
- *Peux-tu me raconter ce qui s'est passé après ?*
- *Ben, il m'a attrapé le poignet, pour me l'enlever. On se tirait là. (...) Il m'a poussé au mur fait que là, j'ai perdu la tête. J'tais vraiment devenue violente, fait que j'l'ai poussé moi aussi. J'frappais partout, des coups de pieds, de genoux dans les parties, des coups poings, partout où je pouvais. J'ai repoussé au mur, pour me déprendre là. Pis j'criais, j'criais fort. Y'a eu peur qu'les voisins y'entendent pis qu'y'appellent la police. Fait qu'y'est allé m'en chercher d'autre (drogue).*

En mettant fin à la fois à la dispute conjugale et au manque (vécu comme intolérable), les hommes renforcent souvent à leur insu les comportements violents de leur conjointe. Les femmes apprennent alors que leur violence est efficace : elle soulage le *manque* créé par la substance et celui du conjoint qui s'est éloigné en refusant de consommer. Ces couples sont pris dans une spirale descendante. Leur consommation les mène à utiliser des gestes violents et la violence leur permet par ailleurs de consommer. Ces moments de manque (comme les intoxications) constitueraient des situations à haut risque de violence pour les couples où la femme consomme des stimulants.

## SCÉNARIO 2 : les intoxications aigües ou prolongées

Un autre scénario émergeant des récits est celui des épisodes de consommation excessive d'un couple. Lors de ces incidents violents, les femmes rapportent avoir consommé sans arrêt de multiples substances pendant 24 à 72 heures. Les sujets de dispute avant l'incident et les déclencheurs de la VF-H sont variés et ne semblent pas liés à la consommation (ex : menace de séparation, accusation d'infidélité, etc.). Lors de ces incidents, on observe parfois une escalade de la colère et de la violence chez les deux conjoints et il devient impossible d'établir qui est l'agresseur ou la victime. La violence peut être caractérisée comme un « combat mutuel ». Ces incidents se terminent généralement par l'intervention d'un tiers (voisins, police, amis). La réconciliation n'est pas immédiate comme dans le premier scénario mais il n'y a pas de consommation suite aux incidents.

L'idée que l'intoxication, et surtout l'intoxication aigüe, rendent les conjoints plus vulnérables à la VF-H et la VH-F n'est pas nouvelle. Les études quantitatives nous indiquent que la VH-F est jusqu'à 13 fois plus probable les jours de grande consommation pour les couples toxicomanes. Mais, ce que le clinicien peut retenir des données présentées ici, c'est que la dynamique violente est différente selon qu'il s'agisse d'un scénario de *craving* ou d'intoxication aigüe. Ces incidents requièrent l'intervention d'un tiers et dégénèrent plus souvent. Ils sont potentiellement plus dangereux, mais ne semblent pas renforcés par une réconciliation. Ils sont donc potentiellement susceptibles de motiver le changement puisqu'ils causent une « crise » dans le couple.

## SCÉNARIO 3 : les rechutes

Pour quatre couples rencontrés en entrevue, la VF-H s'est produite lorsque l'un des deux conjoints fait une rechute. Dans ces incidents, la colère du conjoint qui ne consomme pas ou n'a pas consommé est très grande. La dispute est très courte et la VF-H est presque immédiate. Soit la femme prend conscience que son conjoint a consommé et initie la VF-H ou l'homme prend conscience de la consommation de la femme, l'insulte et la femme initie la violence.

Ces incidents semblent très brefs et se terminent généralement par la fuite ou le retrait d'un des deux conjoints. Généralement, celui qui a consommé demande pardon pour la trahison que constitue le bris d'abstinence. La violence ne semble pas faire partie de la discussion suite à l'incident. Elle semble au contraire être perçue comme légitime et méritée.

