Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

PLUS FORT AVEC VOUS

LES PRATIQUES RECONNUES DANS LES RESSOURCES PRIVÉES OU COMMUNAUTAIRES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE

Préparé dans le cadre du Règlement sur la certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance

INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES
DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Version du 27 septembre 2016

Québec

Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance
est une production de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Notes
Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec, 2016

ISBN 978-2-550-76971-2 (En ligne)
Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

REMERCIEMENTS

Le présent document a été rédigé par une équipe du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, désigné institut universitaire (CRDM-IU) faisant désormais partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Il a été élaboré à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le contexte de la mise en œuvre de la réglementation adoptée par le gouvernement du Québec concernant la certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Depuis avril 2015, le CRDM-IU est une constituante du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal). Son centre de recherche est connu sous le nom d'Institut universitaire sur les dépendances.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal tient d'abord à remercier l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) de l'avoir autorisé à s'inspirer largement de plusieurs de ses guides de pratique clinique et d'en citer de larges extraits. L'ACRDQ, anciennement connue comme la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), est depuis novembre 2015 appelée l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ

Il désire aussi remercier les auteurs des recensions des écrits utilisés dans ces guides, non seulement pour avoir autorisé leur utilisation, mais également pour avoir contribué à la rédaction et à la révision des différentes sections du présent document.). Les auteurs sont nommés selon les fonctions qu'ils occupaient au moment de leur contribution à la réalisation du document.

- Joël Tremblay, Karine Bertrand, Michel Landry et Jean-Marc Ménard (partie 1)
- Nadine Blanchette-Martin et Francine Ferland (partie 2)
- Pierre Desrosiers (partie 3)

Coordination de la rédaction de l'ensemble du document : Michel Landry, conseiller à la recherche, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire.

Les personnes suivantes ont collaboré à la rédaction de certaines parties :

Patrice Lépine, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (catégorie « thérapie », section sur les jeunes, et catégorie « réinsertion sociale »).

Patricia Beaulac, infirmière clinicienne, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (catégorie « soutien à la désintoxication » et volet « aide et soutien à la récupération suite à une intoxication »).

Nous voulons aussi remercier les nombreuses personnes qui ont lu ce document, ou certaines de ses sections, et nous ont ainsi permis de l'enrichir et de le valider par leurs commentaires et leurs propositions d'ajouts ou de modifications :

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois
Conseillère en dépendance
Direction des dépendances et de l'itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Pierre Desrosiers
Directeur-conseil aux affaires professionnelles, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Véronique Landry
Chef de service du centre de recherche et d'expertise en dépendance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, mais coordonnatrice de la mission universitaire, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire au moment de la collaboration au document

David Luckow
Chef médical, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire, faisant partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Annie Sapin-Leduc
Directrice des services professionnels et de la mission universitaire, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire

Jean-Marc Ménard
Coordonnateur des services professionnels, Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-Mauricie/Centre-du-Québec et codirecteur du RISQ

Isabelle Thibault
Conseillère en soins infirmiers en dépendance au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, mais responsable des soins infirmiers, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire au moment de la collaboration au document

Joël Tremblay
Professeur agrégé, Université du Québec à Trois-Rivières / Centre universitaire de Québec et codirecteur du RISQ

Brigitte Vincent
Coordonnatrice réadaptation et dépendance au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, mais coordonnatrice des programmes soutien à l'intégration sociale et jeu pathologique, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire au moment de la collaboration au document

Les auteurs aimeraient également remercier Louis-Vincent Guay, agent de planification, de programmation et de recherche, Marilou Pelletier, criminologue M.Sc., et Solange Gauthier, technicienne en administration, employés de l'Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, pour la révision finale du document.

Table des matières

PARTIE I – LES SERVICES DE THÉRAPIE 15

1.1 CONTEXTE 16
1.2 L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LE DOMAINE DES DÉPENDANCES 16
1.3 LES APPROCHES RECONNUES LES PLUS EFFICACES 17
1.3.1 L'approche cognitivo-comportementale 18
1.3.2 L'approche de renforcement par la communauté 18
1.3.3 Les approches motivationnelles 19
1.3.3.1 L'entretien motivationnel (EM) 19
1.3.3.2 La thérapie de l'augmentation de la motivation 20
1.3.4 Les approches basées sur les 12 étapes 20
1.3.5 Les communautés thérapeutiques 21
1.3.6 La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien 21
1.3.7 La prévention de la rechute 22
1.3.7.1 La prévention de la rechute (PR) : le modèle cognitivo-comportemental 22
1.3.7.2 Les approches combinées de prévention de la rechute 22
1.3.8 Les modèles incluant les membres de l'entourage 23
1.3.8.1 Les interventions conjugales comportementales 23
1.3.8.2 Le programme CRAFT 24
1.3.9 Les modèles pharmacologiques comportant ou non des aspects psychosociaux 25
1.3.10 Les traitements pour le jeu pathologique 26
1.3.11 Les interventions auprès des jeunes 28
1.3.12 Les pratiques bona fide 30
1.4 NOTE IMPORTANTE 31

PARTIE II - LES SERVICES DE RÉINSERTION SOCIALE 33

2.1 LES DONNÉES PROVENANT DE LA RECENSION DES ÉCRITS 34
2.2 DÉFINITION 34
2.3 LA RÉINSERTION SOCIALE DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE GLOBALE DE TRAITEMENT 35
2.4 LES APPROCHES ET THÉORIES 35
2.5 LES INTERVENTIONS 36
2.5.1 Les interventions auprès des jeunes 39
2.6 LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DES BESOINS EN RÉINSERTION SOCIALE 39
2.7 LES CONSTATS SE DÉGAGEANT DE LA RECENSION DES ÉCRITS 40
2.8 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS ET DES USAGERS PROVENANT DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE SUR LA RÉINSERTION SOCIALE 41
2.9 RECOMMANDATIONS 42

PARTIE III – LES SERVICES D´AIDE ET DE SOUTIEN À LA DÉSINTOXICATION 45

3.1 DÉFINITIONS 46
3.2 OBJECTIFS 47
3.3 LES NIVEAUX DE SERVICES DE DÉSINTOXICATION..... 47
3.4 L'ÉVALUATION..... 49
3.5 L'INTERVENTION 50
3.6 LA COLLABORATION ET LE SYSTÈME DE SOUTIEN..... 51
3.7 LES COMPÉTENCES ET LA FORMATION DES INTERVENANTS 51

PARTIE IV - LES SERVICES D´AIDE ET DE SOUTIEN À LA RÉCUPÉRATION À LA SUITE D'UNE INTOXICATION 53

4.1 DÉFINITIONS 55
4.2 CONTEXTE 55
4.3 LES ENJEUX DE SÉCURITÉ LIÉS AU PROCESSUS DE SOUTIEN ET D'AIDE À LA RÉCUPÉRATION SUITE À UNE INTOXICATION..... 56
4.4 L'ADMISSIBILITÉ ET LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DANS LES RESSOURCES OFFRANT DE L'ASRI 57
4.5 L'INTERVENTION 59
4.6 LIENS DE COLLABORATION..... 60
4.7 NOTE FINALE..... 60

BIBLIOGRAPHIE.....62

Le présent document a été rédigé dans le contexte de la mise en œuvre du Règlement sur la certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Il s'adresse principalement aux exploitants des ressources visées par ce règlement qui, dans le processus de certification de leur ressource, veulent s'assurer de répondre aux exigences et de proposer une ou des approches reconnues dans le domaine des dépendances. Ce document s'adresse également aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), qui sont responsables de la mise en application de la législation et de la réglementation concernant la certification des ressources d'hébergement en dépendance. Finalement, ce document d'adresse aux évaluateurs mandatés par les CISSS pour procéder aux vérifications requises par le processus de certification.

Une première version de ce document, paru en 2010, s'adressait à l'ensemble des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique, indépendamment du type de services qu'elles offraient. L'application du règlement a toutefois permis de mettre en relief la pertinence de proposer des orientations sur les pratiques reconnues spécifiques à chacune des quatre catégories de services reconnues par le règlement. C'est la raison pour laquelle nous présentons une nouvelle version de ce document. Celui-ci comporte donc quatre sections consacrées aux pratiques reconnues à adopter pour chacune des catégories de services.

Mais tout d'abord, pour bien comprendre ces pratiques et leur champ d'application, il importe d'apporter des précisions contextuelles relatives à l'organisation et l'offre de services par les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance au Québec ainsi qu'à la notion de pratiques reconnues.

A. Les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance

Au Québec, les personnes présentant un problème en lien avec la consommation d'alcool, de drogues ou la pratique des jeux de hasard et d'argent peuvent recevoir des services offerts par les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et par les organismes communautaires ou privés.

Les établissements publics qui offrent de tels services sont les CISSS et les CIUSSS, dans le cadre de leur mission de CLSC, de CH et de centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance (CRD)[1]. Certains établissements dits non fusionnés et non visés par la LMRSSS[2], offrent également de tels services. Les responsabilités de l'ensemble de ces établissements, et la gamme de services qu'ils offrent, en matière de dépendance, sont précisées dans les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012*, reconduite jusqu'en 2017, du MSSS.

[1] Ces trois missions sont définies aux articles 80, 81 et 84 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS).

[2] *Loi modifiant l'organisation du réseau de la santé et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1)

En complémentarité à cette offre de services publics, il existe au Québec un réseau d'organismes communautaires ou privés offrant des services de prévention, d'aide et de soutien, pouvant prendre diverses formes, aux personnes présentant un problème d'abus ou de dépendance.

À la différence des organismes communautaires ou privés, les établissements publics du RSSS sont constitués en vertu de la LSSSS. À ce titre, ils doivent remplir certaines obligations de la Loi, dont obtenir l'agrément pour les services qu'ils dispensent. Ils doivent en outre être titulaires d'un permis d'exploitation délivré par le MSSS, les autorisant à exercer une ou des activités propres aux missions mentionnées dans la Loi[3].

En ce qui a trait aux organismes communautaires ou privés offrant de l'hébergement en dépendance, bien que ceux-ci ne soient pas constitués en vertu de la LSSSS, ils ont des obligations à rencontrer au regard de cette dernière, notamment au regard de la section 2.1 — *Fonctions reliées à l'identification et à la certification des résidences privées pour aînés et de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables*. En vertu de ces obligations légales, ces organismes ont la particularité d'être encadrés par le Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance. Selon ce règlement, ces organismes sont réputés comme étant des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

La certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance

En 2001, afin d'assurer une qualité de services dans ces ressources, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié le Cadre normatif de certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement, proposant une démarche volontaire de certification. À la suite de la mise en place de ce programme, des instances telles que le Protecteur du citoyen, le Coroner en chef ainsi que des ministères référents ont fait des représentations au MSSS pour rendre obligatoire la certification.

En réponse à ces préoccupations partagées par le MSSS, le 19 novembre 2009, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables (PL56) était adoptée. Les modifications apportées par cette loi avaient entre autres pour objectif de rendre la certification obligatoire pour toute ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement.

Le Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique est entré en vigueur le 7 juillet 2010. Il présentait les exigences jugées nécessaires et suffisantes pour l'obtention d'un certificat de conformité. Ces exigences avaient pour but d'assurer aux personnes hébergées dans les ressources des services sécuritaires et de qualité dans un environnement acceptable. Celui-ci a fait l'objet d'une modification et le Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance est entré en vigueur le 4 août 2016.

[3] Ces missions sont exclusives aux établissements de santé et de services sociaux. (art. 437).

Dans le cadre de ce règlement, les services pouvant être offerts par ces ressources sont balisés selon les quatre catégories suivantes :

- La thérapie;
- La réinsertion sociale;
- L'aide et le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication;
- L'aide et le soutien à la désintoxication.

Ces services ainsi que les pratiques reconnues qui y sont associées seront présentés dans les prochaines sections.

B. La notion de pratiques reconnues[4]

Qu'entend-on par « pratiques reconnues » et en vertu de quels critères ont-elles été choisies pour être proposées dans ce document?

Précisons que les « pratiques reconnues » réfèrent à une exigence de la réglementation du MSSS, qui a pour but d'assurer la qualité des services offerts dans les ressources visées alors que la notion de « meilleures pratiques » définit sur quels standards scientifiques on peut s'appuyer pour déterminer ce qu'est une pratique reconnue. C'est ce que nous explicitons ci-dessous (voir à ce sujet Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard, 2010).

De façon générale, nous nous référons au courant des « meilleures pratiques », traduction de *best practices*, qui s'est développé et est largement répandu dans le domaine du traitement des toxicomanies en Amérique du Nord. Plusieurs guides, dont ceux mentionnés dans ce document, proposent d'ailleurs une liste détaillée de pratiques cliniques dont l'efficacité auprès de différents sous-groupes de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogues est reconnue.

Bien que la définition du concept des meilleures pratiques puisse varier selon les auteurs, il règne un consensus selon lequel ces pratiques doivent s'appuyer sur deux grands types d'information, soit :

1. les données probantes, à savoir les consensus scientifiques découlant d'un corpus d'études appuyant l'efficacité de protocoles de traitement ou encore de pratiques spécifiques, sur le plan clinique ou organisationnel;
2. les consensus d'experts.

Ce sont les deux composantes que le MSSS a retenues dans la définition qu'elle adopte dans le présent règlement.

[4] Les pratiques reconnues qui seront présentées dans ce document sont généralement issues des centres de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance. Malgré cet état de fait et bien que le mandat des établissements publics responsables des services en dépendance et celui des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance diffèrent au plan légal et réglementaire, les pratiques reconnues s'appliquent aux deux secteurs.

L'organisme américain Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) définit de façon opérationnelle et fort pertinente plusieurs des concepts reliés au courant des meilleures pratiques (SAMHSA, 2007). Ainsi, la pratique basée sur des données probantes (*evidence-based*) est celle dont on s'attend, en se basant sur des résultats de recherche et l'opinion d'experts ou des consensus d'experts, qu'elle produise des résultats cliniques spécifiques et mesurables. Le SAMHSA précise également que l'application de ces pratiques auprès d'un patient ou d'un sous-groupe de patients spécifique exige que le clinicien expert ou le groupe d'experts synthétise un ensemble de sources d'information appropriées (recherche, théorie, principes de pratique, expérience clinique) en tenant compte d'un contexte clinique donné. C'est ce processus de réflexion, ce raisonnement basé sur l'ensemble des connaissances pertinentes et disponibles, qui caractérise l'opinion d'un expert ou encore les consensus d'experts, quant à l'efficacité d'une pratique donnée dans un contexte clinique précis. Les protocoles de traitement dont l'efficacité repose sur des données probantes constituent des outils dans l'ensemble des pratiques disponibles pouvant être sélectionnés afin de répondre aux besoins d'un client en particulier.

Pour être plus explicites, nous reprenons ici le texte de l'ACRDQ qui précise les divers « niveaux de preuve » à l'appui d'une pratique clinique et qui se permet de les considérer comme des « meilleures pratiques » :

1. Dans ce chapitre, on peut retenir que les ***pratiques basées sur des résultats probants*** sont celles « qui ont démontré leur efficacité à travers des études rigoureusement menées et répétées » (Lundgren, Schilling et Peloquin, 2005). En ce sens, une méta-analyse de plusieurs études contrôlées permet de générer des résultats probants concernant l'efficacité d'une approche. En outre, lorsque plusieurs études rigoureusement menées, incluant les études contrôlées, mais non exclusivement, en viennent aux mêmes conclusions, nous pouvons aussi conclure à un résultat probant. Par exemple, dans le domaine des facteurs communs liés au succès thérapeutique, plusieurs recensions des écrits peuvent en venir aux mêmes conclusions, basées sur un examen critique de la littérature.

2. Les pratiques basées sur des ***résultats prometteurs*** sont celles pour lesquelles il existe un certain appui empirique, mais pour lesquelles il faut mener davantage d'études pour conclure plus fermement à leur efficacité (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006). Ainsi, lorsque seulement quelques études rigoureuses, contrôlées ou non, documentent l'efficacité d'une pratique; ou encore lorsque plusieurs études appuient un constat alors que d'autres études aussi rigoureuses en arrivent à des résultats contradictoires, on peut conclure à une pratique basée sur des résultats prometteurs.

3. Enfin, les pratiques basées sur des ***résultats novateurs***, dans ce chapitre, réfèrent à celles qui découlent d'un raisonnement pertinent basé sur un ensemble d'éléments, comme des consensus cliniques, des théories, quelques constats complémentaires sans être nécessairement répétitifs, découlant d'études basées sur diverses méthodologies et auprès de différentes populations. D'autres études permettant d'évaluer l'efficacité de ces pratiques novatrices sont nécessaires avant de recommander leur application ou diffusion à grande échelle. Toutefois, devant certaines situations cliniques spécifiques,

compte tenu de l'état des connaissances parfois peu développées, le recours à ces pratiques s'avère tout à fait pertinent. (p. 16)

Comme on le verra dans la suite de ce document, les données dont nous disposons pour établir quelles sont les meilleures pratiques dans chacune des catégories de services ne sont pas toutes aussi nombreuses ni aussi étoffées les unes que les autres. Ainsi, si nous avons un corpus bien établi de données probantes sur l'efficacité des traitements offerts dans le domaine des dépendances pour identifier les meilleures pratiques dans la catégorie thérapie, c'est beaucoup moins le cas en ce qui concerne les trois autres catégories de services et nous devons davantage nous en remettre aux consensus d'experts même si certaines données probantes sont également disponibles pour ces catégories de services.

Notons enfin que les données présentées dans ce répertoire descriptif des pratiques reconnues dans le traitement des personnes alcooliques et toxicomanes correspondent à l'état actuel des connaissances. Ces données sont susceptibles d'évoluer au cours des prochaines années. Il est également possible que certaines approches ou certains traitements répondant aux critères de « meilleures pratiques » qui existent actuellement n'aient pas été inclus dans le répertoire présenté, faute d'études suffisantes venues les valider. Les données de ce document devraient donc être mises à jour périodiquement par des experts dans le domaine des différentes catégories présentées ici.

C. Une perspective globale de rétablissement

Les quatre catégories de services prévues dans la réglementation s'inscrivent dans une démarche plus globale des personnes aux prises avec un problème de dépendance en vue de leur rétablissement[5]. Elles ne doivent donc pas être considérées isolément et les ressources qui offrent l'un ou l'autre de ces catégories de services doivent garder à l'esprit cette perspective plus globale pour guider les personnes hébergées dans cette démarche et assurer la complémentarité de leurs services avec les autres ressources de la communauté. Il est d'ailleurs possible que certaines ressources proposent à leurs résidents des activités qui relèvent de plusieurs de ces catégories. Elles sont alors imputables d'appliquer les recommandations relatives à chacune des catégories de services auxquelles se rattachent ces activités.

