UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

L'écho-TOXICO

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

Vol. 12, no 2 — Septembre 2002

Le mot de Lise...

C'est avec plaisir que je vous invite à la lecture de ce numéro de l'Écho-Toxico.

Vous y trouverez, en autres, deux expériences qui témoignent du dynamisme des programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke.

Dans un premier temps, en tant que directrice des programmes, j'ai eu l'occasion, avec mon équipe d'enseignants, à la demande du groupe Mamau, de relever le défi d'adapter le Certificat de toxicomanie à un groupe d'intervenants des Premières Nations francophones. Ils travaillent tous en intervention ou forment la relève pour la prévention et la réadaptation des toxicomanies dans leurs communautés respectives. À travers ce projet, j'ai découvert des personnes animées d'un grand désir d'apprendre et d'une belle curiosité tout en faisant preuve d'humour et d'un réel sens de l'entraide et du partage.

Chaque enseignant a dû adapter son cours, faire les recherches nécessaires pour mieux rendre compte des réalités et des problématiques les plus rencontrées par les Premières Nations francophones dispersées sur l'ensemble du territoire du Québec. Je profite donc de l'occasion pour remercier les enseignants qui ont relevé ce défi de l'adaptation avec compétence, souplesse et dans le respect des valeurs et croyances des Premières Nations, sans pour autant renoncer aux standards de qualité habituelle.

Je remercie chaleureusement tous les membres du groupe Mamau, en particulier monsieur Fred Kistabish, président, ainsi que madame France Racette de Santé Canada, monsieur Alain Roy coordonnateur du projet et monsieur Ghislain Painchaud, son adjoint, pour leur implication soutenue dans ce projet.

Un deuxième projet (bientôt finalisé) se caractérise également par sa nouveauté et son dynamisme… un premier cours de niveau maîtrise entièrement sur Internet! Adapté avec ingéniosité par Pierre Brisson, *le TXM 700 sera accessible en ligne, dès septembre*. Ce projet n'aurait pas pu être réalisé sans l'apport pédagogique et technique de toute l'équipe du Service de soutien à l'enseignement.

Dans ce bulletin, nous avons voulu mettre en évidence le premier programme à bas seuil au Canada pour la prescription de méthadone, approche novatrice pour la clientèle marginalisée. L'évaluation de ce programme est à suivre avec intérêt et il faudra en tirer des enseignements pour améliorer nos concepts relatifs à la réduction des méfaits et son application. Nous continuons aussi à nous intéresser aux réseaux intégrés, c'est pourquoi nous vous présentons une expérience, très concrète, de partenariats dans les services aux femmes toxicomanes enceintes ou jeunes mères du territoire du CLSC-Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Enfin, un texte de réflexion sur la motivation au changement dans le traitement de la toxicomanie rejoint une préoccupation constante chez les intervenants et saura certainement retenir votre attention.

Pour terminer, n'oubliez pas deux événements importants qui marqueront certainement l'automne 2002 en toxicomanie, soit le premier *Forum mondial Drogues et dépendances Enjeux* pour la société tenu à Montréal en septembre et le prochain colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec qui fêtera à cette occasion *les 25 ans de l'AITQ*, en octobre à Québec.

Sur ce, bonne lecture et surtout excellente rentrée!

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

NOUVEAU COURS EN TOXICOMANIE AUTOMNE 2002 SUR INTERNET

Pour les personnes qui cherchent une introduction ou une mise à jour de niveau maîtrise concernant les connaissances et les pratiques actuelles en toxicomanie : *TXM 700 «Bilan des connaissances et courants actuels»*.

Avantages :

- Aucune nécessité de s'inscrire à un programme.
- Aucun déplacement ou problème d'horaire.
- Encadrement personnalisé et autonomie d'apprentissage.

Début : Dès l'automne 2002.

Durée : 15 semaines.

Condition : Accessible à tous détenteurs de baccalauréat.

INFORMATION, ADMISSION ET INSCRIPTION :

1-888-463-1835 ou 450-463-1835 poste 1-1795 : Gaétane Quirion

toxico.longueuil@courrier.usherbrooke.ca

Visitez notre site Web :
www.usherbrooke.ca/toxicomanie

Cliquez sur **Programmes et formations**, **Formation créditée** et **Cours en ligne**.

Admissible à la Loi 90 sur la formation.

Toxicomanie : Du Certificat à la Maîtrise

Faculté de Médecine, Centre collaborateur de l'OMS, Université de Sherbrooke

Pour assumer de nouvelles responsabilités

LES PROGRAMMES DE DEUXIÈME CYCLE
Microprogrammes, diplôme et maîtrise

Fondements et pratiques

Ces programmes s'adressent aux personnes qui possèdent un baccalauréat universitaire et qui travaillent dans le domaine…

Au terme de cette formation, vous devriez vous sentir plus à l'aise pour assumer vos fonctions et responsabilités respectives. Possibilités de microprogrammes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme de (30 crédits) ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en intervention sociale, en éthique appliquée ou en sciences cliniques.

Enseignement le soir et/ou la fin de semaine.

Campus Longueuil
(Complexe Saint- Charles).
Début des cours : **automne 2002**

Campus Québec (Collège Mérici).
Nouveau groupe : **hiver 2003.**

Information et inscription :
1 888-463-1835 ou 450-463-1835
poste 1-1795
www.usherb.ca/toxicomanie

Suite à la page 12

UNE PREMIÈRE : LA FORMATION AU CERTIFICAT DE TOXICOMANIE D'UN GROUPE D'INTERVENANTS PREMIÈRES NATIONS & INUITS

Santé Canada et la santé des populations autochtones : des interventions spécifiques depuis 1980

Depuis de nombreuses années Santé Canada porte une attention particulière à la santé des Premières Nations et des Inuits. Dans les années '70, des dispensaires s'occupent directement des soins de santé, telle la vaccination. Peu d'activités préventives ont lieu en matière d'abus d'alcool. On réfère pour des services de réadaptation vers les ressources non-autochtones. Cependant, plusieurs projets pilotes émergent. Ils préconisent une prise en charge par les Premières Nations & Inuits des solutions à apporter à l'alcoolisme ainsi que, plus tard, aux problèmes de drogues présents dans les communautés.

En 1982, est adopté, au plan canadien, le Programme National de Lutte contre les Abus d'Alcool et de Drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Ce programme comprend un volet préventif et un volet curatif. Il se concrétise principalement dans le développement de centres de traitement. En 2001, on en compte 57 pour l'ensemble du Canada, dont 6 au Québec. Sur ce nombre, 5 centres desservent les adultes et un centre s'adresse aux jeunes consommateurs de solvants. Pourquoi un tel programme? Parce que la problématique devient de plus en plus envahissante dans les communautés, avec les problèmes sociaux concomitants comme le non-emploi, la faible scolarisation, les pertes d'estime de soi et d'identité et, non négligeables, les problèmes de santé physique. Pour l'application de PNLAADA, Santé Canada favorise le plus possible le transfert des pouvoirs aux Premières Nations & Inuits, par le biais de protocoles administratifs, ce qui a permis d'adapter le programme à leurs réalités.

En 1998, après presque 10 ans d'existence, PNLAADA a été examiné afin de dégager des recommandations visant à orienter l'avenir du programme. Cette démarche, réalisée pour l'ensemble du Canada, a établi 37 recommandations. Cependant, compte tenu des particularités du Québec, il est apparu nécessaire d'y entreprendre une démarche spécifique afin d'inclure les préoccupations propres aux Premières Nations & Inuits du Québec, par exemple en regard de la prévention et la formation des intervenants en toxicomanie. Des personnes compétentes en la matière ont été regroupées afin d'établir les recommandations du Québec. Ainsi, 42 recommandations furent émises et mêmes entérinées, en mai 2000, par l'Assemblée des Chefs des Premières Nations du Québec et par la Commission de la Santé des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Le groupe qui a élaboré ces recommandations a décidé de poursuivre ses travaux sous le nom de MAMAU. Plusieurs Nations autochtones comprennent le sens de ce mot : être ensemble, travailler ensemble, et ce, dans le respect des diversités et des réalités des communautés.

La formation des intervenants : une priorité qui mobilise MAMAU et ses partenaires.

La première recommandation que MAMAU a entrepris d'actualiser est celle de la formation. Un consultant a été engagé pour aider le groupe à déterminer et choisir un curriculum de formation qui soit de qualité, tout en tenant compte des particularités et des besoins des étudiants. MAMAU voulait un programme de formation avec des crédits universitaires et non une formation-maison qui n'aurait pas été reconnue ailleurs que dans les communautés. L'Université de Sherbrooke, avec son programme de certificat de toxicomanie, a relevé le défi de bâtir un programme qui soit spécifique tout en respectant ses standards de qualité.

Le groupe d'étudiants qui a entrepris ce programme comptait 43 personnes au début. De ce nombre, 37 achèveront bientôt le programme. Ces étudiants sont des personnes qui occupent un emploi en toxicomanie (prévention ou traitement), ou bien des gens proches de ce réseau de services, qui en constituent d'ailleurs la relève. Dans le groupe actuellement en formation, plusieurs Nations autochtones du Québec sont représentées.

Organiser et suivre ce programme a demandé de beaux efforts personnels ainsi que de concertation puisque le programme a été bâti et validé par plusieurs instances (les étudiants mais aussi leurs employeurs) qui ont dû faire consensus sur son contenu, le tout entériné par l'Université de Sherbrooke.