Face à un individu violent dans le couple, il importe que l'intervenant saisisse bien le contexte des



gestes violents des deux conjoints. Il doit évaluer si le problème est unilatéral ou dyadique et quelle est la fonction de la violence. Cette dernière recommandation est particulièrement importante lors de l'intervention auprès des femmes toxicomanes pour des troubles liés aux SPA. Plus spécifiquement, en intervenant auprès de ces

femmes, le clinicien doit garder en mémoire qu'il est possible que le *craving* et les rechutes (comme les intoxications) constituent une situation à risque de VF-H. Si la conjointe affirme être vulnérable de lever les inhibitions et d'être violente lorsqu'elle ressent un *craving* ou lorsqu'elle est intoxiquée, il est avisé de suggérer aux conjoints d'éviter les conflits conjugaux à ce moment. Si la violence dans le couple est grave et s'accroît rapidement lors des incidents, il peut être nécessaire d'établir avec les conjoints une stratégie de temps d'arrêt (*time out*), c'est-à-dire que l'un des deux quitte la pièce ou la maison, le temps que la crise se dissipe. Quant aux rechutes et étant donné la nature expressive et impulsive des incidents de VF-H qui y sont liés, il est possible qu'en avisant le ou la conjointe avant de rentrer à la maison qu'il y a eu rechute, la colère pourrait être mieux régulée et la violence évitée.

Finalement, il est important de se souvenir que lorsque les hommes de cet échantillon consomment avec leur conjointe suite aux incidents violents, il est possible qu'ils renforcent la VF-H sans en avoir pleinement conscience. Afin de mettre fin aux « boucles de rétroaction » négatives entre la consommation des femmes et la VF-H, il faut apprendre aux femmes à faire face au *craving* sans recours à la consommation. Parallèlement, les hommes doivent éviter de consommer avec leur conjointe suite à un incident de VF-H. Encore une fois, la stratégie du temps d'arrêt permettrait d'éviter un renforcement positif par une réconciliation prématurée.

En conclusion, il semble que les liens entre la consommation et la VF-H, comme la VH-F, sont complexes. Il est donc important dans sa pratique de considérer la possibilité : 1) que la VF-H existe et qu'elle prend des formes différentes de la VH-F, 2) que la VF-H puisse en partie être causée par les effets des SPA, soit l'intoxication ou le sevrage, 3) que les rechutes soient possiblement une situation à haut risque de violence et 4) que la consommation lors de la réconciliation prématurée renforce le comportement des femmes.

**Marianne Saint-Jacques,**  
Psychologue, Professeure adjointe au Service  
de Toxicomanie de l'Université de Sherbrooke.

## Références

- ARCHER, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
- BABCOCK, J. C., COSTA, D. M., GREEN, C. E., & ECKHARDT, C. I. (2004). What Situations Induce Intimate Partner Violence? A Reliability and Validity Study of the Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAVE) Scale. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 433-442.
- BEN-DAVID, S. (1993). The two facets of female violence: The public and the domestic domains. *Journal of Family Violence*, 8(4), 345-359.
- BOLES, S. M., & MIOTTO, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155-174.
- CHASE, K. A., O'FARRELL, T. J., MURPHY, C. M., FALS-STEWART, W., & MURPHY, M. (2003). Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcoholism*, 64(1), 137-149.
- CHERMACK, S. T., & GIANCOLA, P. R. (1997). The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 17(6), 621-649.
- DUTTON, D. G., & NICHOLLS, T. L. (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior*, 10(6), 680-714.
- FALS-STEWART, W., GOLDEN, J., & SCHUMACHER, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1555-1574.
- FORAN, H., & O'LEARY, D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222-1234.
- LEONARD, K. E. (2002). Alcohol's role in domestic violence: a contributing cause or an excuse? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(Suppl. 412), 9-14.
- MOFFITT, T. E., & A., C. (1999). Findings About Partner Violence From the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *National Institute of Justice: Research in brief*, 81, 1-12.
- MOORE, T. M., STUART, G. L., MEEHAN, J. C., RHATIGAN, D., HELLMUTH, J. C., & KEEN, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247-274.
- MURPHY, B. S., STEEVENS, S. J., MCGRATH, R. A., WEXLER, H. K., & REARDON, D. (1998). Women and violence: A different look. *Drugs and Society*, 13(1-2), 131-144.
- SWINGLE, J. M., MCCRADY, B. S., & EPSTEIN, E. E. (2002). *Couple violence in a clinical sample of female alcoholics*. Paper presented at the 27th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism, Vancouver, Canada.



## Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008

L'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES) est menée par l'Institut de la Santé et des Services sociaux. Elle a pour objectif principal de produire, sur une base biennale, un portrait fiable de l'évolution de l'usage de la cigarette (depuis 1998), de la consommation d'alcool et de drogues (depuis 2000) et de la participation aux jeux de hasard et d'argent (depuis 2002) chez les élèves québécois de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> secondaire. Deux indicateurs font de cette enquête un outil de surveillance original : l'un porte sur la consommation problématique d'alcool et de drogues (l'indice DEP-ADO), et l'autre, sur les problèmes de jeu (l'indice DSM-IV-J).

Pour assurer la validité des comparaisons, la méthodologie de l'enquête est demeurée la même depuis 1998. La population visée est l'ensemble des élèves inscrits dans les écoles secondaires du Québec au moment de l'enquête, exception faite des écoles ne relevant pas du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, des écoles autochtones, des écoles de villes très éloignées et des écoles composées d'au moins 30 % de personnes handicapées. La population visée couvre ainsi 98 % de la population des élèves qui fréquentent les établissements d'enseignement secondaire. Les données de la sixième édition de l'ETADJES ont été recueillies à l'automne 2008 auprès de 4 736 élèves, fréquentant 176 classes réparties dans 144 écoles secondaires francophones et anglophones, publiques et privées, de la province.

### Tabac

Les données de l'ETADJES de 2008 révèlent qu'entre 2006 et 2008 la proportion d'élèves qui ont fait usage de la cigarette au cours d'une période de trente jours est demeurée à 15 %. Tout comme les enquêtes précédentes, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à fumer que les garçons (17 % c. 13 %). En 2008, 4,6 % des élèves étaient des fumeurs quotidiens, 2,7 % étaient de fumeurs occasionnels, 7 % étaient de fumeurs débutants et 85 % étaient des non-fumeurs. Toutefois, entre 2006 et 2008, l'usage des cigarillos a chuté, passant de 22 % à 18 %, soit le niveau observé en 2004. Environ 11 % des élèves fument la cigarette et le cigarillo. Quant à la proportion d'élèves qui consomment des cigarillos exclusivement, elle dépasse celle des élèves qui fument des cigarettes exclusivement (7 % c. 4 %).

### Alcool et drogues

Les consommateurs d'alcool sont toujours aussi nombreux qu'en 2006 (60 %) et la consommation excessive d'alcool est toujours aussi populaire auprès des élèves qui ont consommé de l'alcool : 67 % d'entre eux l'ont fait de

manière excessive et 22 % de manière excessive et répétitive. Quant aux proportions de consommateurs de drogues (28 %), de cannabis (27 %) et d'hallucinogènes (8 %), elles sont aussi les mêmes en 2008 qu'en 2006. De son côté, la proportion des consommateurs d'amphétamines est passée de 9 % à 7 %. Cependant, en 2008, on ne trouve plus d'écart significatif entre les garçons et les filles sur ce plan. D'après les critères de l'indice DEP-ADO, environ 6 % des élèves présentent un problème de consommation d'alcool et de drogues en émergence et 6 % ont des problèmes importants de consommation requérant une intervention professionnelle spécialisée.

### Jeux de hasard et d'argent

Pour leur part, les jeux de hasard et d'argent intéressent toujours autant d'élèves (37 %). On constate que 4 % des élèves risquent de développer une dépendance au jeu et que 2 % des élèves rencontrent déjà les critères diagnostiques du jeu pathologique. Enfin, le poker fait de plus en plus d'adeptes : 21 % des élèves ont joué au poker pour de l'argent avec des amis au cours d'une période de douze mois en 2008 (contre 15 % en 2006).

Ainsi donc, les résultats de l'enquête 2008 sont demeurés stables tant pour la consommation de substances psychoactives (cigarettes, alcool et drogues) que pour la participation aux jeux de hasard et d'argent. Cependant, des phénomènes restent à surveiller : la consommation de cigarillos ; le boire excessif, répétitif ou non (moins de jeunes boivent mais, parmi les buveurs, ceux qui boivent en grande quantité et à répétition sont toujours proportionnellement aussi nombreux) ; l'intérêt pour le jeu de poker pour de l'argent ; le fait qu'environ un élève sur 15 aurait besoin des services d'un professionnel pour ses problèmes d'alcool ou de drogues.