Il est important de souligner que, quelles que soient la ou les catégories de services auxquelles s'inscrivent les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique, ces dernières ont toutes **l'obligation de porter une attention particulière à toute situation qui pourrait mettre la sécurité des personnes hébergées en danger.** Quatre catégories de risque sont particulièrement visées :

[5] Nous nous appuyons ici sur l'ASAM et le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), selon lesquels, le rétablissement (recovery) est le fait de surmonter tant la dépendance physique que psychologique à une SPA tout en s'engageant sur la voie de la sobriété (abstinence); il s'agit d'un processus de changement par lequel les individus améliorent leur santé et bien-être, prennent en main leur propre vie et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel durable ». Cette amélioration, ce changement positif peuvent s'opérer à la suite d'un soutien ou d'un traitement professionnel (traitement traditionnel, médecin de famille, groupes d'entraide, psychanalyse, psychothérapie, etc.) ou sans aucune aide ou traitement formel; dans ce dernier cas on parle donc de « rémission spontanée ».

- La dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire
- Le risque d'homicide
- Les risques associés au sevrage
- Les risques liés à l'intoxication

Elles doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance non seulement lors de l'arrivée des résidents dans la ressource, mais également tout au long de leur séjour. C'est pourquoi la réglementation prévoit un processus d'évaluation avec des outils reconnus par le MSSS et, au besoin, de référence vers des établissements ou des professionnels ayant les compétences nécessaires. Un programme de formation à l'utilisation de ces outils est également offert par le MSSS, en collaboration avec le Centre de recherche et d'expertise en dépendance à toutes les ressources afin que leurs intervenants soient en mesure de les utiliser adéquatement.

L'évaluation de l'urgence suicidaire doit se faire à l'aide de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (SAM et CRDM-IU, 2010). La réglementation prévoit que l'outil doit être administré à tous les résidents au moins à leur arrivée dans la ressource et au moment de recevoir leur congé.

L'évaluation des risques associés au sevrage est évaluée à l'aide du NID-Ép. Nous référons le lecteur à la section consacrée à la catégorie de services « Soutien à la désintoxication, pp 45 à 53) pour plus d'informations concernant son utilisation

Les risques liés à l'état d'intoxication d'une personne hébergée, particulièrement à son arrivée dans la ressource, doivent également faire l'objet d'une évaluation. L'outil permettant d'évaluer ces risques est en voie d'élaboration en vertu d'une entente entre le MSSS et l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui en a confié la réalisation au RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec).

PARTIE I – LES SERVICES DE THÉRAPIE

Le texte de cette section s'appuie principalement sur une revue de la documentation menée par un ensemble d'experts (Tremblay et coll., 2010). Le texte complet de cette revue portant sur les meilleures pratiques dans le domaine de la réadaptation pour les personnes toxicomanes adultes a été publié par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) en 2010. Cette section emprunte également des extraits de deux autres guides sur les meilleures pratiques déjà publiés par l'ACRDQ, soit *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes - Pratiques gagnantes et offre de services de base* (2006) et *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance – Guide de bonnes pratiques et offre de services de base* (2009).

1.1 CONTEXTE

Précisons que cette section consacrée aux services de thérapie porte d'abord et avant tout sur les approches reconnues en toxicomanie (alcool et autres drogues) chez les adultes et les adolescents. Puisque peu d'études ont à ce jour permis de valider les traitements destinés aux joueurs pathologiques, nous ne ferons qu'une brève description des approches reconnues et répertoriées dans un document sur le sujet, produit par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) (Desrosiers et Jacques, 2009).

Cette section comprend deux parties. On y trouve d'abord un bref rappel des données de recherches qui permettent d'affirmer qu'il existe des traitements efficaces et bien documentés pour les personnes toxicomanes. On y trouve ensuite un répertoire des principales approches reconnues dans le domaine du traitement des personnes dépendantes.

Bien que chacune des approches répertoriées ici ait fait l'objet d'études qui en démontrent l'impact à des degrés divers, nous ne ferons pas systématiquement état de ces études. Pour en savoir davantage à cet égard, le lecteur pourra notamment se référer au document sur les meilleures pratiques dans le domaine de la réadaptation des personnes toxicomanes adultes (Tremblay et coll., 2010) cité plus haut. De plus, l'ensemble des ouvrages de référence cités dans le présent document est disponible au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) de l'Institut universitaire sur les dépendances.

1.2 L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS DANS LE DOMAINE DES DÉPENDANCES

Les connaissances acquises depuis 40 ans dans le domaine des dépendances ont permis d'élaborer des approches thérapeutiques visant à améliorer le bien-être des personnes alcooliques et toxicomanes et de leur entourage. En fait, il règne actuellement un fort consensus selon lequel les traitements offerts en toxicomanie ont un impact (Gossop, 2006; Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008; Miller, Walters et Bennet, 2001; Prendergast, Podus, Chang et Urada, 2002; UKATT Research team, 2005), de telle sorte que les recherches actuelles visent davantage à améliorer les traitements et à les adapter aux différentes clientèles qu'à étudier leur efficacité (Prendergast et coll., 2002). Selon les études menées au Québec au cours des 15 dernières années, notamment par l'équipe du RISQ (Recherche et intervention sur les

substances psychoactives – Québec), la situation serait similaire dans la province (Landry et coll., 2010; Landry, Guyon et Brochu, 2001).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le SAMHSA (2007) affirme que la pratique basée sur des données probantes (*evidence-based*) est celle dont on s'attend, en se basant sur des résultats de recherche et l'opinion d'experts ou des consensus d'experts, qu'elle produit des résultats cliniques spécifiques et mesurables. Nous référons également le lecteur à l'introduction générale pour une définition plus explicite des divers niveaux de preuve.

Par ailleurs, les recherches menées au cours des quatre dernières décennies sur les meilleurs modèles théorico-cliniques de traitement de la toxicomanie n'ont pas pu démontrer la supériorité d'un modèle de traitement sur un autre (Babor, 2008; Clark, 2009; Imel et coll., 2008; Mee-Lee, McMillan et Miller, 2010; Morgenstern et McKay, 2007; Prendergast et coll., 2002; Wampold, 2010; Wampold et coll., 1997). L'assertion concernant l'équivalence des traitements en toxicomanie quant à leur efficacité doit être comprise à la lumière d'un certain nombre de précisions. On considère ici des traitements complets, par opposition à un traitement minimal (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert et Vermeersch, 2009; Imel et coll., 2008). On a aussi recours à l'expression *bona fide* ou « spécifique » pour qualifier ces traitements qui répondent aux critères d'inclusion des traitements jugés efficaces. Le but explicite de ces traitements est d'avoir un effet thérapeutique par opposition à des traitements non spécifiques ou à une condition témoin (*control condition*), par exemple une liste d'attente ou un placebo. Cette notion de traitement *bona fide* (Imel et coll., 2008; Wampold et coll., 1997) a été retenue pour évaluer si les services de thérapie offerts par les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique se conforment à l'exigence reliée à l'adoption de « pratiques reconnues » au sens de la réglementation. Les critères permettant de s'en réclamer seront exposés plus bas (voir la section 2.1.12).

Si aucune de ces approches thérapeutiques s'appuyant sur des données probantes et de type *bona fide* n'est considérée comme supérieure à une autre, il est toutefois important d'adopter un traitement structuré qui repose sur un fondement empirique auquel le thérapeute adhère. En effet, ce fondement empirique et l'adhésion du thérapeute à ce traitement, ainsi que les explications qui peuvent être fournies sur le rationnel qui sous-tend ce traitement, contribuent à susciter l'espoir chez le client et à lui donner confiance dans l'intervention qui lui est proposée. Par le fait même, cela procure un terrain favorable au développement d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son client (Hubble, Duncan, Miller et Wampold, 2010; Wampold, 2010). En outre, cela n'exclut pas la possibilité de combiner plusieurs de ces approches.

1.3 LES APPROCHES RECONNUES LES PLUS EFFICACES

Dans la présente section, nous présentons les approches dont l'efficacité est fondée sur des données probantes ou prometteuses. Ces approches seront brièvement décrites ici. Nous recommandons au lecteur qui désire se documenter davantage sur les études effectuées de consulter le document de l'ACRDQ cité précédemment (Tremblay et coll., 2010).

1.3.1 L'approche cognitivo-comportementale

L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement de la toxicomanie a été largement démontrée grâce à de nombreuses études contrôlées et rigoureuses menées auprès d'échantillons très variés (Baker et Lee, 2003; Lee et Rawson, 2008; Magill et Ray, 2009; Rangé et Marlatt, 2008; Waldron et Kaminer, 2004).

Le terme « thérapies cognitivo-comportementales » (TCC) englobe un ensemble d'interventions qui peuvent être très différentes sur le plan de l'application, de l'intensité et de la focalisation (Lee et Rawson, 2008). Soulignons que ces thérapies s'appuient sur les théories de l'apprentissage social, y compris le conditionnement classique et opérant, ainsi que sur les théories cognitives (Silva et Serra, 2004).

Un ensemble de techniques caractérisent aussi les TCC : 1) l'analyse fonctionnelle de la consommation de substances, c'est-à-dire de ses déclencheurs et de ses conséquences positives et négatives; 2) l'entraînement aux habiletés de transaction avec les situations à risques (*coping*); 3) l'entraînement aux habiletés de refus de la consommation; 4) la détermination des déclencheurs de la consommation ou de la rechute; 5) l'augmentation d'activités remplaçant la consommation (Magill et Ray, 2009). Outre ces techniques, le monitorage (*monitoring*) des pensées reliées à la consommation et la pratique d'habiletés au cours des sessions sous forme de jeux de rôle ou de modelage (*modeling*) et à l'extérieur sous forme de « devoirs thérapeutiques » sont également largement utilisés dans les TCC (Shearer, 2006). Enfin, les TCC sont habituellement des approches structurées et « manualisées » (*manualized*) (Shearer, 2006).

1.3.2 L'approche de renforcement par la communauté

L'approche de renforcement par la communauté, en anglais *Community Reinforcement Approach* (CRA), est une approche cognitivo-comportementale qui s'appuie sur la prémisse selon laquelle les renforcements environnementaux jouent un rôle crucial dans le développement et le maintien ou la réduction des habitudes de consommation de substances psychoactives (SPA) (Hunt et Azrin, 1973). La CRA utilise donc les renforcements issus de la communauté environnant la personne qui abuse de SPA, tels que les renforcements sociaux, familiaux, récréatifs et occupationnels, afin de favoriser les changements de consommation de SPA (Meyers, Villanueva et Smith, 2005). En somme, l'objet du traitement est de réorganiser les contingences environnementales de manière à récompenser davantage les comportements de sobriété que les comportements de consommation de SPA (Meyers et coll., 2005).

La CRA débute par une analyse fonctionnelle des comportements de consommation mettant en évidence les facteurs responsables du renforcement et du maintien de la consommation de SPA (Azrin, 1976). Ensuite, un « échantillon » de sobriété est demandé à l'usager de manière à ne pas susciter les résistances (versus demander l'abstinence pour toujours), à mettre en pratique les habiletés nécessaires à l'arrêt de la consommation et à mettre l'accent sur les aspects renforçateurs de la vie quotidienne sans SPA (Azrin, Sisson, Meyers et Godley, 1982). Un plan de traitement est élaboré en s'appuyant sur une analyse de la satisfaction de vie de la personne dans dix sphères de vie (ex. : emploi, habitudes de vie, relations interpersonnelles) et en sélectionnant celles pour lesquelles des améliorations sont souhaitées (Smith, Meyers et Miller, 2001). Dans ce plan de traitement est inclus, de façon routinière, l'apprentissage d'habiletés à la

résolution de problèmes, à la communication et au refus de consommation (Meyers et Smith, 1995). Si nécessaire, des ateliers reliés à la sphère occupationnelle sont offerts, dont la recherche d'emploi, mais aussi l'acquisition d'habiletés nécessaires au maintien du travail (Azrin et Besalel, 1980). Un volet de counseling social et récréatif est offert afin de favoriser la prise de conscience que la vie peut être plaisante sans consommation de SPA et de permettre la pratique de nouvelles habiletés sociales dans un environnement non menaçant (participation à un regroupement social pour personnes en arrêt de consommation) (Mallams, Godley, Hall et Meyers, 1982). Un certain nombre de rencontres sont consacrées à la prévention de la rechute (Meyers et Smith, 1995). Des rencontres avec le partenaire sont également planifiées vers la fin du processus afin d'améliorer la qualité de la relation amoureuse (Smith et coll., 2001).

1.3.3 Les approches motivationnelles

Parmi l'ensemble des approches motivationnelles en toxicomanie, mentionnons l'entretien motivationnel (EM), élaboré par Miller et Rollnick (2002; 2006). Plusieurs études sont venues confirmer l'efficacité de l'EM dans le traitement des personnes aux prises avec une dépendance à une substance psychoactive (Burke, Arkowitz et Menchola, 2003; Dunn, Deroo et Rivara, 2001; Lundahl, Kunz, Tollefson et Burke, 2010; Vasilaki, Hosier et Cox, 2006). Mentionnons également la thérapie de l'augmentation de la motivation, en anglais la *Motivational Enhancement Therapy* (MET), un protocole d'intervention s'inspirant des principes de l'EM dont l'efficacité a également été montrée, notamment lors d'une étude contrôlée et reconnue pour sa rigueur et sa grande validité interne, soit le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997; 1998).

1.3.3.1 L'entretien motivationnel (EM)

L'EM s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits (Landry et Lecavalier, 2003) et d'humanisme (Rogers, 1959). Brièvement, l'EM est une approche d'intervention centrée sur l'individu, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement d'un comportement ciblé en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence (Miller et Rollnick, 2002; 2006).

En pratique, l'EM repose sur quatre principes d'intervention favorisant le changement, soit :

1. Exprimer de l'empathie par un style centré sur la personne et une écoute réflexive qui favorisent un climat d'acceptation inconditionnelle de l'autre.

2. Développer la divergence, c'est-à-dire mettre en lumière et amplifier la divergence entre le comportement du patient, ses valeurs de référence et ses objectifs, tout en favorisant la résolution de l'ambivalence, en aidant ce dernier à se mobiliser en vue du changement.

3. « Rouler » avec la résistance, c'est-à-dire éviter la confrontation, reconnaître que le patient est la première source de réponses et de solutions à ses difficultés et proposer des idées plutôt que de les imposer.

4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en attribuant au patient le mérite de ses possibilités et de ses capacités de changement.

1.3.3.2 La thérapie de l'augmentation de la motivation

Outre l'EM en tant que tel, la thérapie de l'augmentation de la motivation, en anglais *Motivational Enhancement Therapy* (MET) (Miller, Zweben, DiClementer et Rychtarik, 1992; Miller et coll., 1995), est une forme d'intervention brève, basée sur les principes de l'EM, dont l'efficacité est celle qui a été le mieux démontrée. En effet, la MET est l'un des modes d'intervention qui a fait ses preuves dans le cadre du projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), l'une des plus grandes études contrôlées reconnues dans le domaine de l'alcoolisme, notamment pour sa rigueur et sa validité interne. Tout en intégrant ses principes, la MET se distingue de l'EM puisqu'elle constitue un protocole d'intervention « manualisé » qui inclut en outre la notion de rétroaction (*feedback*) personnalisée. Ainsi, dans le projet MATCH, la MET se déroule en quatre sessions offertes sur une durée de 12 semaines. Au cours de la première session, le clinicien doit fournir au client une rétroaction personnalisée, basée sur l'évaluation initiale, qui permet à la personne de situer sa consommation par rapport à des normes populationnelles. Cette composante de rétroaction, partie intégrante de la MET, ne fait pas nécessairement partie de l'EM.

1.3.4 Les approches basées sur les 12 étapes

Le modèle Minnesota des 12 étapes constitue un modèle d'intervention efficace pour le traitement de la dépendance à l'alcool (Kelly, Magill et Stout, 2009; Project MATCH Research Group, 1997). Les modèles de traitement basés sur la philosophie des groupes d'entraide de type Alcooliques Anonymes (AA) ou Narcotiques Anonymes (NA), tant au Québec qu'aux États-Unis, sont largement utilisés. Ces modèles de traitement basés sur les 12 étapes sont souvent désignés par l'appellation « modèle Minnesota » (Kelly et coll., 2009). Il ne faut pas confondre ces modèles avec les groupes d'entraide AA, qui sont des groupes d'entraide qui offrent de l'aide dans un contexte non professionnel.

Le modèle de traitement Minnesota, ou « traitement basé sur les 12 étapes », réfère typiquement à des programmes de traitement en contexte résidentiel dans le cadre duquel la personne participe à une variété d'interventions, mais reçoit aussi de l'enseignement approfondi sur la philosophie AA ou NA et sur les 12 étapes. Ce modèle de traitement peut aussi impliquer le travail soutenu sur certaines de ces 12 étapes et les personnes sont fortement encouragées à participer à des réunions AA ou NA, durant et après le traitement (McElrath, 1997). La documentation fait également état de modèles basés sur les 12 étapes, utilisés dans le cadre de programmes d'intervention externe offerts par des professionnels, dont la *Twelve-Step Facilitation Therapy* (TSF), un protocole d'intervention « manualisé » offert par un professionnel, conçu en vue de faciliter l'engagement dans les groupes d'entraide et s'appuyant sur les 12 étapes (Kelly et coll., 2009), notamment évaluées dans le cadre du projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997). La TSF se déroule sur 12 semaines, à raison d'une séance par semaine.

En somme, de façon générale, la documentation montre l'efficacité des modèles de traitement basés sur les 12 étapes, modèles équivalant à d'autres modèles d'intervention *bona fide*.

1.3.5 Les communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques pour le traitement de la dépendance aux substances psychoactives ont été introduites dans les années 1960. Il s'agit d'un service résidentiel s'appuyant sur l'abstinence et organisé en fonction d'un modèle de soins graduels. Les stades de traitement permettent une implication croissante de l'usager, tant sur le plan personnel que sur le plan de ses responsabilités dans la communauté. L'influence des pairs est cruciale pour aider les individus à assimiler les normes sociales et à développer de meilleures habiletés interpersonnelles. C'est probablement cette utilisation particulière de la communauté (composée des membres en traitement et des intervenants) comme clé de changement qui caractérise ce type de traitement résidentiel. Les communautés thérapeutiques valorisent également le principe selon lequel le changement doit venir de la personne elle-même et qu'elle est l'actrice principale de toute transformation dans sa vie. Les personnes qui participent aux communautés thérapeutiques ont souvent une dépendance à de multiples substances psychoactives, des problèmes mentaux, un réseau de soutien familial et social inadéquat ou des démêlés avec la justice.

Smith, Gates et Foxcroft (2008) notent que les études rigoureuses comportant une assignation aléatoire et portant sur l'efficacité des communautés thérapeutiques sont peu nombreuses. Ils ajoutent que ce fait est étonnant, compte tenu de la popularité de ce mode d'intervention en Amérique du Nord. Seulement sept études incluant une distribution aléatoire d'individus entre une communauté thérapeutique et un autre type de traitement ont été retenues. Si le niveau de preuve découlant de ces études peut être qualifié de résultat prometteur en ce qui concerne leur impact, il ne montre pas la supériorité de la communauté thérapeutique sur les autres modes de traitement résidentiel, pas plus qu'il ne montre un type de communauté thérapeutique supérieur aux autres (Smith et coll., 2008).

1.3.6 La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien

La thérapie psychodynamique d'expression et de soutien, en anglais *Supportive Expressive Psychodynamic Therapy* ou SE, a été élaborée par Lester Luborsky, l'un des pionniers en matière d'efforts de systématisation et de recherche empirique dans le domaine des approches psychodynamiques (Barber, Crits-Christoph, Grenyer et Diguer, 2010; Luborsky, Graff, Pulver et Curtis, 1973) en « manualisant » son approche (Luborsky, 1984) et en la soumettant ainsi à la lorgnette de la science (Luborsky, Barber et Crits-Christoph, 1990), fait très rare au sein de cette école théorico-clinique. Il a par la suite adapté son modèle pour les clientèles toxicomanes, dont les personnes dépendantes à la cocaïne (Mark et Luborsky, 1992) ou au cannabis (Grenyer, Luborsky et Solowij, 1995). Cette approche, comme l'ensemble des thérapies d'orientation psychodynamique, se démarque des autres modèles par une accentuation plus grande de l'expression de soi comme voie de rémission (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien et Rosenzweig, 1982). Il a voulu rendre opérationnelle la question du transfert par le concept de thème relationnel conflictuel central (*Core Conflictual Relationship Theme*) (Luborsky et Crits-Christoph, 1998). Dans ce modèle, les difficultés de consommation de substances psychoactives sont comprises comme étant associées aux difficultés interpersonnelles et intrapsychiques de la personne. L'analyse des thèmes centraux reliés aux conflits relationnels (Luborsky et Crits-Christoph, 1998) est l'élément central de l'intervention, le soutien de la personne et l'aide à la réflexion étant les techniques privilégiées de ce modèle. L'aide à la réflexion porte évidemment

sur les thèmes relationnels centraux qui entravent la possibilité de cesser la consommation de substances psychoactives, notamment par l'interprétation du transfert qui y est lié et la mise à jour des mécanismes de défense les plus nuisibles (Crits-Christoph et coll., 1997).

Sur la base des résultats obtenus, à l'aide d'études de distribution aléatoire, mais peu nombreuses, la SE peut être qualifiée de traitement prometteur. La concentration des études auprès des patients cocaïnomanes et dépendants des opiacés limite les conclusions. Des études similaires devront être menées auprès d'autres types de consommateurs de substances psychoactives et des comparaisons avec d'autres approches devront être faites.

1.3.7 La prévention de la rechute

Nous présentons ici le modèle classique de prévention de la rechute ainsi que d'autres modèles qui ont été proposés en association ou non avec celui-ci.

1.3.7.1 La prévention de la rechute (PR) : le modèle cognitivo-comportemental

La prévention de la rechute (PR) est un modèle de traitement habituellement associé à l'approche cognitivo-comportementale et dont l'objet est de détecter et de prévenir des situations à risque élevé de rechute (Witkiewitz et Marlatt, 2004). Les modèles cognitivo-comportementaux de PR sont basés sur la théorie explicative du processus de rechute de Marlatt (1985), qui découle de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Dans ce modèle, lorsque l'individu n'a pas la confiance en sa capacité de faire face à une situation à haut risque de rechute (sentiment d'efficacité personnelle) ou qu'il n'a pas développé d'habiletés d'adaptation (*coping*) efficaces pour y faire face, il y a alors une forte probabilité qu'il rechute. La décision de consommer une substance pourra aussi être influencée par l'attente de l'individu quant aux effets qui seront obtenus par la substance ainsi que par un effet de transgression de l'interdit (*abstinence violation effect*), c'est-à-dire le blâme que s'infligent beaucoup de personnes lorsqu'elles transgressent leurs propres règles et le sentiment de perte de contrôle qui s'ensuit (Witkiewitz et Marlatt, 2004).

1.3.7.2 Les approches combinées de prévention de la rechute

D'autres méthodes ont également été proposées en combinaison avec la PR habituelle. Notamment, l'entraînement à la méditation, élaboré à l'origine pour la gestion du stress et le traitement de douleurs chroniques, s'est révélé efficace dans ces domaines (Baer, 2003). Également, l'enseignement d'habiletés à la méditation en combinaison avec un programme de PR plus classique, de type cognitivo-comportemental, constitue une avenue prometteuse évaluée récemment dans quelques études (Bowen et coll., 2009; Vallejo et Amaro, 2009; Zgierska et coll., 2008).

En somme, le modèle cognitivo-comportemental de PR est celui qui a été le plus étudié et qui s'est montré efficace pour prévenir la rechute chez les personnes qui abusent de substances (Irvin, Bowers, Dunn et Wang, 1999).

Cependant, lorsque ce modèle de PR est comparé à d'autres modèles bien définis, le modèle des 12 étapes par exemple, il se montre équivalent sur le plan de l'efficacité (Carroll, 1996; Morgenstern et McKay, 2007). L'ajout de l'entraînement à la méditation et l'individualisation de la PR aux caractéristiques de l'individu, notamment à la substance consommée, son histoire de consommation et ses relations interpersonnelles, sont des avenues prometteuses (Bowen et coll., 2009). Aussi, il apparaît prometteur d'élaborer des modèles de PR qui tiennent compte de la réinsertion socioprofessionnelle et de l'approche de gestion des contingences (DeFulio, Donlin, Wong et Silverman, 2009). Par ailleurs, quels que soient le type d'approche retenue et son mode d'application, il semble que le fait d'offrir un modèle d'intervention ciblé sur la PR permette d'améliorer les résultats thérapeutiques à plus long terme.

1.3.8 Les modèles incluant les membres de l'entourage

L'ensemble des études d'efficacité démontre qu'il est bénéfique d'inclure la ou le partenaire de la personne qui abuse de SPA. Nous aborderons ici la thérapie conjugale comportementale et le programme CRAFT.

1.3.8.1 Les interventions conjugales comportementales

Depuis le début des années 1980, les théories de l'apprentissage ont servi à élaborer des traitements conjugaux comportementaux de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell, Cutter et Floyd, 1985).

Un des premiers objectifs des interventions conjugales comportementales a trait à l'atteinte de l'abstinence ou à la réduction de la consommation (Epstein et McCrady, 2002). Toutefois, ce qui différencie ce modèle de l'intervention individuelle est l'accent qu'il met sur les séquences interactionnelles entourant la consommation d'alcool ou de drogues, lesquelles sont évaluées en fonction de leur potentiel à favoriser l'abus de SPA ou l'abstinence (Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006; Wakefield, Williams, Yost et Patterson, 1996). S'appuyant sur le constat que les personnes alcooliques et toxicomanes sont moins à risque de rechute si leur relation amoureuse est satisfaisante, les *modalisateurs* des interventions conjugales comportementales insistent sur la nécessité de développer diverses habiletés relationnelles qui augmenteront le bien-être conjugal (McCrady et Epstein, 1995; O'Farrell, 1993).

L'intervention débute par une évaluation, suivie généralement d'un moment de rétroaction au cours duquel le thérapeute rend compte au couple des résultats obtenus (Epstein et McCrady, 2002; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006). Par la suite, il cible des objectifs de changement devant permettre à la personne alcoolique ou toxicomane d'atteindre ou de maintenir l'abstinence (McCrady et Epstein, 1995; O'Farrell, 1993), et ce, en utilisant la relation conjugale comme levier de changement.

L'efficacité de trois modèles d'intervention conjugale a été évaluée à ce jour et deux de ces modèles sont les plus validés. D'abord, celui de l'équipe de l'Université Rutgers, dirigée par Barbara McCrady[6], qui a mis au point un modèle d'intervention conjugale comportementale visant le traitement de l'abus et de la dépendance relatifs à l'alcool (Epstein et McCrady, 2002)

[6] Barbara McCrady est aujourd'hui à l'Université du Nouveau-Mexique à Albuquerque.

et aux autres SPA (Epstein et coll., 2007). Ce modèle, qui implique le ou la conjointe de la personne dépendante, présente de multiples composantes dont l'une des particularités est que l'ensemble du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie doit être réalisé au moyen de rencontres conjugales, et ce, dès la première séance. Il a, en outre, une grande flexibilité d'application, ce qui lui donne un potentiel réaliste d'adaptation au contexte clinique des centres de traitement.

De son côté, Timothy J. O'Farrell, de l'Université Harvard, a mis au point un autre modèle d'intervention conjugale comportementale qui se pratique en groupe de couples et qui est plus structuré, plus bref et conçu comme un ajout à l'intervention habituelle (O'Farrell et Fals-Stewart, 2006).

L'intervention conjugale comportementale semble avoir deux effets principaux interreliés, soit la diminution de la consommation de SPA et l'amélioration de la relation conjugale (Powers, Vedel et Emmelkamp, 2008).

1.3.8.2 Le programme CRAFT

Diverses approches impliquent le recours aux membres de l'entourage de personnes alcooliques ou toxicomanes (PAT) qui ne sont pas disposées à réduire ou à arrêter leur consommation de SPA, ni à amorcer un traitement, afin d'avoir un impact sur la PAT. Le plus ancien modèle est certainement le programme d'intervention du Johnston Institute (*Johnson Institute Intervention*), mis au point par le Dr Vernon E. Johnson, qui a fondé le Johnson Institute en 1966 à Minneapolis, au Minnesota. À cette époque, une idée largement répandue voulait qu'il n'y ait pas de possibilité de venir en aide à une personne alcoolique avant qu'elle n'ait « touché le fond du baril » (Johnson Institute, 1987). Le docteur Johnson s'est insurgé contre cette philosophie jugée trop passive, faisant valoir qu'il était possible d'intervenir auprès des personnes alcooliques non volontaires en faisant appel aux individus qui leur sont chers. Il a alors élaboré ce qui, par la suite, a été familièrement appelé « l'Intervention ».

« L'Intervention » repose principalement sur l'implication des membres de l'entourage d'une PAT. Ceux-ci se réunissent, à l'insu de la PAT, afin de préparer une rencontre de confrontation avec elle. Les objectifs d'un tel programme sont doubles. On souhaite tout d'abord accroître la probabilité que la PAT amorce un changement (principalement entreprendre une thérapie), devienne abstinente et le demeure (Liepman, 1993). On veut également favoriser le rétablissement de la famille. Les clients ciblés sont les PAT qui refusent de modifier leurs habitudes de consommation de SPA ou encore celles qui ont amorcé une thérapie, mais dont la motivation est nettement incertaine (Liepman, 1993). Le levier principal d'intervention est constitué des membres de la famille et de proches significatifs.

Trois modèles d'intervention visant à améliorer « l'Intervention » du Johnston Institute ont été élaborés. On trouve, dans la revue de la documentation, la thérapie familiale unilatérale qui cible d'abord, comme son nom l'indique, les conjoints et les conjointes de personnes alcooliques (Thomas et Ager, 1993), le modèle de pression pour le changement (*Pressure to Change*) (Barber et Crisp, 1995; Barber et Gilbertson, 1997) et le programme *Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement* (ARISE) (Garrett et Landau, 2007; Garrett et coll., 1998; Garrett, Landau-Stanton, Stanton, Stellato-Kabat et Stellato-Kabat, 1997; Landau et coll., 2000). Ces

modèles ajoutent des modules d'apprentissage divers à « l'Intervention », à savoir des habiletés à la communication, la capacité à réduire les renforçateurs de la communication ou l'amélioration des stratégies de renforcement de la sobriété. Ils aboutissent, si nécessaire, à « l'Intervention ». Le programme ARISE innove en informant et en invitant la PAT dès le début. Des trois modèles, seul ARISE semble encore soutenu par les auteurs.

Le programme de renforcement communautaire et de formation familiale, en anglais *Community Reinforcement Approach and Family Training* (CRAFT), a été mis au point par les auteurs de l'approche de renforcement communautaire, en anglais la *Community Reinforcement Approach* (Sisson et Azrin, 1986; 1993). Cette intervention, dont la démonstration peut être actuellement qualifiée de préliminaire, s'appuie sur la prémisse selon laquelle la personne significative peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un proche. Ce rôle est joué grâce à l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle cognitivo-comportemental. Cette approche est aussi élaborée à partir de la croyance en la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et de la nécessité de développer cette compétence. Finalement, on y intègre une philosophie plutôt humaniste, ainsi qu'elle a été développée par William Miller dans l'EM (Meyers, Miller et Smith, 2001).

Trois objectifs guident cette intervention, soit :

1. Diminuer le recours aux SPA chez la personne alcoolique ou toxicomane (PAT) par la participation d'un membre de la famille.
2. Engager en thérapie le consommateur de SPA qui résiste à changer, grâce au rôle joué par un membre de la famille.
3. Aider la personne significative préoccupée à être plus indépendante et à améliorer sa qualité de vie.

Le programme CRAFT est actuellement offert en formule individuelle et sa durée est indéterminée, quoique lors des études d'efficacité, les auteurs ont prévu 12 heures de rencontre pour chaque personne.
L'intervention comprend plusieurs composantes, soit l'évaluation, la construction et le soutien de la motivation du membre de l'entourage, une analyse fonctionnelle des comportements problématiques, la prévention de la violence, l'amélioration des habiletés à la communication, le renforcement positif des comportements de sobriété ou de consommation modérée, le recours aux conséquences négatives, l'amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage ainsi que l'invitation faite à la PAT d'entreprendre un traitement.

1.3.9 Les modèles pharmacologiques comportant ou non des aspects psychosociaux

Il importe de rappeler d'abord que le recours à ces modèles d'intervention pharmacologiques dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance doit nécessairement se faire en collaboration avec un médecin et un pharmacien.

On peut classer les médicaments utilisés dans les traitements pharmacologiques de la toxicomanie dans quatre grandes catégories (Roberts et Ogborne, 1999), soit :

1. les médicaments antidipsotropes (ou aversifs) qui entraînent une réaction déplaisante lorsqu'ils sont utilisés avec la substance psychoactive (SPA) (ex. : alcool);
2. les médicaments anti-accoutumance qui réduisent le besoin de la SPA (alcool);
3. les médicaments psychotropes qui améliorent l'état psychologique en supposant que cette amélioration aidera la personne à réduire sa consommation de SPA;
4. les médicaments de substitution et de maintien qui sont les substances de remplacement qui préviennent les symptômes de sevrage, sans toutefois procurer les effets euphorisants désirés.

Soulignons qu'il existe une vaste littérature sur les traitements de substitution (par exemple le recours à la méthadone ou au suboxone) pour les personnes dépendantes à l'héroïne. Compte tenu de leur complexité, les meilleures pratiques concernant ce sous-groupe spécifique ne seront pas abordées ici. Précisons par ailleurs que l'ACRDQ y a consacré un guide d'appropriation de bonnes pratiques (Desrosiers, Fabrès et Savard, 2009). Santé Canada (2002) et l'organisme américain National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) y dédie également un guide de meilleures pratiques.

Pour ce qui est des trois premières catégories mentionnées ci-dessus, seuls les médicaments anti-accoutumance sont appuyés par des données probantes. En effet, l'acamprosate et la naltrexone sont deux médicaments anti-accoutumance ayant largement été étudiés dans le contexte du traitement de la dépendance à l'alcool. Il s'agit également des deux seuls médicaments ayant été approuvés par les gouvernements américain et canadien, soit par la FDA et Santé Canada, pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Une méta-analyse récente portant sur l'efficacité de ces deux médicaments a permis de conclure que la naltrexone et l'acamprosate sont plus efficaces que le placebo pour prévenir la rechute chez les personnes dépendantes à l'alcool (Rösner, Leucht, Lehert et Soyka, 2008). Selon cette méta-analyse, ni le naltrexone ni l'acamprosate ne se montrent supérieurs à l'autre, mais les résultats varient selon les indicateurs de résultats considérés. En effet, l'acamprosate favorise le maintien de l'abstinence alors que le naltrexone prévient la consommation excessive d'alcool (Rösner et coll., 2008). Par ailleurs, tant les effets de la naltrexone que ceux de l'acamprosate sont plus marqués à court terme, ce qui mène plusieurs auteurs à recommander l'ajout d'un traitement psychosocial à la médication afin de maintenir les gains à plus long terme (Donovan et coll., 2008; Srisurapanont et Jarusuraisin, 2005).

1.3.10 Les traitements pour le jeu pathologique

Les informations qui suivent sont tirées du *Guide des bonnes pratiques sur le jeu pathologique*, publié par l'ACRDQ (Desrosiers et Jacques, 2009).

Peu d'études ont à ce jour permis de confirmer ce qui constitue un traitement efficace pour le jeu pathologique (Toneatto et Ladouceur, 2003). La méta-analyse réalisée par Pallesen, Morten, Kvale, Johnsen et Molde (2005) ont étudié l'efficacité de certaines approches thérapeutiques

privilégiées pour le jeu pathologique, dont les traitements cognitifs et comportementaux, l'approche des Gamblers Anonymes (GA), l'entrevue motivationnelle et les thérapies éclectiques (jumelage de plusieurs interventions provenant de différentes approches). Les conclusions de cette méta-analyse démontrent qu'une intervention psychologique amène de meilleurs résultats thérapeutiques qu'une absence de traitement.

Par ailleurs, les études de traitement publiées à ce jour qui indiquent des gains thérapeutiques à court, moyen et long terme proviennent majoritairement d'études utilisant des approches cognitive, comportementale ou cognitivo-comportementale (Pallesen et coll., 2005). Toneatto et Ladouceur (2003) concluaient également que les études cognitives comportementales avaient reçu le meilleur appui empirique à ce jour. Mais ce champ, contrairement à celui de l'évaluation de l'efficacité des traitements en toxicomanie, n'a pas bénéficié d'études comparatives de traitement *bona fide*. Ainsi, bien que l'approche cognitivo-comportementale soit celle qui a reçu les meilleurs appuis empiriques, on peut probablement croire qu'éventuellement, comme pour le champ de la toxicomanie, plusieurs approches structurées s'appuyant sur un modèle conceptuel fort, dont le traitement est détaillé dans un manuel et pour lequel les cliniciens peuvent développer une compétence reconnue, seront des traitements dont l'efficacité sera similaire.

Le recours à l'approche motivationnelle, avant l'introduction d'une thérapie cognitivo-comportementale, est par ailleurs tout indiqué « pour aider les clients à résoudre leur ambivalence quant au traitement ».

Par la suite, les techniques cognitives et comportementales seraient à même de leur fournir les outils nécessaires pour composer avec le jeu pathologique. C'est en ce sens que Wulfert, Blanchard, Frainberg et Martell (2006) ont créé une intervention combinant l'entretien motivationnel […] avec des interventions cognitives et comportementales inspirées de l'étude faite précédemment par Sylvain, Ladouceur et Boisvert (1997).

Le Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs, implanté par le MSSS au Québec, stipule que « la dimension cognitive constitue l'élément central » de toute intervention. « Selon cette perspective, les idées fausses ou erronées entretenues par le joueur le poussent à retourner au jeu. Le but du traitement consiste à aider le joueur à développer une perception plus réaliste du jeu, de manière à ce qu'il puisse résister davantage à son désir de jouer et qu'il comprenne pourquoi il réussit à y résister. » Les séances de jeu sont alors analysées afin de déceler les pensées erronées du joueur. Par la suite, « le clinicien tente de semer le doute chez le joueur par rapport à la véracité de celles-ci en lui fournissant de l'information concrète sur les jeux de hasard et d'argent et en distinguant ceux-ci des jeux d'adresse. À l'aide d'exercices favorisant la prise de conscience de son comportement, le clinicien poursuit le travail de modification des pensées erronées ». Des interventions comportementales peuvent aussi être utilisées, notamment pour « aider le joueur à faire face à des situations ou à des problèmes spécifiques qui nuisent à la modification de ses pensées erronées liées au jeu ». Enfin, la rechute faisant partie du « processus normal de cessation du jeu, les différentes situations pouvant placer le client à risque d'en faire une sont explorées, de même que les moyens de l'éviter. La thérapie se termine lorsque le joueur maîtrise la technique de modification de ses pensées et qu'il est conscient des risques de rechute ».

Enfin, aucune étude n'a pu démontrer l'efficacité d'une approche pharmacologique dans le traitement des joueurs pathologiques, « et aucune médication n'a été approuvée par la U.S. Food and Drug Administration pour le traitement de ce trouble » (Dell'Osso, Allen et Hollander, 2005).

1.3.11 Les interventions auprès des jeunes

Les informations qui suivent sont tirées du *Guide des bonnes pratiques à l'intention des jeunes et de leur entourage*, publié par l'ACRDQ (Bertrand et coll., 2006). S'il est vrai que les approches reconnues pour la prise en charge des adultes dépendants sont aussi bonnes pour les jeunes, il faut reconnaître que ceux-ci constituent un sous-groupe particulièrement vulnérable pour lequel les services doivent être adaptés afin de répondre à leur spécificité : « En raison de la vulnérabilité de cette clientèle, il est apparu nécessaire, voire primordial, de définir des pratiques qui lui soient propres plutôt que de recourir aux modes d'intervention prévus pour les adultes aux prises avec ce type de problème » (Bertrand et coll., 2006, p. 17).

Il importe d'abord de prendre en considération que les jeunes ne forment pas une catégorie sociale homogène. Il y a des considérations quant aux traitements et aux approches adéquates qui touchent cette clientèle en général alors que d'autres considérations sont plutôt propres à un sous-groupe en particulier. Une des caractéristiques de cette période de la vie est de connaître un constant développement cognitif et émotionnel. Il est alors nécessaire d'ajuster les modalités de traitement selon l'âge : les moins de 12 ans, les 12-17 ans et les 18-24 ans. Il y a aussi des enjeux propres à l'intervention auprès de certains sous-groupes de jeunes comme les jeunes de la rue, les jeunes en centre jeunesse, les jeunes utilisateurs de drogue injectable (UDI), les jeunes provenant d'une autre ethnie ou d'une autre culture, les jeunes aux prises avec des problèmes mentaux concomitants[7] ou ceux aux prises avec des problèmes concomitants de délinquance[8].

Il importe alors que l'intervention demeure ouverte et compréhensive de la culture des jeunes et qu'elle insère en son principe même une bonne dose de flexibilité. L'alliance thérapeutique est beaucoup plus déterminante que la technique d'intervention dans l'explication du

[7] Il n'y a pas de consensus clair sur les pratiques gagnantes pour les jeunes qui connaissent des problèmes mentaux concomitants à un problème de dépendance. On propose de s'inspirer des pratiques pour les adultes : 1) détecter systématiquement la présence de troubles mentaux au moment de l'inscription dans les services en ayant recours à des outils validés; 2) référer vers les services spécifiques de santé mentale pour une évaluation complète des troubles mentaux en présence et une évaluation du niveau de fonctionnement psychosocial du jeune; 3) évaluer au début et en cours de traitement le niveau de motivation du jeune à s'engager dans un traitement et à modifier ses comportements de consommation; déterminer la nature des éléments qui le motivent à changer ou non et adapter l'intervention en conséquence; 4) établir un plan de services individualisé, basé sur l'évaluation des troubles en présence et sur leur résolution, qui tient compte des ressources disponibles et d'une orientation adéquate vers un traitement approprié; 5) évaluer de manière continue l'évolution du jeune en traitement et ses progrès sur le plan de la consommation et de ses difficultés psychologiques; 6) tenir compte dans l'intervention des besoins fondamentaux du jeune, notamment en ce qui a trait au logement, à sa sécurité et à son réseau de soutien social.

[8] Pour la délinquance, on ne sait pas si des programmes spécialisés sont nécessaires et plus efficaces que ceux pour les jeunes en général. Une chose importante avec ce sous-groupe est de les aborder dans un esprit de grande ouverture, sans jugement tout en garantissant la confidentialité de l'alliance thérapeutique devant les autres instances, juridiques par exemple.

changement. Il est alors préférable d'offrir un traitement multidimensionnel éclectique plutôt que de recourir à une seule approche unidimensionnelle. Au-delà des techniques et approches utilisées, mentionnons que la perspective de la réduction des méfaits offre des avantages, quel que soit le sous-groupe de jeunes concerné. Son pragmatisme offre plus d'opportunités de raccrocher le jeune aux services et de créer un climat de confiance, ce qui est le premier défi à relever avec cette clientèle.

Bien que ce qui importe le plus avec l'intervention auprès des jeunes soit la qualité de l'alliance thérapeutique et que la flexibilité soit de mise, il y a tout de même des modèles d'intervention qui sont jugés efficaces et qui reposent sur des données probantes. C'est le cas de la thérapie cognitivo-comportementale combinée à l'intervention motivationnelle qui constitue une manière d'aborder la problématique avec les jeunes dont la validité est démontrée. Il y a aussi différentes approches de thérapie familiale qui s'avèrent efficaces : la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie familiale brève stratégique, la thérapie multisystémique et l'*Adolescent Community Reinforcement Approach* (ACRA). Efficaces, oui, mais ces approches ne sont pas des solutions absolues. Elles doivent être adaptées aux besoins spécifiques et au stade de développement du jeune. De plus, s'il y a des données probantes qui indiquent l'importance d'impliquer la famille dans le traitement, d'autres approches qui ne l'impliquent pas reposent aussi sur des données probantes de sorte qu'on ne peut recommander le recours spécifique aux approches familiales (Bertrand et coll., 2006). Il demeure que l'intégration d'une modalité familiale au traitement, sans que ce soit nécessairement par la thérapie familiale, constitue une meilleure pratique qui fait consensus chez les experts. En ce sens, une étude récente menée au Québec montre qu'une plus grande implication des parents dans le traitement de l'adolescent, mesurée en nombre de sessions, est liée à une amélioration des habiletés parentales et une diminution de la consommation de l'adolescent six mois suivant son admission en traitement (Bertrand et coll., 2013). Cette implication peut prendre la forme de rencontres individuelles ou de couple de counseling parental, de rencontres familiales ponctuelles ou encore de groupes de parents centrés sur les habiletés parentales et l'appui d'une démarche de rétablissement de son enfant.

Sans tirer une règle infaillible de cette situation, selon le stade de développement du jeune, son âge et son degré de maturité ou d'autonomie, on peut considérer plus important l'implication de la famille dans le traitement pour ceux pour qui le niveau d'autonomie est faible alors qu'avec les plus vieux et les plus matures, on privilégie le soutien individuel (pour explorer les projets d'avenir), et on favorise le développement du sentiment d'efficacité personnel et de maîtrise sur l'environnement (autonomisation ou *empowerment*).

Comme il n'y a pas de solutions uniques valables pour tous pour le traitement de cette clientèle et que le seul critère objectif de l'âge n'est pas suffisant pour élaborer un plan d'intervention, il faut une évaluation personnalisée qui tienne compte du niveau de développement cognitif, de l'arrivée ou non de la puberté et de la capacité d'introspection du jeune (l'IGT-ado ou le GAIN). Le plan d'intervention doit découler de l'évaluation, être individualisé et ciblé sur les besoins du jeune. Il doit tenir compte des partenaires du réseau de santé et des services sociaux déjà engagés dans le dossier. Sinon, il importe d'y associer ceux qui doivent l'être. Il est nécessaire d'avoir recours à des plans de services individualisés, de favoriser le maintien des gains, d'amener le jeune à connaître les déclencheurs de sa consommation et à développer des

compétences pour la gérer. L'accent doit aussi être mis sur le fait de favoriser le développement de liens entre le jeune et sa communauté.

Si l'évaluation révèle que le jeune affronte des problèmes de jeu ou encore de consommation, il faut s'assurer de faire la détection de l'autre partie du problème. Il y a souvent la présence des deux problématiques même si ce n'est pas le motif principal annoncé pour recevoir de l'aide. Concernant les problèmes de jeu, il existe peu d'études qui portent sur l'efficacité des traitements pour les jeunes, mais les traitements cognitivo-comportementaux semblent les plus prometteurs. De plus, certaines interventions sont efficaces : comprendre les motivations, encourager une diminution de la fréquence, de la durée et des montants dépensés et définir avec le jeune les cognitions irrationnelles comme l'illusion de contrôle typique du jeu pathologique. Il est aussi nécessaire de réaliser une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, et de le faire aussi en cours de suivi. Dans le cas de la présence de cette problématique, il faut outiller le jeune pour faire face à ses idées suicidaires en ne perdant pas de vue qu'une demande d'aide est déjà l'amorce d'une intervention. Il importe également d'évaluer la pertinence de le référer vers ou de collaborer avec les services appropriés à cette fin.

En dernier lieu, il s'avère nécessaire que la fin du traitement soit déterminée en accord avec le jeune. Une fois l'intervention terminée, la porte devrait rester ouverte, car la consolidation des acquis ne s'opère que dans la longue durée.

1.3.12 Les pratiques *bona fide*

Cette dernière partie porte sur l'application, par les ressources soumises au présent règlement, de pratiques *bona fide* ou spécifiques qui ne seraient pas répertoriées dans les pages qui précèdent. Cette possibilité laissée aux ressources s'appuie sur le fait que, à certaines conditions, aucun des traitements qui ont fait l'objet d'études d'efficacité n'a pu être démontré supérieur aux autres et ils ont pu, par conséquent, être considérés comme équivalents (Babor, 2008; Clark, 2009; Imel et coll., 2008; Mee-Lee et coll., 2010; Morgenstern et McKay, 2007; Prendergast et coll., 2002; Wampold et coll., 1997; Wampold, 2010). **On doit cependant être attentif au fait que l'expression *bona fide* ou « spécifique » qualifie des traitements dont le but explicite est d'avoir un effet thérapeutique et qui répondent aux critères d'inclusion des traitements jugés efficaces, par opposition à des traitements non spécifiques ou à une condition contrôle comme une liste d'attente ou un placebo.**

Dans le champ spécifique de la toxicomanie, les auteurs qui ont étudié l'efficacité relative des diverses approches ou techniques en psychothérapie (Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008) ont pris soin d'adapter les critères d'inclusion des traitements *bona fide* de la façon suivante :

1. Les traitements doivent avoir impliqué plusieurs sessions au cours desquelles le thérapeute développe une relation avec le patient et dans lesquelles le traitement est ajusté au patient;

2. Le traitement a rencontré au moins deux des quatre critères suivants : a) il se réfère à une approche établie (par ex. cognitivo-comportementale); b) il inclut une description de la thérapie qui mentionne des processus psychologiques pertinents qui sous-tendent

les types d'intervention choisis; c) il utilise un manuel pour guider la thérapie; d) il contient une description rigoureuse des composantes nécessaires pour que le changement survienne (ingrédients actifs), basée sur des notions conceptuelles reconnues ou sur des constats de la littérature scientifique.

3. Le traitement doit être dispensé par des intervenants qui ont une formation adéquate pour donner ce traitement.

Ce sont ces critères qui sont repris dans le présent document pour présider à l'évaluation des ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique qui se réclameront d'une approche *bona fide* pour qualifier leurs pratiques dans le domaine de la thérapie. Les exploitants qui se réclameront d'une approche *bona fide devront donc faire la preuve qu'ils répondent aux critères d'inclusion des traitements jugés efficaces.*

1.4 NOTE IMPORTANTE

Rappelons, en terminant, que l'objectif du présent document est de permettre aux exploitants des ressources visées par le règlement de s'assurer de proposer une ou des approches reconnues dans le domaine des dépendances. Il va sans dire que le fait de se réclamer d'une approche reconnue ne garantit aucunement que son application dans la réalité s'effectue dans le respect des conditions prévues par ceux qui l'ont mise au point. Il importe donc que les ressources qui choisissent l'une ou l'autre des approches répertoriées dans ce document se donnent les moyens, notamment par une formation pertinente et le choix d'intervenants compétents, de la mettre en œuvre d'une façon appropriée.

Il importe également de rappeler que le succès dans l'application de toutes ces approches repose sur des facteurs communs tels que le développement d'une alliance thérapeutique entre les intervenants et les personnes qui demandent de l'aide pour un problème de dépendance. De plus, le climat organisationnel, la qualité de l'accueil et de l'évaluation des personnes, l'accessibilité des services, pour ne mentionner que ceux-là, sont autant de facteurs qui contribuent à ce que les approches choisies puissent s'exercer dans un contexte favorisant leur efficacité. Nous recommandons au lecteur de consulter le texte de l'ACRDQ déjà cité (Tremblay, et coll., 2010) s'il désire obtenir davantage d'informations sur le sujet.

PARTIE II - LES SERVICES DE RÉINSERTION SOCIALE

Afin d'appuyer cette présente section, celle-ci, tout comme la précédente, s'inspire largement d'un guide réalisé par l'ACRDQ. De fait, ce guide portant sur les bonnes pratiques en matière de réinsertion sociale sert de base à la rédaction de cette section (Desrosiers, Ferland et Blanchette-Martin, 2012). Une synthèse des principales informations provenant de ce guide est présentée ici, mais il est suggéré de consulter le document lui-même afin d'obtenir des explications et des informations détaillées.

Retenons, aux fins de ce document, que les pratiques choisies pour les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique s'appuient à la fois sur la recension des écrits et sur une consultation auprès des professionnels des CRD et des usagers qui les fréquentent. Dans le présent document, nous présenterons les informations de ces deux sources en concluant le document sur des recommandations qui s'inspirent de celles du guide de l'ACRDQ sur la réinsertion sociale, mais qui seront adaptées aux ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance.

2.1 LES DONNÉES PROVENANT DE LA RECENSION DES ÉCRITS

L'élaboration des exigences attendues relatives aux pratiques dans les ressources offrant des services de réinsertion sociale pose des défis. Ils font en effet partie des services offerts pour lesquels il existe peu d'études et de données probantes. La recension des écrits réalisée dans le cadre du guide de l'ACRDQ le souligne : « force a été de constater que l'efficacité des pratiques de réinsertion sociale est peu documentée » (Desrosiers et coll., 2012, p. 11). Ce faisant, les « pratiques reconnues » qui font l'objet de cette section s'en remettent davantage aux consensus d'experts qu'à des données probantes au sens propre.

Les données scientifiques actuellement disponibles ne permettent ni de privilégier ni de mettre de côté les approches ou les théories recensées. Malgré cette absence de données probantes, les auteurs en viennent néanmoins à la conclusion « que les approches de type multidimensionnel ou encore celles qui sont basées sur une hiérarchisation de l'intervention en fonction des besoins des individus sont à privilégier en matière de réinsertion sociale » (Desrosiers et coll., 2012, p. 15).

2.2 DÉFINITION

En guise d'introduction, les auteurs de la recension expliquent que plusieurs termes peuvent être utilisés pour faire référence à la réinsertion sociale : réadaptation psychosociale ou psychiatrique, rétablissement, intégration ou réintégration sociale ou, finalement, réinsertion sociale. C'est ce dernier terme qui est retenu puisque, selon les auteurs, sa signification englobe celle de tous les autres termes et il est le plus couramment utilisé au Québec (Desrosiers et coll., 2012).

Ajoutons que « les personnes ayant un problème d'abus ou de dépendance sont plus exposées au risque de vivre des situations de rupture avec la société. Une personne initialement désaffiliée par son histoire de vie, son contexte socioéconomique, sa condition mentale peut être amenée à la consommation. À l'inverse, une personne qui présente un parcours en

dépendance peut se désaffilier à cause des particularités liées à ce parcours » (Vincent, 2013, p. 343).

2.3 LA RÉINSERTION SOCIALE DANS LE CADRE DE LA DÉMARCHE GLOBALE DE TRAITEMENT

Le moment idéal d'introduction de la réinsertion sociale dans la démarche globale de traitement est souvent remis en question. Faut-il que cela intervienne avant, pendant ou après la thérapie? Une chose semble plus certaine que les autres, c'est que « le processus de réinsertion doit s'intégrer dans le processus clinique général et ne peut se dissocier du processus d'élaboration du *Plan d'intervention* et du *Plan de services individualisé*. Pour sa part, SAMHSA (2003) indique qu'une approche intégrée de réinsertion est supérieure à une approche parallèle ou séquentielle. Selon Caldéron, Lagomanzini, Marquet et Menneret (2011), en début d'intervention, l'engagement d'une démarche de réinsertion, tant sociale que professionnelle, peut redonner du sens à un parcours de vie et motiver l'entrée ou le maintien dans une démarche plus large de rétablissement (Desrosiers et coll., 2012). Cette perspective globale n'exclut aucunement que certaines ressources, notamment celles visées par le présent règlement, décident de se dédier principalement ou exclusivement à la mission "réinsertion sociale". Elle leur fait cependant l'obligation de prendre en compte l'ensemble de la démarche de traitement de la personne hébergée dans leur plan d'intervention, en complémentarité avec les autres ressources disponibles.

2.4 LES APPROCHES ET THÉORIES

Plusieurs approches ou théories ont été recensées en ce qui concerne le champ de la réinsertion sociale :

La pyramide de Maslow : Il s'agit d'une approche de motivation à l'action qui hiérarchise les besoins en quatre catégories, nommées ici par ordre de primauté: 1) physiologiques, 2) de sécurité, 3) d'appartenance et 4) d'accomplissement de soi. Cette approche est pertinente pour mettre en place un plan d'intervention en visant à satisfaire les besoins du niveau inférieur avant de passer à un supérieur.

L'approche multisystémique: Cette approche ne cible pas seulement l'individu comme la pyramide de Maslow, mais l'ensemble des sous-systèmes qui s'imbriquent dans la réalité de l'individu. Elle identifie quatre niveaux de sous-système: 1) le microsystème, soit l'individu et son réseau social (travail et famille), 2) le mésosystème, soit l'espace d'interaction, 3) l'exosystème, soit les politiques sociales qui influent sur la vie de l'individu et 4) le macrosystème, soit les cultures et sous-cultures dans lesquelles l'individu évolue. Le soutien social serait la clef de voûte selon cette approche.