De plus, l'assiduité au programme est très exigeante pour les étudiants (pour bon nombre des étudiantes !) qui doivent rester éloignés de chez eux sur de longues périodes. Effectivement, compte tenu des contraintes géographiques, les sessions se déroulent à Québec, de façon intensive, par blocs de 3 ou 6 semaines. Les employeurs ont eu aussi leur effort à fournir puisque ce sont eux qui supportent financièrement les frais d'inscription de leurs employés pour la formation, tout en assumant le remplacement dans leur organisation. Enfin, MAMAU, en plus de garantir l'accès à la formation, doit organiser le logement et fournir un encadrement pour assurer un support aux étudiants (par exemple, lors de la préparation aux examens).

Des suites pour cette démarche?

Dans l'immédiat, le 14 juin sera la date de graduation de ceux et celles qui sont actuellement encore en formation et qui auront donc obtenu à cette date 30 crédits universitaires en 15 semaines de programme d'études.

Tous les partenaires concernés sont conscients de vivre une étape d'un processus et que, à plus long terme, des activités de formation continue devraient assumer la suite. Cependant, sans un groupe aussi impliqué que MAMAU, toute nouvelle démarche de ce type sera compromise… Les défis à venir ? Les 41 autres recommandations pour PNLAADA au Québec, entre autres celles qui concernent le développement de la recherche sur la toxicomanie chez les Premières Nations & Inuits du Québec…

Source :
France Racette, coordonnatrice,
Programmes Communautaires,
Santé-Canada

UNE EXPÉRIENCE D'ENSEIGNEMENT … PLEINE D'ENSEIGNEMENTS !

Printemps 2001… Le cours Théories et modèles d'intervention, intensif, adapté, pour une classe d'étudiants autochtones… ! Enthousiasme et inquiétude m'habitent le premier matin, en entrant dans une classe d'environ quarante étudiants.

Visage souriants ou sérieux, chuchotements, silences et salutations chaleureuses au travers… le dynamique Alain (le responsable du projet) qui m'introduit et quitte. Voilà, ça commence…

Commence alors l'une de mes plus belles expériences d'enseignement et de réciprocité dans l'apprentissage qu'il m'ait été donné de vivre. J'ai appris un (tout petit) peu plus sur ce que vivent les individus des Premières Nations dans leurs communautés ; sur les difficultés reliées à l'éloignement, à la promiscuité dans les réserves ; aux problèmes d'alcool, de drogues, de jeu ; sur la violence ; le suicide…

Mes étudiants ont travaillé fort pour acquérir un savoir : pour savoir faire et savoir être dans leur communauté par la suite. C'est cela la prise en charge d'une communauté par elle-même ! C'est prendre ou reprendre son pouvoir d'agir… c'est l'empowerment !

J'en sais un (tout petit) peu plus sur ce que vivent les individus des premières nations qui espèrent des changements, qui s'engagent dans leur communauté, qui s'investissent dans des formations, qui espèrent donner ou redonner le goût de vivre, la fierté et l'estime de soi et proposer des alternatives à la consommation abusive.

Ils ont travaillé fort mes étudiants !

Il est facile de transmettre un savoir à des gens qui veulent faire par eux-mêmes et pour eux-mêmes.

Se laisser connaître…

À première vue, la plupart sont timides et réservés mais, une fois la glace cassée, il y a de la place pour beaucoup d'humour, de tristesse, pour soi mais aussi pour les siens… de confiance et d'espoir, pour soi mais aussi pour les siens.

Régulièrement, pendant la formation, mes étudiants reçoivent des nouvelles de leur communauté. Bonnes ou moins bonnes nouvelles. Moments émouvants enrobés de solidarité, de support et de réconfort…

Ils côtoient la violence, la négligence, la toxicomanie, le suicide bien souvent. C'est pour cela qu'ils ont tant besoin de savoir, tant besoin de faire. Ils veulent faire une différence et je comprends… à ma mesure.

Dans ma pratique…
et dans l'intervention…

Nous accueillons régulièrement des autochtones au Centre CASA, pour du traitement en toxicomanie ou jeu excessif. Ils viennent au Centre pour vivre la différence, l'art, la musique, mais aussi pour l'environnement boisé, réponse à leur besoin d'être en contact avec la nature. Une fois en confiance, ils partagent peu à peu : sur leur culture, sur leurs sentiments face aux blancs, sur leur peur du jugement des blancs. Que ce soit par le capteur de rêve, l'histoire de la mère-terre, ou le doux battement du tam-tam, les autochtones partagent alors une partie de leur culture. Certains clients sont fascinés, d'autres moins intéressés mais des liens se tissent, les souffrances de tous se rejoignent, se ressemblent et se cicatrisent.

Des préjugés, il y en a de toute part et ce tête à tête en milieu thérapeutique fermé permet aux personnes de confronter leurs croyances, de se découvrir en tant que personne, de s'apprécier et de s'aider mutuellement.

Notre expérience avec les autochtones est positive. De façon unanime les intervenants estiment que ce mixage inter-culturel est aidant pour tous les clients, dans une vision holistique de l'intervention. Les cultures plus traditionnelles aident les toxicomanes et les joueurs à renouer avec leurs valeurs spirituelles, alors que l'intérêt pour les cultures plus traditionnelles suscite la fierté chez les autochtones.

Un ami mohawk me disait, il y a bien longtemps, alors que nos routes se séparaient « Merci Créateur pour tout ce que tu m'as donné. Merci pour tout ce que tu as pris de moi. Merci pour tous les beaux souvenirs que tu m'as laissé ». En pensant à mes étudiants autochtones, cette pensée prends à nouveau tout son sens...

Lynda Poirier, Directrice
Centre CASA
Chargée de cours, Université de Sherbrooke

P.N.P… (Petites nouvelles pharmaceutiques)

LE MÉTABOLISME DE L'ALCOOL ÉTHYLIQUE (ÉTHANOL) CHEZ DIVERS GROUPES RACIAUX.

Quelques rapports suggèrent que certains groupes raciaux pourraient être affectés de façon différente par la consommation d'alcool (éthanol). On rapporte également quelques variations ethniques en rapport avec le taux d'alcoolisme. Plusieurs études ont tenté de trouver une explication à ces phénomènes. Trois groupes raciaux ont été principalement étudiés : les Orientaux, les Amérindiens et les Caucasiens.

Plusieurs facteurs, génétiques, physiologiques, psychologiques, sociaux, économiques et même historiques ont été proposés comme explications possibles de telles variantes ethniques. Cependant, la plupart des études ont plutôt évalué les facteurs génétiques et physiologiques.

L'alcool est métabolisé par le foie principalement. Il est d'abord transformé en acétaldéhyde puis en acétate. Ces deux étapes de transformation impliquent respectivement l'action des enzymes alcool et acétaldéhyde déshydrogénase.

Il a été démontré que les Orientaux ont, de façon assez constante, une tolérance plus faible à de petites quantités d'alcool. Ils ont alors tendance à éprouver de la dysphorie et des réponses physiologiques anormales. (*flushing* facial, maux de tête, tachycardie, nausées, transpiration). Cette intolérance innée à l'alcool chez la population orientale serait due à une déficience en l'enzyme acétaldéhyde déshydrogénase 2. Ceci pourrait également être un facteur expliquant le faible taux d'alcoolisme chez ce peuple.

À cause de leur descendance commune avec la race Mongoloïde, il avait été avancé que les Amérindiens (nord et sud américains) auraient démontrés des particularités enzymatiques semblables aux Orientaux. Mais les études réalisées à ce jour sont plutôt contradictoires.

Selon une étude récente[11], il n'y aurait pas de différence significative dans le métabolisme de l'alcool entre les Amérindiens et les Caucasiens, donc pas de déficience enzymatique semblable à celles des Orientaux. Cependant, il y aurait des différences individuelles, et ce, peu importe la race.