La vigilance s'impose donc pour continuer à suivre la prévalence globale ainsi que les comportements en émergence mais aussi mieux connaître les effets sur la santé physique ou mentale des jeunes en milieu scolaire.

Gaétane Dubé Ph. D.,  
Institut de la statistique du Québec,  
Direction Santé Québec

Pour en savoir plus : le rapport de l'enquête peut-être téléchargé intégralement à l'adresse suivante : [www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm#tabac](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm#tabac). Une version imprimée peut également être commandée au Centre d'information et de documentation de l'ISQ en composant le 1-877-677-2087. Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes 1998 à 2008, on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'adresse [www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq](http://www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq) ou composer le 1-514-343-2299. Pour tout renseignement veuillez communiquer avec Gaétane Dubé Ph. D. chargée de projet, en composant le 514-873-4749 poste 6130.

# Le renouvellement et l'innovation dans les pratiques auprès de la clientèle toxicomane ayant des démêlés avec la justice



Renouveler les pratiques auprès des clients judiciairisés se situe parmi les préoccupations d'actualité des Centres de réadaptation en dépendance du Québec. Le défi des intervenants en réadaptation auprès de ces usagers consiste à les interpeller dans leur globalité pour les aider à rétablir l'équilibre dans toutes les sphères de leur vie. Il ne s'adresse pas seulement à l'aspect délictuel.

## Des observations qui justifient l'intervention

Les recherches ainsi que l'expérience clinique des intervenants démontrent que le profil de cette clientèle est complexe et présente de multiples problématiques concomitantes (dépendance; santé mentale; santé physique; problèmes relationnels; intégration sociale). Nous connaissons par ailleurs, l'importance d'exposer ces clients au traitement puisqu'ils s'améliorent autant que les autres usagers lorsque l'exposition au traitement est suffisamment longue. Cependant, la durée adéquate est dans leur cas plutôt difficile à déterminer.

Un autre facteur qui influence la rétention dans le traitement est la motivation extrinsèque. La pression judiciaire produit donc l'impact positif désiré principalement au niveau pré-sentenciel. Elle retient l'usager en traitement mais surtout à court terme et cela n'induit pas nécessairement une amélioration significative de la situation de la personne. Ces éléments nous amènent aux deux facteurs déterminants pour le succès du traitement: 1) la motivation et 2) la gravité du profil de la clientèle. Cette gravité conduit parfois à un sentiment d'impuissance face à des résultats, pas toujours concluants, du suivi thérapeutique. Le taux de réussite se trouve davantage relié à l'alliance créée avec l'intervenant en dépendance qu'aux conditions judiciaires. Nous avons donc comme défi, tant le milieu de la réadaptation que le milieu judiciaire, de trouver des stratégies qui permettent de combiner rapidement la pression judiciaire au traitement, tout en favorisant le maintien à plus long terme en traitement. L'objectif serait de favoriser une plus grande amélioration de la situation de la personne, d'augmenter sa qualité de vie et de diminuer les récidives judiciaires et ce, même dans un contexte de réduction des méfaits.

Il faut, pour ce faire, développer une collaboration interministérielle; respecter les mandats respectifs et faciliter un arrimage entre les différents acteurs; offrir une continuité de services axée sur une bonne compréhension du profil du client et sur un choix éclairé de sa part; utiliser des approches motivationnelles et cognitivo-comportementales. Le plan d'action en dépendance du ministère de la santé et des services sociaux nous oriente dans ce sens lorsqu'il demande au CRPAT de développer des programmes adaptés à cette clientèle, lorsque le volume de clientèle le justifie. Il souligne l'importance de profiter de l'occasion de la présence des usagers en détention et autres milieux (maisons de transition, palais de

Justice) pour faire du dépistage de problèmes de dépendance, et même commencer l'intervention, en travaillant en partenariat avec les instances concernées. Cette orientation a incité certains centres de réadaptation à ajuster leur offre de services pour mieux rejoindre cette clientèle. Ainsi, ils offrent des interventions de groupes, spécifiques aux usagers judiciairisés, à court ou moyen terme et ciblant l'évolution de la motivation. Nous retrouvons également des services d'évaluation et de début de traitement en milieu carcéral ainsi que du suivi et soutien en maison de transition.