L'approche écologique: Elle vise une compréhension holistique et biopsychosociale des interactions existant entre la personne et son environnement. Elle tient compte de la globalité de l'individu et comprend la dépendance à travers l'interaction de plusieurs dimensions de l'individu (les aspects biologique, psychologique, social, culturel, judiciaire et politique).

L'interactionnisme symbolique: Cette approche met l'accent sur le fait que les interactions de l'individu et de son environnement au sens large influencent le développement de son identité. L'individu agirait selon ce qu'il croit que les autres attendent de lui, puis ces comportements finissent par s'intérioriser et être partie prenante de son identité. Les groupes d'entraide sont un exemple de cette approche, l'abstinence étant la norme désirée et finalement intériorisée.

Approche milieu (ou proactive): Elle se déploie dans l'environnement quotidien et le milieu de vie de l'individu. La personne y est totalité (biologique, affective, cognitive et sociale). L'intervention doit connaître tant les conditions de vie des personnes que celles de leur entourage. L'ensemble des situations de vie de la personne et les composantes structurelles de son milieu de vie sont le matériel à travailler dans une optique de réinsertion sociale.

Hiérarchisation des cibles: Ce modèle en est d'abord un de thérapie, mais il comporte aussi des composantes ciblant la réinsertion sociale. Des cibles de traitements doivent être respectées selon un ordre hiérarchique: 1) diminution des comportements mettant en danger la vie, 2) diminution des comportements qui interfèrent avec la thérapie, 3) réduction des comportements qui dégradent la qualité de vie et 4) développement des habiletés.

Zone d'affiliation et de désaffiliation: Selon cette approche, il y aurait trois zones dans lesquelles l'individu circulerait: zone d'intégration, zone de vulnérabilité et une zone de désaffiliation. Deux critères déterminent l'appartenance à la zone, soit l'emploi et l'insertion relationnelle. «Dans ce contexte, la réinsertion sociale a pour but d'amener l'individu à vivre des expériences qui le ramèneront progressivement dans la zone d'intégration. Ce cheminement peut se faire tant par l'intermédiaire du réseau social que par celui du retour à l'emploi.» (Desrosiers et coll., 2012, p. 14)

Théorie de la stigmatisation: Selon cette théorie, l'individu possède deux représentations de son soi social, une identité sociale virtuelle qui est la manière dont l'entourage le perçoit et une identité sociale réelle qui est la manière dont l'individu se perçoit. La stigmatisation apparaît dans le décalage entre ces deux identités. « Dans ce contexte, le but de la réinsertion sociale est de diminuer le décalage entre les deux « Soi » et d'aider l'individu à ce que son *Soi social virtuel* devienne en accord avec son *Soi social réel*. » (Desrosiers et coll., 2012, p. 14).

2.5 LES INTERVENTIONS

Des interventions sont aussi répertoriées, elles se divisent en deux aspects, social et occupationnel.

Les interventions visant la sphère sociale.

L'éducation aux loisirs: Vise à sensibiliser le participant à de nouvelles activités susceptibles de remplacer la consommation. L'efficacité de cette forme d'intervention n'a pas été évaluée.

La réinsertion en logement: Comme l'indique son nom, ce type d'intervention vise à assurer la réinsertion par l'intermédiaire du logement et peut être accompagné de soutien comme le

modèle des logements alternatifs. Selon le CAMH (2002), ce type de logement peut remplacer efficacement les soins hospitaliers de longue durée, surtout pour les personnes présentant des problèmes mentaux et de dépendance concomitants. La réinsertion sera meilleure si le niveau de soutien est appareillé aux besoins de l'individu et si les services de soutien sont intégrés aux autres services communautaires et de santé mentale. Une intensité plus grande de services de soutien serait nécessaire pour la période d'intégration.

Le renforcement par la communauté: Cette approche clinique en est d'abord une de réadaptation. Certaines de ses composantes touchant la sphère sociale s'inscrivent toutefois dans la réinsertion, particulièrement lorsque l'intervention met à profit les ressources de la communauté afin que la personne s'implique dans des activités auxquelles participent aussi des non-consommateurs. Elle favorise la prise de conscience que la vie peut être plaisante sans consommation et elle permet la pratique de nouvelles habiletés sociales dans un environnement non menaçant. Les composantes qui touchent davantage la réinsertion sont la recherche d'emploi, les relations interpersonnelles et les activités récréatives. Elles seraient efficaces pour favoriser l'implication sociale des usagers, autant pour les personnes en traitement de substitution à la méthadone que pour les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance aux autres substances. Au Québec, c'est principalement dans les organismes communautaires que cette approche est mise en place.

La communauté thérapeutique: Le propre de ce type d'intervention est d'offrir un milieu de vie à la personne. La réinsertion s'opère par l'intermédiaire des liens qui se tissent entre les résidents ou par les services de suivi aidant la personne à se détacher de la communauté et d'acquérir son autonomie. Elle comprend trois phases: 1) un premier mois au cours duquel la personne vit dans la communauté thérapeutique et est exposée aux différentes avenues de réinsertion présentes dans son environnement, 2) au cours d'une période pouvant aller jusqu'à 6 mois, la personne réside à mi-temps et établit progressivement ses propres objectifs de réinsertion à long terme et 3) au cours d'une période pouvant aller jusqu'à 6 mois, la personne retourne à plein temps dans son milieu de vie d'origine en recevant des services externes.

L'appartenance à des groupes spirituels : Ils permettent une forme de réinsertion puisqu'ils mettent de l'avant l'abstinence ou une consommation non abusive. La personne développe des liens avec des pairs qui ne valorisent pas la consommation, ce nouveau réseau social favorise le changement à long terme. « En fait, ce n'est pas la spiritualité qui permet la réinsertion sociale, mais bien l'appartenance à un groupe favorisant l'abstinence ou une consommation non problématique. » (Desrosiers et coll., 2012, p. 18)

Les groupes anonymes: C'est l'émergence des AA qui est le modèle de base de ce type d'intervention. Reposant sur des réunions quotidiennes et sur le parrainage, cela permet à la personne de recréer un réseau social qui ne valorise pas la consommation.

L'accompagnement: Dans ce type d'intervention, l'intervenant accompagne la personne dans les diverses démarches de réinsertion sociale, « faire avec ». Toutefois, il n'existe aucune preuve de l'efficacité des services d'accompagnement (guide dans les différentes démarches) lorsqu'ils sont la seule activité de réinsertion. Par contre, ils sont particulièrement recommandés pour les clientèles vulnérables comme les personnes itinérantes ou sans domicile fixe.

Les services post-traitement: Les services post-traitement consistant en de l'intervention mise en place une fois la thérapie terminée offrent aussi un bon potentiel de réinsertion. Ils visent à construire, reconstruire ou renforcer le soutien communautaire et social des personnes dans le but de maintenir et d'élargir les gains thérapeutiques. Ce serait les liens qu'ils permettent de créer et d'entretenir avec des personnes sans problème de dépendance ou de consommation qui détermineraient le plus leur efficacité.

Les interventions qui relèvent de la sphère occupationnelle ou de l'emploi.

Il y a les programmes à composantes multiples, qui s'appuient sur une variété de services et intègrent réinsertion et réadaptation. Il existe deux programmes dans ce type d'intervention qui ont montré une efficacité dans des conditions déterminées. Par exemple, les participants au programme *Access to Recovery* (Gaumont et Whitter, 2009) ont une chance de 1,6 fois plus grande d'obtenir un emploi qu'un groupe de contrôle n'ayant fait que de la thérapie. Les effets sont plus grands si l'usage débute entre 31 et 180 jours après le début de la thérapie et ces programmes augmentent aussi la rétention à la thérapie. Complément à la thérapie, ce programme offre une grande variété de services selon les besoins des personnes (soutien individuel, aide au transport, hébergement temporaire, soins médicaux, soutien à l'emploi). Un modèle de motivation à l'emploi basé sur une approche par étapes a lui aussi montré son efficacité pour les personnes en traitement à la méthadone. Ce programme est un modèle d'intégration de la thérapie et de la réinsertion en un même service. Le volet réinsertion se compose d'ateliers portant sur la recherche d'emploi, l'identification des barrières à l'emploi et les conséquences de la consommation sur l'emploi.

D'autres programmes ciblent spécifiquement et uniquement l'emploi. Par exemple, le *Comprehensive Vocationnal Interventionnal Program,* (Shottenfeld, Pascale et Sokolowski, 1992), qui a été évalué pour les personnes en traitement à la méthadone. Il comprend trois volets: 1) On évalue dans un premier temps la situation de travail de la personne (ses goûts, ses compétences, ses expériences et ses motivations), 2) on amène la personne à développer une attitude réaliste face au travail, à mieux connaître le marché du travail ainsi que la recherche d'emploi et on lui offre une aide à la scolarisation si nécessaire, 3) on lui permet de faire un stage dans un atelier supervisé. Lorsque ces trois volets sont terminés, une formation sur la recherche active d'emploi est donnée à la personne et celle-ci participe à la simulation d'entrevues. En parallèle, l'intervenant fait du repérage pour cibler des employeurs potentiels. Le programme, dispensé en externe, s'échelonne sur une période de 12 à 18 mois. Un autre exemple est le *Customized Employment Support* (Staines et coll., 2004). Il s'agit d'un programme de suivi intensif en emploi qui s'est avéré efficace pour les personnes en traitement à la méthadone. Il implique trois rencontres par semaine (la durée n'est pas spécifiée) de même que des contacts répétés par courriel et par téléphone entre les rencontres. Pendant les rencontres, qui peuvent se tenir aussi bien dans le bureau de l'intervenant que dans la communauté, les préjugés de la personne envers le marché du travail et les barrières à l'emploi sont explorés. Un autre programme est le *Vocationnal Problem Solving Skills,* (Zanis, Coviello, Alterman et Appling, 2001) semblable au *Customized Employment Support* de Staines et coll. (2004). Finalement, Emploi Québec retient comme modèle l'accompagnement comme moyen à privilégier pour les personnes éloignées du marché du travail. Les lignes directrices sont d'intensifier l'accompagnement tout au long du processus d'intégration, d'offrir plus de soutient pendant l'étape de maintien en emploi, de ne pas viser seulement un retour immédiat en emploi comme

indicateur de résultats, de faire un suivi serré favorisant l'appariement entre chercheur d'emploi et employeurs et d'offrir une durée de services suffisamment longue tout en assurant un meilleur partage des informations entre les intervenants.

2.5.1 Les interventions auprès des jeunes

La clientèle jeunesse présenterait des besoins particuliers en matière de réinsertion sociale (ou d'insertion dans leur cas). En effet, « des jeunes ayant des problèmes de dépendance aux substances, rencontrés dans le cadre de groupes de discussion, ont clairement indiqué que la participation à des activités sociales structurées aide à fournir un soutien social positif et à promouvoir des comportements prosociaux » (Santé Canada, 2008). Dans le guide de l'ACRDQ sur la réinsertion sociale (Desrosiers et coll., 2012) on présente un programme efficace mis en œuvre dans les centres jeunesse du Québec. Il s'agit du projet *Qualification des jeunes* (ACJQ, 2006), qui vise à préparer et à encadrer le passage des jeunes à la vie autonome, à favoriser leur entrée sur le marché de l'emploi et à les amener à développer des réseaux de soutien externes aux centres jeunesse. Il s'adresse à une clientèle de 16 ans qui présente des caractéristiques de vulnérabilité qui nécessite un suivi additionnel aux services et peut se poursuivre jusqu'à ce que le jeune atteigne l'âge de 19 ans. Une première étape évalue la situation du jeune, de sa famille et des habiletés nécessaires à la transition du milieu de placement vers l'autonomie. Un plan d'action est ensuite mis en place de concert avec le jeune dans lequel des objectifs et des moyens de les atteindre sont définis. L'intervenant accompagne le jeune dans ses démarches et il l'aide à développer des compétences et des connaissances lui permettant d'être autonome (recherche de logement, administration d'un budget, activités visant le bien-être physique et affectif, insertion au travail, aux études ou dans les loisirs).

2.6 LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DES BESOINS EN RÉINSERTION SOCIALE

« Les instruments de mesure permettent d'évaluer la situation d'une personne et de mieux connaître ses besoins. Ils sont là pour aider l'intervenant à mieux orienter son intervention en fonction des besoins de l'usager et à réaliser un plan d'intervention concret. Bien que la réinsertion sociale fasse partie intégrante d'une démarche de traitement, il semble exister peu d'instruments de mesure dont l'objectif consiste à évaluer spécifiquement les besoins en matière de réinsertion sociale. La section qui suit présente quelques-uns de ces instruments. Il est à noter que seul le questionnaire *Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale* (RÉSO) (Tremblay, Bertrand et Ménard, 2005; Tremblay et coll., 2010a) a été conçu spécifiquement pour évaluer les besoins en réinsertion des personnes dépendantes » (Desrosiers et coll., 2012).

L'outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale RÉSO permet d'obtenir une évaluation réelle des besoins des usagers ayant des problèmes de dépendance dans le but de faire un plan d'intervention en réinsertion sociale centré sur les besoins concrets de la personne. Le RÉSO évalue les besoins dans les huit sphères suivantes : alimentation, habillement, logement, hygiène, condition économique, études et travail, loisirs, socialisation. Une neuvième sphère concerne l'identification d'autres situations préoccupantes pouvant entraver l'implication de la personne dans son rétablissement (ex. : renouvellement de cartes, garde des enfants) (Tremblay et coll., 2010a).

Le RÉSO a été développé en collaboration avec des cliniciens expérimentés. Même si peu de données sur les qualités psychométriques de l'instrument sont disponibles, les auteurs affirment qu'il a franchi le stade de la « validité de façade » et qu'il répond à un besoin réel dans la pratique courante.

Les auteurs du guide mentionnent également d'autres outils qui, en plus du RÉSO, pourraient s'avérer utiles pour identifier certains besoins de réinsertion sociale des usagers, notamment *l'Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT). Bien que l'IGT soit d'abord conçu pour évaluer la consommation d'alcool ou de drogues et la présence de problèmes associés, chez l'adulte, il peut permettre de dégager le profil de besoins en réinsertion.

2.7 LES CONSTATS SE DÉGAGEANT DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Bien que des difficultés méthodologiques existent, que les données probantes soient encore peu nombreuses et qu'il soit difficile de déterminer ce qui constitue une réussite de réinsertion en raison de la multiplicité des visages des personnes dans cette situation, certains éléments demeurent incontournables et permettent de privilégier certaines stratégies de l'intervention en réinsertion sociale.

Tout d'abord, la thérapie et la réinsertion sociale en dépendance constituent l'une pour l'autre des ressources importantes (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), 2011) et il est difficile de compartimenter ces deux types d'intervention.

- Comme il est parfois difficile de compartimenter ces deux types d'intervention, il est important d'énoncer des objectifs clairs, propres à chacune de ces interventions afin de délimiter les champs d'action.

- La littérature scientifique traitant du sujet semble pencher davantage pour des services de thérapie et de réinsertion sociale intégrés.

- Même si la littérature scientifique consultée présente principalement des programmes concernant les sphères sociale et occupationnelle, il faut garder à l'esprit la pyramide de Maslow et s'assurer de combler les besoins de base (alimentation, logement) avant de passer à un autre niveau.

- L'offre d'un suivi à long terme en réinsertion sociale, pouvant se prolonger au-delà de la période de thérapie, semble déterminante (Bond, 2004 ; Bond, Becker, Drake et Volger, 1997 ; Carron et Ecoeur, 2003 ; OEDT, 2011; SAMHSA, 2003 ; Schutt et Hursh, 2009). La fréquence et la durée de ce suivi peuvent varier selon les usagers et leurs besoins respectifs. Les interventions utilisées pour favoriser la réinsertion et les objectifs qu'elle poursuit doivent être adaptées aux besoins des usagers desservis (Carron et Ecoeur, 2003 ; OEDT, 2010 ; SAMHSA, 2003).

- Une évaluation précise des besoins est nécessaire afin de faciliter cet appariement (Boivin et De Montigny, 2002).

- Mettre les usagers en relation avec des organismes partenaires offrant des services complémentaires à ceux qui offrent des services de thérapie peut également influencer la réinsertion. Dans de tels cas, il semble important d'accompagner l'usager pour l'amener vers ces services (Hachet, 2002).

2.8 LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS ET DES USAGERS PROVENANT DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE SUR LA RÉINSERTION SOCIALE

Dans le processus d'élaboration du guide de pratique sur les services de réinsertion sociale, les auteurs ont consulté des professionnels et des usagers des centres de réadaptation en dépendance dans deux groupes de discussion. L'analyse de ces discussions a permis d'établir des consensus concernant un certain nombre d'enjeux reliés aux services de réinsertion sociale afin d'en dégager des pratiques éprouvées et prometteuses en complément des données recueillies dans la recension des écrits.

Il se dégage de ces groupes:

- L'importance du lien étroit entre thérapie et réinsertion pour les différentes phases du traitement (stabilisation, instrumentation et consolidation);

- L'importance d'évaluer les besoins de réinsertion au début du traitement et d'engager le réseau social et l'entourage comme appui à ce processus;

- L'importance de respecter le rythme de l'usager et la réponse à ses besoins de stabilisation pour ne pas l'engager dans une démarche le conduisant à l'échec;

- Les usagers de services soulignent que la réinsertion doit être porteuse de sens et représenter un défi réel et non, comme le soulignaient les usagers dans les groupes de discussion, se résumer à « des activités occupationnelles »;

- L'importance d'accompagner les personnes désaffiliées socialement et présentant des problèmes mentaux concomitant à une dépendance;

- L'importance de favoriser le développement d'un milieu d'appartenance et d'un réseau de soutien;

- L'importance de répondre aux besoins de réinsertion en début de traitement et d'associer rapidement les partenaires à un plan de services individualisé, ce qui faciliterait la rétention;

- L'importance d'articuler l'intervention individuelle (pour répondre aux besoins spécifiques) et de groupe (développement d'habiletés sociales, bris de l'isolement et soutien mutuel);

- Les critères d'efficacité seraient: la reconnaissance par l'usager de ses besoins et la capacité de les combler, le sentiment de compétence et de réussite qu'il éprouve, l'atteinte de ses objectifs, l'autonomie dans diverses sphères de la vie et le maintien des acquis ou des objectifs atteints, notamment quant au fonctionnement social, à l'emploi et à l'autonomie financière. Soulignons aussi la satisfaction quant au processus de réinsertion, tant de l'usager que de l'intervenant;

- L'importance du principe de l'autonomisation (Empowerment);

- Ne pas négliger le bénévolat comme moyen possible de réinsertion (qui peut préparer à l'emploi);

- Il y aurait certaines compétences qui seraient nécessaires pour les intervenants: connaissance de la dépendance et de la santé mentale, connaissance des ressources et du milieu, des compétences pour l'utilisation des outils d'évaluation. Certaines qualités ont aussi été soulignées: faire preuve de souplesse, de créativité, d'initiative et démontrer des compétences relationnelles d'entregent et de démarcheur, c'est-à-dire « quelqu'un qui va vers le milieu pour développer son réseau de collaborateurs et de ressources ».

2.9 RECOMMANDATIONS

Nous retenons ici parmi les recommandations du guide de pratique de l'ACRDQ celles qui nous apparaissent les plus pertinentes et applicables dans le cadre des pratiques reconnues dans les services de réinsertion sociale dispensés par les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique. Nous les avons également reformulées, lorsque nécessaire, pour tenir compte de ce cadre.

- Il importe que les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance appartenant à la catégorie réinsertion sociale choisissent parmi **les approches, théories et interventions** répertoriées dans la recension des écrits et résumées dans le présent guide (on peut se référer au guide de l'ACRDQ pour plus de détails), celles sur lesquelles elles entendent appuyer leur programme de services en réinsertion sociale;

- Retenir comme fondamental le principe d'autonomisation, c'est-à-dire le pouvoir d'agir de l'usager dans sa démarche de réinsertion sociale;

- Favoriser l'engagement de l'entourage de l'usager comme source d'appui dans son processus de réinsertion sociale;

- L'intervention en réinsertion sociale devrait articuler l'intervention individuelle (pour répondre aux besoins spécifiques) et de groupe (développement d'habiletés sociales, bris de l'isolement et soutien mutuel);

- L'intervention en réinsertion sociale doit s'inscrire dans la **démarche globale** de rétablissement des personnes auxquelles elle est offerte. Elle doit donc être prise en compte dès le départ de la thérapie, en étant évaluée et intégrée au plan d'intervention de la personne;

- En ce qui concerne **l'évaluation**, les ressources appartenant à la catégorie réinsertion sociale devraient évaluer systématiquement les besoins de réinsertion sociale de l'usager dans les différentes sphères de sa vie, tant au début que tout au long de sa démarche selon les modalités suivantes :
  - ⇨ Évaluer globalement ces besoins en utilisant des outils reconnus, tels que l'IGT;
  - ⇨ Utiliser le RÉSO pour évaluer de façon plus spécifique les besoins de réinsertion sociale;

- En ce qui concerne les **sphères d'intervention**, les ressources devraient orienter leurs services en choisissant parmi les cibles d'intervention pertinentes à la réinsertion sociale soit :
  - ⇨ La réponse aux besoins de stabilisation d'ordre matériel ou personnel. Cette cible doit être considérée comme prioritaire si on veut respecter le rythme de l'usager et éviter de le mettre en situation d'échec;
  - ⇨ Le réseau de soutien;
  - ⇨ La sphère travail/études;
  - ⇨ La condition économique;
  - ⇨ Les loisirs;
  - ⇨ Le bénévolat peut être un moyen intéressant pour favoriser la réinsertion, dans la mesure où il répond aux objectifs de la personne hébergée et où il est inscrit dans son plan d'intervention;

En ce qui concerne la **contribution du milieu** à la réinsertion sociale, les ressources devraient établir des liens de partenariat afin de créer des opportunités d'intégration pour la clientèle. La réinsertion sociale étant multidimensionnelle, elle implique nécessairement des actions concertées des différents acteurs du réseau local, voire d'autres ministères (logement, travail, loisirs). Ceci suppose pour un intervenant d'avoir une bonne connaissance des services de la communauté afin d'orienter la personne vers la ressource appropriée et la soutenir concrètement dans l'atteinte de ses objectifs de réinsertion.

PARTIE III – LES SERVICES D´AIDE ET DE SOUTIEN À LA DÉSINTOXICATION

Encore une fois, nous nous appuyons très largement dans cette section sur le document produit par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec sur les services de désintoxication (ACRDQ) (Desrosiers, 2008) en nous efforçant de retenir les éléments qui conviennent au contexte particulier des ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique et en faisant ressortir les éléments essentiels pour déterminer quelles devraient être les pratiques reconnues pour cette catégorie de services. Il nous est arrivé, en nous référant à ce document, d'y apporter des modifications pour tenir compte des développements des connaissances survenus depuis 2008, notamment en ce qui concerne la dernière version des critères de l'ASAM (Mee-Lee, Shulman, Fishman, Gastfried et Miller, 2013). Nous suggérons aux personnes qui consulteront cette section de retourner au document lui-même pour avoir plus de détails sur les pratiques retenues dans cette section et les sources sur lesquelles elles se fondent. Notons enfin que le choix de ces pratiques s'appuie principalement sur des consensus d'experts.

3.1 DÉFINITIONS

Voyons d'abord quelques définitions essentielles à la bonne compréhension de cette partie du document.

Le sevrage est le phénomène qui se produit lorsqu'un organisme chimiquement dépendant à une SPA subit un arrêt brutal ou progressif de la consommation de la substance. À ce moment, l'organisme tente de retrouver l'équilibre de son fonctionnement physiologique (CQLD, 2006).

La sévérité des symptômes de sevrage varie selon les types de substances. Par exemple, le sevrage des opiacés est désagréable et produit un inconfort sévère au patient sans généralement mettre sa vie en danger; le sevrage de l'alcool et des autres drogues sédatives hypnotiques peut mener à des dysfonctions physiques dangereuses (convulsions, signes sévères d'hyperactivité du système nerveux, delirium) pour la vie du patient, même s'il est en santé; alors que le sevrage des stimulants a souvent un effet dépressif dont le principal danger, en début de désintoxication, est le risque de suicide.

La désintoxication est par définition le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme. Selon l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), « la désintoxication est le processus consistant à sevrer une personne d'une substance psychoactive spécifique d'une façon **efficace et sécuritaire**. La désintoxication implique un arrêt de la consommation pour permettre à une personne de retrouver son équilibre physique à la suite d'une intoxication aiguë ou chronique à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues. Le degré de risque associé à cet arrêt est lié à l'état de santé physique et psychique d'un individu, à la nature de la substance consommée, au mode de consommation utilisé ainsi qu'à la condition sociale de cet individu. En fonction de ces variables, la désintoxication est donc vécue différemment d'une personne à l'autre ». (Desrosiers, 2008)

L'aide et le soutien à la désintoxication sont un ensemble d'interventions qui vont au-delà du sevrage comme tel et qui sont destinées à faciliter le processus de désintoxication, notamment en surveillant l'évolution des symptômes de sevrage des personnes hébergées et en assurant

leur sécurité, en leur fournissant des informations sur les dépendances et la démarche de thérapie dans son ensemble ainsi que sur les ressources disponibles pour les aider, et enfin en soutenant leur motivation à s'y engager. Dans le respect du présent Règlement sur la certification des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance, on ne doit jamais offrir d'intervention allant au-delà du niveau 3.2 D, tel que défini ci-dessous.

3.2 OBJECTIFS

Dans le guide de l'ACRDQ, on attribue trois objectifs à la désintoxication. **Le premier but** est de permettre un sevrage sécuritaire qui évite les complications, en traitant les conditions médicopsychiatriques qui lui sont associées et en contrôlant l'accès aux médicaments. **Le second** est de permettre un sevrage compatissant qui vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Pour Dufresne, Pépin et St-Louis (2002), un personnel attentionné et compétent, un environnement adéquat et soutenant, une sensibilité aux différences culturelles, à la confidentialité et à la sélection d'une médication appropriée représentent des éléments importants pour minimiser les douleurs et les inconforts durant la désintoxication qui accompagne le sevrage. Enfin, **le troisième** est de profiter de cette fenêtre d'opportunité pour préparer le client à s'engager dans une démarche de rétablissement. Ce dernier objectif implique que la désintoxication soit idéalement suivie par un traitement des dépendances. Le guide mentionne également qu'un groupe d'experts cliniciens en toxicomanie réunis par le *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA) (2006) a statué que la désintoxication fait partie intégrante d'une stratégie globale de traitement et qu'elle ne doit pas être séparée des autres phases du processus.

3.3 LES NIVEAUX DE SERVICES DE DÉSINTOXICATION

Le guide de l'ACRDQ (p. 12-13) mentionne que les services de désintoxication doivent être offerts à certains usagers alcooliques ou toxicomanes en fonction de leurs besoins associés au sevrage. L'ASAM a établi une hiérarchisation des services de désintoxication en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation des risques de complication du sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées à celui-ci. Il existe quatre niveaux d'intensité dans la gestion de la désintoxication, le niveau 3 comportant lui-même deux sous-niveaux.

a) **Désintoxication externe sans soins intensifs (niveau 1-D).** Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.

b) **Désintoxication externe avec soins intensifs (niveau 2-D).** Le point marquant de ce niveau est la plus grande fréquence des rencontres médicales, notamment par le biais de la disponibilité d'infirmières pour effectuer le suivi quotidien des usagers. Le sevrage est ici qualifié de léger à modéré.

c) **Désintoxication avec hébergement (niveau 3-D).** On identifie habituellement deux sous-niveaux de services de désintoxication avec hébergement. Il y a un niveau plus léger, géré par du personnel détenant une formation psychosociale, et un niveau susceptible de soigner des sevrages dont la gravité est plus importante, donc géré par du personnel infirmier présent 24 heures/24, 7 jours/7, sous supervision médicale.

- Désintoxication avec hébergement **sous supervision du personnel psychosocial (niveau 3.2-D).** Ce type de service résidentiel de désintoxication est caractérisé par l'accent mis sur le rôle des pairs et le soutien social. Il y a possibilité de consultation et de supervision clinique spécialisée pour les problèmes biomédicaux et émotionnels/comportementaux. Les protocoles utilisés pour déterminer la nature des interventions médicales requises (par exemple, la nécessité de soins infirmiers ou médicaux ou le transfert vers une ressource de type 3.7-D ou un centre hospitalier) sont appliqués par des professionnels compétents. Le sevrage est qualifié de léger, mais un besoin d'hébergement est présent.

- Désintoxication avec hébergement **sous supervision du personnel médical (niveau 3.7-D)**. Ce type de services internes de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, sans que soient disponibles toutes les ressources propres à un hôpital général (par exemple, les services de cardiologie, de pneumologie, de radiologie, de chirurgie, etc.). Entre autres caractéristiques, le personnel infirmier est présent 24 heures/24, 7 jours/7, et un médecin est disponible pour évaluer les patients rapidement au besoin. Le sevrage peut être modéré ou sévère sans qu'il y ait de facteurs aggravants nécessitant l'ensemble des soins hospitaliers.

d) **Désintoxication avec hébergement hospitalier sous responsabilité médicale (niveau 4-D).** Ce type de services internes de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, dans un hôpital général offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Le sevrage est sévère et nécessite une intervention hospitalière.

Considérant la description des niveaux de services de désintoxication qui précède, les compétences et les ressources requises pour dispenser ces niveaux de services, et le caractère résidentiel des ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique qui font l'objet de ce document, il apparaît clair que le niveau visé pour ces ressources est le niveau 3.2-D. Toute personne requérant un niveau de services supérieur à celui-ci devra être recommandée à une ressource capable d'offrir ce service, soit un centre de réadaptation en dépendance ou le centre hospitalier.

En principe, les personnes requérant un niveau de soins de niveau 1-D ou 2-D n'ont pas besoin d'hébergement et, à ce titre, devraient être référées à des ressources offrant une désintoxication en externe. Cependant, si l'on considère la démarche globale de ces personnes il est possible que celles-ci aient besoin d'hébergement non pas pour le soutien à leur désintoxication, mais pour des services de thérapie ou de réinsertion sociale.

3.4 L'ÉVALUATION

L'évaluation des personnes admises dans les ressources offrant des services de soutien à la désintoxication s'avère donc essentielle, pour veiller à leur sécurité en assurant que le niveau de désintoxication qui leur convient correspond à celui qui peut être assumé par ces ressources, mais également pour permettre d'établir avec ces personnes un plan d'intervention couvrant l'ensemble des dimensions impliquées dans leur démarche.

L'ASAM mentionne deux critères à évaluer pour déterminer le niveau de soins requis pour la désintoxication.

En vertu du critère A, on doit pouvoir établir un diagnostic de dépendance (modéré ou sévère) toujours actif selon la terminologie du DSM-5. Dans l'organisation actuelle des services mis en place au Québec, on ne s'appuie pas nécessairement sur un diagnostic en bonne et due forme, mais des outils standardisés permettent d'établir de façon équivalente le niveau de soins requis.

Le critère B, quant à lui, permet de déterminer le niveau de soins requis en fonction des besoins et des caractéristiques des clients présentant des problèmes d'alcool et de drogues. Le comité d'experts cliniciens de l'ASAM (Mee-Lee et coll., 2013) a établi six dimensions devant être mesurées :

1. Intoxication aiguë à l'alcool ou à d'autres drogues, ou risque de sevrage
2. Conditions et complications biomédicales
3. Conditions et complications émotionnelles, comportementales ou cognitives
4. Motivation au changement
5. Risque de rechute, de poursuite de la consommation ou de persistance du problème
6. Environnement de rétablissement

Une brève description de chacune de ces dimensions est donnée dans le guide de l'ACRDQ (p. 16). On doit retenir ici que l'évaluation de la personne admise dans la ressource doit être multidimensionnelle et s'adresser non seulement au processus de sevrage lui-même, mais également à son profil biopsychosocial, à ses attitudes, à son environnement et à la suite de sa démarche de rétablissement.

C'est dans cette perspective que **l'utilisation d'outils appropriés** pour faire cette évaluation est recommandée.

Pour aider la prise de décision en lien avec l'orientation à définir, l'instrument retenu dans le cadre de la réglementation sur les ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique au Québec est le NiD-ÉP (Niveau de désintoxication : évaluation par les intervenants psychosociaux. Rouillard, Tremblay et Boivin, 1999) pour évaluer les risques de sevrage et préserver la sécurité de l'usager. Cet outil couvre le degré de sévérité du sevrage, la gravité de la consommation, le risque suicidaire ainsi que les besoins particuliers. La grille «

Clinical Institut Withdrawal Assessment-Acohol, revised » (CIWA-Ar) y est insérée. Il est recommandé d'ajouter la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour plus d'exactitude s'il y a des idéations suicidaires (Rouillard et Tremblay, 2005; SAM et CRDM-IU, 2010) et le règlement en fait une exigence.

L'utilisation de l'indice de gravité de toxicomanie (IGT) ou d'un équivalent reconnu doit s'ajouter afin de compléter l'évaluation de la santé et du fonctionnement psychosocial et donner lieu à un plan d'intervention qui permet d'aborder l'intervention en la reliant à la démarche globale de rétablissement de l'usager.

3.5 L'INTERVENTION

Une évaluation régulière, minimalement quotidienne pouvant aller jusqu'à toutes les heures, selon l'état de la personne, doit être effectuée tout au long du séjour afin de relever les progrès, les détériorations et les changements (Desrosiers, 2008). L'orientation des personnes se fait selon le niveau de service de désintoxication correspondant, la trajectoire de services de la région établie et les protocoles en vigueur.

Le plan d'intervention est individualisé en tenant compte des six dimensions définies par l'ASAM, soit l'intoxication et le potentiel de sevrage; la condition biomédicale et ses complications; la condition émotive, cognitive, comportementale et leurs complications; le degré de préparation au changement; le risque de rechute, de poursuite de la consommation ou de persistance du problème; et la qualité de l'environnement de rétablissement (Mee-Lee, Shulman, Fishman, Gastfried et Griffith, 2001; Desrosiers, 2008).

Les autres tâches confiées aux intervenants sont les suivantes : l'observation des signes et symptômes d'intoxication ainsi que de sevrage, la participation active au suivi, la gestion des conflits, la création puis l'animation des ateliers, l'application des protocoles, notamment en ce qui concerne la distribution de la médication, et l'intervention en vue d'assurer la continuité des démarches en dépendance (Perreault, 2013). Afin de favoriser une continuité des services et d'assurer un soutien approprié aux démarches de la clientèle, il est indispensable d'appliquer des interventions en lien avec la suite du traitement en dépendance (SAMHSA, 2006). Dans cette perspective, la planification de la fin du séjour est amorcée dès l'admission puis les arrangements pour une référence sont anticipés. Pour faciliter ce processus, les interventions axées sur l'approche motivationnelle et la prévention de la rechute sont à mettre de l'avant (Desrosiers, 2008). L'approche motivationnelle permet de mettre en place un contexte influençant le dévoilement ou la concrétisation d'un désir de changement chez l'usager, ce qui est aidant avec les personnes ambivalentes par rapport au changement. Concernant la prévention de la rechute, celle-ci offre des interventions visant à transmettre des techniques d'adaptation cognitives et comportementales à l'usager afin qu'il évite de retourner à la consommation de SPA. On trouve dans la section de ce document consacré au « volet thérapie » (p.15) une description de ces approches ainsi que les sources permettant d'y avoir accès.

La fin du séjour se définit par la résorption des signes et symptômes de sevrage puis d'une stabilisation sécuritaire de la situation du client, à moins que celui-ci ne poursuive ce séjour dans

le cadre d'un traitement. Par ailleurs, en l'absence de réponse positive aux traitements ou dans le cas de complications du sevrage, il doit y avoir un transfert vers une ressource offrant des services de désintoxication à un niveau plus élevé (Desrosiers, 2008).

3.6 LA COLLABORATION ET LE SYSTÈME DE SOUTIEN

Étant donné que les ressources visées par le règlement ne peuvent offrir un niveau de services supérieur à 3.2D, donc sous supervision d'intervenants psychosociaux, il importe d'établir aussi des collaborations avec des établissements et des professionnels de la santé spécialisés en dépendance, encadré par des trajectoires régionales de services et de protocoles cliniques. Cela permet, notamment, d'avoir recours à ces professionnels afin d'assurer l'accès à un avis médical fiable pour valider l'orientation sécuritaire des usagers et faciliter leur référence au besoin. Cela permet aussi de diriger les usagers vers des services offrant le niveau de soins approprié, qu'ils soient médicaux ou psychosociaux, plus intenses ou plus légers, selon l'évolution des personnes reçues dans les ressources.

C'est pourquoi toute ressource qui offre des services d'aide et de soutien à la désintoxication doit privilégier l'arrimage avec le réseau public en dépendance, notamment par le biais d'ententes formelles avec les partenaires concernés, tels les centres de réadaptation en dépendance et les centres hospitaliers afin de s'inscrire dans un continuum de services avec les autres niveaux de soins.

3.7 LES COMPÉTENCES ET LA FORMATION DES INTERVENANTS

Il va de soi que les intervenants œuvrant dans une ressource offrant des services de soutien à la désintoxication doivent satisfaire aux exigences générales de la réglementation sur les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Cependant, étant donné le caractère particulier de cette catégorie de services, on doit porter attention à certaines exigences spécifiques.

L'ACRDQ (2013) a établi que les intervenants travaillant dans les services d'aide et de soutien à la désintoxication devaient avoir des compétences bien précises. Tout d'abord, ils doivent avoir la capacité d'évaluer la gravité du sevrage par le biais du NiD-ÉP ainsi que du CIWA-Ar, de mesurer les six dimensions définies par l'ASAM et d'orienter la clientèle vers le niveau de soins nécessaire selon la trajectoire de services et les protocoles en place. Par la suite, ils doivent adapter les traitements de façon individualisée, évaluer les situations d'urgence puis mettre en place les interventions opportunes, reconnaître les situations de crise puis agir efficacement, gérer les conflits et animer des ateliers thématiques. Pour terminer, ils doivent assurer la continuité des services afin de favoriser le processus de rétablissement. Pour bien couvrir l'ensemble des compétences mentionnées, la collaboration entre collègues, tout en respectant le champ de compétences de chacun, est encouragée.

Il faut donc voir à ce que les intervenants aient la formation requise pour s'acquitter adéquatement de ces tâches, que ce soit dans l'utilisation des outils requis dans le processus d'évaluation et mentionnés ci-dessus ou pour l'intervention proprement dite.

PARTIE IV - LES SERVICES D´AIDE ET DE SOUTIEN À LA RÉCUPÉRATION À LA SUITE D'UNE INTOXICATION

La dernière section de ce document abordera les pratiques reconnues dans le domaine de l'aide et du soutien à la récupération à la suite d'une intoxication. Après avoir défini les termes qualifiant cette forme d'intervention, nous situerons le contexte sur lequel s'appuient les pratiques proposées. Les enjeux liés à la sécurité des personnes hébergées seront ensuite énoncés, ainsi que les exigences relatives au processus d'évaluation, à l'intervention et aux liens de collaboration.

4.1 DÉFINITIONS

Dans cette section du document, l'**intoxication** réfère à « un effet qui perturbe une ou plusieurs fonctions organiques, indépendamment du degré d'intoxication. Il existe quatre niveaux d'intoxication : léger, modéré, sévère et mortel. On distingue aussi l'intoxication aiguë (ponctuelle) et l'intoxication chronique (prolongée) » (Léonard et Ben Amar, 2002, p. 850-851).

La **récupération à la suite d'une intoxication** (*sobering* en anglais, souvent traduit par « dégrisement »[9]) survient à partir du moment où une personne cesse de consommer des substances psychoactives. Il se produit alors une élimination progressive de ces substances et la récupération concerne cette période d'élimination de la substance de l'organisme. Au cours de cette période, chez certaines personnes, des symptômes de sevrage peuvent alors survenir, et leur sévérité dépendra de l'histoire de consommation de la personne et de la nature de l'intoxication qui l'a précédée. Le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication désigne le processus d'aide offert à la personne pour s'assurer qu'il se déroule de façon sécuritaire tout en lui proposant des choix par rapport à la démarche qu'elle voudra poursuivre. Le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication peut mener à la désintoxication et, le cas échéant, ce type d'intervention doit être encadré à partir des quatre niveaux précédemment énoncés.

4.2 CONTEXTE

Jusqu'à maintenant, la catégorie d'interventions d'aide et de soutien à la récupération à la suite d'une intoxication (ASRI) est abordée particulièrement dans le domaine de l'itinérance (MSSS, 2009; Smith-Bernardin et Schneidermann, 2012). Par ailleurs, nous n'avons trouvé qu'une seule publication traitant spécifiquement d'un centre d'aide et de soutien à la récupération suite à une intoxication. Il s'agit d'un centre situé à San Francisco (Smith-Bernardin et Schneidermann, 2012). Un autre projet de centre d'aide et de soutien à la récupération suite à une intoxication au CHU du Canton de Vaud (Suisse) a été porté à notre connaissance[10].

Dans le passé, le MSSS a exprimé le grand besoin de mettre en place une telle catégorie de ressources pour améliorer l'accessibilité et l'adaptabilité des services de santé et des services sociaux. Selon le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013* rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), cette catégorie d'intervention permet de

[9] Dans ce document, nous privilégierons l'emploi de l'expression "aide et soutien à la récupération", plutôt que "dégrisement" car il décrit mieux le processus traité ici.
[10] Communication personnelle de la responsable du projet, docteure Caroline Adam

rendre disponible un service d'hébergement temporaire de 12 heures à 48 heures offrant aide et soutien à la récupération et répit aux adultes en situation d'itinérance ou à risque d'y être et à toute autre personne intoxiquée.

Toutefois, ce type d'intervention ne s'adresse pas uniquement aux personnes itinérantes, mais aussi aux personnes intoxiquées qui se présentent d'elles-mêmes ou qui sont emmenées par des policiers pour assurer leur sécurité. En effet, il est souhaité avant tout de venir en aide à ceux qui sont à risque d'un quelconque méfait sous l'état d'intoxication aux SPA. Ces personnes peuvent également être recommandées par les urgences hospitalières. D'ailleurs, l'un des objectifs clairement visés par la mise en œuvre d'unités d'aide et de soutien à la récupération suite à une intoxication à San Francisco (Smith-Bernardin et Schneidermann, 2012) ou en Suisse, dans le projet du CHUV, est de désencombrer les urgences hospitalières. En plus, les références provenant de tout autre professionnel de la santé et des services sociaux ainsi que des intervenants communautaires sont recevables dans ces sites. À certains endroits, pour diminuer l'achalandage des personnes intoxiquées aux SPA dans les urgences médicales ainsi que dans les prisons, on a investigué sur la pertinence de la mise en place de ressources similaires, dont le San Diego Serial Inebriate Program, sous la forme d'une désintoxication pour les sans-abri consommant des SPA à répétition (Dunford et coll., 2006).

Cette partie est consacrée aux ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique qui se donnent pour mission d'offrir ce type de service. Elle s'adresse également à toute ressource visée par le présent règlement et qui se propose d'héberger une personne qui se présente en état d'intoxication.

Note : Malgré les différences bien réelles entre le volet « Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication » qui fait l'objet de cette section et le volet « Soutien à la désintoxication », traité dans la section précédente, il existe également des points communs entre eux, notamment en ce qui concerne certaines définitions, l'évaluation et les outils utilisés. C'est pourquoi nous nous permettrons d'y faire référence dans la prochaine section.

4.3 LES ENJEUX DE SÉCURITÉ LIÉS AU PROCESSUS DE SOUTIEN ET D'AIDE À LA RÉCUPÉRATION SUITE À UNE INTOXICATION

Un enjeu essentiel pour les ressources offrant de l'ASRI est d'assurer en tout temps la sécurité des personnes qui y sont admises, tant en ce qui concerne les risques liés à l'intoxication et au surdosage que ceux liés au sevrage ou les dangers reliés à leur santé physique et mentale. Dans cette perspective, l'évaluation des personnes orientées vers une ressource offrant de l'ASRI s'avère critique. En effet, les personnes référées à de telles ressources présentent souvent un profil complexe et lourd de consommation de substances psychoactives associé à d'autres problèmes de santé physique et mentale. Le processus de soutien et d'aide à la récupération suite à une intoxication peut donner lieu à des complications imprévues et il s'avère important de pouvoir déterminer, notamment, s'il est sécuritaire de les admettre dans la ressource ou préférable de les orienter vers l'urgence hospitalière ou dans un service de désintoxication disposant du personnel médical nécessaire pour leur prodiguer les soins qu'ils requièrent.

Mentionnons d'abord les risques associés au surdosage lors d'une intoxication importante. Les surdosages peuvent induire des complications cardiaques, respiratoires, neurologiques et être fatals, soit provoquer la mort. Par exemple, les opiacés peuvent entraîner un sommeil profond puis progresser vers une dépression respiratoire pour terminer par un décès. Toutes les SPA peuvent engendrer des complications en cas de surdosage, mais ces complications sont variables et de différentes intensités, selon le produit. Une connaissance spécifique de ces produits est donc nécessaire. De plus, la possibilité d'une psychose toxique, soit une psychose induite par la consommation d'une SPA, est à considérer lorsqu'il y a une consommation de cocaïne, d'amphétamines, de MDMA, de cannabis et de kétamine (Léonard et Ben Amar, 2002). Il faut également prendre en considération l'état médical de la personne, son historique ainsi que le contexte dans lequel se situe sa consommation.

Si des symptômes de sevrage apparaissent au cours du processus de soutien et d'aide à la récupération suite à une intoxication, ils doivent également être gérés de façon sécuritaire. Ce point est traité plus en détail dans la section sur le soutien à la désintoxication (Desrosiers, 2008).

Par ailleurs, les risques de passage à l'acte suicidaire sont significativement augmentés chez les personnes intoxiquées. En effet, la relation entre les problèmes de consommation et le suicide est largement démontrée dans les écrits scientifiques (Pompilil et coll., 2012; Vijayakumar, Kumar et Vijayakumar, 2011; Wilcox, Conner et Caine, 2004). Les intervenants doivent donc porter une attention particulière notamment à l'état dépressif (*down*) suivant la consommation de stimulants, à une dégradation dans le profil (*pattern*) de consommation et à la rechute qui peuvent augmenter le danger. Une meilleure connaissance de l'effet des substances peut aussi prévenir des décès par *overdose*. En présence d'une intoxication aiguë ou d'une interaction dangereuse, il est primordial d'offrir des soins médicaux appropriés (Lecavalier, Lavoie, Angers et Houle, 2013).

Enfin, la polyintoxication s'avère être une problématique complexe puisqu'elle implique une consommation de plus d'une SPA à la fois. L'utilisation de plusieurs SPA au même moment cause des interactions pouvant résulter en une synergie (augmente les effets des SPA), un antagonisme (diminue les effets des SPA), une inversion des effets habituels et des interactions mixtes (plus d'une réaction de façon simultanée) (Léonard et Ben Amar, 2002). Attention : la polyintoxication est aussi à considérer avec la prise de médicaments obtenus sous prescription, même si elle a lieu sur une base régulière.

4.4 L'ADMISSIBILITÉ ET LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DANS LES RESSOURCES OFFRANT DE L'ASRI

Pour que la personne soit admissible, en vertu même de la mission de ces ressources, il faut au minimum une objectivation d'un état d'intoxication aux SPA. Dans le cas où elle n'est pas intoxiquée (ou l'est légèrement), et après avoir écarté les risques d'apparition de sevrage physique, elle devrait être orientée vers un autre service apte à répondre à ses besoins. Il n'est pas obligatoire que la personne soit itinérante ou à risque d'itinérance pour la référer dans une

ressource offrant de l'ASRI, car il est souhaité avant tout de venir en aide à ceux qui sont à risque d'un quelconque méfait lors de la période de récupération.

Compte tenu de ce qui a été mentionné plus haut concernant les enjeux de sécurité liés au soutien et d'aide à la récupération suite à une intoxication, il importe de n'admettre dans des ressources formées d'intervenants psychosociaux que des personnes qui ne risquent pas de présenter des symptômes de sevrage requérant un niveau de service dépassant le niveau 3.2-D, selon les critères de l'ASAM. En effet, à ce niveau, la sévérité du sevrage est qualifiée de légère, requérant au minimum des intervenants psychosociaux. Nous renvoyons le lecteur à la section sur le soutien à la désintoxication pour la définition des divers niveaux de services de l'ASAM (p. 12-13).

Cependant, et ce, précisément à cause de l'état d'intoxication d'un usager qui se présente pour un soutien et une aide à la récupération suite à une intoxication, on ne peut pas évaluer immédiatement les risques de sevrage. C'est la raison principale associée au fait qu'ils sont gardés « sous observation » dans les urgences hospitalières. Autrement, les médecins les retourneraient immédiatement vers d'autres services ou dans la communauté. L'évaluation des risques associés au sevrage, par des outils tels que le NiD-ÉP (Niveau de désintoxication : évaluation par les intervenants psychosociaux. Rouillard, Tremblay et Boivin, 1999), le NiD-ÉM (Niveau de désintoxication : évaluation par les intervenants médicaux. Rouillard, Tremblay et Boivin, 1999) ou l'utilisation du CIWA-AR (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo et Sellers, 1989), ne peut être effectuée si l'usager est intoxiqué. On doit attendre que l'intoxication diminue (en général quelques heures) pour mesurer les signes et symptômes associés au sevrage. Les ressources offrant de l'aide et du soutien à la récupération doivent donc pouvoir évaluer si elles sont en mesure de prendre en charge les personnes qui se présentent intoxiquées et de surveiller, avec les ressources psychosociales dont elles disposent, tant les risques liés à un sevrage potentiel que les risques de surdosages, très élevés au cours de cette période, et autres risques médicaux.

Plusieurs études ont été menées aux États-Unis (Connors, Shawn et Hoffman, 2013; Hauswald, 2002; Knapp, Tsuchitani, Sheele, Prince et Powers, 2009; Pointer et coll., 2001; Schmidt et coll., 2001; Silvestri et coll., 2002; Ross, Schullek et Homan, 2013) pour évaluer la capacité des ressources paramédicales d'orienter correctement les personnes intoxiquées vers la ressource appropriée (par exemple, désintoxication ou urgence hospitalière, transport par ambulance ou par taxi). Il ressort de l'ensemble de ces études que les intervenants paramédicaux éprouvent beaucoup de difficultés à évaluer correctement quelle est la ressource adéquate à utiliser, et ce, même après avoir été formés à l'utilisation de protocoles pour orienter la prise de décision. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît donc nécessaire, pour assurer de façon adéquate la sécurité des personnes susceptibles d'être orientées vers une ressource offrant de l'ASRI, que, en fonction de leur état plus ou moins avancé d'intoxication, elles soient observées pendant une période suffisante pour qu'il soit possible de procéder à leur évaluation. Cette évaluation vise à assurer, dès l'arrivée de l'usager, que les risques liés à leur intoxication, qu'ils soient dus à un surdosage ou à l'apparition de symptômes de sevrage, puissent être gérés de façon sécuritaire tout au long du séjour par les intervenants psychosociaux de la ressource et que la santé physique et mentale soit stable. Dans le cas contraire, ces personnes devront être orientées vers des ressources disposant du personnel infirmier/médical adéquat, soit un hôpital ou un CRD. Selon le groupe d'experts consulté pour déterminer comment évaluer de façon sécuritaire les

personnes admises dans une ressource offrant de l'ASRI, il apparaît possible de confier cette évaluation à des intervenants psychosociaux dans la mesure où un outil spécifiquement dédié à cette fin peut être mis à leur disposition et accompagné d'une formation adéquate. Le MSSS a mandaté l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui en a confié la réalisation au RISQ, pour que soit développé un outil visant à estimer les risques de détérioration de l'état général de santé physique d'une personne intoxiquée et une formation à son utilisation. Dans l'attente de la finalisation de ces travaux, on utilisera le Nid-Ep en tenant compte des conditions énoncées au paragraphe suivant. Il est aussi suggéré fortement d'établir des liens étroits de collaboration au niveau régional avec les partenaires capables de donner des avis sur les risques de détérioration de l'état physique des personnes intoxiquées accueillies dans la ressource.

Un membre du personnel qualifié et dûment formé doit procéder, au moment où l'état d'intoxication a suffisamment diminué pour le permettre, à l'administration du NiD-ÉP ou du NiD-ÉM, selon qu'il s'agit d'un intervenant psychosocial ou d'une infirmière, ou d'un instrument équivalent, pour évaluer le degré de sévérité de sevrage attendu, la gravité de la consommation, le risque suicidaire ainsi que les besoins immédiats en lien avec la santé physique et mentale. Il importe de rappeler que, dans le contexte de l'ASRI, les 12 premières heures constituent une période critique pour l'évaluation et la surveillance du risque lié au sevrage par l'observation des symptômes de sevrage et l'évolution de son état.

Rappelons, et c'est particulièrement important dans cette catégorie de service, que la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire doit être évaluée lors de l'arrivée et lors du départ de l'usager. De plus, une surveillance continue doit aussi être assurée tout au long du séjour. Au moment où les idées ou comportements suicidaires deviennent inquiétants et risqués, une intervention appropriée s'impose, pouvant aller jusqu'à un transfert en milieu hospitalier si la personne doit recevoir une aide psychiatrique ou encore vers un centre de crise ou toute ressource reconnue régionalement comme adéquate pour faire face à cette situation urgente et à haut risque (Lecavalier et coll., 2013).

4.5 L'INTERVENTION

Intervenir dans le contexte de l'ASRI exige une attitude compatissante, attentive et vigilante. Bien entendu, la compétence des membres du personnel de la ressource doit répondre aux exigences du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance. De plus, compte tenu de la mission propre aux ressources offrant de l'ASRI, leurs connaissances sur les types de clientèles, les objectifs visés, les approches préconisées, les niveaux de services de désintoxication, les SPA ainsi que leurs effets en intoxication puis en sevrage, les interactions, les interventions et les traitements doivent être étoffés (ACRDQ, 2013).

Les intervenants doivent procéder à l'observation des signes et symptômes d'intoxication ainsi que de sevrage, à la gestion des conflits et à la supervision de la distribution de la médication prescrite. Ils doivent notamment appliquer les recommandations découlant de l'évaluation de chacune des personnes hébergées en ce qui concerne le suivi des symptômes et signes vitaux et la fréquence des observations.

Une évaluation continue et constante, selon la situation de la personne telle qu'évaluée, doit être effectuée tout au long du séjour afin de relever les progrès, les détériorations et les changements (Desrosiers, 2008). Cette évaluation doit se faire minimalement toutes les heures depuis le moment où elle est accueillie dans la ressource jusqu'à ce qu'elle soit stabilisée. Lorsque les symptômes de sevrage apparaissent, on doit proposer à la personne une référence dans une ressource lui permettant d'effectuer ce sevrage de façon sécuritaire compte tenu du niveau de service requis ou vers une ressource adaptée à ses besoins, notamment les services médicaux si son état de santé le requiert. Si la personne refuse ces références et veut prendre congé, on doit l'informer des risques associés à cette décision, liés notamment aux intoxications prolongées et à la dépendance aux substances psychoactives, et des dispositions à prendre pour en réduire les méfaits. Le tout est réalisé dans une optique d'approche de réduction des méfaits et d'approche motivationnelle, qui s'adapte aux besoins et aux situations de chacun.

La fin du séjour se définit par l'atténuation de l'intoxication, la récupération complétée puis la stabilisation sécuritaire de la situation du client.

4.6 LIENS DE COLLABORATION

En raison des enjeux de sécurité que l'ASRI comporte pour les personnes qui y sont admises et de la nécessité de pouvoir compter sur des ressources médicales pour assurer cette sécurité, il est recommandé que les ressources offrant de l'ASRI établissent des ententes de collaboration avec des partenaires tels que le centre de réadaptation en dépendance (CRD) et les autres établissements accrédités de soins de santé de leur région. De telles ententes permettront de faciliter les transferts en cas de besoin, de recevoir un soutien au plan de la formation et de la consultation et d'assurer la continuité des processus mis en œuvre. Elles doivent s'inscrire dans le respect des champs d'intervention de chacun, de leurs responsabilités, de leurs rôles et des particularités régionales. De cette façon, il y aura une amélioration, une adaptation et une coordination d'intervention auprès de la clientèle. L'optimisation de la coordination des actions et la concertation accrue des partenaires favorisera l'élaboration d'interventions intégrées permettant une continuité fluide des services ainsi qu'une complémentarité (MSSS, 2009).

Il est encouragé de mettre en place des protocoles d'entente entre les policiers et les organismes du milieu pour favoriser l'accès et la continuité des services offerts aux personnes dont l'intoxication met leur sécurité en danger, notamment les personnes en situation d'itinérance, et susciter des solutions de rechange à la judiciarisation (MSSS, 2009).

4.7 NOTE FINALE

L'aide et le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication constituent une forme d'intervention s'adressant le plus souvent à une clientèle hautement vulnérable, qui ne désire pas nécessairement modifier ses habitudes de consommation et pour laquelle les enjeux de santé et de sécurité sont particulièrement importants. C'est pourquoi il est essentiel que les services donnés à ces personnes dans les ressources offrant de l'hébergement en dépendance, tout en leur fournissant le soutien psychosocial dont elles ont besoin pendant leur récupération,

s’appuient sur un mécanisme d’évaluation et de surveillance rigoureux. Compte tenu du fait que ces ressources ont en général recours exclusivement à des intervenants psychosociaux, des ententes de collaboration avec des organismes ou établissements ayant à leur emploi du personnel médical ou infirmier sont recommandées.

L’adoption de services et d’interventions s’appuyant sur des pratiques reconnues en vertu des données probantes disponibles et des avis d’experts dans le domaine des dépendances constitue un facteur essentiel pour assurer la qualité des services offerts dans les ressources offrant de l’hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique et favoriser le rétablissement des personnes hébergées dans les meilleures conditions possible.

Nous avons présenté dans ce document les pratiques reconnues pour chacune des catégories de services reconnues dans le cadre actuel du Règlement sur les conditions d’obtention d’un certificat de conformité et les normes d’exploitation des ressources offrant de l’hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, soit : la thérapie, la réinsertion sociale et l’aide et le soutien à la désintoxication.

Le contenu de ce document sera utile, nous l’espérons, pour orienter les ressources vers le choix de pratiques et d’interventions leur permettant d’offrir des services de grande qualité et répondant davantage aux besoins des personnes qu’ils accueillent et aux standards reconnus dans la mission qu’ils se sont donnée.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., et Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768.

Association des Centres Jeunesse du Québec (ACJQ). (2006). Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec: Bilan de l'an III. Association des centres jeunesse du Québec.

Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14(5), 339–348.

Azrin, N. H., et Besalel, V. (1980). *Job club counselor's manual: A behavioral approach to vocational counseling*. Baltimore, MD : University Park Press.

Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R., et Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 105-112.

Babor, T. F. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: Mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17*, S45-S49.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.

Baker, A., et Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug and Alcohol Review, 22*(3), 323-335.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Barber, J. P., Crits-Christoph, P., Grenyer, B. F., et Diguer, L. (2010). Lester Bernard Luborsky (1920-2009). *American Psychologist, 65,* 293.

Barber, J. G., et Crisp, B. R. (1995). The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction, 90,* 269-276.

Barber, J. G., et Gilbertson, R. (1997). Coping with a partner who drinks too much: Does anything work? *Substance Use et Misuse, 32,* 485-494.

Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., et Massicotte, L. (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

Bertrand K., Richer I., Brunelle N., Beaudoin I., Lemieux A., et Ménard J. M. (2013). Substance abuse treatment for adolescents: How are family factors related to substance use change? *Journal of Psychoactive Drugs*, *45*(1), 28-38.

Boivin, M.-D., et De Montigny, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir?* Québec, Québec : Comité permanent de lutte contre la toxicomanie.

Bond, G. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 35-358.

Bond, G., Becker, D., Drake, R., et Volger, K. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *40*(4), 265-284.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., … Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*(4), 295-305.

Burke, B. L., Arkowitz, H., et Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A metanalysis of controlled clinical trials*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 843-861.

Caldéron, C., Lagomanzini, P., Maquet, O., et Menneret, F. (2011). *Insertion sociale par l'emploi des usagers de drogues : recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*. [Paris, France] : Direction générale de la cohésion sociale, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*, 46-54.

Carron, C., et Ecoeur, Y. (2003). *La réinsertion : entre obstacles sociaux et problèmes personnels*. *Dépendances*, *20*, 22-23.

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2002). Document de discussion sur le logement. Disponible sur le site web du CAMH (www.camh.net). Document inédit.

Centre québécois de lutte aux dépendances. (2006). *Drogues : savoir plus, risquer moins*. Montréal, Québec : Centre québécois de lutte aux dépendances.

Clark, J. J. (2009). Contemporary psychotherapy research: Implications for substance misuse treatment and research. *Substance Use et Misuse*, *44*, 42-61.

Connors, N. J., Shawn, L. K. et Hoffman, R. S. (2013). In response to «EMS triage and transport of intoxicated individuals to a detoxification facility instead of an emergency department». *Annal of Emergency Medicine*, 62(1), 101-102.

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., … et Beck, A. T. (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry, 54,* 721-726.

Dell'Osso, B., Allen, A., et Hollander, E. (2005). Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: A critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 10*, 1-21.

DeFulio, A., Donlin, W. D., Wong, C. J., et Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: A randomized controlled trial. *Addiction, 104*(9), 1530-1538.

Desrosiers, P. (2008). *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Desrosiers, P., Fabrès, É., et Savard, P. (2009). *Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.* Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Desrosiers, P., Ferland, F., et Blanchette-Martin, N. (2012). *Les services de réinsertion sociale : guide de pratique et offre de services de base.* Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Desrosiers, P., et Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de bonnes pratiques et offre de services de base.* Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Donovan, D. M., Anton, R. F., Miller, W. R., Hosking, J. D., Youngblood, M., et Longabaugh, R. (2008). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): Examination of posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(1), 5-13.

Dufresne, J., Pépin, J.-M., et St-Louis, L. (2002). La désintoxication : la nécessité d'interventions adaptées. *Info-toxico*, *14*(1), 1-4.

Dunford, J. V., Castillo, E. M., Chan, T. C., Vike, G. M., Jenson, P., et Lindsay, S. P. (2006). Impact of the San Diego Serial Inebriate Program on use of emergency medical resources. *Annals of Emergency Medicine, 47*(4), 328-336.

Dunn, C., Deroo, L., et Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*, 1725-1742.

Epstein, E. E., et McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. Dans A. S. Gurman et N. S. Jacobson (dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (3e éd., p. 597-628). New York, NY : Guilford Press.

Epstein, E. E., McCrady, B. S., Morgan, T., Cook, S. M., Kugler, G., et Ziedonis, D. (2007). The successive cohort design: A model for developing new behavioral therapies for drug use disorders, and application to behavioral couple treatment. *Addictive Disorders et Their Treatment, 6,* 1-19.

Garrett, J., et Landau, J. (2007). Family motivation to change: A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly, 25,* 65-83.

Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, D., Baciewicz, G., et Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE Intervention: Using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15,* 333-343.

Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M. D., Stellato-Kabat, J., et Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment: Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement. *Journal Substance Abuse Treatment, 14,* 235-248.

Gaumond, P. et Whitter M. (2009). *Access to Recovery (ATR): Approaches to recovery-oriented systems of care: Three case studies*. HHS Publication No. (SMA) 09-4440. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse: Evidence of effectiveness*. Londres, Royaume-Uni : National Treatment Agency.

Grenyer, B. F., Luborsky, L., et Solowij, N. (1995). *Treatment manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy: Special adaptation for treatment of cannabis (marijuana) dependence.* Sydney, Australie : National Drug and Alcohol Research Centre.

Hachet, P. (2002). *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*. Sainte-Agnès, France : Éditions Érès.

Hauswald, M. (2002). Can paramedics safely decide which patients do not need ambulance transport or emergency department care? *Prehospital Emergency Care*, 6(4), 383-386.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., et Wampold B. E. (2010). Introduction. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (dir.), *The hearth and soul of change* (2e éd., p. 23-46). Washington, DC : American Psychological Association.

Hunt, G. M., et Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 11,* 91-104.

Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., et Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 533-543.

Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., et Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 563-570.

Johnson Institute. (1987). *How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families.* Minneapolis, MN : Johnson Institute Books.

Kelly, J. F., Magill, M., et Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research et Theory, 17*(3), 236-259.

Knapp, B. J., Tsuchitani, S. N., Sheele, J. M., Prince, J. et Powers, J. (2009). Prospective evaluation of an emergency medical services- administered alternative transport protocol. *Prehospital Emergency Care*, 13(4), 432-436.

Landau, J., Garrett, J., Shea, R. R., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D., et Baciewicz, G. (2000). Strength in numbers: The ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment: A relational intervention sequence for engagement. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26,* 379-398.

Landry, M., Brochu, S., Nadeau, L., Brunelle, N., Bergeron, J., Cournoyer, L.G., et Tremblay, J. (2010). Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements. *Drogues, santé et société, 8*(2), 221-231.

Landry, M., Guyon, L., et Brochu, S. (Dir.). (2001). *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises*. [Sainte-Foy, Québec] : Presses de l'Université Laval.

Landry, M., et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société, 2*(1), 1-15.

Lecavalier, M., Lavoie, B., Angers, P., et Houle, J. (2013). Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : un outil pour mieux prévenir le suicide : fondements théoriques et pratiques. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arsenault (dir.), *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants* (p. 51-73). [Québec, Québec] : Presses de l'Université Laval.

Lee, N. K., et Rawson, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review, 27*(3), 309-317.

Léonard, L., et Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie.* Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Liepman, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. Dans T. J. O'Farrell (dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 54-77). New York, NY : Guilford Press.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment*. New York, NY : Basic Books.

Luborsky, L., Barber, J. P., et Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 281-287.

Luborsky, L., et Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2e éd.). Washington, DC : American Psychological Association.

Luborsky, L., Graff, H., Pulver, S., et Curtis, H. (1973). A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry, 29,* 69-75.

Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., et Rosenzweig, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 49-62.

Lundahl, B. W., Kunz, C. B., Tollefson, D., et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 137-160.

Lundgren, L. M., Schilling, R. F. et Peloquin, S. D. (2005). Evidence-based drug treatment practice and the child welfare system: the example of methadone. *Social Work*, *50*(1), 53-60.

Magill, M., et Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(4), 516-527.

Mallams, J. H., Godley, M. D., Hall, G. M., et Meyers, R. J. (1982). A social-systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol, 43,* 1115-1123.

Mark, D., et Luborsky, L. (1992). *A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse.* Philadephie, PA : University of Pennsylvania.

Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. Dans G. A. Marlatt et J. R. Gordon (dir.), *Relapse prevention* (p. 250-280). New York, NY : Guilford Press.

McCrady, B. S., et Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. Dans N. S. Jacobson et A. S. Gurman (dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (p. 369-393). New York, NY : Guilford Press.

McElrath, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs, 29*(2), 141-144.

Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M. Gastfried, D. R. et Griffith, J. H. (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2e éd.). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M. J., et Gastfried, D. R., Miller M. M. (2013). *The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occuring conditions* (3e éd.). Carson City, NV: Change Companies.

Mee-Lee, D, McLellan, A. T., et Miller, S. D. (2010). What works in substance abuse and dependence treatment. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B.E. Wampold et M. A. Hubble (dir.), *The hearth and soul of change* (2e éd., p. 393-417). Washington, DC: American Psychological Association.

Meyers, R. J., Miller, W. R. et Smith, J. E. (2001). Community reinforcement and family training (CRAFT). Dans R. J. Meyers et W. R. Miller (dir.), A community reinforcement approach to addiction treatment. International research monographs in the addictions, 147-160. New York, NY: Cambridge University Press.

Meyers, R. J., et Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York, NY: Guilford Press.

Meyers, R. J., Villanueva, M., et Smith, J. E. (2005). The community reinforcement approach: History and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19,* 247-260.

Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., … Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. Dans R. K. Hester et W. R. Miller (dir.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2e éd., p. 12-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Miller, W. R., et Rollnick, S. R. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.

Miller, W. R., et Rollnick, S. R. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris, France : InterÉditions-Dunod.

Miller, W. R., Walters, S. T., et Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 211-220.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., et Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009). *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.* Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Morgenstern, J., et McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction, 102*(9), 1377-1389.

National Institute on Drug Abuse. (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide* (2e éd.). Rockville, MD: NIH Publication, 80 pages.

O'Farrell, T. J. (1993). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. Dans T. J. O'Farrell et W. R. Miller (dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 170-209). New York, NY: Guilford Press.

O'Farrell, T. J., Cutter, H. S., et Floyd, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior therapy, 16,* 147-167.

O'Farrell, T. J., et Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse.* New York, NY : Guilford Press.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2011). *Rapport annuel 2010 : état du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne, Portugal : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Pallesen, S., Morten, M., Kvale, G., Johnsen B-J., et Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction, 100*, 1412-1422.

Perreault, N. (2013). *Guide sur les compétences pour œuvrer en centre de réadaptation en dépendance*. Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Pointer J. E., Levitt, M. A., Young, J. C., Promes, S. B., Messana, B. J. et Adèr, M. E. (2001) Can paramedics using guidelines accurately triage patients? *Annals of Emergency Medecine*, 38(3), 268-277.

Pompilil, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondu, M., Siracusano, A., Di Giannantoio, M., et Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *262*(6), 469-485.

Powers, M. B., Vedel, E., et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28,* 952-962.

Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., et Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *67,* 53-72.

Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 7-29.

Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*(4), 455-474.

Rangé, B. P., et Marlatt, G. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, S88-S95.

Roberts, G., et Ogborne, A. (1999). *Meilleures pratiques : alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation.* Ottawa, Ontario: Santé Canada.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. Dans S. Koch (dir.), *Psychology: A study of a science* (Volume 3, p. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill.

Rösner, S., Leucht, S., Lehert, P., et Soyka, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: Evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology, 22*(1), 11-23.

Ross, D.W., Schullek, J.R. et Homan, M.B. (2013). EMS triage and transport of intoxicated individuals to a detoxification facility instead of an emergency department. *Annal of Emergency Medicine*, 61(2), 175-184.

Rouillard, P., et Tremblay, J. (2005). *NiD-ÉP : Niveau de désintoxication: évaluation par les intervenants psychosociaux. Manuel d'utilisation*. Québec, Québec : Service de recherche CRUV/ALTO.

Rouillard, P., Tremblay, J., et Boivin, M.D. (1999). *NID-ÉM. Niveau de désintoxication : Évaluation pour les intervenants médicaux. Manuel d'utilisation pour les versions longue et abrégée*. Québec, CHUQ.

Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

Santé Canada. (2008). *Meilleures pratiques : intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

Schottenfeld, R. S., Pascale, R. et Sokolowski, S. (1992). Matching services to needs: Vocational services for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 3-8. DOI: 10.1016/0740-5472(92)90003-7

Schmidt, T. A., Atcheson, R., Frederiuk, C., Mann, N. C., Pinney, T., Fuller, D. et Colbry, K. (2001). Hospital follow-up of patients categorized as not needing an ambulance using a set of emergency medical technician protocols. *Prehospital Emergency Care*. 5(4), 366-370.

Schutt, R. K., et Hursh, N.C. (2009). Influences on job retention among homeless persons with substance abuse of psychiatric disabilities. *Journal of Sociology et Social Welfare*, *36*, 53-73.

Shearer, J. (2006). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 41-52.

Silva, C. J., et Serra, A. M. (2004). Cognitive and cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(1), S33-9.

Silvestri, S., Rothrock, S. G., Kennedy, D., Ladde, J., Bryant, M. et Pagane, J. (2002). Can paramedics accurately identify patients who do not require emergency department care? *Prehospital Emergency Care*, 6(4), 387-390.

Sisson, R. W., et Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 15-21.

Sisson, R. W., et Azrin, N. H. (1993). Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. Dans T. J. O'Farrell (dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 34-53). New York, NY : Guilford Press.

Smith, L. A., Gates, S., et Foxcroft, D. R. (2008). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 25*(1), CD005338.

Smith, J. E., Meyers, R. J., et Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal of Addiction, 10* (suppl.), 51-59.

Smith-Bernadin, S., et Schneidermann, M. (2012). Safe sobering: San Francisco's approach to chronic public inebriation. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23*, 265-270.

Srisurapanont, M., et Jarusuraisin, N. (2005). Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 8*(2), 267-280**.**

Staines, G. L., Blankertz, L., Magura, S., Bali, P., Madison, E. M., Spinelli, M., …, et Friedman, E. (2004). Efficacy of the Customized Employment Supports (CES) model of vocational

rehabilitation for unemployed methadone patients: Preliminary results. Substance Use and Misuse, 39 (13-14), 2261-2285. DOI: 10.1081/JA-200034618.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). *Blueprint for change: Ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and co-occurring substance use disorders*. Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Mental Health Services.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2006). *Detoxification and substance abuse treatment: Quick guide for clinicians*. Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Mental Health Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2007). *Understanding evidence-based practices for co-occurring disorders.* Rockville, MD, USA: Department of Health and Human Service, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Mental Health Services.

Suicide Action Montréal (SAM) et Centre de réadaptation en dépendance de Montréal- Institut universitaire (CRDM-IU). (2010). Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., et Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction, 84,* 1353-1357.

Sylvain, C., Ladouceur, R., et Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 727-732.

Thomas, E. J., et Ager, R. D. (1993). Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. Dans T. J. O'Farrell (dir.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (p. 3-33). New York, NY : Guilford Press.

Toneatto, T., et Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 284-292.

Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M., et Ménard, J.M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. Dans P. Desrosiers et J.-M. Ménard (dir.), *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance* (p. 11-88). Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Tremblay, J., Bertrand, K., et Ménard, J.-M. (2005). *Implication des membres de l'entourage dans le processus de réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes.* Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., Sirois, M., Dorval, J., Drouin, M., et Leblanc, L. (2010A). *RÉSO : outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale*. [Québec, Québec] : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.

UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ, 331*(7516), 541-547.

Vallejo, Z., et Amaro, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *Humanistic Psychologist, 37*(2), 192-206.

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., et Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*(3), 328-335.

Vijayakumar, L., Kumar, M. S., et Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(3), 197-202.

Vincent, B. (2013). L'intégration sociale : une identité sociale, un laissez-passer vers l'autonomisation. Dans C. Plourde, M. Laventure, M. Landry et C. Arseneault (dir.), *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.

Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B., et Patterson, K. M. (1996). *Couple therapy for alcoholism: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.

Waldron, H. B., et Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction, 99*(2), 93-105.

Wampold, B. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. Dans B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (dir.), *The hearth and soul of change* (2e éd., p. 23-46). Washington, DC : American Psychological Association.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., et Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, 'all must have prizes'. *Psychological Bulletin, 122*(3), 203-215.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., et Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *76*(suppl.), S11-S19.

Witkiewitz, K., et Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist, 59*(4), 224-235.

Wulfert, E., Blanchard, E., Frainberg, B. M., et Martell, R.S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behaviour therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification, 30*(3), 315-340.

Zanis, D. A., Coviello, D. M., Alterman, A. I. et Appling, S. E. (2001). A community based trial of vocational problem solving to increase employment among methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 19–26. DOI: 10.1016/S0740-5472(01)00177-5.

Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., et Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine, 2*(3), 165-173.