

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...

Ce numéro de septembre 2008 vous présente des textes dont la toile de fond commune est la préoccupation des meilleurs services possibles à la clientèle en dépendance. Deux textes portent sur la thématique de la prévention auprès des jeunes et d'autres s'adressent plus particulièrement aux clientèles cumulant plusieurs problématiques associées à la toxicomanie dont des situations de marginalité et d'exclusion.

Le texte de Jean-Sébastien Fallu explique brièvement la consommation problématique chez les adolescents et synthétise les connaissances sur les meilleures pratiques en prévention et celles à éviter. Du côté des pratiques terrain, D^r Geneviève Petit nous présente une initiative des plus prometteuses d'adaptation régionale d'un projet de prévention du passage à l'injection en Estrie à partir d'une campagne développée en 2005 à Montréal par l'équipe du D^{re} Élise Roy.

À l'autre bout du continuum, vous retrouverez un texte présenté par le psychiatre Richard Cloutier qui porte sur la clientèle itinérante et ses différentes trajectoires. Il élabore des pistes d'intervention basées sur les données probantes et les meilleures pratiques. Pour la clientèle présentant des problèmes de santé mentale, d'itinérance, de judiciarisation et de toxicomanie, l'équipe de Diogène nous présente un texte exposant leur philosophie d'intervention, leurs différents services ainsi que trois récits d'intervention et de cheminement fort intéressants. De son côté, Sophie Bel du CRAN nous présente Logis Phare, une initiative des plus prometteuses d'un projet d'appartements supervisés à prix modiques dédiés à des familles dont les parents suivent un traitement de maintien à la méthadone. Tous ces textes témoignent que dans le champ de la toxicomanie, le milieu de l'intervention (préventive ou curative) recherche de façon constante les services les meilleurs et les plus adaptés à une clientèle réputée difficile.

Faute de place, nous avons dû reporter la publication d'un texte de Benoît Geneau sur l'évaluation de l'implantation d'un projet d'un réseau intégré des services en dépendances sur le territoire du CSSS du Suroît. Il sera présenté dans le prochain numéro. Ce texte fait suite à l'exposé du réseau intégré qui avait été présenté dans le numéro de janvier 2008.

Finalement, pour ce qui est des programmes, l'équipe du Service de toxicomanie poursuit toujours la mise en œuvre du programme de maîtrise en intervention en toxicomanie prévu pour l'automne 2009. Je vous souhaite à tous, fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs, une bonne lecture et une belle rentrée de septembre.

Lise Roy

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

Nouvelles subventions de recherche pour le Service de toxicomanie

Nous désirons féliciter la professeure Karine Bertrand pour l'obtention de cette bourse et de cette subvention.

Bourses de chercheurs-boursiers – Volet santé et société

BERTRAND, Karine, Dép. Sciences de la santé communautaire – Junior 1

Subvention de recherches en santé des populations (3 ans)

BERTRAND, Karine, Dép. sciences de la santé communautaire Co-chercheurs: ROY, Élise, BOIVIN, Jean-François (Université McGill) et MORISSETTE Carole, (Dir. santé publique, Montréal centre).

Étude des effets d'une intervention motivationnelle brève sur les pratiques d'injection à risque chez les utilisateurs de drogues injectables

CERTIFICAT EN TOXICOMANIE

Prévention et intervention

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. L'enseignement se donne dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec et Saguenay, sous forme de fins de semaine intensives. Cheminement avec ou sans stage.

COURS SUR INTERNET – HIVER 2009

TXM110, Aspects socioculturels et utilisation des psychotropes (3 cr.)

TXM120, Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes (3 cr.)

INFORMATION

1 888 463-1835, poste 15245

(sans frais) ou 819 564-5245

Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

PROGRAMME DE 2^e CYCLE EN TOXICOMANIE

FONDEMENTS ET PRATIQUES

Microprogramme de 12 crédits offert aux détenteurs de baccalauréat oeuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe. Formation offerte sous forme de fins de semaines intensives.

COURS SUR INTERNET – AUTOMNE 2008

TXM700, Bilan des connaissances et courants actuels (3 cr.)

TXM715, Psychopharmacologie et toxicomanie (3 cr.)

MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE

(prévue pour l'automne 2009)

INFORMATION

Gaétane Quirion

1 888 463-1835 (sans frais)

ou 450 463-1835, poste 61795

Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

Longueuil —
Université-de-Sherbrooke

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS 2008-2009

- 19 septembre 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
LE RAPPORT DE CONFIANCE : UN GAGE DE RÉUSSITE • Sylviane Guillot, consultante en formation et en animation et psychothérapeute
- 3 octobre 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
SEXUALITÉ ET SUBSTANCES • Éric Landry, Ph.D., Neurobiologie et M.A. Sexologie
- 14 novembre 2008 à **Longueuil** (13 h 30 à 16 h 30) seulement
LES MÉDICAMENTS COMME DROGUES • Joseph J. Lévy, professeur, Département de sexologie, UQAM
- 28 novembre 2008 à **Québec** (9 h à 16 h 30) &
- 5 décembre 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
CONSUMATION PROBLÉMATIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS : MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION • Jean-Sébastien Fallu, Ph.D., professeur à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal
- 30 janvier 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
TOXICOMANIE ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE • Jessica Ménard, doctorat en psychologie
- 13 février 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) &
- 13 mars 2009 à **Québec** (9 h à 16 h 30)
PSYCHOSE ET ABUS DE SUBSTANCES : UN MELTING POT • Dr Richard Cloutier, psychiatre, Clinique Cormier Lafontaine
- 20 mars 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
ENTREVUE MOTIVATIONNELLE ET DÉPENDANCES • Florence Chanut, psychiatre, membre du Motivational Interviewing Network of Trainers
- 24 avril 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
ENTRE LE VOULOIR ET LE POUVOIR : L'EMPOWERMENT COMME STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT DE L'INTERVENTION SOCIALE • Sonia Racine, consultante, Coopérative de consultation en développement La Clé

Lieu de formation à Longueuil
Campus de Longueuil
de l'Université de Sherbrooke
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage

Longueuil —
Université-de-Sherbrooke

Lieux de formation à Québec
Pour information : www.aitq.com

*** INSCRIPTION ***

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou www.aitq.com





ITINÉRANCE, TOXICOMANIE SORTIR DU COMPLEXE

La mythologie : de Diogène aux squatters

Le phénomène de l'itinérance a toujours existé. La première figure qui vient à l'esprit est celle de Diogène, fondateur d'une philosophie qui s'appelle le cynisme. Diogène était connu pour son sans gêne et son mépris de toute convention. Il est souvent représenté vivant dans un tonneau de vin, entouré de chiens (*cynisme* vient de *kunisme*, qui se rapporte à une vie de chien), vivant comme eux sans complexe, ne se gênant pas pour uriner et se masturber en public en cuvant son vin. Une anecdote célèbre résume le personnage. Un jour Alexandre Le Grand (Georges Bush de l'époque), décide de lui rendre visite et lui demande en quoi il pourrait lui être utile ? Et Diogène de lui répondre, « *Tasse-toi, tu me caches le soleil* ». Ça résume bien le rapport de liberté absolue que procure le dénuement total et l'attitude de bien des personnes itinérantes par rapport aux gens bien dressés de notre société.

La deuxième image incontournable, est celle de la Nef des fous, à l'origine un ouvrage de Sébastien Brant, mis en tableau et rendu célèbre par Jérôme Bosch au XV^e siècle. Cette peinture se veut une satire des travers de l'église et des vices humains à l'époque médiévale. Érasme, dans son célèbre ouvrage *Éloge de la folie*, décrit le même phénomène : « *Certains d'entre eux font commerce avantageusement de leur crasse et leur pauvreté et ne cessent de quémander du pain à grand renfort de brailllement devant les portes. Il n'y a pas d'auberges, de voitures ou de bateaux qu'ils ne dérangent non sans préjudice – c'est évident – pour les autres mendiants. Et voilà comment ces hommes si agréables, avec leur saleté, leur ignorance, leur grossièreté et leur effronterie, prétendant servir l'image des apôtres!* » On pense aux coupures dans les programmes sociaux alors que les propriétaires de courses de chevaux, déjà nantis des machines vidéo-poker, demandent l'aumône auprès de nos gouvernements.

La troisième image, c'est celle de l'Inquisition. Suivre l'exemple du Christ dans la mendicité peut devenir un chemin de croix aussi. Dans

la version médiévale, c'est une mise au bûcher ou dans une version moderne et médicale, un programme pragmatique du type de celui du Dr Werner Heyde. Sous sa direction, des médecins nazis répartis dans 30 centres secrets d'euthanasie ont assassiné 200 000 personnes, dont les itinérants. On parlait de dégénérés, nuisant à la santé de la race, d'où la nécessité pour le pays de les éliminer. Les médecins ont collaboré, leur statut d'élite en dépendait.

Mais l'homme étant capable du meilleur comme du pire, on peut souligner plus positivement le développement des asiles par les frères hospitaliers, tels St-Jean-de-Dieu. Véritables refuges pour les démunis dont l'équivalence en France, en particulier pour les femmes, est devenu La Salpêtrière. À l'âge classique, nous devons retenir la figure du Dr Philippe Pinel qui libère les patients des asiles parisiens, asiles devenus prisons, lieux d'enfermement de la folie qu'on ne pouvait laisser errer comme dans la représentation de la Nef des Fous.

On revoit presque le même tableau sur-réaliste qui va donner naissance au concept d'hystérie, Freud a assisté à ses « leçons d'hystérie » données par Charcot et faites sur le modèle de la « Leçon d'anatomie » de Rembrandt ayant encore une fois pour théâtre La Salpêtrière. L'humanisme et la science remplaceront dorénavant les interprétations diaboliques et moralisatrices de l'Église.

Avec la modernité et les effets de masse, la grande dépression de 1929 va donner ces spectacles des masses de réfugiés économiques regroupés autour des soupes populaires. De nos jours, les squatters rappellent l'époque de la vie de bohème, mais une bohème post-moderne, où la détresse des tuberculeux est remplacée par la détresse des utilisateurs de drogues injectables avec son pendant infectieux, le VIH, l'hépatite C.

La dernière représentation qui vient à l'esprit, celle qu'on peut voir sur le site web de homelessnation.org, illustre le balancier entre la tendance à l'enfermement puis à la libération puis à l'oubli, source de négligence. C'est le cas ici au Québec où le Docteur Lazure (parmi tant d'autres) parlant au nom des patients psychiatriques, lançait des phrases comme « les fous crient au secours » pour aboutir aujourd'hui à un état de négligence qui laisse cette population démunie, livrée à elle-même. J'appelle cette

période « le silence des agneaux qui s'en suivit ». Les moutons ne sont jamais mieux gardés que par des loups...

Les statistiques : un portrait sombre

Nous disposons de plusieurs sources d'information sur l'itinérance. En 1998, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a procédé à une enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes de Montréal-Centre et de Québec. Plus récemment, en 2007, l'Institut canadien d'informations sur la santé a publié un document intitulé « Santé mentale et itinérance ». De plus, une étude canadienne a documenté le phénomène de l'itinérance hors des grands centres comme Montréal et Québec, puisqu'on note la présence de refuge, et donc d'itinérants, à Sherbrooke et à Trois-Rivières. Ce document fait d'ailleurs aussi le constat que d'offrir des logements avec soutien coûterait moins cher que les soins en établissements ou même les refuges d'urgence.

Dresser un portrait chiffré n'est pas facile car les données varient beaucoup selon les définitions et les méthodes de cueillette d'information. Dans l'étude de l'Institut de la statistique du Québec de 1998-1999, on estime à 28 000 le nombre de personnes itinérantes à Montréal. Pour celles qui le sont depuis un an et plus en continu et qu'on déclare sans domicile fixe leur nombre tourne autour de 18 000. Parmi ces personnes, 30 % présenteraient un trouble sévère et persistant, 45 % auraient un problème de toxicomanie, 20 % un trouble de la personnalité, 10 % présenteraient trois diagnostics en même temps. Dans cette population, l'historique de geste suicidaire est multiplié par 35 par rapport à la population générale.

Les études nous apprennent aussi que les personnes itinérantes vivent seules et sont scolarisées, ce qui indique que la déficience mentale n'est pas source d'itinérance, car les personnes qui en sont atteintes ont accès à des ressources qui préviennent cela. Les personnes itinérantes consomment davantage d'alcool que la population en général et 40 % d'entre elles présentent des idées suicidaires. On constate que les itinérants se présentent dix fois plus souvent à l'urgence pour des troubles mentaux et que, lorsqu'il y a une hospitalisation, dans 50 % des cas c'est pour un problème de désorganisation de la pensée ou du comportement. En 2004, un article de « *American Journal of Public Health* » note que la prévalence de

NIE ET SANTÉ MENTALE : XE DE L'EXCLUSION

troubles mentaux et de consommation est en augmentation dans la population itinérante si on compare les populations de 1980, de 1990 et de 2000. Le taux de suicide y est six fois plus élevé que dans la population générale.

La prévalence de l'hépatite B tourne autour de 5 %, celle de l'hépatite C autour de 9 % et celle du VIH est de 4 %, (données de 1998). Les personnes itinérantes consultent davantage que la population en général et ne perçoivent pas un problème d'accès au service de santé mais plutôt un problème d'adéquation à leurs besoins. Le taux d'arrestation à vie est élevé (environ 80 %) et il s'en suit souvent un emprisonnement. Les problèmes de trouble de personnalité sont rencontrés au cours de la vie chez environ 30 % des personnes sans domicile fixe. La prévalence de la schizophrénie est autour de 15 % ; celle des troubles affectifs autour de 50 % et la problématique du jeu pathologique se situe autour de 10 %.

Parmi les facteurs de risque de l'itinérance, le manque de logements à prix abordable est le plus important. On note également la pauvreté, le chômage, la violence familiale, l'éclatement des familles, le décrochage scolaire, la perte du cadre des services à 18 ans pour les jeunes qui ont été placés par la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), l'aliénation (la perte de liens significatifs) résultant des troubles relationnels, la judiciarisation. À cela, on doit ajouter la concomitance des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Cette clientèle s'adapte mal au modèle prédominant de la réussite individuelle et aussi à la complexité de la planification requise pour bénéficier des programmes sociaux. De plus, l'approche du traitement est beaucoup centrée sur l'urgence et le traitement curatif alors que leur situation qui est chronique nécessite une véritable prise en charge (« caring »), c'est-à-dire, un mélange d'attachement et de pragmatisme. Or, l'hôpital n'est plus un hôtel, même si étymologiquement, c'est la même racine.

Le portrait pour les jeunes de la rue est encore plus sombre. L'équipe d'Élise Roy (1998) estime à 4000 le nombre de jeunes de 15 à 25 ans dans la rue. La moitié d'entre eux a déjà séjourné en ressources institutionnelles. De plus, 40 % de ces jeunes ont fait un séjour en prison et 80 % ont été sans abri en moyenne 1,5 an ; 30 % échangent de l'argent contre des relations sexuelles et la moitié des filles ont, au moins une fois,

été enceintes. Parmi ces jeunes de la rue, 50 % cotent positif au CAGE pour l'alcool et 60 % ont présenté des idées suicidaires. Le taux de mortalité par rapport à la population générale est 11 % plus élevé. De plus, 30 % des jeunes itinérants utilisateurs de drogues par injection (UDI) sont séropositifs pour le VHC et 2 % pour le VIH.

Trois trajectoires menant à l'itinérance

Dans 70 % des cas, tout commence par une situation de crise qui va durer de quelques jours à quelques semaines suite à un problème précis. La situation de crise peut être un incendie, la perte d'un emploi, un divorce. Il s'agit dans la plupart des cas de personnes très motivées et qui vont réintégrer rapidement une structure de logement.

La deuxième catégorie, qui représente 24 % de l'itinérance, présente des problèmes cycliques et épisodiques en lien avec des troubles du comportement, des styles de vie suscitant du rejet, une décompensation psychiatrique associée ou non à un problème de toxicomanie. Ces personnes ont besoin d'une intervention pour prévenir l'enfoncement dans le stade III.

La troisième catégorie ne représente que 6 % de l'itinérance mais elle absorbe 50 % des ressources car ces personnes sont à un stade de chronicisation du problème d'itinérance. Elles restent plus d'un an consécutif dans la rue et cumulent les problèmes qui démotivent de plus en plus face à la recherche de solutions. Un processus de désaffiliation sociale s'amorce et l'itinérance devient un style de vie. Un point de non retour est atteint lorsqu'une autre « normalité » s'installe. C'est aux deux dernières catégories que nous allons consacrer notre tentative d'élaboration de pistes d'intervention basées sur les données probantes et les meilleures pratiques.

Des interventions à adapter

Les deux grandes approches privilégiées en ce moment par le modèle médical sont peu adaptées à cette clientèle présentant des problématiques complexes. La première approche, le modèle neurobiologique, favorise les solutions de traitements psychopharmacologiques. Ces traitements conviennent mal à une clientèle qui a tendance à être non adhérente à la médication souvent peu en lien avec ses besoins de base immédiats. De plus, on peut constater l'absurdité de recevoir une médication antipsychotique qui coûte,



par mois, plus cher que le logement que ces personnes n'ont pas les moyens de se payer. De fait, depuis 10 ans, on constate que la clientèle psychiatrique a de moins en moins accès au logement et qu'elle se retrouve de plus en plus dans des maisons de chambre, exposée aux milieux de consommation, de prostitution et de violence.

La deuxième approche privilégiée par le modèle médical est l'approche par problème. Celle-ci devient réciproquement démotivante avec les personnes le plus à risque d'itinérance, celles qui cumulent les différents facteurs menant à l'itinérance, c'est-à-dire les utilisateurs de drogues injectables. Chez cette clientèle, la liste des éléments qui peuvent mener à l'itinérance s'allonge : toxicomanie ; troubles relationnels ; pauvreté ; problèmes de santé mentale, de santé physique et de santé publique ; prostitution ; problèmes judiciaires ; négligence. Nos modèles de gestion clinique prévoient un suivi systématique du cheminement de la clientèle. La gestion par épisodes de soins avec objectifs de traitement, l'utilisation d'indicateurs de résultats pour favoriser une imputabilité, l'organisation par programme clientèle basée sur des données probantes et des meilleures pratiques (en vue de travailler en réseau et avec la famille dans un système de soins hiérarchisés) permettent à la fois la décentralisation et la coordination des équipes. Il s'agit de favoriser l'interdisciplinarité avec des mécanismes formels de rétroaction en vue d'une amélioration continue où on intègre recherche, enseignement, diffusion des connaissances et approche clinique novatrice. Cependant, dépendamment de la manière dont on s'y prend, ces modèles peuvent nous mener à deux résultats opposés : une utilisation stratégique des ressources pour mieux desservir cette clientèle ou au contraire un niveau de complication bureaucratique kafkaïen, barrières infranchissables et absurdes, source d'incompréhension génératrice d'hostilité, puis de désintéressement contribuant à l'exclusion.

Suite à la page 4



L'approche « outreach » ou en français « répérage proactif » vise à donner accès au même type de service à cette clientèle (qui en a particulièrement besoin) mais en s'y prenant autrement. Elle vise à contrer l'attentisme du « pas de nouvelle, bonne nouvelle » du côté du thérapeute et reconnaît que les expériences négatives antérieures vécues par le client peuvent constituer une barrière à son désir et à sa motivation à rétablir des liens avec les dispensateurs de services. Cette approche privilégie la création d'une alliance, d'un lien de confiance et d'attachement comme cible de toute offre de service. Elle veut prendre le client là où il est et participer à le mener là où il veut et où il peut. Les principes et valeurs de l'approche « outreach » visent à restaurer la dignité de la personne. Ils valorisent ses habiletés de survie et veulent donner de l'« empowerment » et de l'autodétermination. Cette approche évite le paternalisme et la moralisation. C'est une démarche à petits pas, centrée sur les buts du client. Elle instille l'espoir par une approche empathique et positive qui respecte la différence et renforce toutes les actions et attitudes favorisant le rétablissement de la personne et sa réintégration dans la société. Cela fait appel à différentes forces de l'intervenant, en particulier ce qu'on appelle « le sens de la rue », c'est-à-dire, la capacité d'assurer sa sécurité dans des milieux dangereux. L'intervenant évite de porter des jugements sur la condition de vie de la personne et la prend là où elle est. Pour ne pas se brûler, il est préférable de travailler en équipe. Cette approche demande de la flexibilité, du pragmatisme et de la créativité pour transformer les obstacles en défis. Il faut que les attentes soient réalistes : l'intervenant n'a pas à être un sauveur mais par son engagement, il favorise la réciprocité de l'engagement et ne se lance pas dans des projets irréalistes. Il faut être capable d'humour, d'anticipation et accepter les limites tant du client que de la société. Il faut donc une certaine résilience face aux obstacles. Mentionnons l'emploi de pairs aidants. Les objectifs de l'approche « outreach » sont de se centrer sur les besoins de base de la clientèle en faisant une évaluation des besoins urgents mais en vue de dépasser le niveau d'intervention de l'urgence, on établit une relation de confiance pour aborder les enjeux à plus long terme ou on peut servir d'agent de liaison pour les services plus standardisés. Cela devra donc être centré sur les préoccupations immédiates et concrètes des itinérants tel les refuges pour personne itinérantes, les maisons de chambres précaires, l'accès à la nourriture, aux moyens de communication de transport et de financement

ainsi que les vêtements et les outils de base pour se rétablir en logement (ustensiles, appareils ménagers). Il existe donc différentes formes d'*outreach* allant de services intermittents tel UPS¹ justice ou en continu comme le programme Itinérance du Centre Dollard-Cormier. Les services peuvent être dispensés par des équipes mobiles comme les travailleurs de rue ou des équipes plus fixes (ex. PACT² en santé mentale). Le continuum des services doit se faire au rythme et dans le sens du client, en favorisant le travail en équipe pour éviter que les intervenants ne se brûlent. Les interventions doivent généralement cibler des clientèles visées spécifiquement : jeunes de la rue, personnes vivants dans des refuges pour personnes itinérantes, les clientèles UDI, les milieux de prostitution ou les gens qui ont des problèmes de justice. L'engagement se fait dans une phase initiale où on établit des contacts autour de petites récompenses : le plaisir de jaser, procurer de la nourriture, fournir des condoms, distribuer des seringues stériles ou offrir des cigarettes. Le deuxième stade d'engagement est plus tactique, il cherche à donner accès à des vêtements, à du transport pour des soins et de l'accompagnement pour arriver ensuite à une phase de maintien où on planifie davantage autour de rendez-vous médicaux pour par exemple la réparation dentaire, les lunettes, les problèmes de justice, l'accès au logement.

Cela nous amène à un autre élément d'intervention à privilégier qui consiste à établir un réseau auquel la personne peut se référer où il y a une cohésion puisque les intervenants se connaissent entre eux : ça peut être l'intervention d'UPS justice lors de situations de crise judiciaire ou d'interventions en situation sociale de crise, l'établissement d'une fiducie permettant de prioriser le paiement par exemple du loyer chez une personne présentant une problématique de toxicomanie, qui dans les périodes de rechute, perd son logement par défaut de paiement de son loyer. Le réseau autour des problèmes de santé mentale pour, par exemple, s'assurer que le patient reçoit son traitement injectable pour traiter sa schizophrénie qui fait que même lorsqu'il consomme il ne décompense pas au plan psychiatrique et parvient à garder une place en ressource ou dans son logement.

Un des facteurs déterminants est d'utiliser une approche intégrée car généralement chez cette clientèle vulnérable et vivant dans

des milieux de stress majeur, en situation de crise, la consommation est perçue comme une solution. Solution qui toutefois a des répercussions financières et relationnelles et est à risque de les conduire et de les maintenir dans des situations d'itinérance prolongées. À Montréal, autour du Centre Dollard-Cormier, du CLSC des Faubourgs, du CRAN et de la Clinique Cormier-Lafontaine pour n'en nommer que quelques-uns, l'approche de réduction des méfaits et du traitement intégré de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale cherche à éviter le phénomène de la double exclusion chez les patients présentant de la toxicomanie et qui tentent d'être suivis en psychiatrie. Ces clients sont particulièrement sensibles et répondent bien aux approches efficaces dans le traitement intégré à savoir un traitement pharmacologique (si c'est indiqué en fonction du diagnostic psychiatrique de la personne) ; une approche de réduction des méfaits ; l'approche motivationnelle dont on pourrait considérer que l'*outreach* est une des formes pragmatiques adaptée au contexte de l'itinérance ; l'utilisation d'un cadre structurant selon le modèle de l'approche dialectique comportementale de Marsha Linehan ; un plan d'intervention individualisé visant une remédiation hédonique ; une approche réseau, cohérente et interdisciplinaire ; une approche familiale qui est à favoriser s'il y a lieu et du travail en groupe avec une place privilégiée pour les pairs aidants. Évidemment, l'approche pharmacologique doit s'assurer de ne pas transformer le docteur en *pusher* car cette clientèle est particulièrement vulnérable à cet enjeu.

En résumé, rappelons-nous que l'on mesure la qualité d'une société à sa capacité de s'occuper des plus vulnérables égaux en droit et en dignité à tous les autres membres de la société. Pour que cet idéal devienne un état de fait et ne reste pas au niveau de beaux principes, le phénomène de l'itinérance est sûrement un des indicateurs dont il faudrait que notre société se sente un peu plus imputable. Comment agir ? En utilisant une approche pragmatique et flexible reconnaissant les difficultés de ces gens sans les blâmer et adaptant les services à leur réalité comme le propose l'approche *outreach*. Je crois qu'il est possible d'intervenir de façon intéressante car chaque personne itinérante individuellement n'est pas un problème mais un défi clinique et une personne intéressante à rencontrer.

Dr Richard Cloutier, psychiatre
Clinique Cormier-Lafontaine

1. UPS : Urgence psycho sociale

2. PACT : Programme « Assertive community treatment »

LE SUIVI ALTERNATIF COMMUNAUTAIRE :

un parcours de vie, une trajectoire d'intervention



Intervenir à l'organisme Diogène, c'est entrer en relation avec une personne d'abord... dans toute son unicité et ses multiples dimensions, y compris sa souffrance, ses forces, ses situations marginalisantes d'exclusion, de même que les problèmes de santé mentale, d'itinérance, de judiciarisation et de toxicomanie qu'elle peut vivre, le tout dans une perspective où elle a besoin d'être accompagnée à un moment donné de son parcours de vie. C'est se questionner sur comment, ensemble, aidé et aidant pourront-ils faire équipe afin d'aider la personne à donner un sens à son vécu pour qu'elle puisse se mettre en action dans son projet de vie à elle.

Diogène : ouvrir et changer l'angle de notre regard

Nous voulons partir de ce nouveau regard pour mieux le diriger vers l'espoir, y apercevoir chacune des personnes, d'abord avec ses forces sans toutefois faire abstraction de certaines limitations, en lui faisant confiance et en lui reflétant le potentiel dont elle dispose pour y faire face. C'est donc miser sur ce qu'elle a plutôt que de ce qu'elle n'a pas, et accompagner la personne dans la recherche d'une quête légitime de sens à sa vie. L'inviter à se mobiliser à partir de ses propres capacités en tant que citoyenne à part entière qui a un rôle et une contribution active à apporter dans la société, la soutenir afin qu'elle puisse exercer son pouvoir et donner une direction à sa vie, à la mesure de ses moyens. L'intervention à Diogène c'est une façon de voir, qui ne prive personne de sa place et qui cesse d'évaluer la performance de son apport en la comparant à une norme standardisée. C'est reconnaître que chaque contribution devient alors précieuse et essentielle dans une société inclusive. C'est aussi éviter la stigmatisation inhérente au diagnostic, de même que de se concentrer uniquement sur les symptômes.

Diogène ce sont des intervenants et intervenantes qui tentent de rester bien centrés et en résonance avec eux-mêmes et qui essaient de cesser de travailler sur l'autre ou plutôt d'avoir des projets sur la personne aidée, des attentes, de vouloir la changer, de lui induire leurs objectifs. Ce sont des intervenants disponibles et qui l'accompagnent au travers de ses choix, tout en lui reflétant les forces qu'elle a pour faire face aux obstacles qui se dresseront entre elle et ses rêves. Ce sont des intervenants qui se tiennent simplement là, avec une attitude d'accueil et d'ouverture, et qui essaient d'éviter de juger lorsqu'ils se

sentent malmenés dans la relation d'aide. Ils sont la mémoire et les témoins des accomplissements de la personne aidée, ils utilisent leur créativité pour faire route avec l'autre au rythme de son pas. Ils ne sont ni devant la personne à la tirer, ni derrière elle à la pousser... mais à ses côtés.

Lorsque les intervenants ne sont pas d'accord, ils choisissent de se poser comme personnes réfléchissant avec une autre personne en la respectant et en lui donnant l'heure juste, tout en exprimant leurs limites de personnes intervenantes et celles de notre organisme Diogène, mais surtout, ils essaient de s'abstenir de restreindre l'autre en supposant pour lui ses entraves, l'espoir voilé par leur propre impuissance. Nous évitons d'écraser l'autre de notre position d'experts et refusons le pouvoir dont l'aidé nous investit lorsqu'il reste passif, exigeant de nous les solutions. Nous reconnaissons que la personne qui est devant nous est l'experte de sa vie. Et ce, malgré l'expertise qu'ont les intervenants de Diogène en relation d'aide, en santé mentale, en itinérance et en toxicomanie. Cependant, ce n'est que lorsque l'intervenant accepte de s'asseoir aux côtés de la personne, sur le même banc qu'elle et non pas dans un gradin, qu'il a la possibilité de faire l'inventaire et la mise en commun du contenu de leurs deux coffres à outils. Être en train de faire et de construire ensemble de façon complice et respectueuse à partir du présent? Un parcours de vie et une trajectoire de travail chargée de vécu qui se rencontrent pour circuler dans un sentier étroit, voilà l'un des défis de la relation d'aide que nous tentons de relever tout au long du suivi. C'est avoir la capacité de rebondir dans la déstabilisation et prendre le risque, celui d'une relation à l'autre qui a le pouvoir de transformer les deux personnes impliquées. S'il y a deux personnes à part entière, il y a une véritable relation : il y a, des deux côtés, du savoir faire rempli de savoir être.

Nos services : accompagner et soutenir

Diogène offre des services de suivi alternatif communautaire en santé mentale, dans le milieu de vie de la personne, auprès d'adultes vivant des problèmes de santé mentale de types sévères et persistants, auxquels sont nécessairement associées des difficultés avec la justice et/ou l'itinérance. Nos services sont adaptés aux besoins exprimés par la personne dans le but d'atténuer les facteurs de détresse psychosociale et de favoriser la quête de son autonomie. Nous travaillons en partenariat avec les organismes

communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux. Nous croyons qu'en toute personne réside une force vitale, une capacité de se mobiliser en vue de se réapproprier le pouvoir sur sa vie. Les principes de volontariat, de respect du rythme d'évolution de la personne et l'intervention basée sur les besoins exprimés par cette dernière sont au cœur de notre intervention qui se veut non directive. Nous dispensons nos services sur l'île de Montréal.

Nous appelons notre clientèle « demandeur ». Cette appellation traduit le type de relation qui s'établit entre la personne qui demande les services et l'intervenant. Cette relation se veut égalitaire et repose sur l'implication du demandeur, puisqu'il demeure maître d'œuvre tout au long de son suivi. La personne s'engage sans contrainte dans le suivi et nous évitons la prise en charge de cette dernière à moins qu'il n'y ait un danger imminent pour elle-même ou les autres. Nous lui reconnaissons le droit de choisir, de décider et de participer activement à son suivi, sans pour autant n'être qu'un simple témoin passif de sa désorganisation. Nous favorisons l'approche de réduction des méfaits.

Notre Équipe de travail offre deux services. Principalement, le service de soutien transitoire aide la personne à stabiliser sa condition de même qu'à répondre à ses besoins de base. Par exemple, il s'agit de l'accompagner dans des démarches pour chercher de l'hébergement, trouver des vêtements, se procurer de la nourriture, obtenir des papiers d'identité, avoir accès à des services médicaux, sociaux ou psychologiques, lui offrir du support dans le processus judiciaire et si elle le désire, être présent à sa sortie de détention. Ce service oriente la personne vers les ressources appropriées à ses besoins. Il fait de la proaction en offrant nos services dans les centres de détention et dans certains organismes en itinérance. Il est aussi la porte d'entrée pour le service de soutien continu.

Le service de soutien continu offre du suivi alternatif communautaire à moyen/long terme dans le milieu de vie de la personne pour l'ensemble des activités quotidiennes. Il s'agit d'accompagner la personne et de la soutenir dans le maintien de ses acquis ainsi que dans le développement de nouvelles habiletés, afin qu'elle puisse accéder à une stabilité globale dans les différentes sphères de sa vie. Les interventions visent à outiller la personne afin qu'elle puisse éviter

Suite à la page 6



la récurrence des comportements à risque pouvant entraîner des conséquences au niveau de la santé mentale, de la judiciarisation, de l'itinérance ou de la toxicomanie.

Récits d'intervention et de cheminement

Nous vous partageons le parcours de quelques personnes qui reçoivent nos services.

Depuis quelques années, nous offrons du soutien à une femme de cinquante-six ans en lutte continuelle face à son désir de consommer. Vers l'âge de vingt ans, elle vit un premier épisode psychotique et reçoit un diagnostic de schizophrénie. La consommation de cocaïne, pendant presque vingt ans devient son refuge, de sorte qu'elle sera principalement traitée pour sa toxicomanie, en dépit qu'elle puisse se présenter à l'urgence et même rencontrer son psychiatre. Malgré qu'elle a commencé à prendre de l'alcool et de la cocaïne quinze ans après que l'on ait diagnostiqué un problème de santé mentale, uniquement sa consommation de cocaïne fut ciblée. Pour défrayer sa consommation, elle fait de la prostitution, subissant toutes sortes de violences et d'abus. En détention à la Maison Tanguay, elle rencontre une intervenante de Diogène qui effectue une proaction. Ce premier contact permettra le début timide d'un suivi avec nous et qui s'est consolidé par la suite au travers plusieurs accompagnements à la cour et chez son psychiatre. Nous avons été témoins de ses moments de détresse, de ses prises de conscience, de ses épisodes de psychose, de sa lutte pour sortir de la consommation, et aussi de ses rechutes. Nous lui avons apporté du support, de l'écoute, de la compassion et de l'information. Nous l'avons accompagnée, puis l'avons validée dans sa souffrance en soulignant sa force et sa ténacité lorsqu'elle a voulu sortir de la rue, de la prostitution, et lorsqu'elle a tenté de renouer les liens avec ses filles. Aujourd'hui, elle habite en chambre et pension et a cessé de consommer depuis quatre ans. Habituellement les samedis avant-midi, elle est en compagnie de sa fille aînée; pour le moment le lien avec sa fille cadette est inexistant. Faisant preuve de ténacité, elle continue à lui écrire une lettre à toutes les deux semaines, en sachant qu'elle ne recevra probablement pas de réponse. Nous continuons à la rencontrer une fois à toutes les deux semaines et à être les témoins actifs de sa vie et de ses accomplissements.

Un homme de 45 ans, dans sa demande initiale, désirait de l'aide afin de pouvoir maintenir son appartement, après être sorti de l'itinérance parce qu'il ne se sentait plus la force de continuer à vivre dans la rue. Depuis quelques années, il a cessé consommer

des drogues intraveineuses ainsi que des benzodiazépines. Il a reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite. Lorsqu'il fait des rechutes d'alcool, il se désorganise et demande des hospitalisations. Il arrive aux services d'urgence, agressif, délirant, s'automutilant en se brûlant ou en se faisant des entailles aux bras. Il est souvent refusé par les services, incapable d'accepter les cadres et protocoles utilisés tant par les hôpitaux que le centre de désintoxication. Notre travail consiste à lui offrir soutien et accompagnement, de même qu'à développer une relation d'aide basée sur un respect mutuel. Avec lui nous avons établi des limites concernant ses appels téléphoniques répétés et les propos agressifs qu'il tenait. Maintenant, il est de moins en moins en réaction. Il a fait l'apprentissage de nouvelles façons plus adéquates pour formuler ses demandes de services et ce même lorsqu'il vit des crises ou est en état de rechute. De ce fait, il est en mesure de constater l'impact sur ses demandes qui sont maintenant mieux accueillies, ce qui lui permet d'obtenir des services mieux adaptés tant en santé mentale, qu'en toxicomanie. L'intervenant de Diogène, par des accompagnements plus fréquents au début et qui allèrent par la suite en s'estompant, a pu l'aider à faire des ponts avec les services existants. Il est devenu moins passif dans ses prises de décision et est capable d'introspection. Il a travaillé les habiletés pour pouvoir gérer lui-même son budget. Actuellement, il maintient depuis un peu plus d'un an un appartement. Il conserve toujours une consommation problématique d'alcool, mais nous pouvons observer qu'il peut s'écouler parfois des mois entre les périodes de consommation et ses rechutes sont de plus en plus de courte durée. Sa situation change, il n'a plus recours aux hospitalisations; il développe une meilleure estime de lui-même. Il prend soin de lui et participe à une banque alimentaire comme utilisateur et bénévole. Il développe dorénavant des relations saines et est fier d'exécuter des tâches d'entretien dans l'immeuble où il réside. À long terme il réalisera peut-être un retour à l'emploi, l'espoir est permis...

Un jeune homme de 28 ans, issu d'une famille dysfonctionnelle, dans laquelle sa mère était dépressive et son père le battait violemment pour ensuite l'enfermer dans une chambre pour l'agresser sexuellement. À l'adolescence, sa vie bascule, il prend conscience que les jeux sexuels de son père ne sont pas de l'amour et qu'ils sont malsains. Aux prises avec un profond mal de vivre, souvent angoissé, anxieux et habité par une colère qu'il a de la difficulté à gérer, il s'automutile et il passe une bonne partie de son adolescence à consommer de l'alcool

et différents types de drogue. Il commence à faire de la prostitution et reçoit un diagnostic de trouble de personnalité limite. Il y a trois ans, il commet une agression à caractère sexuel envers une jeune femme collègue de travail. Il fera de nombreux bris de probation qui le conduiront à de fréquentes incarcérations. Suite à une référence de sa mère, il rencontre Diogène alors qu'il est dans une maison de transition. Par la suite nous l'accompagnerons dans une trajectoire où il tentera de reprendre le pouvoir sur sa vie. Nous l'écouterons réfléchir et se raconter, lui reflétant ses forces de même que ses écueils, tout en tentant de l'éveiller à son potentiel en l'encourageant à avoir une meilleure estime de lui-même, de sorte qu'il entreprendra avec succès une formation technique. Il travaillera à briser son isolement et prendra goût aux activités, participera activement à une formation de développement personnel et s'impliquera sur un comité au sein de Diogène. Depuis le début de son suivi à Diogène, il fait preuve de persévérance et d'assiduité. Il bénéficie aussi de services externes en psychiatrie légale dans le réseau. Actuellement, il est à la recherche d'un emploi afin de pouvoir vivre complètement son autonomie et quitter la résidence de sa mère.

Christiane Cadieux, adjointe clinique
En collaboration avec Serge Demers
et Jessica Soto, intervenants

Pour mieux comprendre et approfondir le travail de suivi long terme effectué par le service de soutien continu : *La vie qui bat – Du désespoir à l'autonomie en passant par la relation d'aide*, de Christiane Cadieux et Jacky Levac, Éditions internationales Alain Stanké, Montréal, 2003.

Histoire d'une renaissance et de son long cheminement. Stigmatisée borderline et s'en sortir... faire mentir ceux qui la déclaraient irrécupérable, un parcours de résilience. Bref, faire battre la vie plus fort que la souffrance! Un récit de vie à deux voix, celle de l'aïdée et celle de l'aïdante qui l'a accompagnée pendant six ans. Une rencontre avec la personne devant l'étiquette du diagnostic...

On peut rejoindre l'organisme Diogène par téléphone au (514) 874-1214 ou par courriel à l'adresse diogene@bellnet.ca.



LOGIS PHARE: DES LOGEMENTS SUPERVISÉS PAR LE CRAN¹



Les prémisses du projet

L'initiative d'un projet d'appartements supervisés à prix modiques et dédiés à des familles dont les parents suivent un traitement de maintien à la méthadone a germé en 2001. J'intervenais alors au CRAN auprès des femmes enceintes en traitement de maintien à la méthadone. Le CRAN comprend les services cliniques réguliers du CRAN, un traitement à haut seuil d'exigences et le programme Relais Méthadone davantage conçu pour les personnes marginalisées. C'est un traitement à bas seuil d'exigences. Le CRAN a opté pour une approche de réduction des méfaits. Le défi, toujours actuel, est d'adapter cette approche dans un contexte résidentiel tel que Logis Phare, sans pour autant compromettre la sécurité des enfants. Nous avons fait le pari qu'en établissant des liens de confiance assez solides entre les intervenantes et les occupants, avec l'aide et le soutien des partenaires d'intervention, les éventuelles rechutes des occupants peuvent être rapidement travaillées et demeurer occasionnelles et ponctuelles. Le message à passer aux occupants, bien que nuancé, doit rester clair : une rechute circonscrite n'occasionnera pas une mise à la porte, par contre une consommation récurrente et une désorganisation aboutiront rapidement à une expulsion.

Le programme périnatalité du CRAN a vu le jour en 1992. Il s'agit d'un suivi médical et psychosocial réservé aux femmes enceintes maintenues sur la méthadone ou commençant un traitement de méthadone à l'occasion de leur grossesse. Le fait d'être enceinte permet un accès prioritaire à un traitement de maintien ainsi qu'un suivi durant toute la grossesse par un médecin obstétricien prescripteur de méthadone et une intervenante psychosociale. Ce programme accueille également les femmes suivies par des médecins prescripteurs de la communauté et celles en traitement de méthadone à l'hôpital-St-Luc. Elles accouchent en grande majorité dans cet hôpital où le service de néonatalogie a développé une grande expertise dans le domaine de l'accueil des futurs parents et du sevrage néonatal. C'est dire que les femmes suivies durant leur grossesse ont des profils bien différents. Certaines sont déjà en traitement ou en sevrage de méthadone, elles sont autonomes et totalement réinsérées. D'autres présentent plusieurs facteurs de précarité. Elles consomment encore de l'héroïne et d'autres drogues, elles ont un mode de vie parfois erratique, elles n'ont souvent pas accès à un logement salubre et compatible avec la venue d'un nouveau-né. Autre constat : la plupart de ces femmes vivent en couple et, quelle que soit la place du conjoint dans le futur parental, la séparation ne semble que très rarement l'option privilégiée. Dans de nombreux cas, nous avons affaire à des conjoints impliqués.

Au Québec, la plupart des ressources résidentielles dédiées aux familles en difficultés s'adressent à la mère et à ses enfants. Il nous semble pourtant important d'inclure le père afin de ne pas mettre la mère en situation de choisir entre un logement et son couple. Cependant, à Logis Phare, les familles monoparentales sont aussi éligibles, qu'il s'agisse d'un père ou d'une mère en traitement de maintien à la méthadone. Un couple est admissible si l'un des deux est sur la méthadone. Ces parents et ces couples projettent un futur « en famille », une vie normale, sans avoir une idée bien précise de ce que comporte cette normalité. On sait que plusieurs de ces futurs parents n'ont pas eu de modèles parentaux adéquats et qu'ils sont souvent issus de milieux familiaux dysfonctionnels. Ils ont séjourné en foyers et familles d'accueil et ont peu d'acquis relationnels et sociaux. Proposer à ces familles un lieu résidentiel associé à du soutien pour l'exercice de leur parentalité est un moyen d'éviter ultimement les placements à long terme des enfants par les services de protection de l'enfance. En effet, en situation de grande précarité ou de consommation encore active, les professionnels du service de néonatalogie de l'hôpital sont dans l'obligation de faire un signalement à la naissance de l'enfant. Les buts que nous recherchions étaient donc les suivants :

- une stabilisation domiciliaire et économique compatible avec les besoins des enfants et du rôle parental ;
- l'obtention de conditions de vie décentes ;
- l'acquisition d'habiletés parentales compatibles avec les besoins de protection et de développement des enfants ;
- la promotion des mesures d'insertion sociale telles que l'emploi, l'autonomie de vie, le retour aux études, etc. ;
- la baisse des facteurs de stress sociaux ;
- un meilleur développement de l'enfant dans des conditions de vie stables et sécuritaires ;
- la création de réseaux positifs et supportant pour les familles ;
- la réduction des risques de rechute.

L'implantation

Après bien des aléas, un immeuble de 8 logements a été construit dans le quartier Ville-Marie, avec l'aval de l'Office municipal d'habitation (OMH), qui subventionne les loyers. Le soutien financier de ce projet a été assuré par le Cran ; la Fondation Marcellé et Jean Coutu ; les Œuvres du Cardinal Léger et la Fondation Jeunesse Vie. Le coût du loyer correspond à

30 % du revenu de l'occupant. Il y a six 4 1/2 et un 3 1/2 réservé principalement à une femme enceinte ou à un parent (père ou mère) en processus de ré-obtention de la garde de ses enfants. L'autre 3 1/2 est le local d'intervention. La première occupante a été accueillie en novembre 2005 et la bâtisse a été totalement habitée en avril 2006. Le projet initial prévoyait la présence 24 heures sur 24 de deux intervenants mais les contraintes budgétaires ont dû limiter leur présence à 30 heures par semaine. Les deux intervenantes en poste à Logis Phare proviennent de notre partenaire *Le Mûrier*, organisme responsable de l'intervention et de la gestion organisationnelle et matérielle à Logis Phare. *Le Mûrier* œuvre dans le cadre de la psychiatrie légale depuis 1986. Il fait de l'intervention et de la gestion de résidences pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale, en collaboration avec l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine. Il s'agit d'une clientèle très médicamenteuse. En cas de désorganisation, les résidents de l'organisme *Le Mûrier* sont immédiatement pris en charge par l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine. En travaillant à Logis Phare, ces intervenantes ont dû s'adapter à une clientèle réputée pour son imprévisibilité, sans recours à des interventions chimiques. Au CRAN, c'est la coordonnatrice administrative qui gère les liens avec l'office municipal d'habitation (OMH) pour l'obtention de la subvention. Elle constitue, avec la coordonnatrice du Mûrier, le comité d'admission. De mon côté, je procède à la présélection des postulants et assure l'encadrement clinique ainsi que la supervision des intervenantes de Logis Phare. Je fais également le lien avec les partenaires cliniques. Nous siégeons toutes deux sur le conseil d'administration de Logis Phare.

Les services

L'offre de service est valide pour une durée de deux ans mais une prolongation est possible pour une année selon la situation et l'état d'avancement des projets de la famille. Nous avons opté pour un mode de fonctionnement qui s'inspire de celui pratiqué dans les coopératives de logement, dans la mesure où cela permet aux occupants de développer un sentiment d'appartenance ; de se responsabiliser face à leur environnement ; de socialiser et d'avoir, à la fin de leur séjour, un accès facilité à ce type de logements. Cela implique la participation de deux occupants élus comme

1. CRAN : organisme à but non lucratif qui oeuvre dans le domaine des produits de substitution depuis 1986. Sa mission est d'offrir des services cliniques sur le plan médical, infirmier et psychosocial. Ses objectifs premiers sont d'améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes aux opiacés et de réduire les méfaits liés à la consommation en donnant accès au traitement.

administrateurs au conseil d'administration de Logis Phare. Toutes les 6 semaines, il y a une réunion des occupants. Ils doivent alors se concerter sur des décisions concernant la bâtisse (entretien, aménagement de la cour) ou les activités extérieures à privilégier selon le montant d'argent disponible : cuisine collective, sorties, camps de vacances. Les intervenants apportent leur soutien à la planification et à l'organisation de ces activités. Ils offrent aussi du temps à la halte-répît pour les enfants. Certaines règles sont mises en place pour éviter le « dumping » systématique et pour que les parents prévoient et organisent les temps de répît. Les dépannages en situations urgentes sont cependant acceptés. Cette activité permet aux intervenants d'avoir un contact régulier avec les enfants et d'établir un dialogue avec les parents sur leurs liens, leurs difficultés et leurs gratifications avec leurs enfants.

Les procédures

Au fil du temps, et compte tenu des premières expériences, nous avons dû raffiner notre processus de sélection et d'admission des futurs occupants. Il a fallu discerner le besoin de logement toujours criant des parents, de leurs réelles dispositions à se stabiliser et à coopérer. C'est pourquoi nous procédons tout d'abord à une présélection comportant un questionnaire inspiré de l'IGT². Il s'agit d'établir les critères d'admissibilité, de comprendre le parcours de consommation, d'évaluer la motivation ainsi que les forces et les faiblesses de chacun. Nous demandons également au postulant de nous autoriser à demander des informations aux intervenants qui sont impliqués dans son suivi. Nous sommes, de ce fait, devenus plus fermes et sans compromis sur la nécessité d'avoir la participation d'un intervenant extérieur à Logis Phare qui connaît le postulant et auquel les intervenants de Logis Phare pourront référer en cas de difficultés. Il peut s'agir d'un intervenant psychosocial du Cran ou de Relais Méthadone ; d'une travailleuse sociale de l'hôpital Saint-Luc ou de l'intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) impliqué dans le dossier de la famille. Cet intervenant privilégié participe à la rencontre d'accueil, une fois que la famille ou le parent est accepté par le comité d'admission. Les postulants doivent se présenter au comité d'admission munis de leur relevé d'impôts de l'année précédente, afin d'établir le montant de leur loyer. Ils signent l'entente de service avec Logis Phare ainsi qu'un avis d'expulsion non daté. Cette procédure peut paraître brutale mais l'expérience nous a amenés à prendre cette décision, en conformité avec la loi. En effet, les épisodes de désorganisation et de rechute peuvent être soudains et intenses. Si, malgré des interventions rapidement effectuées, la situation perdure, elle a un impact direct sur les autres occupants. De plus, compte tenu du nombre

d'heures sans la présence des intervenants, il n'est plus possible de garantir la sécurité de l'enfant qui doit parfois être placé dans les plus brefs délais. Le contexte d'utilisation de cet avis est clairement expliqué aux futurs occupants. C'est en général assez bien reçu et compris. Une fois l'admission entérinée par le comité d'admission, la rencontre d'accueil avec la famille se déroule, en présence de l'intervenant choisi par la famille et l'intervenante attirée de Logis Phare. Durant cette rencontre, le plan d'intervention est élaboré, selon les objectifs prioritaires. Il est établi pour 6 mois. Le code de vie, expliqué de nouveau, est signé. Nous demandons des chèques post datés pour une durée de 6 mois c'est-à-dire jusqu'à la prochaine rencontre. Nous remettons la clef de l'appartement et un dépôt de 35 \$ est demandé. Cette rencontre précède maintenant l'emménagement car nous avons eu, avec certaines familles, de la difficulté à percevoir les loyers. Elles accumulaient des dettes malgré les interventions pour les aider dans leur planification budgétaire. Le code de vie indique que le loyer doit être payé par chèque le premier du mois, mais, une fois installées, ces familles percevaient cet appartement comme un acquis voire un dû, dans la mesure où elles acceptaient de se plier à la présence des intervenants sans pour autant respecter le cadre proposé. Le fait de devancer cette rencontre oblige les familles à davantage s'engager avant même d'être en place. La remise de la clef devient conditionnelle à l'observance des demandes initiales et nous permet, dès le départ, d'imposer un cadre. Par la suite, ces rencontres statutaires ont lieu tous les six mois. Nous y faisons le bilan de la période passée, le point sur l'état d'avancement des projets et préparons les autres 6 mois à venir. La fin de séjour se prépare assez rapidement dans la mesure où de nombreux occupants se placent sur des listes d'attente pour des habitations à loyers modiques (HLM) ou des coopératives de logements.

De manière générale, beaucoup d'autres rencontres ont lieu sur un mode informel, avec comme prétexte les aléas de la vie quotidienne. Les problèmes de budget et de factures ; les téléphones « officiels » à faire ; les questions relatives aux réactions de l'enfant ; le besoin de loisirs et d'activités ; les décisions difficiles à prendre ; les conflits à gérer ; les « cravings » et leurs déclencheurs sont des éléments du quotidien qui occasionnent de fréquentes interventions et créent un lien de confiance avec les intervenantes. Celles-ci ont établi aussi de nombreux partenariats avec des organismes du quartier, comme le centre de la petite enfance du Carrefour qui offre des places prioritaires aux enfants des familles de Logis Phare ; les garderies du quartier ; l'organisme « Le Bon Dieu dans la rue » et son service à la famille fréquenté par les occupants ; les banques alimentaires du quartier ; le Centre de Loisirs ; la Fédération de OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) qui apporte son aide en offrant des

formations aux occupants sur le fonctionnement coopératif et, de manière plus officielle, le CSSS Jeanne-Mance ainsi que la DPJ, secteur Centre-Sud. Nous avons eu plusieurs rencontres avec la directrice de la DPJ afin d'expliquer nos services, et surtout, nos limites. Rappelons que les deux intervenantes sont sur place ensemble pendant 30 heures durant la semaine. En cas de rechute intensive et « désorganisante », nous ne sommes pas en mesure d'assurer la sécurité d'un jeune enfant, nous devons alors procéder rapidement à une expulsion et l'enfant doit être immédiatement pris en charge, les parents n'ayant généralement pas d'endroit où aller. C'est principalement ce type de situation qui nous a amenés à modifier nos procédures et à rediscuter de nos modalités de collaboration avec la DPJ.

Les effets bénéfiques et les effets pervers

L'évaluation de l'implantation de Logis Phare a été effectuée par une équipe de chercheurs de l'hôpital Douglas, en octobre 2006. Cette évaluation a eu lieu après un an d'exercice et nous a également permis de nous réajuster. Le point de vue des occupants, individuellement et en groupe, ainsi que celui des intervenantes, a été recueilli. L'utilisation des services a également été évaluée. De manière paradoxale, certains occupants se sont plaints d'un laxisme dans l'encadrement alors que d'autres se sentaient sous surveillance. Pour l'ensemble des occupants, Logis Phare a été un tremplin pour réaliser leur projet : retour à l'école pour certains, retour sur le marché du travail pour d'autres. Pour d'autres, nous avons dû malheureusement mettre un terme abrupt à leur séjour. Nous avons dû procéder à quatre expulsions et deux mères ont accepté d'intégrer le programme de Portage Mères-Enfants, qui correspondait davantage à leur besoin d'encadrement. Sur les quatre expulsions, deux ont nécessité un placement d'urgence de l'enfant. Dans ces deux cas, les parents avaient été préalablement signalés aux services de protection de la jeunesse et le signalement avait été retenu. Ils conservaient la garde de leur enfant à condition de vivre à Logis Phare. Nous avons eu l'impression qu'ayant accepté cette condition, ces familles se sentaient dédouanées de tout effort, de tout changement et de toute participation. Avec le recul, nous comprenons que l'encadrement proposé n'était pas apte à répondre aux besoins de ces familles, mais il n'est pas dit qu'elles auraient toléré un encadrement plus serré ! La majorité des premiers arrivants ont maintenant complété leur séjour de deux ans. Nous nous sommes efforcés d'admettre des familles plus homogènes qui nous semblaient plus enclines à coopérer. De ce fait, l'atmosphère de la bâtisse s'en trouve plus durablement améliorée.

Sophie Bel,
intervenante psychosociale au CRAN



2. IGT : indice de gravité d'une toxicomanie.

PROJET DE PRÉVENTION DU PASSAGE À L'INJECTION EN ESTRIE

Origine du projet

L'injection de drogue est un facteur de risque important, notamment pour la transmission du VIH (virus d'immunodéficience humaine) et du VHC (virus de l'hépatite C). Des études démontrent que le passage à l'injection de drogues survient vers la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Une étude portant sur les jeunes de la rue a récemment été menée à Montréal (Roy, E. 2005). Il en est ressorti que les jeunes de la rue étudiés s'injectaient des drogues dans une proportion de 45,9 %.

Une campagne a donc été développée, en 2005, par un groupe de partenaires, issus du milieu communautaire, institutionnel et des jeunes de la rue en collaboration avec la Direction de santé publique de Montréal (voir texte Écho-Toxico, janvier 2008). L'objectif de cette campagne, menée par l'équipe de recherche dirigée par le D^r Élise Roy était de renforcer les résistances déjà présentes chez les jeunes de la rue face à l'injection de drogues, sans faire la promotion d'autres modes de consommation (ex. fumer le crack ou l'héroïne). La population cible de ce projet était les jeunes de la rue non utilisateurs de drogues injectables, plus particulièrement les mineurs et jeunes adultes (nouveaux au centre-ville); les polyconsommateurs; les jeunes inexpérimentés cherchant à s'intégrer au milieu de la rue. Les outils développés sont des affiches présentant différentes conséquences de l'injection de drogue et du matériel avec le logo du projet (une seringue avec un bout en hameçon).

En 2007, suite à l'évaluation de la campagne montréalaise, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a voulu étendre l'initiative à d'autres régions du Québec. Cette démarche semblait pertinente notamment parce que 53,7 % des jeunes de la rue à Montréal proviennent des autres régions du Québec. Nous étions au fait qu'il existe une mobilité très grande des jeunes entre Montréal et l'Estrie et qu'un certain nombre de jeunes sont à risque de passer à l'injection, mais peu de données étaient disponibles sur l'ampleur du phénomène dans notre région. La Coalition sherbrookeuse pour le travail de rue connaît bien les jeunes de rue et identifiait que 22 % des jeunes qu'elle rejoignait avaient une problématique de toxicomanie. De plus, selon le rapport d'une enquête estrienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves du secondaire réalisée en 2005, 1,5 % des élèves se seraient injectés des drogues au cours de leur vie (Direction de la santé publique-Estrie).

Le projet a donc été exporté en Estrie mais dans une version légèrement différente et dans une perspective de collaboration étroite entre la direction de la santé publique et la Coalition sherbrookeuse pour le travail de rue et des partenaires impliqués auprès de jeunes à risque pour la planification, la réalisation et l'évaluation du projet.

Élaboration du projet estrien

Une étape importante du projet a été de cibler les jeunes à risque de passer à l'injection en Estrie, soit les jeunes non-UDI. À partir des propos des intervenants de la Coalition pour le travail de rue et des travaux de Benoît Van Caloen, chercheur à l'Université de Sherbrooke, nous constatons que la clientèle des jeunes à risque de passer à l'injection en Estrie était différente de celle qu'on retrouve à Montréal. Ainsi, trois niveaux de risque liés à trois différentes catégories de jeunes ont été ciblés.

1. Jeunes faisant partie de la population générale, mais adoptant des modes d'expérimentations plus marginales et plus à risque;
2. Jeunes faisant un effort conscient d'intégration à la marge de la société: style de vie marginal, réseau plus structuré, plus homogène et forte appartenance;
3. Jeunes les plus marginalisés: style de vie plus précaire et de multiples problématiques.

De plus, en Estrie, contrairement à la situation à Montréal, il n'existait pas de manière aussi évidente un endroit géographique où les jeunes de la rue étaient présents sans que cet endroit serve à de nombreuses autres clientèles. La problématique des jeunes à risque est donc moins visible qu'elle ne peut l'être dans une plus grande métropole, bien que présente et connue des intervenants terrain. L'option de l'affiche en public n'a donc pas été retenue par l'équipe de planification. Le projet a plutôt été conçu autour du modèle théorique de Walsh et McPhee, c'est-à-dire un modèle où l'action préventive vient de la rencontre entre un intervenant et une personne, dans ce cas-ci un jeune de 14 à 30 ans à risque de passer à l'injection. Le résultat souhaité était qu'un jeune non-UDI à risque ne commence pas à s'injecter de la drogue. Le matériel du projet servait ainsi de levier à l'intervention par des intervenants déjà en contact avec les jeunes vulnérables. Nous avons ainsi choisi de cibler les intervenants d'organismes en lien avec les jeunes à risque de passer à l'injection et d'influencer leurs connaissances, leurs croyances, leurs attitudes et leurs habiletés à prévenir le passage à l'injection en se servant des outils du projet.

Ainsi, les objectifs retenus en Estrie sont de deux ordres. Ultimement le projet a comme objectif de rejoindre les jeunes et de renforcer les résistances déjà présentes face à l'injection. Cet objectif passe cependant par les intervenants des organismes estriens en contact avec des jeunes à risque de passer à l'injection pour lesquels l'objectif du projet étaient de les former afin qu'ils soient en mesure d'informer et de sensibiliser les jeunes à risque sur la consommation de drogues par injection.

Le projet estrien en résumé

Les organismes rejoints et qui ont participé au projet en 2007 sont la Coalition Sherbrookeuse pour le travail de rue, la Maison



Jeunes-Est, l'Auberge du Coeur-Maison Source-Soleil, IRIS-Estrie, la Maison Spot Jeunesse, le CHAS (Centre d'hébergement alternatif de Sherbrooke), le Journal Nouvel Espoir et le CSSS-IUGS- Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE).

Le matériel remis aux organismes estriens se composait des six mêmes affiches utilisées pour la campagne de Montréal et d'une affiche supplémentaire offerte en 2007 visant à rejoindre plus spécifiquement les jeunes consommateurs de « crack ». De plus, trois objets promotionnels ont été utilisés: le briquet, la gomme à mâcher et la carte d'appel. Les organismes rejoints pouvaient commander le matériel selon leurs besoins.

Un atelier de formation d'une durée de 3 heures 30 minutes a été offert aux intervenant(e)s de ces organismes en juillet 2007. Les objectifs de cet atelier étaient de faire en sorte que:

- ✓ Les affiches distribuées soient utilisées par les intervenants pour discuter de l'injection de drogues avec les jeunes à risque.
- ✓ Les objets promotionnels soient utilisés comme levier à l'intervention
- ✓ Les intervenant(e)s soient préparé(es) à gérer les réactions des non-UDI, mais aussi des UDI et réduire leur influence potentielle sur le passage à l'injection.

En tout, vingt-six intervenants ont participé à une des deux formations offertes. Les deux formations étaient co-animées par un médecin de la direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et un intervenant terrain (première formation par une intervenante de la Coalition pour le travail de rue et deuxième formation par un agent de relation humaine du SIDEPE).

Évaluation du projet

L'évaluation du projet avait été prévue dès le début du processus de planification du projet. L'évaluation du projet comprend deux parties. Une première partie de l'évaluation a été réalisée immédiatement après la formation par l'intermédiaire d'un questionnaire complété par les intervenants présents. Les résultats de la première partie de l'évaluation nous indiquent un niveau de satisfaction élevé par rapport au logo, aux affiches et aux objets. L'objet

Suite à la page 10



le plus intéressant du point de vue des intervenants est le briquet (le plus satisfaisant pour 80 % des intervenants). De plus, au moins 80 % des intervenants formés pensaient (assez ou tout à fait) :

- Qu'il était pertinent d'avoir un atelier qui accompagne la distribution du matériel du projet;
- Qu'ils étaient capables d'utiliser le matériel du projet pour intervenir auprès de jeunes à risque;
- Qu'il était intéressant d'utiliser le matériel du projet auprès des jeunes à risque;
- Que leurs collègues voudraient utiliser le matériel du projet auprès de jeunes à risque;
- Qu'ils avaient l'intention d'utiliser le matériel du projet auprès des jeunes à risque au cours des 3 prochains mois.

En général, les éléments qui étaient retenus de la formation variaient d'un intervenant à un autre mais témoignaient bien des objectifs de la formation. Un participant mentionnait que « C'est l'utilisation qu'on fait du matériel qui le rend préventif, utile ». Un autre retenait quant à lui que « les outils sont pratiques pour mener une intervention ou une discussion ».

Une deuxième partie de l'évaluation voulait mesurer l'utilisation du matériel du projet sur le terrain et sur une plus longue période. Cette deuxième partie d'évaluation est actuellement en cours en Estrie. Des entrevues sont réalisées auprès des organismes rejoints par la formation et auprès de jeunes fréquentant ses organismes pour évaluer leur compréhension du matériel et l'impact du projet sur eux. Les résultats de l'ensemble de l'évaluation seront disponibles prochainement. Nous pouvons cependant déjà dire que les intervenants des organismes rejoints ont appréciés l'opportunité de pouvoir parler d'injection de drogue avec des jeunes à risque en utilisant le matériel du projet. Leur utilisation du matériel était adaptée à leur clientèle et à leur organisme de façon à pouvoir s'en servir comme levier à l'intervention ou à la discussion avec les jeunes.

En conclusion

Prévenir le passage à l'injection chez des jeunes à risque est un élément important pour prévenir les conséquences additionnelles associées à ce mode de consommation. Le projet estrien a misé sur les intervenants du milieu pour les outiller à utiliser le matériel comme levier à l'intervention pour atteindre ce résultat préventif. Les premiers résultats de l'évaluation du projet sont à l'effet que le projet incluant la formation et le matériel a été apprécié des intervenants et utile pour leur intervention. La poursuite des résultats de la deuxième phase d'évaluation devrait venir confirmer ces premiers résultats. Il semble donc pertinent d'envisager le maintien de ce type d'intervention dans un ensemble d'interventions visant à prévenir les infections transmises sexuellement et par le sang en Estrie.

Geneviève Petit, MD
 Professeur adjoint
 Département des sciences de la santé communautaire,
 Université de Sherbrooke
 Médecin-conseil, direction de la santé publique
 de l'Estrie

Références :

- ROY, É., GUTIÉRREZ, N., HALEY, N., MORISSETTE, C., & DENIS, V. (2007). *Projet de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Volume 2 : Rapport sur le développement d'une campagne de prévention.* Direction de santé publique. Agence de développement de réseau locaux de services de santé et de services sociaux. ISBN: 978-2-89494-562-9.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2006). *Rapport de l'enquête estrienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves du secondaire-2005.* Direction de santé publique et de l'évaluation. Sherbrooke. Québec.
- WALSH, J. & MCPHEE, S. (1992). A systems model of clinical preventive care: An analysis of factors influencing patient and physician ». *Health Education Quarterly*, 19 (2), 157-175.



P.N.B...

(Petites nouvelles brèves)

- Le nombre de seringues gratuites remises à chaque utilisateur de drogues par injection va sans cesse en augmentant au Québec. La moyenne est passée de 5,3 seringues par utilisateur en 1996-1997 à 17 en 2004-2005. Par contre, la récupération a diminué au fil des ans : faudrait pas qu'en réglant un problème on en crée un autre!
- Les boissons énergisantes sont de plus en plus populaires. Couche-Tard et Radio-Énergie se sont lancés dans la vente de capsules pour fournir de l'énergie, faire baisser le stress ou encore stimuler le désir sexuel. Les emballages sont attrayants et accrocheurs et les mises en garde... en très petits caractères. Jeunes ou baby boomers, personne ne peut le lire facilement!
- Un projet de distribution dans les bars de Montréal de 35000 cartons fournissant un mode d'emploi pour limiter les risques en consommant des drogues comme la cocaïne ou l'héroïne fait jaser. Plusieurs se questionnent sur l'impact : une stratégie de réduction des méfaits appliquée à une population générale, ça reste de la prévention ou ça devient de l'incitation à la consommation ?
- Dans le monde, 25 millions de personnes sont dépendantes aux drogues ce qui correspond à 0,5 % de la population mondiale. L'Office des Nations-Unies contre la drogue estime que le problème est « contenu » mais non « résolu »!
- Educ-Alcool prône le 2-3-4-5-0... Ne confondez surtout pas avec le 0-5-30... www.0-5-30.com www.educalcohol.qc.ca
- Lu dans un quotidien en février qu'un représentant d'organisme déclare en entrevue qu'il s'inquiète du nombre croissant de toxicomanes qui s'injectent du Dilaudid, Oxycontin, Démerol et autres substances. À la question du journaliste : « Comment le savez-vous ? » il répond « En prenant le pouls des travailleurs de rue ». Quelqu'un peut m'expliquer ?!

MEILLEU DE LA

La consommation problématique de psychotropes chez les adolescents est préoccupante à cause de la réalité sous-jacente qu'elle traduit et des conséquences qui lui sont associées à court, moyen ou à long terme pour les individus et la société. Heureusement, il est possible de prévenir une partie de ces conséquences en adoptant des pratiques de prévention éprouvées et efficaces. Ce texte vise ainsi à expliquer brièvement la consommation problématique chez les adolescents et à synthétiser les connaissances sur les meilleures pratiques de prévention et celles à éviter.

Théories explicatives de la consommation chez les jeunes

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer l'utilisation ou la surconsommation de drogues chez les adolescents. Les théories de *l'apprentissage social* proposent que les causes premières de la consommation se trouvent dans les attitudes et les comportements des gens qui servent de modèles à l'adolescent au cours de son développement (parents, amis, etc.). Les *théories des liens sociaux* reposent pour leur part sur la prémisse que de faibles liens sociaux conventionnels mènent à la consommation de psychotropes. Un faible engagement à la société conventionnelle, à ses valeurs et à ses institutions, particulièrement à l'école, ainsi qu'un faible attachement aux personnes modèles conventionnelles (enseignants, parents, etc.), seraient problématiques. Ces faibles liens entraîneraient l'association à des pairs déviants. D'autres théories accordent un rôle majeur aux *caractéristiques personnelles*; elles assument que dans n'importe quel contexte social, les adolescents vont se différencier sur la base de leur association à des pairs déviants et quant à leur motivation à utiliser des substances. Ces différences seraient dues à leurs traits de personnalité, leurs états affectifs et leurs habiletés comportementales. Enfin, des modèles d'*intégration théorique* ont incorporé plusieurs de ces éléments.

Pratiques prometteuses et celles à éviter

Afin de prévenir la consommation problématique, plusieurs idées ont été avancées. On a d'ailleurs longtemps pensé qu'intervenir ne pouvait pas nuire. Cependant, les dernières décennies nous ont enseigné le contraire. Que ce soit en prévention universelle ou ciblée, il arrive que les adolescents auprès de qui une intervention a été menée soit en plus piètre état à cause de cette intervention. Voilà une raison de se baser sur les recherches évaluatives afin de guider son action dans le but d'aider et de ne pas nuire.

Ultimement, la prévention vise à réduire la consommation problématique de psychotropes et ses conséquences individuelles et sociales. Mais pour y arriver, la prévention vise d'abord

RES PRATIQUES DE PRÉVENTION CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS

à empêcher, ou, plus réalistement, à retarder l'initiation et à réduire la consommation, le cas échéant. À cette fin, il faut déployer une stratégie multimodale et développementale. En effet, il importe d'agir auprès des parents, des pairs, de l'école et de la communauté en plus d'intervenir auprès des adolescents directement. À cet égard, la communication avec la famille et l'intervention intensive auprès de celle-ci, les politiques scolaires interdisant la consommation à l'école ainsi que les projets de collaboration École – famille – communauté se sont avérés efficaces. Les approches de contrôle et de régulation semblent efficaces surtout pour les substances légales telles l'alcool.

Il importe aussi de prévoir des actions de prévention universelle et de prévention ciblée. La *prévention universelle* consiste en des actions et stratégies globales visant tous les individus d'une population. Quant à elle, la *prévention ciblée* vise à déployer des interventions plus intensives, spécifiques et spécialisées à ceux pour lesquels la prévention universelle ne suffit pas. On distingue la prévention ciblée-sélective qui vise les jeunes en fonction d'un risque de développer une consommation problématique, de la prévention ciblée-indiquée qui vise des jeunes consommateurs à risque.

Que ce soit en prévention universelle ou ciblée, il importe de mettre en place des actions basées sur la théorie et la recherche rigoureuse; d'adopter une perspective *multisystémique* et *multiniveau* exhaustive; de fonder l'action sur les forces des jeunes et sur les facteurs de protection; d'être sensible au contexte et à la culture de la population desservie; d'intervenir de façon durable et d'inclure un *monitoring* et une évaluation de qualité. Tous ces éléments sont d'ailleurs favorisés par la collaboration qui devient elle aussi un élément des meilleurs programmes et pratiques. Au niveau du contenu, il faut viser spécifiquement l'engagement parental, les compétences sociales, l'autorégulation et l'engagement scolaire car ces facteurs se sont avérés utiles à la fois en prévention universelle et ciblée. Il faut aussi mettre en place des activités interactives afin de développer efficacement certaines habiletés personnelles et sociales (affirmation de soi, résolution de conflits, gestion du stress et de la colère, etc.). Il est souhaitable de favoriser la participation des pairs prosociaux aux activités entre autre pour éviter des effets potentiels « d'entraînement à la déviance ». Les pairs impliqués à titre de co-animateurs peuvent aussi avoir un impact favorable quand les autres jeunes s'y identifient. Il faut toutefois demeurer prudent à cet égard car une étude récente a montré qu'en prévention universelle visant l'abstinence, les pairs-animateurs avaient un effet de catalyseur des influences sociales déjà présentes de sorte que les jeunes ayant un réseau de pairs abstinentes bénéficiaient de l'intervention alors que ceux entourés de consommateurs avaient par la suite augmenté

leur consommation. Les programmes de prévention doivent aussi être relativement intensifs, c'est-à-dire que les séances doivent être rapprochées dans le temps (par exemple, une fois par semaine) plutôt qu'étalées sur plusieurs mois ou années. Par contre, des séances de rappel quelques mois et années plus tard sont plus que souhaitables. Un autre élément crucial est l'harmonisation des messages. En prévention des toxicomanies, un élément malheureusement difficile à mettre en place est la cohérence des messages entre les intervenants; les enseignants; le personnel de direction; le personnel de soutien; etc. L'effort en vaut néanmoins la peine puisque l'incohérence de ces messages mine grandement tous les efforts de prévention. Enfin, il importe non seulement de planifier des pratiques ou des programmes exemplaires mais encore faut-il les mettre en œuvre de façon à respecter la planification le plus fidèlement possible sans toutefois être rigide et inflexible aux adaptations nécessaires.

Prévention universelle

En prévention universelle, il est nécessaire de développer chez tous les jeunes des compétences qui dans certains cas sont spécifiques à la prévention de la consommation problématique, mais qui sont généralement bénéfiques pour plusieurs autres sphères du fonctionnement psychosocial, incluant la réussite scolaire et l'absence de trouble intériorisé ou extériorisé. Certains éléments bénéfiques pour tous et pour toute problématique sont donc mis en place et visent les facteurs clés ou facteurs « génériques » qui permettent une adaptation dans plusieurs domaines de la vie et ayant des effets catalyseurs et multiplicatifs entre eux. C'est le cas d'École en santé au Québec. La toxicomanie étant d'ailleurs souvent un symptôme d'autres problèmes de fonctionnement psychosociaux sous-jacents, il n'est guère surprenant que les initiatives universelles les plus efficaces ne visent pas nécessairement directement le phénomène de la drogue et de la consommation problématique, mais plutôt ses précurseurs récents et précoces tels les problèmes familiaux, les problèmes de comportement ou de santé mentale et les problèmes scolaires.

À l'adolescence, il faut transmettre des connaissances sur les substances, en évitant de piquer la curiosité des plus jeunes avec des informations sur des substances auxquelles ils n'ont pas encore été confrontés, mais cela ne suffit pas à empêcher l'initiation ou l'augmentation de la fréquence de la consommation. L'information axée sur les conseils de réduction des méfaits pour les consommateurs pourrait toutefois suffire à réduire certaines conséquences de leur consommation. Il faut aussi viser à défaire les mythes et rétablir les faits, fournir une information crédible et objective tout en enseignant des stratégies alternatives à la

consommation ainsi que des habiletés de résolution de conflits, de gestion du stress et de la colère. Les habiletés d'affirmation de soi et de résistance aux influences sont aussi généralement efficaces. Cependant, même si elle présente généralement de bons résultats, tels qu'une diminution de l'incidence de l'initiation à la drogue, cette approche ne semble pas très bien fonctionner avec les adolescents à risque ou consommateurs. De plus, le focus sur la pression des pairs peut donner l'impression que la consommation est répandue et ainsi banaliser la consommation.

Prévention ciblée

En prévention ciblée, plusieurs éléments de la prévention universelle sont alors repris avec plus d'intensité mais en ajoutant d'autres interventions dont certaines plus spécifiques aux drogues. C'est entre autre le cas du Groupe de réflexion sur les drogues du CJM-IU. La prévention ciblée se doit de poursuivre la plupart des mêmes objectifs et des moyens qu'en prévention universelle. Certains programmes sélectifs semblent modérément efficaces surtout pour retarder l'initiation aux drogues. Cependant, dans le cas des adolescents consommateurs ou potentiellement consommateurs, il faut davantage axer les objectifs sur la réduction des méfaits et sur ce qui est davantage urgent à prévenir. Enfin, l'approche motivationnelle développée en réadaptation est prometteuse en prévention ciblée.

Pratiques à éviter

Plusieurs programmes et pratiques sont à proscrire soit parce qu'ils ne produisent pas d'effet ou pire, parce qu'ils entraînent des effets pervers contraires à ceux escomptés. La plupart des effets pervers documentés sont dus à l'entraînement à la déviance, aux effets de réactance ou encore au simple discrédit. D'abord, plusieurs interventions éducatives et communautaires sont considérées comme favorisant l'entraînement à la déviance, c'est-à-dire, les renforcements apportés par les rires, l'attention et l'intérêt manifesté par les membres d'un groupe face aux comportements déviants. Parmi celles-ci on retrouve: pister les étudiants peu performants; l'intervention de groupe avec un groupe homogène de jeunes déviants; les politiques de tolérance zéro envers les comportements déviants; l'agglomération de pairs déviants via la suspension de l'école; les pratiques d'expulsion; les écoles alternatives qui réunissent les jeunes déviants; les réformes qui excluent les étudiants turbulents des classes régulières et les politiques de choix des étudiants dans les écoles, qui agglomèrent les étudiants faibles dans des écoles peu performantes homogènes. Au niveau communautaire on retrouve les activités de nuit; les contextes peu structurants et non supervisés par les figures d'autorité; les

Suite à la page 12

programmes de groupe dans la communauté et centres récréatifs restreints aux jeunes déviants et les programmes parascolaires qui desservent seulement ou principalement des jeunes à haut risque.

Par ailleurs, faire peur, exagérer les risques et tenter de créer de l'anxiété est inefficace et potentiellement pervers. De même pour les attitudes « jugeantes » et non tolérantes ainsi que l'information centrée uniquement sur les risques et inadaptée à l'âge des participants. Il est par ailleurs recommandé d'éviter de trop axer l'information sur les risques à très long terme car cela est trop éloigné de la réalité des jeunes. Baser l'intervention sur l'idéologie et la morale (par exemple Drug Abuse Resistance Education) est aussi inefficace et peut potentiellement piquer la curiosité des jeunes, discrediter les messages de prévention et favoriser des effets de réactance qui poussent les jeunes à chercher une autonomie en se comportant de façon contraire à ce qui leur est imposé. Similairement, la confrontation, les critiques ouvertes et les approches émotives sont à proscrire d'autant plus qu'elles empêchent carrément l'établissement essentiel d'une forme « d'alliance thérapeutique » entre les jeunes et le ou les animateurs-intervenants. Fixer des objectifs irréalistes mettant les jeunes face à l'échec est aussi considéré contre productif tout comme ne pas tenir compte des modes et sous-cultures actuelles. Par contre, ne pas poser de défi en exprimant des attentes de changement positif pourrait atténuer la motivation des jeunes et leur adhésion à des objectifs de changement. Les exposés magistraux en grands groupes sont considérés comme inefficaces. Par ailleurs, il faut demeurer sensible aux effets potentiellement pervers de viser plusieurs substances simultanément car cela peut avoir un effet de contraste positionnant certaines substances comme peu nocives. Finalement, il faut tout mettre en œuvre pour éviter la stigmatisation de ceux qui sont ciblés dans le cadre d'une intervention plus poussée.

Conclusion

En conclusion, rappelons que ces connaissances sont limitées et éphémères. Ainsi, il est impératif que les gestionnaires de services et les intervenants se mettent à jour régulièrement sur le sujet afin de rentabiliser les efforts et les sommes investies. Il reste encore beaucoup de chemin à faire dans l'étude de l'étiologie et de la prévention de la consommation problématique chez les adolescents afin de mieux intervenir auprès d'eux.

Jean-Sébastien Fallu, Ph.D.
École de psychoéducation
Université de Montréal

Références :

- BOND, L.A. & HAUF, A.M.C. (2007). Community-based collaboration : An overarching best practice in prevention. *Counseling Psychologist*, 35(4), 567-575.
- DODGE, K. A., DISHION, T. J., & LANSFORD, J. E. (2006). *Deviant peer influences in programmes for youth*. New York, NY : Guilford Press.
- MOOS, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders : prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595-604.

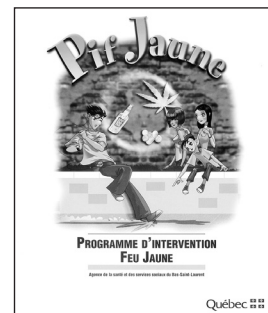
- PAGLIA, A., & ROOM, R. (1999). Preventing substance use among youth : A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- PETRAITIS, J., FLAY, B. R. & MILLER, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use : organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- ROBERTS, G., MCCALL, D., STEVENS-LAVIGNE, A., ANDERSON, J., PAGLIA, A., BOLLENBACH, S. ET AL. (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa : Santé Canada.
- TOBLER, N.S. ET AL. (2000). School-based adolescent drug prevention programs : 1998 Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- WHITAKER, L. (2001). Substance abuse prevention : What works and what doesn't. *The Robert Wood Johnson Foundation Quarterly Newsletter*, 2, 1-2.

▲ ▲ ▲

ÉVÉNEMENTS AUTOMNE 2008

- **XXXVI^e Colloque AITQ**
Du 26 au 29 octobre 2008
Hôtel Delta à Trois-Rivières
Les multiples facettes de la dépendance
Information : 450 646-3271
ou www.aitq.com
- **Premier colloque francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes**
Les 22-23 et 24 octobre 2008
Adresse : Centre Mont-Royal, Montréal
Inscription : 418 423-4157 – Courriel : info@substitution.info
- **2008 Global Conference on Methamphetamine : Science, Strategy, and Response**
Les 15 et 16 septembre 2008
Adresse : City Hall Mariánské náměstí 2, 110 01, Prague 1, Prague, Czech Republic
Information : + 00 (1) 801 635-7736 – Luciano.colonna@globalmeth.com
- **Congrès canadien en prévention du suicide : suicide et dépendances**
Du 26 au 29 octobre 2008
Loews Le Concorde Hotel – 1225 cours du Général-De Montcalm, Québec
Information : 514 695-1624 – Courriel : congressaqs2008@aqsps.info
- **12^{es} Journées annuelles de santé publique – Influencer l'histoire**
Du 17 au 20 novembre 2008
Centre des congrès – 1000, boulevard René-Lévesque Est, Québec
Information : jasp2008@inspq.qc.ca

L comme Lire...



■ AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-ST-LAURENT ET COLL. (2006)

Programme d'intervention PIF-Jaune. Agence de la santé du Bas-St-Laurent. Rimouski. Québec.

Ce programme constitue un outil d'aide à la tâche pour les intervenants qui agissent auprès des jeunes consommateurs qui fréquentent les milieux scolaires ou qui sont admis ou inscrits en Centre Jeunesse. Ces jeunes font la cotation « jaune » de la grille DEP-ADO.

Le programme comporte 3 volets correspondant au niveau de cotation sur DEP-ADO.

Volet 1 pour ceux et celles qui cotent entre 14 et 16 sur DEP-ADO, ce qui correspond à un risque modéré.

Volet 2 pour les jeunes qui cotent entre 17 et 19, ce qui correspond à un risque élevé.

Volet 3 pour les jeunes qui cotent à partir de 14 sur DEP-ADO mais qui reçoivent des services d'un Centre Jeunesse.

Il est possible de commander un exemplaire du programme en s'adressant à :

louise.tremblay.asss01@ssss.gouv.qc.ca

Tél. : 418.727.4525

Fax : 418.723.1597

Coûts :

- 60 \$ pour un organisme gouvernemental ;
- 30 \$ pour un organisme communautaire

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