Voici quelques exemples de services développés au Centre Dollard-Cormier-Institut universitaires sur les dépendances (CDC-IUD).

## Le cheminement justice court terme

En 2003, le Cheminement justice court terme (CJCT) a été mis en place. Il offre un processus clinique d'évaluation, adapté à la situation des personnes judiciairisées présentant certaines caractéristiques comme un niveau faible de motivation au changement et au traitement. Le CJCT est donc proposé à une clientèle judiciairisée lorsqu'il y a absence de demande d'aide ou doutes sur les intentions réelles de la personne dans sa demande d'aide. Le CJCT consiste en un maximum de 4 rencontres individuelles associées à une participation à des groupes. Nous y retrouvons des usagers qui n'auraient pas fait de demande d'aide en l'absence d'une ordonnance judiciaire; d'autres qui accordent très peu d'importance au fait de modifier leurs habitudes de consommation ou qui présentent une faible confiance dans leurs capacités à faire ces changements. Finalement, il y a aussi dans ces groupes ceux qui nous amènent à douter du sérieux de leur motivation, à partir du jugement clinique de l'intervenant à l'accueil-évaluation.

Le CJCT évalue la demande d'aide; explique le traitement et le cadre thérapeutique; évalue les résistances et tente de faire émerger une réelle demande d'aide. Au terme du cheminement, plusieurs scénarios sont possibles:

- une fin de services lorsque l'usager ne souhaite pas recevoir d'aide ou n'est pas admissible dans nos services;
- une référence à notre cheminement régulier lorsque l'usager présente une réelle demande d'aide;
- la signature d'un contrat thérapeutique qui précise un nombre de groupes auxquels l'usager doit participer avant une prochaine rencontre et se termine par une rencontre bilan qui déterminera la poursuite ou non du suivi dans nos services.

Pour conclure sur la trajectoire CJCT, il est important de souligner le haut niveau de satisfaction exprimé par la clientèle, et ce, toutes finalités confondues. De plus, le processus d'évaluation semble efficace et on observe une diminution significative des problèmes de comportement dans les groupes ainsi qu'au niveau du suivi thérapeutique. Par ailleurs,

les clients référés sont plus investis dans leur démarche thérapeutique.

## Le service d'évaluation au tribunal

Le service d'évaluation au tribunal est un projet pilote mis sur pied à la suite des recommandations de Me Andrée Kronström, coroner, après le décès de deux personnes toxicomanes pendant leur séjour en maison de thérapie où elles avaient été référées par la Cour. En activité depuis septembre 2007, ce service s'adresse aux personnes mises en accusation criminelles et incarcérées pendant les procédures judiciaires. La demande de service peut provenir des avocats de la défense, des procureurs, des juges ou des agents correctionnels. L'équipe est composée d'un éducateur et d'une infirmière. Leur mandat est de dépister toute problématique de consommation ou de sevrage, d'en mesurer la gravité et d'émettre des recommandations quant aux traitements à offrir, en fonction des besoins évalués. Les outils cliniques utilisés sont le DÉBA-A/D (Dépistage-Évaluation du besoin d'aide - Alcool-Drogue) ainsi que l'Évaluation abrégée en soins infirmiers en dépendance. La participation des clients au processus d'évaluation se fait sur une base volontaire et les renseignements recueillis lors des entretiens avec les cliniciens sont confidentiels. Seuls les résultats des tests de dépistage indiquant la cote de gravité de la problématique de consommation (à risque; problématique; abusive) ainsi que le degré de sévérité du sevrage (le cas échéant) sont transmis à la Cour dans le rapport d'évaluation. Ce rapport est remis aux avocats de la défense et de la poursuite. Il comprend aussi des recommandations quant au type de traitements à privilégier (services de 1<sup>ère</sup> ou de 2<sup>ème</sup> ligne; thérapie interne de 6 mois; suivi externe dans un centre de réadaptation) ainsi que, selon le besoin, des indications sur l'encadrement médical requis pour le sevrage. À chaque étape du processus, les clients doivent autoriser l'échange de renseignements afin que les cliniciens puissent participer aux négociations entre avocats de la défense et de la poursuite, et sont parfois assignés comme témoin pour être questionnés sur le contenu de leur évaluation. Ce sont les avocats de la défense qui font les démarches auprès des ressources pour y référer leurs clients. Le service d'évaluation au tribunal ne recommande que des références vers les ressources certifiées en dépendance ainsi que vers les centres hospitaliers (CH), les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques ou toxicomanes (CRPAT). La présence d'un bureau, identifié au CDC-IUD au Palais de Justice, a un effet secondaire bénéfique car il permet aux intervenants de promouvoir les services de réadaptation en toxicomanie à Montréal et d'aider des personnes judiciairisées non incarcérées à trouver des ressources appropriées à leurs besoins.