Suite à la page 4

Suite de la page 3

Par contre on a souvent remarqué chez le peuple amérindien des réactions différentes à l'alcool (entre autre un *flushing* facial et un état d'ébriété prolongé à consommation égale) ainsi qu'un taux d'alcoolisme plus élevé. Actuellement on ne connaît pas encore les bases biochimiques, ou autres, qui pourraient expliquer ces phénomènes. On a cependant émis l'hypothèse que d'autres enzymes participant au métabolisme de l'alcool pourraient être en cause. Alors, d'autres études seront nécessaires…

Maryse Rioux,
pharmacienne

Références :

1. Fenna, D.,Schaefer,O., Mix,I. et Gilbert J.A. (1971). Ethanol metabolism in various racial group. Canadian Medical Association Journal, 105 :472-475.
2. Bennion,L.J. et Li,T.K. (1976). Alcohol metabolism in American Indians and whites : Lack of racial differences in metabolic rate and liver alcohol dehydrogenase. New England Journal of Medecine. 294 :9-13.
3. Reed,T.E., Kalant,H., Gibbins, R.J., Kapur, B.M. et Rankin, J.G.(1976) Alcohol and acetaldehyde metabolism in Caucasians, Chinese and Amerinds. Canadian Medical Association. J. 115 :851-855.
4. Lieber,S.(1972). Metabolism of ethanol and alcoholism : Racial and acquired factors. Annals of Inter. Med. 76 :2, 326-327.
5. Farris, J.J. and Morgan Jones, B. (1978). Ethanol metabolism in male American Indians and Whites. Alcoholism : Clin. and exper. Research, vol. 2, nº1, 77-81.
6. Farris,J.J. and Morgan Jones, B. (1978). Ethanol metabolism and memory impairment in American Indian and white women social drinkers. Journal of Studies on Alcohol 39 :1975-1979.
7. Schaeffer, J.M. (1978). Alcohol metabolism and sensitivity reactions among the Reddis of South India. Alcoholism : Clin. And Exp. Research, Vol 2, Nº 1, 61-69.
8. Schaeffer, J.M.(1981). Firewater Myths Revisited. Journal of Studies on Alcohol ; suppl. nº 9, 99-117.
9. Goedde,H.W., Argawal, D.P. (1986). Aldehyde oxidation : ethnic variations in metabolism and response. Progress in Clin and Biol. Research, 214,113-138.
10. Schaeffer, O. (1986) Adverse reactions to drugs and metabolic problems perceived in Northen Canadian Indians and Eskimos. Progress in Clin. And Biolog. Research. 214,77-83.
11. Gill, K., Eagle Elk, M., Liu, Y. and Deitrich, R.A. (1999). An examination of ALDH2 Genotypes, Alcohol Metabolism and the Flushing Response in Native Americans. Journal of Studies on Alcohol 60 :149-158.

RELAIS-MÉTHADONE : PREMIE UNE APPROCHE NOVATRI

D'un point de vue de santé publique, la consommation d'héroïne représente un risque majeur. Non seulement, le caractère illicite de la consommation d'héroïne maintient la personne dépendante en contact avec un milieu marginalisé et délinquant mais comme cette consommation est majoritairement effectuée par voie intraveineuse, elle représente un risque important d'exposition au VIH. Le traitement avec médicament de substitution, la méthadone, est reconnu depuis longtemps pour son efficacité au niveau de la consommation d'héroïne, des comportements à risque de transmission du VIH, et de la réintégration sociale (Perreault, Lauzon, Mercier, Rousseau et Gagnon, 2001).

Malgré cela, les programmes de méthadone sont peu accessibles compte tenu de la clientèle potentielle. À Montréal, en 1997, environ 450 personnes recevaient un traitement de substitution avec la méthadone alors que le nombre estimé d'héroïnomanes se situaient entre 3 000 et 6 000 (Remis et al., 1998). Relais-Méthadone a été mis sur pied dans ce contexte, où les personnes qui présentent des problèmes psychosociaux et des problèmes de consommation plus importants sont désavantagées par rapport à l'accès à un traitement dont l'offre est très limitée.

Face au nombre croissant de nouveaux consommateurs d'héroïne, en particulier chez les jeunes, et compte tenu des risques importants associés au style de vie que cette dépendance leur impose, il s'avérait important de développer des programmes accessibles pour les héroïnomanes plus désorganisés. Il était aussi important d'adopter une approche visant à réduire les méfaits associés à la consommation. Relais-Méthadone est le premier programme à bas-seuil au Canada. Il a débuté ses opérations à Montréal au mois de novembre 1999. Ce programme est basé sur des exigences peu élevées quant aux critères d'admission et aux conditions pour poursuivre ou réintégrer le traitement. Il vise à rejoindre la clientèle plus désorganisée et peu encline à fréquenter les programmes réguliers de traitement à la méthadone.

Description du programme Relais-Méthadone

L'objectif principal de Relais-Méthadone est d'attirer et de retenir en traitement, par un cadre peu exigeant, des personnes dépendantes d'opiacés, utilisant peu les services de santé. Son mandat est d'améliorer l'état de santé de cette population en favorisant l'insertion sociale et en diminuant l'incidence des comportements à risque pour le VIH et les hépatites.

L'importance accordée à l'accessibilité géographique de ce traitement a amené l'équipe à opter pour l'aménagement d'un local dans le milieu de vie de la clientèle plutôt que dans une institution offrant déjà des services médicaux. Le local est partagé avec l'organisme CACTUS (Centre d'Action Communautaire auprès des Toxicomanes Utilisateurs de Seringues), également fiduciaire du projet. Pour être admis au programme, il faut être âgé de 14 ans et plus, utiliser des opiacés régulièrement depuis au moins un an et être en situation de vie précaire par rapport au logement, aux revenus ou à la situation légale.

Les services sont assurés par une équipe composée d'une préposée à l'accueil, de deux infirmiers, d'une intervenante psychosociale, d'un travailleur de milieu et de quatre médecins assumant chacun une demi-journée de consultation sans rendez-vous. Tout le personnel de Relais-Méthadone a comme priorité de recevoir, accueillir, écouter et soutenir les clients dans leur démarche. Il tente de développer et de renforcer des liens avec eux pour les aider à identifier leurs comportements à risque, réfléchir sur la possibilité d'adopter des comportements plus sécuritaires et être fidèle au traitement entrepris.

L'intervention médicale comporte l'évaluation de la dépendance aux opiacés et aux autres substances, le bilan de santé global, la référence pour des soins spécialisés (si nécessaire), la prise en charge des soins de santé de base et la prescription de la méthadone. Les soins infirmiers s'organisent principalement autour de l'enseignement et de la promotion de la santé, des soins préventifs et des soins de santé courants. L'intervenante psychosociale supporte les actions concrètes des clients pour l'amélioration de leurs conditions de vie ou leur réinsertion sociale et propose d'autres interventions thérapeutiques telles que soutien, écoute et rencontre avec les proches. Finalement, le travailleur de milieu accompagne les clients dans les démarches légales, organise des activités qui permettent l'apprentissage d'autres modes de vie et assure le partenariat avec d'autres organismes pour un meilleur suivi. En plus de ces services, l'échange de seringues et la distribution de condoms y sont aussi offerts.

La prescription de la méthadone débute lors de la première évaluation médicale. Dans les premières semaines de traitement, les patients sont rencontrés de façon hebdomadaire afin d'ajuster la dose de méthadone et de procéder au bilan de santé. La dose est augmentée jusqu'à ce que le patient soit libre de symptômes de sevrage pendant 24 heures. Le suivi est ajusté au cours du premier mois alors que l'usager reçoit un suivi médical hebdomadaire. Il est ensuite ajusté en fonction des besoins, toutefois la fréquence des rencontres avec les intervenants ne peut être inférieure à une fois par mois.

R PROGRAMME À BAS SEUIL AU CANADA OU CE POUR LA CLIENTÈLE MARGINALISÉE

La dispensation de la méthadone et des autres médicaments du patient est assurée par un réseau de pharmaciens participants. Les clients doivent donc se présenter à la pharmacie de leur choix, sept jours par semaine, pour recevoir leur dose de méthadone. Aucune dose de méthadone ne peut être emportée par le patient sauf pour des raisons majeures et ce, de façon exceptionnelle. Lorsqu'une personne ne se présente pas à la pharmacie pendant trois journées consécutives, le pharmacien communique avec Relais-Méthadone. Le client devra revoir le médecin pour une nouvelle évaluation du dosage. Le fait de ne pas se présenter à la pharmacie pendant sept jours consécutifs constitue un abandon de traitement. Toutefois, la personne pourra être réadmise au programme sans délai quand elle en fera la demande.

Bien qu'il s'agisse d'un programme à exigences peu élevées, certains comportements comme les menaces, l'intimidation et les comportements violents peuvent mener à l'expulsion du programme.

Évaluation de l'implantation du programme[1]

L'évaluation de l'implantation de Relais-Méthadone s'est articulée autour de questions concernant l'accessibilité au programme et sa capacité à rejoindre la clientèle visée. Les données présentées sont extraites de cette étude évaluative.

Deux questionnaires sont utilisés à Relais-Méthadone : l'un pour la sélection des clients et l'autre pour leur évaluation. Ces questionnaires sont administrés par les intervenants. Le questionnaire de sélection est administré lors de la demande de service, habituellement par contact téléphonique. Cette première étape permet de vérifier si le client répond aux critères d'admission du programme. Les clients répondant à ces critères sont invités à se présenter à Relais-Méthadone dans un délai de moins d'une semaine pour une rencontre d'évaluation. Lors de cette rencontre, le questionnaire d'évaluation est alors administré au client. Cet outil permet de documenter plus en profondeur le degré de dépendance aux opiacés, les risques associés à la consommation, ainsi que la précarité des conditions de vie.

La clientèle de Relais-Méthadone

Au total, 226 personnes ont fait une demande de traitement à Relais-Méthadone au cours de la première année d'opération, soit du 1er novembre 1999 au 31 octobre 2000. Parmi ces personnes, 160 (plus de 70 %) ont été retenues suite au processus de sélection et référées à l'évaluation pour débuter le traitement. Le temps moyen d'attente entre la demande de service (questionnaire de sélection) et l'évaluation a été de 11,6 jours en moyenne. Suite au questionnaire de sélection, 98 % des personnes ont débuté le traitement à la méthadone au cours de la même journée. L'âge moyen de ces personnes admises est de 27 ans. Les hommes représentent 52 % de la clientèle admise et les femmes 48 %.

En ce qui concerne les conditions de vie de la clientèle, les clients rapportent avoir utilisé en moyenne deux lieux différents pour dormir au cours des six mois précédant l'étape de sélection et 25 % disent avoir principalement dormi dehors, en prison ou dans un refuge. Le quart des répondants disent tirer leurs revenus principalement du travail du sexe et 21 % du *squeejee* ou de la quête. Seulement 5 % des répondants affirment tirer leurs revenus principalement d'un travail régulier, ou occasionnel. Un peu plus du quart (27 %) des personnes admises affirment avoir un mandat d'arrêt émis contre elles et 18 % disent avoir été incarcérés dans les 30 jours précédant l'évaluation.

Pour ce qui est de la consommation de drogue, une proportion de 97 % des clients rapporte avoir consommé au moins une fois de l'héroïne dans les 30 jours précédant leur entrevue de sélection. Plus des trois quarts (78 %) affirment en avoir consommé chaque jour durant la même période. La durée moyenne de la consommation d'héroïne est de 6 ans. Finalement, près de 92 % des clients disent avoir déjà suivi un ou plusieurs traitements concernant leur toxicomanie. La consommation de cocaïne dans les 30 jours précédant l'évaluation est rapportée par 57 % des hommes et par 64 % des femmes. Le nombres moyen de jours de consommation rapporté est de 11 pour les hommes et 17 pour les femmes.

En ce qui a trait aux comportements à risque pour le VIH, parmi les personnes admises au programme, 91 % affirment s'être injectées de la drogue tous les jours au cours des 30 jours précédant leur évaluation. Pour les hommes, les lieux d'injection dans les six mois précédant leur évaluation, sont : dans les toilettes publiques (53 %), à domicile (42 %), dans la rue, une piquerie ou en prison (40 %). Pour les femmes, les lieux les plus souvent rapportés sont le domicile (56 %) et les toilettes publiques (37 %). Parmi l'ensemble des clients, 39 % disent avoir déjà utilisé des seringues usagées. En ce qui a trait au matériel d'injection usagé, son utilisation est rapportée par 23 % des clients.

Concernant des comportements sexuels à risque, seulement le quart des hommes (26 %) affirment avoir déjà eu, au cours de leur vie, des relations sexuelles en échange d'argent, de cadeaux, de drogues, etc. alors que cette proportion s'élève à 72 % chez les femmes. De plus, 39 % des hommes ayant eu des relations sexuelles pour le travail du sexe affirment avoir utilisé le condom à toutes les fois, comparativement à la totalité des femmes qui affirment l'avoir utilisé chaque fois dans ces mêmes circonstances.

La rétention en traitement constitue un aspect des plus importants pour évaluer la capacité de Relais-Méthadone à rejoindre et desservir la clientèle marginalisée. À ce chapitre, au cours des six premiers mois de traitement, 37 clients ont abandonné mais 20 d'entre eux ont repris le traitement. Il est aussi intéressant de noter que 67 % des clients ont maintenu leur traitement avec assiduité pendant cette période et aussi que 7 % des clients ont pu être transférés vers un programme régulier de méthadone ou vers un médecin dans la communauté, ce qui signifie qu'ils avaient alors atteint un niveau d'organisation suffisant pour rejoindre les programmes imposant des exigences plus élevées.

En conclusion : des résultats intéressants et une évaluation à poursuivre…

De façon générale, au cours de la première année d'opération de Relais-Méthadone, l'évaluation d'implantation de ce programme démontre que la population visée, celle des héroïnomanes marginalisés, a pu être rejointe. De plus, le traitement proposé est accessible rapidement et sa capacité de rétention de la clientèle semble fort valable au cours des 6 premiers mois de traitement. Il convient maintenant d'en évaluer les effets à moyen terme, particulièrement au niveau de la consommation de psychotropes, incluant la cocaïne, et de la réduction des comportements à risque pour le VIH et les hépatites.

Michel Perreault, PhD, Hôpital Douglas
Radegonde Ndejuru, Relais-Méthadone
Michel Rousseau,
associé de recherche de l'hôpital Douglas
Céline Mercier, PhD, Hôpital Douglas
Pierre Lauzon, md, Clinique du CRAN
Pierre Côté, md, Clinique du CRAN

1. L'évaluation d'implantation de Relais-Méthadone a été financée en partie par une subvention de Santé-Canada

Références :

PERREAULT, M., LAUZON, P., MERCIER, C., ROUSSEAU, M., ET GAGNON, C. (2001). Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone. Dans Landry, M., Guyon, L., et Brochu, S., Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Études québécoises (pp. 95-135). Les Presses de l'Université Laval, Québec.

REMIS, R.S., LECLERC, P., BRUNEAU, J., BEAUCHEMIN, J., MILLSON, P., PALMER, W.H., DEGANI, N., STRATHDEE, S., ET HOGG, R. (1998). Consortium to characterize Injection Drug Users in Canada (Montréal, Toronto and Vancouver), Department of Public Health, Faculty of medecine, University of Toronto, Toronto.

LA MOTIVATION AU CHANGEMENT DANS MYTHES ET

La motivation, ou plutôt le manque de motivation au changement dans le traitement de la toxicomanie est un sujet qui passionne, mais surtout désarçonne, bien des intervenants. Pourquoi une personne ayant subi d'importantes conséquences négatives (emploi, famille, santé, etc…) liées à sa consommation ou à son comportement, qui a toutes les *bonnes* raisons pour modifier son comportement, *s'obstine* à entretenir un comportement qui, de l'extérieur tout au moins, aurait tout avantage à être mis aux oubliettes ? Pourquoi une personne, ayant devant elle des éléments de preuves irréfutables des dangers pour sa santé à court, moyen ou à long terme, choisit-elle de continuer à consommer ? Pourquoi un client, à qui l'on nomme toutes les conséquences négatives, à qui l'on tente d'insuffler une dose raisonnable de crainte, qui vient à ses rendez-vous, ou reste en traitement, rechute-t-il aussitôt la thérapie terminée ? Pourquoi tant d'hésitation ? Pourquoi tant d'ambivalence ?

Bien des intervenants viennent à mes ateliers dans l'espoir que je leur donne *la* recette magique, *l'outil miracle* leur permettant de *guérir* leurs clients non-motivés. La motivation est souvent perçue comme une substance que l'on peut injecter ou insuffler aux clients. Parfois, certains intervenants sont si découragés qu'ils en viennent à dire que *« Si le client n'est pas motivé, il n'y a rien que l'on puisse faire »*. Cette dernière affirmation est en fait des plus répandue, et ce, non seulement comme l'expression d'un découragement, mais bien souvent comme leitmotiv clinique. Logique a priori, cette affirmation est l'expression d'une profonde incompréhension des mécanismes du processus de changement et de la motivation comme telle. Il existe toute une série d'affirmations et de mythes qui brouillent la capacité des aidants à faire ressortir la motivation de nos clients.

Dans l'espace qui m'est offert dans ce bulletin, j'aimerais partager avec vous ma réflexion sur la motivation au changement en faisant un survol de ces mythes ou prémisses dangereuses face à la motivation.

Mythes traditionnels face à la motivation

Mythe 1 :

Les clients sont « motivés » à changer ou non ! S'ils ne sont pas motivés à changer, il n'y a rien que l'on puisse faire !

Comme nous le mentionnions plus haut, cette affirmation tristement fréquente, en plus de dénoter un pessimisme et d'exprimer un constat d'impuissance, se révèle trompeuse. En fait, les gens perçus comme non-motivés, sont plutôt *ambivalents* face au changement. La motivation n'est pas un bagage que le client transporte avec lui ou oublie avant de franchir la porte de votre bureau. On a souvent décrit les « *toxicomanes* » et les « *alcooliques* » comme des individus, de par la nature de leur problématique, non motivés et résistants. Il est beaucoup plus aidant de les voir comme *ambivalents*, incertains, indécis face au changement.

En fait, les clients viennent rarement rencontrer un intervenant s'ils ne sont pas motivés ! Il y a une motivation sous-jacente. Il serait donc plus juste de dire « *Je n'ai pas découvert la motivation de ce client-ci mais si je l'écoute, je saurai trouver sa motivation et travailler à la modifier, l'amplifier* » ou mieux encore « *Ce client est ambivalent face aux choix qui s'offrent à lui. Prenons le temps d'explorer avec lui son ambivalence et tentons de l'aider à la résoudre.* »

Affirmer que les clients sont soit motivés, soit non-motivés relève d'une vision simpliste, bipolaire, réductionniste. Cela va à contre-courant des recherches de Prochaska et Di Clemente qui, depuis quelques années, font école dans le domaine de la motivation. Aussi bien plier bagage et rentrer dans ses terres ! La notion d'*ambivalence* est de loin plus aidante.

Mythe 2 :

Motiver = convaincre ou éduquer !

Bien souvent, les participants à mes ateliers désirent ressortir de mes formations avec des arguments, des outils, des énoncés motivationnels pour les aider à convaincre leurs clients de changer. Il est important de préciser que les tentatives pour « *convaincre* » un client provoquent souvent l'effet contraire à celui recherché. Si *convaincre* équivaut pour vous à *confronter*, il est fort possible que vous observiez une augmentation dans la verbalisation des résistances. Loin d'être une pathologie, cette résistance est saine. De plus, elle indique qu'il est temps pour l'intervenant de changer de stratégie. La résistance se produit dans un contexte de relation interpersonnelle, elle est un problème de thérapeute, de stratégie. Il ne faut surtout pas tenter de convaincre un individu de changer en utilisant des techniques directives et confrontantes. Les arguments favorables au changement doivent émaner du client et non du thérapeute. Il y a bien plus de chance qu'une personne modifie un comportement si elle a conclu que « le prix n'en vaut pas la chandelle ». L'art thérapeutique consiste à accélérer cette réflexion de façon aidante. La confrontation est rarement aidante.

Dans un même ordre d'idée, si vous croyez que le client a besoin d'être « éduqué » face aux conséquences négatives de son comportement, si vous croyez qu'il ne saisit pas la gravité de la situation et que vous devez l'éduquer (ce qui revient souvent à faire peur) ; il se peut fort bien que le client, par souci d'équilibre, verbalise les raisons positives de sa consommation. Le réflexe-correcteur de l'intervenant étant alors d'augmenter la dose d'éducation, le client, en plus de se sentir incompris, risque de « *décrocher* » devant tant d'insistance. Éduquer, comme confronter, risque d'augmenter la résistance du client qui est alors jugé, à tort, comme non-motivé.

Mythe 3 :

Je suis l'expert, le client doit suivre mes conseils !

Bien qu'apparenté au risque « *éducatif* », ce mythe recèle un autre danger particulier. Très souvent, la motivation est jugée selon la capacité du client à faire ce que le thérapeute-intervenant lui dit de faire et selon son degré d'accord avec le thérapeute. Ainsi, un client d'accord avec l'expert est perçu comme ayant de bons « *insights* ». Dans le cas contraire, il est catalogué comme étant « *résistant* ». Plutôt que de voir la relation thérapeutique comme une session de consultation entre un expert et un client, il serait plus juste de voir cette même relation comme une rencontre entre deux experts : le client étant expert sur ce qui fonctionne pour lui et l'intervenant, expert sur ce qui a fonctionné pour d'autre. Cette relation devient alors une rencontre respectueuse entre deux individus, deux experts, à la recherche de la meilleure solution, la plus réaliste, la plus motivante. Les raisons du changement doivent venir de l'aidé et non de l'aidant.

LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE : RÉALITÉS !

Mythe 4 :

La santé est une motivation très importante pour tous !

La santé est souvent perçue comme étant *la* suprême motivation, une valeur fondamentale partagée par tous. En fait, ce n'est pas le cas. Certaines personnes favorisent beaucoup plus la recherche du plaisir, l'intensité ou la liberté plutôt que la santé. Il est donc parfois piégeant de vouloir trop insister sur cette valeur soi-disant commune. Il est plutôt utile de tenter de comprendre les valeurs fondamentales de l'autre, de comprendre sa motivation et son ambivalence. L'exploration de l'ambivalence entre le changement et le statu quo est au cœur du dilemme auquel est confronté l'individu. Moins d'ambivalence = plus de motivation !

Mythe 5 :

Maintenant est le bon moment pour modifier un comportement !

Ceux qui ont déjà tenté de cesser de fumer dans le temps des fêtes en savent quelque chose : choisir le moment approprié pour effectuer un changement est important. Il se peut que quelqu'un soit motivé à changer, mais pas maintenant. Il se peut que cette personne ait d'autres priorités dans sa vie à ce moment-ci, plutôt que la cessation de fumer.

Mythe 6 :

Motivation au changement = Motivation au traitement !

On confond parfois la motivation au changement et la motivation au traitement. Le traitement est vu comme un passage obligatoire vers le changement : le changement passe par le traitement. La réalité n'est pas si simple. En fait, la majorité des changements de comportement se produit sans traitement ni intervention. Les travaux de Prochaska et DiClemente, sur les stades du changement, en sont une excellente illustration. Donc, en plus d'être le signe d'une prétention incroyable, cette prémisse est fausse. Dire aux gens qu'ils doivent nous attendre, qu'ils doivent être en thérapie pour changer est faux, mais c'est une bonne recette pour maintenir de longues listes d'attente. Certaines études suggèrent que la capacité du client à rester en thérapie est un bon indicateur de la probabilité du changement. Il se peut fort bien que le fait de rester en traitement soit le signe d'une solide motivation plutôt qu'un indice d'efficacité du traitement. Dans la croyance populaire, le changement passe par le traitement, pourtant certaines personnes qui vont en traitement auraient aussi bien fait *sans*, et dans certains cas, *mieux*. Un bon livre d'auto-changement est parfois plus utile qu'une intervention bâclée. D'ailleurs, posons-nous la question, si une personne est motivée à changer, pourquoi aurait-elle besoin d'un traitement ? Qu'ajoute donc le traitement ? La question vaut d'être débattue !

Mythe 7 :

Cet individu doit changer !
Cet individu est prêt à changer !

Si un individu se présente en thérapie, il doit être prêt à l'action. La réalité est que bien des gens se présentent en thérapie avec un profond sentiment d'ambivalence. Tel que mentionné plus haut, loin d'être pathologique, cette ambivalence est saine et se doit d'être explorée.

Mythe 8 :

Une approche dure et confrontante donne de meilleurs résultats.

En fait, les recherches ont démontré le contraire. Plus un intervenant confronte, plus le client résiste. Une recherche a même démontré que plus les clients résistent en thérapie, plus ils consomment 12 mois plus tard.

Mythe 9 :

Plus j'accumule de l'information donc, plus je pose de questions, plus je suis en mesure d'aider l'individu à modifier son comportement !

C'est la version raffinée du piège de l'expert. Poser beaucoup de questions, et surtout des questions fermées, fait taire le client et le rend passif. Le modèle prescriptif donne de pauvres résultats. Démarrer une intervention en posant beaucoup de questions a tendance à fermer le client, à le rendre passif.

Pour conclure, un résumé de ce que l'on sait !

Maintenant que nous avons fait le point sur les divers mythes relatifs à la motivation, voici une brève liste de ce que les recherches scientifiques sur la modification de comportement et sur la motivation au changement ont établi.

Le changement est un processus naturel ;

- ✔ Ce qui se produit suite à une intervention ressemble grandement au processus naturel ;
- ✔ La probabilité d'un changement semble fortement influencée par les relations interpersonnelles ;
- ✔ Lorsqu'un changement intervient en traitement, le gros du changement se produit lors des premières rencontres. Certaines études disent que la *dose* de traitement prédit peu l'effet du traitement sur le résultat final. Cependant, d'autres études affirment le contraire.
- ✔ Le ou la clinicienne qui donne le traitement est un élément déterminant dans le taux d'abandon, de rétention, d'adhésion au traitement et de résultats, car cette personne a une influence directe sur la motivation des clients.
- ✔ Un counselling empathique semble faciliter le changement ; son absence le décourage.
- ✔ Les personnes qui se croient capables d'effectuer un changement le font. Les personnes qui ont un conseiller qui les croit sont aussi plus portées à changer. Celles à qui l'on dit qu'il y a peu de chance de réussite réussissent moins.
- ✔ Ce que les gens verbalisent face au changement est important. Des énoncés qui reflètent la motivation (le discours-changement) prédisent le changement alors que la verbalisation d'arguments contraires (résistance) prédit le non-changement. Ces deux comportements sont fortement influencés par le style de counselling.

Vincent Rossignol, M.Ed.

Membre agréé de la Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT), animateur d'ateliers et conférencier.

Référence :

MILLER, W.R. & ROLLNICK, STEVE. (2002). Motivational Interviewing : Preparing people for change. Guilford Press. New York.

UN EXEMPLE DE TRAVAI PASSERELLE MATERN

Un projet pilote pour les femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants sur le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier (Québec)

Dans la région de Québec, au cours des dernières années, un consensus s'est développé sur la nécessité de mettre en place des services spécifiques pour répondre aux besoins des femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Une enquête (1999) menée auprès des dispensateurs de services a permis d'identifier les services disponibles et de reconnaître les lacunes existantes. Il en est résulté la réalisation d'un projet pilote sur le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier, territoire reconnu dans la région comme un milieu où on retrouve un nombre important de femmes toxicomanes.

Soumis au ministère de la Santé et des services sociaux, le projet a débuté en juin 2000. Il comprend trois volets : 1) l'ajout d'un suivi de type *« Naître égaux - Grandir en santé » (NÉ-GS)* à la clientèle visée en plus des services de base déjà offerts par le CLSC. 2) La consolidation d'une trajectoire continue de services. 3) La formation des intervenantes des organismes concernés.

Au printemps 2001, le projet pilote Maternité et toxicomanie a changé de nom pour celui de ***PASSERELLE.*** Les intervenantes rencontraient des difficultés à offrir aux femmes de participer à un projet où l'accent était mis sur la problématique et où la participation pouvait être perçue comme stigmatisante. De plus, le titre du projet pouvait laisser croire que seulement les mères avaient droit à des services alors que les pères, les conjoints et les enfants ont aussi accès à des services adaptés à leurs besoins.

Compte tenu de la clientèle visée, le projet s'actualise principalement par des services dans le domaine de la périnatalité. Toutefois, la présence de la toxicomanie interpelle aussi le réseau des services en toxicomanie. En outre, plusieurs études ont démontré que les enfants de parents qui consomment régulièrement des drogues ou de l'alcool sont à risque de négligence et d'abus. Le réseau de la protection de la jeunesse est aussi un partenaire au projet

La clientèle visée

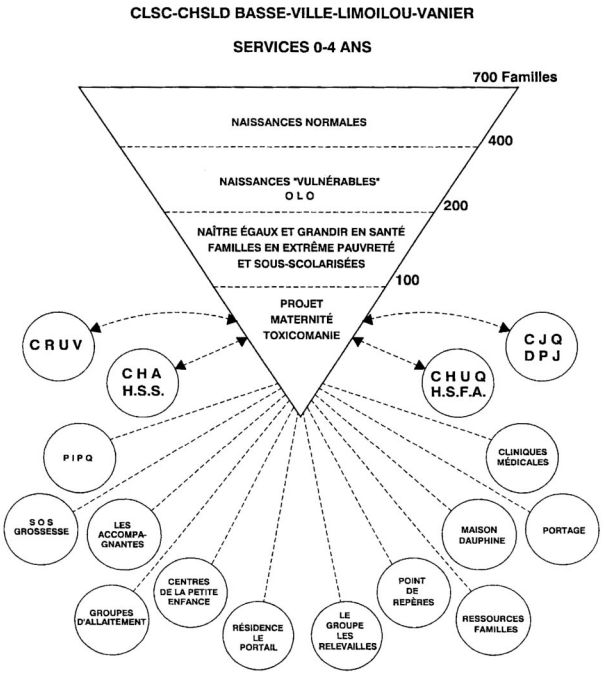
Le triangle inversé représente l'offre de services du CLSC aux femmes enceintes et aux familles avec enfants de 0-4 ans. Le territoire compte annuellement environ 700 naissances et on estime que 100 enfants (14 %) naissent actuellement d'une mère toxicomane.

On retrouve les partenaires du projet dans les cercles entourant le graphique ; ils établissent des liens étroits avec l'équipe du projet pilote. Ce sont les intervenantes du milieu institutionnel et communautaire œuvrant en périnatalité, en toxicomanie et en protection de la jeunesse.

De nombreux partenariats ...
Les partenaires en périnatalité

Différentes rencontres d'information ont été tenues. Considérant qu'une bonne proportion des femmes enceintes ciblées par le projet accouche au CHUQ Hôpital Saint-François d'Assise le personnel œuvrant en périnatalité a été rencontré. Une autre rencontre a rejoint les gestionnaires, les médecins et les professionnels concernés par la clientèle du projet pilote. Le personnel de l'autre centre accoucheur, le CHA Hôpital du Saint-Sacrement a aussi été rencontré.

Le personnel concerné invite les clientes à bénéficier des services de la Clinique de



périnatalité à la 12e et à la 28e semaine de grossesse ; ce qui permet notamment d'identifier les femmes toxicomanes et leur offrir des services appropriés. Des liaisons s'établissent aussi avec les équipes médicales afin de jeter les bases d'une trajectoire permettant une référence personnalisée, des femmes enceintes suivies, par les médecins du CLSC, aux médecins accoucheurs. Des modalités de collaboration sont en élaboration avec les pédiatres, les équipes soignantes des hôpitaux et les médecins en cabinets privés qui effectuent des suivis de grossesse.

Afin de faciliter la référence des femmes au projet pilote, le CLSC a mis en place une modalité de référence aux services de périnatalité par le biais d'une infirmière de garde disponible pour discuter avec les intervenantes des autres organisations et éventuellement recevoir directement et rapidement les femmes qui sont référées.

Les partenaires en toxicomanie

Les intervenantes en périnatalité du projet *Passerelle* créent un lien de confiance avec les femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Toutefois, elles ne sont pas des spécialistes en toxicomanie et elles n'ont ni le mandat ni l'expertise nécessaires pour offrir de tels services. Par conséquent, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) constitue un partenaire essentiel et deux intervenantes travaillent au CLSC. L'une est consultante en toxicomanie et participe aux discussions de cas de l'équipe interdisciplinaire. L'autre s'occupe de l'évaluation des femmes qui sont référées au CRUV. De plus, les femmes participant au projet et leurs conjoints sont admis en priorité au centre de réadaptation.

Les partenaires en protection de la jeunesse

L'accompagnement des mères toxicomanes permet d'identifier des enfants dont la sécurité ou le développement est compromis et, de par la loi, le signalement de ces enfants doit être fait à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) Mais tout en respectant la loi, il est essentiel de s'assurer de la nécessité du signalement avant de poser un geste lourd de conséquences qui risque de briser le lien de confiance avec la cliente. À cet effet, le Centre Jeunesse de Québec a dédié spécifiquement des intervenants au projet : une personne de l'équipe d'évaluation de la DPJ participe aux discussions de cas et est consultant sur les questions concernant la protection des enfants ; deux autres intervenants assurent le suivi de la clientèle si un signalement est retenu.

Les partenaires du réseau communautaire et autres partenaires

Plusieurs organismes communautaires sont concernés par ce projet pilote. Les principaux sont identifiés dans le graphique. Une rencontre d'information a eu lieu pour présenter la nature du projet et pour élaborer des mécanismes de collaboration. Un café-causerie a permis aux intervenants du réseau communautaire de rencontrer deux infirmières du CLSC agissant à titre d'agentes de liaison dans le but de faciliter la référence rapide et personnalisée. Une autre rencontre a été organisée pour échanger sur la trajectoire de services ; le besoin de clarifier le rôle de la DPJ est ressorti et les intervenants des organismes communautaires concernés ont été invités à

L EN RÉSEAU INTÉGRÉ : ITÉ ET TOXICOMANIE

suivre la formation sur «la gestion du risque dans un contexte de protection des enfants.»

Comme le projet *Passerelle* vise aussi à assurer le développement optimal de l'enfant, de la conception jusqu'à l'âge de deux ans, et à accroître l'autonomie économique et sociale de la famille, d'autres partenaires seront éventuellement interpellés notamment les Centres de la petite enfance et les Centres locaux d'emplois.

Les activités de formation : tout un programme

La mise en place du projet a également donné lieu à un plan de formation comprenant cinq thèmes :

1) connaissance sur la toxicomanie : seuils de consommation, abus, dépendance, mythes et difficultés vs cette clientèle, etc. ;
2) femmes enceintes et toxicomanie : grossesse et accouchement, effets sur le fœtus et le développement de l'enfant ;
3) intervention brève auprès d'une clientèle féminine toxicomane : entrevue motivationnelle ;
4) le plan de services individualisé ;
5) la gestion du risque dans un contexte de protection des enfants.

Une quarantaine d'intervenantes ont pris part à ces dix heures de formation visant à les outiller et à favoriser l'adaptation de leurs pratiques professionnelles aux besoins spécifiques des femmes toxicomanes.

Après 18 mois de fonctionnement…

En 18 mois, le projet a rejoint 112 femmes toxicomanes enceintes et mères de jeunes enfants. Le deuxième rapport d'étape concerne 87 femmes suivies entre décembre 2001 et 2002 et présente les données suivantes : 21 % des femmes ont 19 ans et moins et 66 % ont entre 20 et 29 ans ; elles sont peu scolarisées : 68 % n'ont pas complété d'études secondaires. Les principales substances consommées *avant* et *pendant* la grossesse sont l'alcool 63 % et 44 %, le cannabis 60 % et 41 %, la cocaïne 48 % et 22 % et le PCP 15 % et 9 %. Plusieurs facteurs stressants sont vécus par les femmes et leur famille : 69 % ont des problèmes financiers, 51 % ont des problèmes de couple, 41 % ont déménagé ou projettent de le faire, 30 % ont des relations difficiles avec l'entourage et 26 % des femmes suivies ont été identifiés comme victimes de violence. Plusieurs femmes sont aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale. Parmi les données disponibles concernant les bébés, 14 % ont été prématurés, 16 % ont eu un poids à la naissance de moins de 2500 grammes et 6 bébés ont souffert de sevrage.

Le suivi intensif du projet *Passerelle* a pris la forme de 1421 interventions, 447 en période prénatale et 949 après la naissance. La moyenne des interventions par femme est de cinq en période prénatale et de 13 en période postnatale. En période prénatale, les suivis portent principalement sur la nutrition (41 %), la santé (31 %), le suivi psychosocial (20 %) En période postnatale les interventions réalisées sont le suivi psychosocial (27 %), la santé (22 %), les compétences parentales (15 %), le soutien au développement de l'enfant(14 %)

Les perspectives pour la dernière année du projet pilote...

Un rapport d'étape a été produit en avril 2001 et un autre en mars 2002. Il reste maintenant un an pour finaliser l'implantation du projet pilote. Les pistes d'action suivantes ont été identifiées : rejoindre les femmes plus précocement et diminuer l'attrition ; offrir les services principalement à domicile ; développer des stratégies pour favoriser l'attachement parent-enfant et, à ce titre promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans des conditions sécuritaires pour l'enfant ; augmenter les connaissances des intervenantes sur les effets de l'alcool sur le fœtus et identifier des mesures efficaces pour intervenir sur ces problèmes ; poursuivre la consolidation des liens avec les partenaires ; développer des stratégies d'intervention visant les pères et réaliser l'évaluation du projet pilote.

L'évaluation prévue...

En effet, la mise en place d'un projet pilote exige qu'une démarche d'évaluation soit réalisée afin d'en suivre l'évolution, d'en estimer les retombées, de juger de la pertinence de sa poursuite ainsi que des possibilités de succès de sa reproduction dans d'autres contextes. La Direction de la santé publique de Québec assume la responsabilité de l'évaluation dont les résultats seront disponibles en mars 2003.

À la lumière des résultats, il sera possible de prendre des décisions quant aux modalités de reconduction du projet sur le territoire du CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et dans la région de Québec.

Odille Bédard,
conseillère en planification et programmation
Direction de l'organisation des services
RRSSS de Québec

Rapport d'étape, juin 2000 –février 2001 (avril 2001)
Rapport d'étape, 3 décembre 2000
2 décembre 2001 (mars 2002)

Références :

CLÉMENT, M.-E. ; TOURIGNY, M., (1999) Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec, Québec.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (mars 1999) Avis sur les mères toxicomanes. Gouvernement du Québec, Québec.

GUYON, L., DE KONINCK, M., MORISSETTE, P., CHAYER, L. (1998) Toxicomanie et maternité : un projet possible - Une synthèse des connaissances actuelles. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec, Québec.

MICHAUD, P.(1999), Maternité et toxicomanie : les services aux femmes enceintes ou mères de jeunes enfants qui consomment de façon problématique des psychotropes. Direction de la santé publique de Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1995) Naître égaux - Grandir en santé. Gouvernement du Québec, Québec.

Deux événements à ne pas manquer…

- **Le forum mondial drogues et dépendances**

22-27 septembre 2002 à Montréal

Ce forum veut offrir une plate-forme internationale à tous celles et ceux qui sont impliqués sur la question des drogues et dépendances. Une attention spéciale y sera accordée à la jeunesse, à la prévention, au monde du travail et aux questions de santé publiques comme le VIH-SIDA et autres maladies transmissibles. Conférences, tables rondes, débats… pour examiner les impacts humains, sociaux, environnementaux et économiques des drogues et dépendances. Le comité organisateur attend 3 000 personnes, de 60 pays, qui se donneront comme cible d'identifier des solutions au problème des drogues illicites, substances légales, jeu pathologique et autres dépendances.

Pour plus d'informations :

Téléphone : (514) 340-4550
Télécopieur : (514) 340-4440
Date limite de pré-inscription : 21 juin 2002

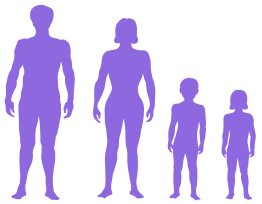
- **Le prochain colloque de l'AITQ : Savoir être, savoir faire pour intervenir en toxicomanie**

27 au 30 octobre 2002, à Québec (Hôtel Radisson)

Ce colloque permettra de fêter le 25ème anniversaire de l'association. Le programme préliminaire nous annonce une grande variété de thèmes qui touchent la prévention aussi bien que le traitement, en passant par l'éthique et le rôle des parents en prévention. La problématique du jeu sera également abordée lors de ce colloque.

Pour information :
AITQ
(450) 646-3271
Courriel : info@aitq.com
Site internet : www.aitq.com

CERTAINS ÉLÉMENTS DE RÉSEAU INTÉGRÉ VUS PAR UN PARENT, UTILISATEUR DES SERVICES D'UN CENTRE JEUNESSE...



(Entrevue réalisée à Sherbrooke lors d'une rencontre avec Pauline Vermette. L'objectif visé était de faire ressortir, du point de vue de la clientèle, la pertinence d'un travail en réseau).

Bonjour Pauline. Avant de parler des services et surtout des besoins d'un parent, parle-nous un peu de toi et du comité dont tu fais partie.

Ben, c'est le comité des usagers du centre jeunesse. C'est pour les parents qui ont accès aux services. On est un petit groupe, 5 adultes et un jeune et on essaye de rendre service aux parents. Au moment de l'arrivée dans les services, comme parents, on est tellement dans l'jus de nos problèmes qu'on s'intéresse pas à ce comité…Moi ça m'a pris un an avant de m'y intéresser…J'ai été aidée alors je veux aider aussi. On propose aussi un café-rencontre mais tu sais, c'est difficile d'impliquer les parents…

J'ai un texte sur les réseaux intégrés qui dit que la personne ne devrait pas avoir à répéter son histoire chaque fois qu'elle rencontre un nouveau professionnel….

Certain que c'est vrai. D'abord, on est très fragile quand on va chercher des services. Tu vois, moi, j'avais demandé de l'aide pour mes enfants… conjoint violent… mais j'étais pas sûre de ma démarche… Y m'avait tellement dit que j'étais folle… j'étais gênée, pas sûre… Quand tu racontes ton histoire, y faut pas que tu sentes qu'on te juge. C'est pas tous les intervenants mais y en a… tu sens leur jugement. Y faudrait qu'ils comprennent que le parent c'est pas un problème. Le parent c'est une personne humaine qui a un problème…

Et qui fait un gros effort pour aller chercher de l'aide…

Exactement. Y faut pas qu'on répète en plus plusieurs fois notre histoire. Ça doit être écrit dans le plan d'intervention, le P.I, comme ils appellent. Comme ça, y a une continuité quand on change d'intervenant, c'est important pour comprendre le jeune.

Un plan d'intervention écrit et remis à l'usager, ça fait la différence ?

Oui. Quand tu rencontres, comme parent, l'intervenant, tu es sous le coup de l'émotion, la honte de demander de l'aide… tu captes pas tout ce qui est dit… tu te sens inférieure, bouleversée, le cœur serré… alors moi, lorsque je relisais le P.I, chez moi, tranquille, à tête reposée, cela me permettait de revenir à l'essentiel de la rencontre, à me situer moi vis-à-vis l'intervention… sur les objectifs à atteindre. Un peu comme avec une carte routière… en plus, je vais te dire quelque chose qui m'a énormément aidée…

Oui. C'est quoi ?

Quand j'ai lu dans le plan d'intervention quelque chose comme… attends…

« interventions à faire pour aider Mme Vermette dans ses démarches ». Moi, j'étais encore à me demander si j'étais correcte d'avoir fait une démarche ou si j'étais folle… De lire ça, ça m'a beaucoup aidée…

Ça met des mots sur ce qui se passe, ça valide ta démarche…

Exactement. D'ailleurs, en plus d'avoir un P.I écrit, y faut que le parent comprenne le langage. Quand t'arrives là, tu sais pas ce que c'est un T.S, P.I, P.S.I et en plus t'es trop gênée pour demander si tu comprends pas. Tu sais, j'ai rencontré un parent, son enfant était en garde fermée au centre jeunesse et le parent ne savait pas ce que c'est le centre jeunesse et il osait pas demander. Tu te rends compte ! Je trouve ça terrible !

Effectivement, mais c'est pas seulement une question de langage alors…

Non. C'est aussi d'expliquer aux parents les services. D'ailleurs, c'est parce qu'ils connaissent pas les services qu'ils attendent la crise… Y attendent jusqu'à p'us capable. Tu vois ton texte là, y dit : « une information facile à comprendre sur la qualité des services et les résultats cliniques attendus ».

Des informations sur l'intervention ?

Oui. Il faut prévoir une place pour le parent. Je parle de ceux qui veulent bien sûr. Le parent ça peut être une aide à l'intervenant. Sinon, moi, comme parent je peux tout défaire. Tu sais, des choses comme l'estime de soi, je peux aider comme parent, mais si je sais pas, je peux passer à côté ou même défaire. Il faut toujours continuer à expliquer aux parents, même si l'intervenant a l'impression de ne pas être entendu. Quand le parent est prêt, il y revient… c'est comme de l'argent à la banque…

Comprendre pour être associé au processus…

Oui. En plus, quand le parent ne comprend pas, il est porté à rejeter… et le jeune le sent…et il s'en sert… Moi, j'ai eu de la chance. Chaque fois que j'ai eu le courage de poser les questions, de faire les démarches, j'ai été bien reçue. J'ai eu mes réponses. Ça m'a aidée… Tu sais, je vois d'un côté le travail des intervenants, de l'autre, la souffrance des parents…

C'est pour ça que tu veux aider maintenant…

Oui. Mais tu vois, ce serait bien si les parents osaient demander de l'aide tout de suite, avant la crise. Ils ne le font pas parce que souvent, ils ne savent pas où aller. Y faudrait des services 24h sur 24 pour répondre, comme avec les urgences, pour diriger le parent, le référer au bon endroit…au début du problème pas quand la crise est installée, pour justement éviter la crise… Enfin ! Moi, mon rêve c'est de mettre sur pied un service d'accompagnement pour les parents utilisateurs du centre jeunesse, comme ça mon expérience servirait à d'autres.

Je te souhaite d'y arriver et je te remercie de nous avoir fait part de ta vision des choses, comme point de vue d'un parent.

Je suis contente de l'avoir fait. Si c'est des intervenants qui lisent ce bulletin, ils devraient se laisser influencer un peu… j'espère…

Un grand merci à Pauline pour ce témoignage !

P.N.B... (Petites nouvelles brèves)

- À plusieurs reprises, l'Écho-Toxico a tenu ses lecteurs informés de l'évolution du dossier des normes de certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en toxicomanie. Alors, voici :

  Le centre CASA est le tout premier organisme au Québec qui a reçu la certification du MSSS. Une trentaine d'organismes sont actuellement en démarche pour obtenir leur certification.

  Toutes nos félicitations au centre CASA.

- Les joueurs dépassés par leurs actes peuvent consulter un site Web (www.joueur-excessif.com) qui leur permet d'évaluer la gravité de leur problème en répondant à un questionnaire. Le site lancé par le centre Dollard-Cormier donne aussi des suggestions aux proches des joueurs et leur indique où trouver de l'aide. Pour une aide par téléphonique, Jeu, aide et référence : 1 800 461-0140

- Une équipe de chercheurs d'Ottawa a publié un article dans le journal de l'Association médicale canadienne. Il y était question de l'impact à long terme du Ritalin® sur la consommation de drogue. Les chercheurs craignant que l'attirance pour les drogues soient stimulées. Une étude récente dans *Nature Neuroscience* fait état que le Ritalin® pourrait affecter certains centres de la récompense dans le cerveau, ce qui réduirait le plaisir associé à des drogues comme la cocaïne. Détail non négligeable, cette étude a été réalisée sur des rats.

- Loto-Québec vient d'accorder 145 millions de $ pour la fabrication de 14 500 nouveaux appareils de loterie vidéo dotés d'un logiciel qui annoncera aux joueurs que le jeu est un jeu et que jamais ils n'arriveront à battre la machine et à faire sauter la banque. Beau défi à relever pour certains, non ? De plus, en tout temps, une horloge apparaîtra à l'écran pour que le joueur programme son temps de jeu et sache combien de temps il vient de passer devant la machine. S'il désire continuer à jouer, il n'aura qu'à se programmer un nouveau temps de jeu…

- D'après une étude réalisée à Vancouver, les femmes qui utilisent des drogues injectables contractent le VIH à un rythme beaucoup plus rapide que les hommes avec lesquels elles partagent seringues et lit. L'article a été publié dans le Journal de l'Association médicale canadienne et il explique que le problème est en grande partie attribuable à la relation de pouvoir existant entre ces femmes et leurs partenaires sexuels. Plusieurs partagent les seringues même si elles sont conscientes des dangers. L'étude démontre que même au sein des populations les plus vulnérables, ce sont les plus faibles et les plus privés de pouvoir qui sont atteints le plus par le VIH.

- D'ici la fin de 2002, la Suisse pourrait se distinguer non plus seulement à cause de ses chocolats ou son fromage mais aussi son cannabis ! Le gouvernement helvétique débat d'un projet visant la consommation, la production et la vente légalisées de cannabis. Les Hollandais ne sont pas allés aussi loin… Le chef de police du canton de Zurich croit le changement inévitable et affirme que la police doit jouer le jeu, si la société souhaite cette libéralisation. Il rappelle que la police n'est pas là pour défendre ses intérêts propres mais ceux de la société.

- L'inauguration de la première culture de cannabis s'était faite en grande pompe. La substance récoltée dans le Rock Garden (celui de Allan, l'ancien ministre canadien de la santé) est toujours disponible car sans distributeur attitré. La question est complexe, plusieurs s'en occupent mais sans succès et pendant ce temps-là, les malades bénéficiant d'une autorisation ministérielle de possession continuent de s'approvisionner dans la rue. Trois options de distribution sont toujours à l'étude : la vente en pharmacie, la livraison par messagerie ou la distribution par les bureaux régionaux de Santé Canada. Cette option semble la plus prisée…

- La marijuana rend prudent au volant ! Diverses études le confirment. À cause de la décriminalisation de plus en plus probable dans plusieurs pays, des chercheurs se sont activement attachés à étudier les effets de la marijuana sur la conduite automobile. Les réflexes sont plus lents mais comme la marijuana rend les conducteurs plus prudents, le nombre d'accidents n'est pas plus élevé. En comparaison, les groupes de consommateurs d'alcool sont plus problématiques. Car, si les fumeurs de *pot* surestiment les effets de la substance, ceux qui ont bu de l'alcool sous-estiment l'effet de l'alcool sur leurs réflexes et ne deviennent plus prudents que s'ils fument un joint en plus de l'alcool qu'ils ont bu ! ! !

- *Ouvrez les yeux, la stigmatisation tue !* C'est le slogan d'une campagne de deux ans lancée en mai dernier par la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. La Fédération estime que 500 000 nouveaux nés naissent avec le virus du VIH chaque année en raison de la peur du rejet que ressentent les femmes dans de nombreuses sociétés. Elles préfèrent ne pas se soumettre à un dépistage ou ne pas aller chercher les résultats de peur d'être stigmatisées. L'autre groupe à risque est celui des toxicomanes à qui de nombreux pays refusent l'accès à des seringues propres…

- Le gouvernement canadien dépensera 26 millions de dollars sur une période de cinq ans pour aider les 1800 résidents innus du Labrador à surmonter leur dépendance aux solvants. Ces sommes s'ajouteront aux 20 millions de dollars que six ministères fédéraux dépensent pour Davis Inlet et Sheshatshiu, villages innus du Labrador. Les documents de ces ministères confirment que l'inhalation des vapeurs d'essence est pour plusieurs de ces enfants une façon d'apaiser les souffrances liées à l'alcoolisme chronique, la violence, les suicides de proches et la négligence…

◆◆◆◆

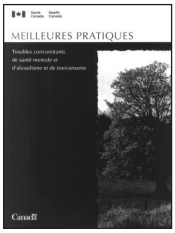
L...comme lire

■ STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE.(2001). Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques. Santé Canada, Ottawa.

Un volume de 315 pages qui traite des questions, principes et programmes de prévention pour les jeunes. Après avoir présenté les tendances actuelles de consommation d'alcool et drogues chez les jeunes Canadiens, ce document expose les principes à la base de l'efficacité des programmes avant de présenter des programmes exemplaires tirés des revues scientifiques de programmes de prévention. Les programmes listés sont parfois des programmes de prévention s'adressant à la majorité des jeunes ou parfois des programmes visant des clientèles marginales.

Pour commander ce volume :

Publications Santé Canada Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995 • Téléc. : (613) 941-5366 •
Disponible aussi sur Internet : http://www.cds-sca.com



■ Santé Canada (2002). Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale, de l'alcoolisme et de toxicomanie. Sous la direction de Brian Rush, avec la collaboration de P. Goering, S. McMain, L. Nadeau, A. Ogborne et G. Roberts. Ottawa.

Cette monographie d'une centaine de pages rappelle l'importance d'avoir comme référence des pratiques probantes lorsqu'on intervient auprès des personnes ayant un double diagnostic : toxicomanie et troubles mentaux. Le choix d'un traitement intégré y est clairement exprimé. Des propositions sont faites quant au dépistage, à l'évaluation, au traitement et au soutien. Reconnaissant les difficultés liées à l'intégration des services, les auteurs proposent des solutions visant une meilleure qualité de services à cette clientèle.

Document disponible sur le site de Santé Canada : http ://www.cds-sca.com
Copie papier distribuée gratuitement en commandant par télécopie : (613) 941-5366

En complément à la monographie de Santé Canada, le numéro thématique :

■ SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC. Dossier : les doubles diagnostics, 26, 2, automne 2001. Québec.

Huit articles publiés dans ce numéro présentent des exemples réussis de traitements intégrés. Les intervenants y trouveront des outils pour mieux situer leur intervention face à cette clientèle réputée difficile.

Adresse électronique de la revue : rsmq@cam.org
Télécopieur : (514) 523-0797

■ ACTI-MENU. (2002). Bien jouer son jeu. Brochure et vidéo de 18 minutes, réalisés avec l'appui de Santé et Services sociaux, Québec.

Matériel préparé spécialement pour les intervenants en ressources humaines auprès des employés.

Pour se procurer ce matériel :
(514) 326-2466 ou 1 866 356-2466

■ Beaupré, Raynald. (2002). Rien ne va plus-Itinéraire du joueur. Collection Dossiers et documents. Québec-Amérique éditeur. Montréal.

L'auteur s'interroge sur le jeu dans son ensemble et sur la responsabilité du gouvernement dans l'exploitation des appareils de loteries vidéo. Décrivant son propre itinéraire, l'auteur espère que son livre aidera, par son exemple, des joueurs qui veulent s'en sortir. Lynda Poirier, collaboratrice de L'Écho-Toxico a préfacé ce livre qu'elle estime « précieux pour tous ceux et celles qui veulent comprendre le jeu et le… joueur ».

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ

(selon les normes en vigueur)

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE
Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenants en toxicomanie et augmenter la qualité de vos interventions. Programme de 30 crédits, offert dans plusieurs régions du Québec, aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. Début des cours : **automne 2002**

Information et inscription :
1 800-267-8337 ou 819-564-5245
froux@courrier.usherb.ca
www.usherb.ca/toxicomanie

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

Tous nos remerciements à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro pour les textes et les sources d'information.

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 de Longueuil et Québec.

Programmation disponible
à l'Université de Sherbrooke
au : 1-888-463-1835 poste 1-1795
ou 450-463-1835
ou à l'AITQ : 450-646-3271

Formations à venir :

8 novembre 2002 à Longueuil
Mise à jour sur les psychotropes
Dr. Jean-Marc Pépin

29 novembre 2002 à Québec
La pornographie : histoire d'une vieille drogue pas toujours douce.
Danielle Champagne, sexologue

6 décembre 2002 à Longueuil
Cannabis, prévention et politiques publiques : état de la question
Line Beauchesne, PhD,
Université d'Ottawa