Suite à la page 12



## Des projets en développement

Une offre de services en milieu carcéral a été déposée à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, en partenariat avec le CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord, la Maison Tanguay et le CDC-IUD. Cette offre de services a pour objectifs de :

- ❖ Dépister la clientèle ayant une consommation à risque ou un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool et ou aux drogues ;
- ❖ Évaluer le type d'aide requis en fonction des besoins ;
- ❖ Orienter la clientèle vers les ressources appropriées en vue de la libération de la personne contrevenante ;
- ❖ Démystifier l'aide offerte par le Centre Dollard-Cormier-IUD et créer un pont avec la ressource afin de favoriser la poursuite du traitement à l'externe ;
- ❖ Faciliter la liaison avec les ressources des autres régions.

Ce projet est en attente d'évaluation budgétaire afin de démarrer.

De plus, en janvier 2010, un comité, composé de représentants de la magistrature, siègera afin d'élaborer un programme judiciaire de traitement de la toxicomanie au Palais de Justice de Montréal. Ce programme, bien que différent des Tribunaux de traitement de la toxicomanie de Toronto et de Vancouver, pourrait s'en inspirer tout en respectant les pratiques et valeurs québécoises en matière de réadaptation.

En conclusion, nous souhaitons tous mieux comprendre la réalité des personnes toxicomanes judiciairisées afin de mieux les desservir. Tous les acteurs concernés travaillent déjà dans l'optique de collaboration, de qualité de services et d'efficacité.

Rachel Charbonneau, coordonnatrice clinico-administrative, Programme adulte  
Liane Lussier, travailleuse sociale  
Frédéric Maari, éducateur

### Références :

- AUGERAUD, E., DEBEUGNY, S., MARCHAND, C., & MANGON, H. (2006). « Alcoolodépendants détenus en maison d'arrêt qui sont les demandeurs d'aide » in *Alcoolologie et addictologie*, 28 (1), 5-12.
- BROCHU, S. & AL. (2005). *Compréhension de l'impact d'un traitement pour personnes toxicomanes judiciairisées à partir d'un modèle tripartite : l'intervention, le client et son environnement*. RISQ-Info, 12 (1-2), 4-6.
- WEEKES, J., THOMAS, G., & GRAVES, G. (2004). *FAQ (Frequently Asked Questions) sur les toxicomanies dans les établissements de correction*. Division de la recherche et de la politique ; Formation et pratiques exemplaires. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Document publié pour la première fois en 2004 <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/53BD131C-D21F-467C-82FF-2DFOD171EODA/O/ccsa0110592004.pdf>.

## P.N.B...

### (Petites nouvelles brèves)

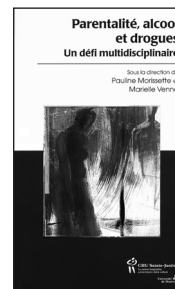
- Des sondages récents montrent que les Américains progressent en faveur de la légalisation de la marijuana. Si la tendance se maintient, le mouvement favorable à la légalisation pourrait atteindre 60 % de la population en 2022-2023!
- En matière de consommation d'alcool, plusieurs chercheurs divisent les cultures entre « sèches » et « mouillées » (*dry et wet*). Les cultures sèches, comme les États-Unis ou la Scandinavie, boivent rarement mais beaucoup en une seule occasion. Les cultures mouillées, comme la France ou l'Italie, boivent plus régulièrement, le plus souvent pendant les repas, mais rarement à l'excès. Le Québec est-il « sec » ou « mouillé » ? Certainement pas « sec », selon Hubert Sacy, d'Éduc'Alcool.
- Un sondage auprès des étudiants universitaires indique que les Québécois sont deux fois plus susceptibles que les Ontariens d'être des buveurs légers occasionnels, mais deux fois moins susceptibles d'être des buveurs excessifs. Sylvia Kairouz, sociologue, trouve ces chiffres intéressants parce que les jeunes sont généralement responsables de la majorité des coûts (violence et accidents) liés à l'alcool. Cette interprétation laisse sceptique Phil Cook, un économiste de Caroline du Nord. « En général, les endroits où on a accès plus jeune à l'alcool, comme au Québec, ont plus de problèmes avec les jeunes buveurs », dit-il. « Je suis surpris par ces chiffres, mais je note que les étudiants québécois sont plus susceptibles de fumer la cigarette ou du cannabis. Peut-être qu'il y a d'autres problèmes sociaux liés à cela. Et d'une manière générale, les sondages sont peu fiables ». Quand on veut qu'il y ait un problème...
- Un vaccin contre l'envie de nicotine. C'est ce sur quoi travaillent les laboratoires pharmaceutiques GSK. Si ça marche, on pourra parler d'avoir réglé le problème à la base... en espérant qu'ils ne se trompent pas d'envie!
- Loto-Québec entend proposer du poker en ligne dès l'été prochain. Selon le PDG, Alain Cousineau, l'entreprise d'état « doit adapter son offre de jeu aux nouvelles réalités (...) à cette tendance mondiale, importante et probablement irréversible », dans le but de ... « canaliser l'offre de jeu et encadrer la consommation pour minimiser les coûts sociaux ». Du dévouement social, quoi!
- Le PPP ou partenariat public-philanthropique a encore le vent dans les voiles. Des sommes importantes sont injectées (gouvernement et Fondation Lucie et André Chagnon) pour le développement des jeunes ou la persévérance scolaire, ce qui n'est pas sans lien avec la prévention de la toxicomanie. Cependant, certains pensent que le gouvernement se laisse ainsi dicter ses politiques par un riche mécène et que dans une société démocratique, « ...lorsqu'on veut orienter les politiques publiques, on n'a qu'à se faire élire! »

## L comme Lire...



■ Amnon Jacob Suissa (2009). **Le monde des AA. Alcooliques, gamblers, narcomanes**. Collection Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'université du Québec. Québec.

Depuis 1935, date du premier regroupement AA, l'application de son idéologie et de ses principes philosophiques a été grandissante. Pourtant, l'incidence des problèmes de dépendances continue à croître. L'auteur se pose un certain nombre de questions relatives au traitement de la dépendance en se basant sur des travaux scientifiques et cliniques. Tout en exprimant son respect pour les membres de ce mouvement social d'entraide, il propose d'explorer des avenues privilégiant le développement du pouvoir d'agir des personnes.



■ Pauline Morissette et Marielle Venne (2009). **Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire**. Collection Intervenir. Éditions du CHU Sainte-Justine. Montréal.

Cet ouvrage qui renferme une foule d'informations cliniques et scientifiques a vu le jour grâce à la collaboration d'une vingtaine d'intervenants et d'experts. Il permet de saisir ce que vivent les enfants des parents consommateurs de substances psychoactives et répond aussi aux questions que se posent les professionnels de la santé et des services sociaux dans leur travail auprès de ces parents. Des données de recherche récentes fournissent des repères pour mieux comprendre le contexte et les enjeux réels pour les enfants. Des informations très précises aident le clinicien à se préparer à travailler en intersectorialité ou... à témoigner auprès du tribunal.

■ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). **Dissiper la fumée entourant le cannabis : cannabis au volant**. Rapport.

Ce rapport est le troisième d'une série sur les effets du cannabis. Il contient des données récentes indiquant que chez les jeunes le taux de cannabis au volant est supérieur à celui de l'alcool au volant.

Pour le rapport intégral : [www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa-11790-2009.pdf](http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa-11790-2009.pdf)

### REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro

Éditeur :

Les programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes :

Lise Roy

Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :

MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada