

**Les centres de
réadaptation pour
personnes alcooliques
et autres toxicomanes**

Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique

Auteurs

Joël Tremblay

Service de recherche CRUV/ALTO,
RISQ/CIRASST

Gilles Allaire

CRATCA/Centre de santé
et de services sociaux de Beauce

Jean Dufresne

Domrémy Mauricie/
Centre-du-Québec

Marie Lecavalier

Centre Dollard-Cormier

Yves Neveu

FQCRPAT

Contribution

La production de ce document a été rendue possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes.

Comité de réflexion stratégique

Gilles Allaire, CRATCA/Centre de santé et de services sociaux de Beauce
Diane Arsenault, Le Tremplin/Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière
Raymond Béland, Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges
Sylvie DesRoches, CRAN inc.
Jean Dufresne, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Danièle Dulude, Centre Le Maillon de Laval
Jean-Paul Huard, L'Estran/Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
André Landry, Le Virage
Marie Lecavalier, Centre Dollard-Cormier
Denise St-Pierre, Centre L'Escale/Centre de santé de la Haute-Gaspésie
Yves Neveu, FQCRPAT

Soutien à la rédaction

Guylaine Boucher, Agence Médiapresse inc.
Chantal Gosselin, Agence Médiapresse inc.
Karine Bélanger, Centre québécois de documentation en toxicomanie
Yolande Pouliot, Centre québécois de documentation en toxicomanie

Conception et mise en page

Agence Médiapresse inc.

Présentation de la référence suggérée

TREMBLAY, Joël [et al.] (2004). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p.

Dépôt légal

ISBN : 2-921628-05-8

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Septembre 2004

Notre mission

Les Centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) desservent avec **souci** et **respect** les personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques du Québec. Ils leur offrent des services de réadaptation ainsi que des services de réinsertion sociale et de désintoxication en collaboration avec leurs partenaires.

Ils agissent comme **chefs de file** dans chaque région du Québec en ce qui concerne la structuration, le développement et le maintien des services aux personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques. Ils établissent des corridors de services avec leurs nombreux partenaires et les aident à développer des services spécifiques. Tout en jouant ce rôle de leader, les CRPAT posent différentes actions auprès des personnes concernées, dans la limite de leurs mandats et moyens, ainsi que dans le respect des missions de chacun.

En quête d'excellence, les CRPAT cherchent constamment à être à l'**avant-garde**, tant dans l'identification des traitements optimaux que dans leur mise sur pied. Ils sont vigilants à l'égard des nouvelles problématiques en émergence. En outre, une étroite collaboration avec des équipes de chercheurs et la présence de personnel de recherche au sein des centres contribuent à maintenir l'innovation, favorisent l'atteinte d'un haut niveau d'**excellence** et aident à entrevoir l'avenir.

Table des matières

Introduction	7
Première partie – Le contexte	
• Historique	11
• La toxicomanie et le jeu pathologique au Québec	13
° La consommation d’alcool et de drogues	13
° Le jeu pathologique	14
° L’impact sur l’entourage	14
Deuxième partie – Les assises des services spécialisés	
• Cadre légal	17
• Valeurs	19
• Principes directeurs	20
• Orientations	22
• Conception de la toxicomanie	23
• Conception de la réadaptation	25
Troisième partie – L’offre de services	
• Profil des clientèles des CRPAT	29
• Critères d’inscription et d’admission des clientèles des CRPAT	30
° Les adultes et les personnes âgées	30
° Les jeunes	32
° Les membres de l’entourage	33
• Clientèles prioritaires	34
• Approches cliniques	35
• Besoins et objectifs	36

• Services	38
◦ Accueil, évaluation et orientation	38
◦ Services de désintoxication	38
◦ Services de réadaptation – Toxicomanie et jeu	40
◦ Traitements de substitution	42
◦ Services de réinsertion sociale et professionnelle	42
◦ Services médicaux	43
◦ Services d'aide et de soutien à l'entourage.	43
• Programmes	45
• Modalités	46
◦ Accessibilité	46
◦ Hébergement	46
◦ Intensité	47
◦ Durée	47
◦ Services individuels ou de groupe	47
◦ Thérapie conjugale ou familiale	47
Conclusion	48
Références	49
Annexe 1 – Lexique	55
Annexe 2 – Portrait détaillé de la toxicomanie et du jeu pathologique au Québec	57
Nos membres	69

Introduction

La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) est une association d'établissements offrant des services de réadaptation aux personnes alcooliques et aux autres toxicomanes au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle regroupe 21 membres dont les 16 centres de réadaptation publics présents dans 15 régions du Québec et trois centres privés financés par l'État, un organisme communautaire et un organisme privé sont également membres. Parmi les 16 centres publics, huit ont un statut d'établissement autonome et sont mandatés pour une seule mission, huit sont des constituantes d'établissements porteurs de plus d'une mission sociale ou de santé.

La Fédération croit qu'il est essentiel de définir un ensemble de services fondamentaux, devant être offerts dans chaque région du Québec*. Cette offre de services se veut une définition d'un minimum attendu des membres de l'association ayant un statut public afin de desservir adéquatement les personnes aux prises avec une problématique d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique dans chaque région sociosanitaire du Québec. Il ne s'agit pas d'un reflet des services actuels qui ont été développés de façon variable dans différentes régions.

En plus des centres publics, quelques centres à statuts divers sont membres de la FQCRPAT et y apportent une contribution très riche et complémentaire. On y retrouve Le Pavillon Foster, Le Portage, le CRAN, Les Centres Jean Lapointe pour adolescents et la Maison Jean Lapointe.

Le Pavillon Foster est un centre de réadaptation privé à budget reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française pour offrir des services aux personnes d'expression anglaise. Il offre des services similaires à ceux des CRPAT et détient un mandat suprarégional pour la réadaptation des personnes anglophones de l'ensemble du Québec.

Le Portage est une communauté thérapeutique modifiée, basée sur l'apprentissage social, qui offre des plans de traitement individualisés et de services postcure aux toxicomanes adultes ou adolescents, aux mères toxicomanes avec jeunes enfants, ainsi qu'aux toxicomanes souffrant de problèmes de santé mentale. Le programme pour adolescents dure, en moyenne, six mois et celui pour adultes, environ huit mois. Un programme d'études secondaires, approuvé par le ministère de l'Éducation, est offert à toute la clientèle. Les centres de traitement de Portage, au Québec, sont situés à Montréal, à Beaconsfield (adolescents anglophones), à Québec, à Prévost et à Saint-Damien-de-Buckland.

Le CRAN est un centre spécialisé de recherche et de services aux personnes toxicomanes (dépendantes des opiacées). Il s'agit d'un centre privé principalement financé par l'État et dont les services sont gratuits. Contrairement aux autres régions sociosanitaires où les CRPAT offrent des services de traitement avec méthadone, le CRAN assume cette mission pour Montréal en concertation avec deux autres centres spécialisés soit la Clinique Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal et le service de toxicomanie du CHUM St-Luc. Partenaires du CLSC des Faubourgs et du Centre

* L'offre actuelle de services ne s'applique qu'aux membres exploitant un centre public de réadaptation et ne contraint en rien l'offre de services des membres de la FQCRPAT exploitant des organismes à statut juridique différent.

Dollard-Cormier depuis 17 ans, le CRAN est un leader dans le développement, l'enseignement et la promotion de ce type de services auprès du réseau des intervenants de la méthadone au Québec. Plusieurs CRPAT ont bénéficié de l'expertise de ce centre.

Les Centres Jean Lapointe pour adolescents(es) (CJLA) sont trois centres suprarégionaux d'hébergement et de thérapie. Ils sont localisés à Montréal, Mauricie/Centre-du-Québec et Québec. Ils sont des organismes à but non lucratif, dont les services entièrement gratuits s'adressent à l'adolescent(e) de 12 à 18 ans qui a développé ou est en voie de développer une dépendance aux psychotropes. Le programme est d'une durée de 8 à 10 semaines à l'interne et de 7 mois à l'externe. Les CJLA mettent en contribution les parents tout au long de la démarche. Ils adhèrent à l'importance de conserver de hauts standards de qualité dans la prestation des services cliniques et professionnels, au même titre que le font les CRPAT.

La Maison Jean Lapointe est un centre de traitement interne (42 lits) pour adultes. Elle a su s'approprier le modèle Minnesota, un modèle qui s'inspire des Groupes d'entraide, sans négliger les aspects biopsychosociaux de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Elle dispose d'une équipe médicale importante et les soins infirmiers y sont présents 24 heures par jour. Depuis l'an 2000, sa mission s'est élargie au jeu pathologique pour lequel des services sont offerts tant à l'interne qu'à l'externe. Depuis toujours, elle accueille une clientèle provenant de toutes les régions du Québec.

Ce document s'adresse à tous ceux qui sont engagés dans la chaîne de prestation de services aux citoyens aux prises avec des difficultés de consommation d'alcool ou de drogues, ainsi qu'à ceux ayant des problèmes associés aux jeux de hasard et d'argent.

Tout au long du document, la terminologie utilisée ne sera peut-être pas familière à tous les lecteurs. Les auteurs ont eu le souci de recourir majoritairement aux termes les plus fréquemment utilisés. À d'autres moments, pour exprimer avec précision des concepts fort connus dans la littérature scientifique, des termes plus spécialisés pour le lecteur ont été choisis ; des explications ont alors été ajoutées.

Enfin, un court lexique est disponible en Annexe 1 pour établir aux fins du présent document le sens de termes ou d'expressions utilisés de façon variable dans le langage courant.

Première partie

Le contexte

Historique

Il est clair que la compréhension de l'alcoolisme et de la toxicomanie a changé au cours des cent dernières années et, par conséquent, les modèles d'intervention qui en découlent ont aussi évolué. Au début du siècle dernier, l'Église influençait largement la perception du problème à travers la notion de faute morale ou de péché dont résulte tout un système d'intervention comme les cercles Lacordaire ou les groupes dits de tempérance. « Créés par le clergé catholique, les cercles Lacordaire étaient ouverts à toute personne qui s'engageait à ne consommer aucune boisson alcoolique, qu'elle ait un problème ou non avec cette substance. »⁵³ *

Il faut attendre le milieu des années 50 pour voir naître à Québec, d'une association entre des prêtres du mouvement Lacordaire et des médecins, une première maison de désintoxication fondée par le père Ubald Villeneuve, fondation qui a d'ailleurs essaimé à Montréal, Trois-Rivières et Sherbrooke, sous le nom de centres Domrémy, nom de la ville natale de sainte Jeanne d'Arc, patronne des cercles Lacordaire. C'est ainsi que progressivement des soins structurés et adaptés à une clientèle de plus en plus reconnue comme « malade » sont mis sur pied, faisant ainsi évoluer l'idée moraliste de l'alcoolisme vers une notion de maladie, de façon cohérente avec l'ensemble du mouvement social des années 60.

À la fin des années 60, début 70, le docteur André Boudreau a, entre autres, largement contribué au développement de la médicalisation des soins aux toxicomanes. On voit naître à cette époque l'Office de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie (OPTAT, ministère des Affaires sociales), dont il est le directeur. Il publie alors *OPTAT Informations*, un ouvrage qui fait école, tablant sur les connaissances scientifiques dans le domaine afin d'instruire les milieux cliniques.¹²

« Les cercles Lacordaire sont [quant à eux] supplantés graduellement par un mouvement d'entraide fondé aux États-Unis et introduit au Québec par sa population anglophone et protestante : le mouvement Alcooliques Anonymes (AA). Bien que conservant une dimension spirituelle, ce mouvement se veut non confessionnel. On y présente l'alcoolisme

comme une maladie dont la guérison peut être obtenue par l'abstinence de toute substance, l'entraide mutuelle au sein de la communauté des alcooliques, le témoignage et le recours à une puissance supérieure. Une alliance s'établit naturellement entre les unités Domrémy et le mouvement Alcooliques Anonymes grâce à leur vision partagée de l'alcoolisme comme maladie. Une complémentarité peut s'établir entre les soins ponctuels et limités dans le temps offerts par les professionnels de la santé et le milieu de vie et la disponibilité sans limites offerte par les bénévoles AA. »⁵³ « Au cours des années 60, la place des soins médicaux est devenue de plus en plus importante dans les unités Domrémy, qui se sont graduellement professionnalisées pour devenir des cliniques médicales ou des petits hôpitaux gérés par des médecins omnipraticiens et psychiatres. »⁵³

« Au cours des années 70 se développe une conscience de plus en plus aiguë de l'importance des aspects sociaux de la santé, d'une part, et, d'autre part, de l'urgence de traiter les problèmes d'ordre social au même titre que les problèmes de santé. De telle sorte que lorsqu'on instaure au Québec le système de santé gratuit et universel (1969), le ministère de la Santé devient le ministère des Affaires sociales (1970), puis le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1971). Un réseau complet d'établissements à caractère principalement social est alors créé pour compléter celui des établissements de santé. »⁵³ La démedicalisation du traitement de l'alcoolisme, conjuguée aux résultats de diverses études révélant que le

* Les références des documents cités sont disponibles à la fin du document.

traitement ambulatoire est aussi efficace et moins coûteux que le traitement interne, fait basculer l'intervention jusqu'alors principalement interne vers un traitement à nette prédominance ambulatoire. Ces changements se font graduellement et « les unités hospitalières continuent d'offrir des services de désintoxication aux personnes dont le sevrage peut s'accompagner de complications ». ⁵³ Il faut noter que certains hôpitaux offrent certains services de réadaptation.

Cette période est aussi marquée, au Québec, par l'influence de Dollard Cormier avec qui la conceptualisation de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'enrichit dorénavant des composantes psychosociales, sans pour autant exclure l'aspect médical. De cette complexification progressive des modèles étiologiques de l'alcoolisme et de la toxicomanie naissent des besoins de diffusion des connaissances visant à instruire plus largement les milieux cliniques. C'est alors qu'apparaissent les certificats en toxicomanie (Université de Sherbrooke et Université de Montréal) qui injectent au milieu québécois un climat de rigueur dans l'intervention. Ces formations universitaires attribuent à chaque modèle explicatif et clinique sa juste valeur, favorisant la coexistence de modélisations différentes : médicale, psychosociale, Alcooliques Anonymes.

L'arrivée de préoccupations de santé publique, à la suite de l'accroissement des cas d'hépatite et l'émergence du VIH, amène une philosophie d'intervention dite de réduction des méfaits. En parallèle, les nombreuses études démontrant l'efficacité d'une intervention très brève et permettant l'acquisition d'habitudes de consommation saines, comme le boire contrôlé, viennent s'ajouter à la panoplie des objectifs d'intervention.

L'ensemble de ces changements a conduit les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à travailler avec des objectifs multiples qui vont de l'abstinence à la réduction des méfaits, en passant par la consommation contrôlée. Ces changements d'objectifs d'intervention s'apparient aux changements de modèles conceptuels qui sont passés d'un modèle plutôt moraliste, à une conception médicale, ensuite plutôt psychosociale et récemment biopsychosociale.

Depuis 2001, le jeu pathologique s'est ajouté aux cibles d'intervention des CRPAT. La prévalence

croissante de la problématique au sein de la population de même qu'une grande parenté dans les modèles d'intervention ont permis d'utiliser efficacement l'expertise des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, transférant ainsi cette expertise à l'intervention en jeu pathologique.

Comme on le voit, l'histoire récente du Québec en matière de structuration de services en alcoolisme et toxicomanie illustre que des figures de proue et charismatiques telles que Ubald Villeneuve, o.m.i., André Boudreau, M.D., et Dollard Cormier, Ph. D., ont largement influencé le développement des perceptions et des définitions de l'alcoolisme et de la toxicomanie de même que les services offerts aux individus présentant de tels troubles. C'est pourquoi, conscients de l'apport que peut avoir la recherche à leur domaine d'intervention, les membres de la FQCRPAT sont activement engagés dans un processus constant de collaboration aux travaux de recherche, au développement des connaissances et à l'intégration de ces données au sein de leurs pratiques cliniques.

Au niveau associatif, s'est développé le réseau des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. D'abord épars, les services se sont progressivement regroupés grâce à l'Association des centres d'accueil du Québec en 1974, puis, en 1993, par le biais de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). L'ensemble de cette vie associative a favorisé le développement de mécanismes d'échanges vitaux à la préservation et au développement de la qualité des services offerts à la population par les CRPAT.

Aujourd'hui, les CRPAT sont les porte-flambeaux des services offerts aux personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques. Ils jouent un rôle de pivot, au sein de chaque région, permettant aux divers partenaires du milieu (réseaux locaux, milieu scolaire, centres jeunesse, milieu judiciaire) d'utiliser leurs services, soit pour y diriger des individus, pour cointervenir, ou encore, pour y chercher conseil et formation au sujet de l'intervention dans le domaine. Les CRPAT stimulent le développement de services à tous les niveaux et offrent leurs compétences et leur expertise pour l'optimisation de l'offre de services aux personnes qui en ont besoin.

La toxicomanie et le jeu pathologique au Québec*

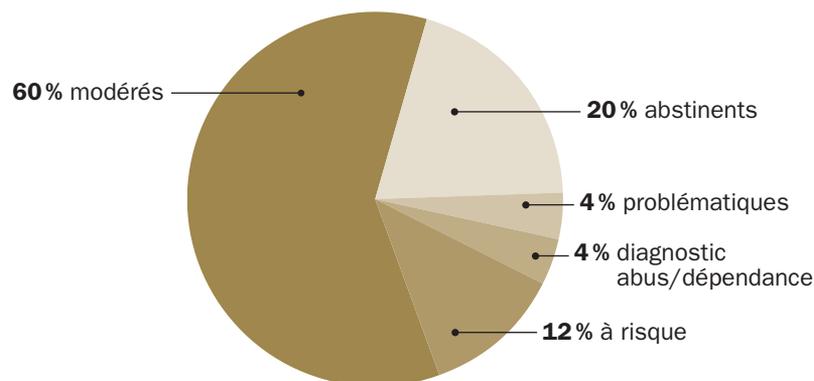
La consommation d'alcool et de drogues

La consommation de substances psychoactives occupe une place importante dans nos sociétés. Au Québec, 80 % de la population âgée de 15 ans et plus prend au moins un verre d'alcool (de divers types) au cours d'une année. Pour la plupart des gens (60 % des 15 ans et plus), cette pratique est toutefois récréative et ne présente que très peu de risques pour la santé.

Un certain pourcentage de cette population (environ 12 %) consomme par ailleurs de l'alcool à un niveau qui dépasse régulièrement les normes de consommation sans risque. Un plus petit nombre d'individus (4 %) rapportent avoir des troubles concrets liés à leur prise d'alcool (santé physique, financiers, relationnels, etc.). Ces problèmes sont cependant jugés non répétitifs et ne causent généralement pas un degré de souffrance trop grand quoique tout de même dérangeant. Il en va autrement de la dernière frange de la population (4 %), pour qui l'alcool cause plusieurs problèmes récurrents et entraîne une souffrance significative, tant à titre individuel que pour leur entourage. On parle alors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance envers l'alcool.

En matière de drogues, la prévalence du diagnostic de dépendance est de moins de 1% (0,8%)⁷⁶ pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Plus ou moins un quart des jeunes adultes (15-24 ans) ont utilisé du cannabis au cours de la dernière année, sans toutefois recourir à d'autres substances. Environ 12 à 15 % des jeunes adultes du même âge ont consommé d'autres drogues (avec ou sans utilisation du cannabis). Au total, 44,4 % des hommes et 34,9 % des femmes âgés de 15 à 24 ans ont utilisé au moins une drogue illicite au cours de la dernière année.¹⁸ Précisons en outre qu'environ 5 % des consommateurs de cannabis en sont dépendants¹ et qu'un tiers des consommateurs quasi quotidiens de cannabis vont développer une dépendance au produit.

Répartition approximative de la population québécoise de 15 ans et plus en fonction des catégories de consommateurs d'alcool



* Des données statistiques plus élaborées sont disponibles en Annexe 2.

Dans la population jeune, la consommation de cannabis est de loin la substance illicite privilégiée.³⁷ Près de 41 % des jeunes y ont eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois (secondaire I = 15,3 % versus secondaire V = 60,6%).³⁷ Par ailleurs, une proportion significative de jeunes du secondaire sont des consommateurs quotidiens de cannabis. Le phénomène est plus accentué chez les garçons (6,6 %) que chez les filles (3,0 %).

La seconde classe de substances prisées par les jeunes sont les hallucinogènes, utilisés par environ un jeune sur sept au secondaire. Viennent ensuite les amphétamines (7,0 %), la cocaïne (5,2 %), les substances volatiles (2,9 %), l'héroïne (1,2 %) et d'autres drogues ou médicaments sans ordonnance (2,3 %).³⁷

Il semble qu'environ 4,8 % des filles et 6,8 % des garçons aient une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée. Environ 14 % des garçons et 11 % des filles ont une consommation à risque pour laquelle une intervention de prévention secondaire serait indiquée.³⁷

Le jeu pathologique

Le jeu fait de plus en plus d'adeptes au Québec. En 2002, 80,7 % des adultes ont eu recours aux jeux de hasard et d'argent. De ce nombre, 2,1 % (ou 1,7 % de la population totale) ont une situation de jeu que l'on qualifie de problématique (1,1 % à risque et 1,0 % pathologique).¹⁷

Le jeu pathologique entraîne de nombreuses conséquences négatives chez l'individu et son entourage. Chez les joueurs pathologiques qui entrent en traitement, la dépense moyenne annuelle pour les jeux de hasard et d'argent est d'environ 15 000 \$. Un joueur sur trois va plus loin et dépense entre 75 000 \$ à 150 000 \$ par année.⁴⁸ Tout comme la toxicomanie, il semble que ce problème soit principalement masculin. En 1996, on estimait qu'environ 25 % des joueurs pathologiques étaient des femmes.⁵⁰ Parmi les types de jeux de hasard et d'argent, les loteries vidéo, de par leurs caractéristiques (illusion de

contrôle, immédiateté de la réponse, etc.) suscitent rapidement un haut degré de dépendance chez les usagers. Leur grande disponibilité est très préoccupante.

Le phénomène touche aussi les jeunes. En 1994, 2,4 % des adolescents de la grande région métropolitaine de Québec présentaient des habitudes de jeu dites problématiques ou pathologiques.⁴⁹ Une hausse par rapport à 1988, alors que la prévalence de la problématique était à 1,7%.⁵²

L'impact sur l'entourage

Il est difficile de dresser le portrait de la toxicomanie et du jeu pathologique sans parler de l'impact que ces problématiques peuvent avoir pour l'entourage. À titre d'exemple, 39,6 % des Québécois affirment subir les conséquences négatives découlant de la consommation excessive d'alcool de l'un de leurs proches.⁷⁴ Aucune donnée épidémiologique n'a été recensée concernant l'effet de la consommation de drogues ou de la présence de jeu pathologique sur les membres de l'entourage. Il est toutefois aisé d'envisager les effets néfastes de ces problématiques (dépendance envers les drogues, jeu pathologique) sur le bien-être des proches.

Les assises des services spécialisés

Deuxième partie

La présente partie regroupe un certain nombre de textes dont la somme constitue le cadre théorique sur lequel un accord préalable à l'énoncé de l'offre de services a été établi.

Cadre légal

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) définit la mission d'un centre de réadaptation en toxicomanie de la façon suivante :

La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.*

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience et, principalement sur référence, les personnes alcooliques ou les autres personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation ; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. (LSSSS, art. 84)

De plus, cette mission, comme toutes celles des établissements publics régis par la LSSSS, est exclusive.

Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de

réadaptation s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre. (LSSSS, art. 437)

Les services offerts par les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie sont des services spécialisés auxquels la clientèle accède principalement à la suite d'une recommandation professionnelle, bien qu'elle puisse y avoir recours directement. Ces services spécialisés sont offerts en complémentarité aux services de première ligne ; en aucun temps ils ne peuvent y être confondus. Des degrés de gravité de la problématique de consommation déterminent des niveaux de soins distincts. Ainsi, les personnes présentant un trouble d'abus ou de dépendance envers une substance devront être orientées vers des services spécialisés alors que les individus dont la consommation est à risque ou problématique, sans que l'on puisse poser un diagnostic de trouble lié à une substance, bénéficieront grandement d'une intervention plus brève et moins massive, soit une intervention de première ligne.

Cette complémentarité de services (1^{re} ligne versus soins spécialisés) rappelle les mandats spécifiques et complémentaires des divers organismes. De par leur assignation au service des alcooliques et des toxicomanes présentant les problématiques les plus sévères, les CRPAT ont développé, au fil des ans, une expertise de pointe en alcoolisme et en toxicomanie. Cette expertise leur permet d'appuyer avec compétence les services de première ligne, de développer et de maintenir les interventions et les programmes et enfin de soutenir le réseau intégré de services pour les personnes touchées par la consommation d'alcool et de drogues. Ainsi, les CRPAT exercent un rôle charnière et structurant au sein d'une région dans l'organisation et le maintien

* Dans l'article de loi, le terme « intégration sociale » est utilisé. Toutefois, dans l'univers de la toxicomanie, au Québec, le terme « réinsertion sociale » est plus courant, et ce, même dans les documents officiels^{36 ; 64} ou les études.⁷ C'est pourquoi nous privilégions le terme « réinsertion sociale » dans tout le document.

de divers niveaux de services pour les personnes aux prises avec des difficultés de consommation d'alcool et de drogues.

Dans le continuum de services auprès des personnes alcooliques et toxicomanes, la désintoxication est incontournable. Ce service, premier au plan temporel et nécessaire pour les personnes présentant une dépendance physiologique à certains produits (alcool, benzodiazépines, substances opiacées), se divise en différents niveaux de soins, tout aussi essentiels les uns que les autres.⁴ L'American Society for Addiction Medicine a défini des niveaux de soins de désintoxication adaptés aux différents degrés de gravité de sevrage des usagers. Les niveaux de soins sont catalogués de la façon suivante : externe non intensif (niveau I) ; externe intensif (c.-à.-d. centre de jour, niveau II)* ; interne non hospitalier (niveau III) ; et interne hospitalier (niveau IV)**.

Les centres hospitaliers procurent des soins internes, accompagnés de la gamme des soins médicaux, alors que les centres de réadaptation peuvent offrir des services internes, assurant un suivi infirmier 24/7 et une supervision médicale, sans toutefois offrir la gamme des services médicaux présents en centre hospitalier. De plus, les CRPAT sont fréquemment appelés à soutenir les services internes de désintoxication, mais non infirmiers. Ceux-ci sont habituellement offerts par les ressources communautaires. Au surplus, les CRPAT jouent un rôle de centres charnières, assurant le maillage serré entre les différents niveaux de services de désintoxication requis par un usager. La mise en évidence des différents niveaux de soins exigés par cette problématique illustre la nécessité d'une coordination d'ensemble des organismes en cause. Les CRPAT sont les organismes tout à fait indiqués pour assumer une telle tâche. Leur personnel infirmier a les compétences requises pour transiger adéquatement avec le personnel médical des centres hospitaliers, en plus d'être en mesure de superviser et de soutenir la

compétence des ressources communautaires assurant les services internes non infirmiers.

Depuis 2001, les CRPAT ont de plus reçu le mandat de développer des services spécialisés auprès des individus présentant un trouble associé à leurs habitudes de jeux de hasard et d'argent de même qu'auprès de leur entourage. La parenté des problématiques de même que la présence des CRPAT sur tout le territoire assure la prestation de services de qualité à l'ensemble des joueurs pathologiques du Québec.

Au-delà de leur mandat de base, les CRPAT assument donc des mandats de traitement du jeu pathologique et sont engagés dans la prestation de services de désintoxication, soit directement ou en collaboration avec les autres institutions de leur région d'attache. Ces deux types de services ne sont pas encore affirmés dans la mission des CRPAT telle que définie par le législateur, mais devront l'être afin d'officialiser ces responsabilités.

Finalement, le cadre légal définissant la mission des CRPAT doit aussi se comprendre à la lumière des droits fondamentaux des usagers. Ceux-ci se définissent principalement par l'accessibilité à des services équivalents, peu importe la situation géographique de l'utilisateur.

* Les services externes intensifs pour la désintoxication, de type centre de jour, n'existent pas pour le moment au Québec. Si le besoin se faisait sentir dans une région donnée, les CRPAT sont prêts à s'impliquer dans le développement de ce type de service.

**Une description plus détaillée du continuum de services de désintoxication est disponible dans la troisième partie du document.

Valeurs

En lien avec leur mission, les CRPAT privilégient quatre valeurs fondamentales : l'unicité de la personne, sa capacité d'autodétermination, l'amélioration continue dans la recherche d'excellence et la prise en compte de l'environnement social.

L'unicité de la personne

Les CRPAT adhèrent à une vision de la personne en tant qu'être unique, ayant ses besoins propres, une personnalité, une identité et un rapport avec autrui uniques. En faisant cela et dans la mesure des ressources disponibles, l'intervention s'adaptera à la réalité changeante d'une personne à l'autre.

La capacité d'autodétermination de la personne

Les CRPAT insistent sur le fait que chaque personne est capable de faire des choix, de se définir et donc de changement. Il est évident que pour y parvenir, la personne a besoin d'accompagnement afin de discerner les motifs sous-jacents à ses comportements, faire le bilan de sa vie, de ses orientations futures et donc des choix à faire, des prochains gestes à poser afin d'évoluer comme elle le désire. C'est pourquoi le plan d'intervention et le plan de services individualisés s'enracinent dans la croyance que la personne qui consulte nos centres a une capacité de réflexion sur soi, de choix et donc de changement.

L'amélioration continue dans une recherche d'excellence

Les CRPAT veillent au maintien et à l'amélioration de la qualité de leurs services, entre autres par l'adhésion au processus d'agrément qui soutient l'amélioration continue. Cette qualité des services étant principalement tributaire des personnes travaillant dans les centres, les CRPAT ont recours à un personnel professionnel, multidisciplinaire et spécialisé en toxicomanie.

Ensuite, par une association constante avec les milieux de recherche, comme le RISQ et le CIRASST,* les CRPAT se tiennent à jour au sujet des meilleures interventions et des meilleures pratiques. Cette association avec les milieux de recherche permet aussi aux CRPAT d'anticiper et de réfléchir aux pratiques novatrices et aux problématiques émergentes associées aux dépendances, au moyen notamment de journées de réflexion réunissant les équipes de recherche et les intervenants des CRPAT. De nombreux projets de recherche conjoints soutiennent aussi la concrétisation de cette valeur.

Ce souci de l'amélioration continue permet aux CRPAT de rayonner par le partage de leur expertise et par leur engagement dans la coordination des services publics, privés et communautaires, de première ligne et spécialisés. Cette implication optimise les services aux toxicomanes, aux joueurs pathologiques et aussi aux individus présentant toute autre problématique de dépendance.

L'environnement social de la personne

La prise en compte de l'environnement social et du milieu de vie de la personne qui consulte est valorisée. Des efforts importants sont déployés pour intégrer cette préoccupation à l'intervention, et ce, en dépit des obstacles fréquemment rencontrés en cours de route.

* RISQ : Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec

CIRASST : Collectif en Intervention et Recherche sur les Aspects SocioSanitaires de la Toxicomanie

Principes directeurs

Quatre principes, s'appuyant sur les valeurs précédentes, encadrent et dirigent la façon dont les CRPAT actualisent leur mission.

Accessibilité

Les services des CRPAT sont gratuits, universels et accessibles sur l'ensemble du territoire québécois.

Les services des CRPAT sont accessibles principalement sur recommandation des centres de santé et de services sociaux, hôpitaux, services correctionnels, centres jeunesse, professionnels de la santé, organismes privés et communautaires, réseau scolaire, mais aussi directement.

Le citoyen doit avoir accès aux mêmes services en toxicomanie et en jeu pathologique dans chacune des régions du Québec.

Il doit y avoir accès à l'intérieur de délais raisonnables. Les CRPAT ont d'ailleurs déployé de nombreux efforts afin de réduire les délais d'attente. Malgré ces efforts, des usagers doivent attendre avant de recevoir les services requis, ce qui peut causer une détérioration majeure de leur situation. Il apparaît en effet qu'après 15 jours d'attente, plusieurs indices de détérioration de la situation de l'utilisateur s'accroissent de façon importante. On note, entre autres, que le nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse se multiplie par six, que le nombre d'hospitalisations est cinq fois plus élevé, que les consultations médicales se multiplient par trois et que la commission de délits de même que le nombre de personnes prenant des médicaments double.²⁰

De par la nature de leur mission, les CRPAT ne sont cependant pas des services d'urgence. Ce type de services est principalement offert par les services d'urgence psychosociale des centres de santé et de services sociaux, ou encore par les urgences générales ou psychiatriques des centres hospitaliers. De plus, des services d'écoute téléphonique sont disponibles dans l'ensemble des régions du Québec pour la prévention du suicide ainsi que pour les problèmes associés au

jeu ou à la consommation de substances. Ils viennent répondre à ce besoin de services immédiats éprouvés par une proportion significative de notre clientèle. Les CRPAT réalisent leur mission à l'intérieur d'un réseau intégré de services et, en ce sens, s'inscrivent en complémentarité des services d'urgence.

Les CRPAT s'engagent toutefois à offrir des services de soutien 24 heures par jour, sept jours par semaine (24/7) aux organismes de première ligne devant interagir avec les personnes recevant ou pouvant potentiellement recevoir des services des CRPAT. C'est un service de soutien à l'intervention. En cohérence avec leur mission de centres spécialisés, les CRPAT soutiendront en tout temps les services de première ligne.

Qualité

L'évaluation et l'amélioration des programmes sont au cœur de l'offre de services.

En conséquence, ils investissent dans des activités de recherche permettant de mieux comprendre les déterminants de la consommation, la recherche fondamentale, l'étude des meilleures pratiques au regard de la modification des comportements néfastes des usagers et la recherche au sujet de l'efficacité des traitements. Les CRPAT implantent des traitements s'appuyant sur des données probantes.

Ces pratiques exigent un investissement considérable et continu dans le développement, l'implantation et l'entretien de systèmes d'évaluation de la clientèle afin de mieux connaître les personnes accédant à nos services, de même que leur évolution en cours de traitement.

Elles demandent également un investissement important dans la formation du personnel, le maintien et l'enrichissement de leurs pratiques cliniques.

Efficacité et efficience

Les services offerts sont ceux qui favorisent le plus l'amélioration de la condition des usagers en tenant compte des critères du rapport efficacité/coût.

Le choix des pratiques cliniques se fera d'abord en s'appuyant sur un critère d'efficacité ; sont privilégiées les interventions pour lesquelles les recherches démontrent qu'elles contribuent davantage à l'amélioration du tableau clinique et de la qualité de vie des usagers.

De plus, les CRPAT cherchent à offrir les meilleurs services à moindres coûts. En ce sens, en plus de tenir compte de l'efficacité des traitements, les meilleures pratiques seront choisies en fonction d'un critère d'efficience, en tenant compte du rapport efficacité/coût.

Continuité, complémentarité, partenariat

Les CRPAT inscrivent leurs actions au sein de réseaux de services intégrés.

La complexité des problématiques appelle à la collaboration entre les diverses institutions. Il n'y a qu'à mentionner le nécessaire arrimage entre les services de première ligne et de deuxième ligne, entre les services de toxicomanie et ceux associés à la santé mentale, entre les CRPAT et les services correctionnels ou encore entre les services de désintoxication offerts par les CRPAT et ceux offerts par les instances médicales d'un territoire.

Orientations

La volonté de préciser l'offre de services disponibles dans l'ensemble des centres de réadaptation est directement issue du plan d'action 1999-2001. Dès cette époque, il apparaissait pertinent d'affirmer la nécessité d'assurer la disponibilité d'une gamme de services de base dans l'ensemble des régions du Québec afin de mieux les consolider. L'effort actuel de concertation entre les membres de la FQCRPAT vise à répondre à cette attente et à contribuer à son actualisation.

C'est dans cette optique que la FQCRPAT adoptait en 2001 un certain nombre d'orientations devant servir de cadre au développement des services aux usagers offerts par les CRPAT, notamment :

- Offrir des services spécialisés ;
- Adhérer à un modèle biopsychosocial d'intervention ;
- Appuyer la prestation de services aux usagers sur la volonté d'adapter les approches d'intervention au projet de vie de chacun d'eux ;
- S'inscrire dans une approche de réseaux de services intégrés ouverts aux partenariats, habilités et qualifiés pour contribuer au continuum de services aux usagers dans le respect des missions respectives ;
- Assumer le rôle de chef de file de la mise en place et du fonctionnement de ces collaborations ;
- S'associer étroitement à la recherche en toxicomanie, lorsque celle-ci contribue à l'élargissement des connaissances et au développement des réponses aux besoins des personnes concernées et à l'amélioration des services ;
- Prendre la voie de l'excellence dans l'intervention en s'appuyant sur le transfert de connaissances, la formation et le développement des personnes travaillant à la prestation des services.

Conception de la toxicomanie

*La toxicomanie est une dépendance à une ou plusieurs substances qui s'installe après une période de consommation assidue. C'est un phénomène multidimensionnel qui peut prendre des formes très différentes d'un consommateur à l'autre. Habituellement progressive, elle s'accompagne de difficultés de fonctionnement dans une ou plusieurs sphères de la vie et d'une souffrance subjective. La consommation prend de plus en plus de place et est accompagnée d'un sentiment subjectif de perte de contrôle. Souvent, malgré son désir d'arrêter sa consommation, la personne en est incapable : la dépendance physique et psychologique créent un besoin irrésistible de consommer au détriment de la santé, du fonctionnement social ou des liens affectifs.*⁸²

Au plan étiologique, la toxicomanie est multidéterminée et a de multiples conséquences. L'origine du trouble et de ses conséquences serait biopsychosociale.

Biologique

Il faut d'abord constater que la probabilité de développer un trouble lié à l'alcool est sept fois plus élevée chez la parenté au premier degré d'alcooliques, en comparaison à un groupe contrôle.⁵⁸ Ce constat peut être expliqué par des facteurs environnementaux communs, mais il semble aussi indéniable que des facteurs génétiques, encore indéterminés, puissent expliquer ce phénomène. Les études d'adoption à la naissance révèlent que les fils d'alcooliques encourent un risque quatre fois supérieur de développer un trouble en lien avec l'alcool que les garçons de pères non alcooliques.³³ En outre, des études de jumeaux rapportent une plus grande similarité des taux d'alcoolisme entre les jumeaux monozygotes qu'entre les jumeaux dizygotes.^{43 ; 57}

Il semble qu'il y ait également un facteur de risque génétique dans le développement de la dépendance aux autres drogues ; pourtant peu d'études ont porté sur le sujet. Celles qui ont été conduites semblent indiquer que l'on ne peut pas simplement appliquer les modèles développés au sujet de l'alcool pour comprendre le développement d'une dépendance envers les drogues.³⁸

À l'autre extrémité du continuum, les conséquences biologiques de l'abus ou de la dépendance envers une substance sont multiples : dépendance physiologique et donc sevrage à l'arrêt, détérioration de divers organes, tels le foie, le système gastrique, voire le système nerveux central. La dépendance physiologique devient même à son tour une cause de la poursuite de la consommation, l'individu étant alors enchevêtré dans un cycle complexe de causes et de conséquences de sa consommation.

Psychologique

Plusieurs modèles psychologiques ont été mis de l'avant afin d'expliquer le développement de la dépendance envers une substance. On retrouve les modèles comportementaux tels que le conditionnement classique⁸⁰ et le conditionnement opérant. Dans ce cas, le renforcement positif (par ex. : l'association entre une humeur désagréable et le bien-être causé par l'alcool) augmente la probabilité de répéter le comportement de consommation.⁴⁷ Les modèles cognitifs comportementaux mettent l'accent sur les cognitions et les émotions comme prédécesseurs du comportement. La théorie de l'apprentissage social, c'est-à-dire les attentes, le sentiment d'auto-efficacité, les attributions, y est particulièrement privilégiée pour expliquer les phénomènes intrapsychiques médiateurs du lien entre le stimuli et le comportement de consommation.¹⁴ Les modèles étiologiques d'inspiration psychodynamique, quoique recevant

un appui moins important au sein de la communauté scientifique, permettent de comprendre la consommation comme un palliatif à un déficit intrapsychique, entre autres dans la régulation de conflits internes puissants.^{44 ; 45}

De plus, il est important de mentionner qu'il existe des facteurs de risques associés à la personnalité ou aux différents troubles de l'axe I* présents chez l'individu, qui favorisent l'émergence d'un trouble lié à l'abus de substances psychoactives. On ne peut que nommer brièvement le lien maintes fois démontré entre la personnalité antisociale et l'abus de substances⁷¹ ou encore entre le syndrome post-traumatique et l'abus de drogues.¹³

Au plan des conséquences, la consommation de substances psychotropes a des effets néfastes importants au niveau du fonctionnement psychologique. Il est largement connu que la consommation entraîne des symptômes, syndromes dépressifs³ et anxieux.⁴⁶ Des séquelles cognitives sont également fréquemment observées.

Sociale

Les composantes issues de l'environnement social ne sont pas sans conséquences sur le phénomène de la consommation. On y retrouve certainement des facteurs de risques associés au milieu familial où les comportements des uns et des autres peuvent stimuler ou inhiber la consommation.⁶¹ Il est également bien reconnu que les pairs ont une influence significative sur le choix de s'initier ou pas à la consommation de substances chez l'adolescent.⁸¹

Il est important de mentionner la disponibilité des produits et leurs effets sur la probabilité de consommation des individus. En effet, il est bien connu qu'une augmentation de l'accessibilité d'une substance psychoactive ou des appareils

de jeux de hasard et d'argent est associée à une augmentation des comportements de consommation et de jeu. À moyen terme, cette plus grande accessibilité est reliée à une augmentation des problématiques associées à la consommation de substances psychoactives et à la pratique des jeux de hasard et d'argent.

Au plan macroscopique, le rôle d'une culture particulière ou même le système de valeurs du quartier ou du voisinage peuvent devenir des facteurs de risque ou de protection dans le développement ou la résorption d'un comportement de consommation.⁷³ Finalement, il importe de mentionner l'association entre un statut socioéconomique précaire et une probabilité accrue de recours aux substances psychoactives. Ce lien pourrait potentiellement s'expliquer par les composantes de la pauvreté, soit le manque d'emploi, la dépendance envers la sécurité sociale, la monoparentalité, l'abondance de substances psychoactives présentes dans le quartier.³⁸

Les effets nuisibles de la consommation de substances psychoactives sur le réseau social de l'individu sont multiples. Les problèmes rapportés par les membres de l'entourage sont nombreux.⁷⁴ Les personnes les plus sévèrement dépendantes vont rapporter vivre un fort isolement accompagné d'une histoire de pertes relationnelles importantes et évolueront possiblement au sein d'un réseau incitant à la consommation.

* Dans la nomenclature du DSM-IV, soit le *Manuel de diagnostic des troubles mentaux* de l'Association Américaine de Psychiatrie, les troubles sont décrits en fonction de cinq axes, dont les plus utilisés sont l'axe I, soit l'opinion principale du clinicien permettant d'identifier le trouble présent et l'axe II, réservé pour une portion plus contestée des troubles mentaux, soit les troubles de la personnalité. Une personne peut recevoir un diagnostic comportant des troubles dans chacun des axes.

Conception de la réadaptation

Déjà en 1991, la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes émettait une définition de la réadaptation.

Si la toxicomanie est une dépendance progressive qui entraîne des détériorations dans les diverses sphères de l'organisation de vie, la réadaptation doit donc être comprise comme le processus inverse. La réadaptation doit alors être conçue comme un processus d'évolution personnelle qui permet au toxicomane qui le désire de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie et de se reconstruire ainsi un équilibre physique, psychologique et social. La réadaptation doit permettre l'émergence de compétences favorisant le bien-être personnel et des rapports sociaux plus confortables. Elle est donc prioritairement une question d'apprentissages et de réapprentissage. En fait, la réadaptation est un projet de vie par lequel une personne retrouve son pouvoir de décider et d'agir sur elle-même, sans l'aide du psychotrope.¹⁵

Les services reliés à [la réinsertion] sociale ont pour but d'habiliter ou de réhabiliter les personnes dans les différentes sphères de la vie quotidienne et de la vie sociale. Le milieu lui-même pouvant devenir objet d'intervention pour faciliter et assurer l'intégration ou le maintien de la personne dans son environnement, dans sa communauté. La [réinsertion] sociale doit être vue comme un des éléments de l'ensemble du processus de réadaptation et les activités qui y sont reliées font partie, dès le départ, du plan de réadaptation.⁶⁰

La réinsertion sociale est un volet de la réadaptation qui se prête fréquemment et facilement à des collaborations entre les partenaires des CRPAT.

Il est bon de rappeler que « ce processus de réadaptation n'est pas linéaire : il implique des retours, des reprises et des arrêts comme tout apprentissage ». ⁵⁵

De plus, les CRPAT travaillent sur la gamme d'objectifs identifiés par les usagers, passant de la réduction des méfaits à la consommation contrôlée, jusqu'à l'abstinence. Ces choix d'objectifs s'appuient en priorité sur la demande de l'usager en lien avec l'expertise clinique des centres. De plus, ces objectifs ne sont pas immuables et s'adaptent en fonction de l'évolution de l'usager dans sa démarche.

Finalement, en amont, en concomitance ou en aval des services de réadaptation, s'offrent aussi des interventions de réinsertion sociale, qui sont de fait, une partie essentielle de la réadaptation.

L'offre de services

Troisième partie

Cette partie décrit l'offre de services proprement dite, mais elle fait au préalable état d'un certain nombre de considérations associées à la clientèle effectivement desservie ou à la prestation des services.

Profil des clientèles des CRPAT

Au cours d'une année, 40 000 personnes – toutes clientèles confondues (problématiques et âges) – ont recours aux services des différents CRPAT de la province. La majorité de ces personnes sont des adultes (86 %) et sont de sexe masculin (62 %). Une large proportion d'individus consultent pour des problèmes liés à l'abus personnel de substances psychoactives (83 %) ; 9 % consultent pour les problèmes d'abus de substances ou de jeu pathologique vécus par un membre de leur entourage immédiat. Environ 8 % des usagers viennent vers un CRPAT pour des problèmes importants liés aux jeux de hasard et d'argent.

Les consultations se font le plus généralement sous un mode externe (91 % des usagers), mais une proportion d'individus ont besoin d'hébergement à titre de modalité d'intervention (8,5 %), de sorte que, chaque année, près de 3 400 personnes ont accès à des traitements internes en CRPAT pour leurs difficultés liées à la toxicomanie. Parmi l'ensemble des clientèles, les CRPAT desservent près de 28 000 adultes qui se tournent vers eux en raison de problèmes sévères ou d'abus de substances psychoactives, ce qui représente environ 400 personnes par 100 000 habitants adultes. Toutefois, la prévalence de ces troubles se situe environ à 4,5 %, soit 4 500 personnes par 100 000 habitants. Ainsi, un dixième seulement des personnes présentant un trouble lié à la consommation de substances psychoactives reçoivent des services des CRPAT. Cette proportion est insuffisante considérant les impacts sociaux et économiques des problématiques de toxicomanie et de jeu estimés récemment à plus de 2 milliards de dollars par année au Québec.

Critères d'inscription et d'admission des clientèles des CRPAT

Les clientèles inscriptibles et admissibles en CRPAT sont, tel qu'il a été stipulé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, des personnes qui, à cause de leur alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, requièrent des services de réadaptation ou de réinsertion sociale. Des services d'accompagnement ou de soutien à l'entourage de ces personnes sont également offerts. De plus, en fonction d'un mandat particulier, les personnes présentant un trouble de jeu pathologique de même que les membres de leur entourage sont également inscriptibles et admissibles.

Des personnes pourraient se voir orientées vers une autre institution qu'un CRPAT si elles présentaient, par exemple, un trouble généralement qualifié de psychotique dans une phase aiguë.

L'alcoolisme ou la toxicomanie sont définis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-IV*.² Chez les adultes, on y retrouve les diagnostics d'abus et de dépendance envers une substance de même que le diagnostic de jeu pathologique.

Les adultes et les personnes âgées

Les clientèles adultes des CRPAT sont inscriptibles et admissibles, entre autres, lorsqu'il y a présence de diagnostics d'abus, de dépendance envers une substance psychoactive ou encore lorsqu'il y a présence d'un problème de jeu pathologique. Il est important de noter que les CRPAT ne procèdent pas à une entrevue visant à établir des diagnostics formels. Les personnes s'adressant aux CRPAT sont évaluées à l'aide d'instruments valides et fidèles qui permettent de définir la gravité de la situation et d'établir si elles sont inscriptibles ou admissibles. L'Indice de gravité d'une toxicomanie⁶ est actuellement l'instrument privilégié par les CRPAT pour l'évaluation des clientèles adultes alcooliques ou toxicomanes. Ces évaluations sont évidemment étroitement liées aux troubles diagnostiques, mais elles prennent en compte un éventail plus large de comportements afin d'aider à l'établissement d'un plan d'intervention adéquat.

Les CRPAT tendent à uniformiser l'évaluation des clientèles desservies en vue de développer des

portraits comparatifs des problématiques présentées par les individus inscrits et admis dans leurs services.

Nous présentons ci-dessous les définitions opérationnelles des différentes situations cliniques en s'appuyant sur la description des troubles comme elle a été établie dans le DSM-IV.²

a) Diagnostic d'abus

L'abus de substance se reconnaît par la présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à une utilisation répétée de celle-ci. Les « problèmes doivent survenir de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois ».²

Les critères spécifiques sont ainsi définis :

« A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- (1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères);

- (2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance);
- (3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);
- (4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance ».²

b) Diagnostic de dépendance

« La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive ». ² De plus, les auteurs ajoutent que « bien qu'il ne soit pas spécifiquement cité comme critère, le manque (envie impérieuse d'utiliser la substance) est susceptible d'être éprouvé par la plupart des sujets (sinon tous) qui présentent une dépendance à une substance ». ² Nous reproduisons ici le texte portant sur les critères spécifiques :

« Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

- (1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - (a) Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - (b) Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- (2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - (a) Syndrome de sevrage caractéristique de la substance;
 - (b) La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- (3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- (4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- (5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par ex. : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (ex. : fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
- (6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- (7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (ex. : poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool). » ²

De plus, le diagnostic doit être complété par la mention de la présence ou non de dépendance physique. Les auteurs de la version française du DSM-IV ont conservé le critère d'intensité, qui qualifie la dépendance de légère, moyenne ou grave. Cette description en termes de degré de gravité ne se retrouve plus dans la version originale anglaise du DSM-IV alors qu'elle était incluse dans le DSM-III-R.

c) Jeu pathologique

La problématique liée aux habitudes de jeux de hasard et d'argent est tout d'abord définie, dans son pôle plus prononcé, par le diagnostic de jeu pathologique, comme on le retrouve dans le DSM-IV. On rapporte ici le texte intégral.

« L'élément essentiel du jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel ».²

« Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) Préoccupation par le jeu (par exemple, préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
- (2) Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
- (3) Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
- (4) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
- (5) Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple, des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).

- (6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).
- (7) Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
- (8) Commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.
- (9) Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu.
- (10) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu. »²

Comme nous l'avons vu précédemment, deux diagnostics sont liés à l'utilisation de substances psychoactives, qui illustrent des degrés de gravité différents, (par exemple : le diagnostic de dépendance reconnu, lié aux troubles les plus sévères, versus le diagnostic d'abus qui est en fait un intermédiaire entre une consommation problématique et un diagnostic de dépendance. Contrairement à ces situations, le diagnostic de jeu pathologique ne permet qu'un seul niveau de gravité de la problématique de jeu. C'est pourquoi les CRPAT ne limitent pas l'inscriptibilité et l'admissibilité des personnes en fonction uniquement de ce diagnostic. Aussi des individus présentant un nombre insuffisant de critères associés au jeu dit pathologique pour poser un diagnostic fiable, pourront tout de même recevoir des services des CRPAT.

Les jeunes

Pour ce qui est de la clientèle jeune, aucun diagnostic officiel d'abus ou de dépendance envers une substance ou encore, de jeu pathologique n'existe. Toutefois, comme il a été présenté précédemment, des profils de gravité sont bien identifiés et permettent de classer les situations cliniques en termes de degré de gravité de

l'utilisation de substances psychoactives.* Ainsi, les surconsommateurs et les consommateurs excessifs sont définis comme des individus usant des substances psychoactives au moins 5 jours par semaine, dont la vie est centrée sur la consommation et pour certains, recourant à de grandes quantités de produits. Ils sont des usagers inscriptibles et admissibles dans les CRPAT. Ces usagers sont principalement caractérisés par une dépendance psychologique et pour une grande proportion d'entre eux ressentent une dépendance physique envers le produit. Certains usagers réguliers « forts » de substances psychoactives seront inscriptibles et admissibles dans les CRPAT. Ces usagers consomment entre 3 et 5 jours par semaine, débutent une consommation solitaire et présentent d'importants problèmes associés à leur consommation de substances psychoactives, comme des problèmes familiaux, scolaires, judiciaires, de santé physique et psychologique, etc.

Afin d'évaluer l'inscriptibilité ou l'admissibilité des jeunes dans leurs services, les CRPAT ont, comme auprès des autres clientèles, recours à des évaluations validées et fidèles, tout en visant un standard d'uniformité d'un centre à l'autre afin de recueillir des informations comparables entre les centres. Dans cette optique, l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents³² est l'instrument actuellement privilégié par les CRPAT.

Les membres de l'entourage

Finalement, les membres de l'entourage des personnes présentant un trouble d'abus, de dépendance envers une substance ou encore un diagnostic de jeu pathologique, sont inscriptibles dans les services des CRPAT. Un membre de l'entourage peut recevoir des services même si l'individu présentant le trouble n'est pas inscrit au CRPAT. Ainsi, les parents d'un jeune joueur pathologique

pourraient recevoir des services en CRPAT, à titre de membres de l'entourage, sans pour autant que le joueur lui-même soit en traitement.

Les membres de l'entourage desservis par les CRPAT sont la famille immédiate (père, mère, frère, sœur, conjoint, conjointe, enfant) ou toute personne qui a un lien fortement significatif envers le toxicomane ou le joueur.

Il est bon de rappeler que les objectifs de traitement des membres de l'entourage se regroupent sous deux grandes catégories. Un ensemble d'interventions auprès des membres de l'entourage visent à alléger la détresse ou à augmenter le bien-être de ces personnes. Un autre groupe d'objectifs visent l'amélioration de l'efficacité du traitement auprès des personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs par le recours au réseau relationnel. Les CRPAT ont passablement développé les interventions autour du premier objectif, cherchant à faciliter la vie des membres de l'entourage. Toutefois, ils s'engageront de plus en plus dans le développement des nouvelles interventions prometteuses liées au second objectif, s'alliant ainsi l'entourage d'une personne vivant une problématique pour en bonifier le traitement.

* La description des degrés de gravité de l'abus de substances chez les jeunes est tirée d'un cahier de formation du Centre Dollard-Cormier intitulé *Vers une compréhension du phénomène de dépendance*. La description des niveaux de consommation des jeunes est fortement inspirée des travaux de Paquin (cf Brisson, 1998. *L'usage des drogues et la toxicomanie*). Elle a été quelque peu retravaillée par Isabelle Denis du Centre Dollard-Cormier.

Clientèles prioritaires

Les CRPAT, en vertu de leur statut d'établissements publics de deuxième ligne, ciblent, comme clientèles prioritaires, les individus présentant les situations de consommation ou de jeu pathologique les plus détériorées. Dans cet esprit, les CRPAT souhaitent collaborer au développement et à l'implantation de guichets uniques d'évaluation des clientèles toxicomanes et joueurs pathologiques. Cette pratique permettrait aux CRPAT d'utiliser pleinement leur expertise afin de décloisonner les services aux usagers les plus en difficulté et d'identifier une chaîne continue d'intervention à travers les divers organismes. Elle assurerait que l'usager ait recours aux services dont il a vraiment besoin dès la demande d'aide, et ce, que ce soit via les organismes publics, communautaires ou privés. Dans plusieurs régions du Québec, cette pratique de guichet unique est déjà utilisée, auprès de la clientèle jeunesse notamment. Le processus connaît un grand succès.

En plus des clientèles les plus touchées, des clientèles particulières ou ayant des problématiques associées pourront recevoir des services en priorité. Dans son plan d'action en toxicomanie,⁵⁹ le Ministère n'identifie pas clairement les clientèles prioritaires, mais il fait mention de sous-groupes pour lesquels les interventions doivent être adaptées. Ainsi, les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les personnes qui ont des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale, les personnes qui ont des problèmes avec la justice, les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) et les personnes itinérantes, sont autant de groupes nécessitant des aménagements de services afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

L'étendue de cette énumération, tant par sa diversité que par le grand nombre d'usagers qu'elle représente, en conjugaison au manque de ressources, a conduit les CRPAT à donner la priorité à certaines clientèles. Les CRPAT en sont donc venus à accorder la priorité aux jeunes et aux femmes enceintes dans leur prestation de services. Bien que toutes les autres clientèles soient desservies, si une femme enceinte ou un jeune place une demande de services dans un CRPAT, il recevra des services en priorité. Pour les jeunes, à cause de l'urgence associée à leur âge et à l'impulsivité qui leur est propre, toute attente est un facteur majeur d'abandon de la démarche d'aide. Les demandes d'aide des femmes enceintes sont également considérées en priorité compte tenu du délai court et inéluctable associé à la grossesse et durant lequel il est si important d'éviter la consommation pour le bien-être de la mère et de son enfant. De plus, l'intervention précoce auprès des

femmes enceintes augmentera la probabilité de poursuivre l'intervention après l'accouchement de manière à favoriser le maintien de saines habitudes de consommation, alors que les tâches principales de vie auront grandement changé pour ces femmes.

Il est ici nécessaire de différencier l'identification d'une clientèle prioritaire de la mise en place d'un programme spécialisé. Ainsi, un centre pourra donner la priorité aux femmes enceintes pour qu'elles aient accès rapidement aux services, sans toutefois développer un programme spécialisé pour cette clientèle, la masse critique d'usagers requis n'étant pas atteinte ou les ressources n'étant pas disponibles. À l'opposé, un CRPAT pourra développer un programme spécialisé par exemple pour les clientèles ayant des démêlés judiciaires, sans toutefois statuer que ces usagers ont un accès prioritaire aux services. Dans le même ordre d'idées, il ne faut pas confondre la priorité d'accès aux services accordée à une clientèle cible (jeunes ou femmes enceintes) avec la priorité accordée à un développement particulier de programmes.

Enfin, les critères habituels définissant la nécessité de répondre de façon urgente à une demande d'aide demeurent : l'urgence suicidaire, l'homicide, une menace à la sécurité au plan de la santé physique. Ces situations urgentes commandent une réponse rapide.

Approches cliniques

Le choix des approches cliniques à privilégier est tributaire des facteurs étiologiques des problématiques en cause, de leurs conséquences observées chez les usagers et du corpus d'études portant sur l'efficacité des interventions.

Comme il a été mentionné précédemment, l'ensemble des interventions cliniques des CRPAT doit se situer au sein d'un modèle qualifié de biopsychosocial. Les comportements de consommation proviennent tant de la sphère biologique que psychologique et sociale. Les interventions viseront donc l'ensemble de ces sphères et ne pourront donc pas s'attacher à un seul modèle conceptuel. Il va sans dire que les interventions requises pour un individu en particulier ne viseront pas nécessairement toutes les sphères. Dans ces conditions, le plan d'intervention (PI) ou le plan de services individualisés (PSI) s'adapte à chacun et cherche à répondre à la réalité individuelle.

Toujours en vue de s'adapter à la réalité individuelle, les centres se positionneront dans un continuum d'objectifs s'échelonnant entre la réduction des méfaits et l'abstinence, en passant par la consommation réduite et, en ce sens, auront des visées extrêmement pragmatiques.

Finalement, les études d'efficacité des traitements favorisent actuellement les approches d'appui communautaire, utilisant le réseau relationnel des personnes qui consultent, surtout pour les personnes manquant d'appuis sociaux.⁶⁸ D'autres avenues sont également encouragées, notamment les approches motivationnelles, les méthodes visant l'apprentissage social, en particulier dans le cas des buveurs à problèmes,^{26; 39} les approches cognitivo-comportementales, les méthodes de prévention de la rechute⁶⁸ et la thérapie conjugale, tout particulièrement comportementale.⁶⁸ Un appui est également donné à une combinaison de traitements pharmacologiques et psychosociaux pour certaines clientèles plus stables.⁶⁸ Notons que ce relevé ne peut être définitif. C'est pourquoi les centres s'engagent à se tenir au fait des avancées scientifiques en ce domaine et à adapter leurs pratiques

à l'évolution des connaissances. De plus, les CRPAT ne peuvent pas se limiter à offrir un seul type de traitement. En effet, les études tendent à démontrer que même si certains traitements semblent plus efficaces que d'autres, ils ne seront pas nécessairement efficaces pour tous. Pour ces raisons, il est important d'offrir des services adaptés à la réalité de chaque usager.⁶⁸

Il faut ajouter à ce répertoire les facteurs d'efficacité communs à de nombreuses interventions. L'alliance thérapeutique est certainement l'élément le plus prépondérant. Des études démontrent qu'elle est significativement reliée au succès thérapeutique lors de traitements cognitifs-comportementaux ou lors d'une intervention qui facilite l'utilisation des groupes d'entraide.²⁵ On dénote également des retombées positives de l'alliance thérapeutique lors de la désintoxication,²² quoique les résultats ne soient pas unanimes.^{5; 63} Bien que la prédiction du succès thérapeutique à long terme, grâce à l'établissement de l'alliance thérapeutique, n'ait pas encore été pas démontrée, elle demeure néanmoins principalement associée à la rétention en traitement.²³ Il semble que l'alliance thérapeutique soit tout particulièrement importante auprès de certains groupes, entre autres les individus présentant une problématique psychiatrique plus importante.⁶⁵

Besoins et objectifs

Besoins

De façon générale, les usagers ont besoin de recevoir de l'aide pour développer leurs habiletés à transiger avec une série de problèmes à l'origine de ou entourant l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu pathologique. Il apparaît donc pertinent que les problèmes les plus fréquemment présentés par les usagers soient ici énumérés. Les services offerts par les CRPAT sont ensuite présentés à titre de moyens pour aider les usagers à transiger avec leurs difficultés.

a) Problèmes associés à la consommation de substances psychoactives ou au jeu pathologique

- Incapacité à instaurer ou à maintenir une période d'abstinence de substances psychoactives ou d'arrêt de l'usage de jeux de hasard et d'argent
- Présence de risques importants de rechute menant à une nouvelle consommation ou à la pratique de jeux de hasard et d'argent
- Histoire d'abandons fréquents du traitement
- Syndrome de sevrage (léger, modéré ou sévère) à l'arrêt de consommation

b) Problèmes associés aux différentes sphères de vie

- Présence de comportements à haut risque (pratiques de consommation par injection ou pratiques sexuelles) en regard de la propagation des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites, les MTS
- Instabilité de l'état de santé physique (hépatite, VIH, épuisement, malnutrition, etc.) et psychologique (difficultés à faire face aux affects intenses, faible estime de soi, faible tolérance à la frustration, etc.)
- Présence de troubles mentaux divers
- Isolement social
- Manque d'habiletés interpersonnelles et détérioration du réseau relationnel
- Milieu de vie favorisant la consommation ou le recours aux jeux de hasard et d'argent
- Activités délictueuses

- Autonomie de base précaire par rapport aux besoins de logement, des ressources financières, de l'alimentation et de l'hygiène
- Problèmes monétaires
- Problèmes au travail ou reliés au travail (absentéisme, perte de travail, employabilité, etc.)
- Risque suicidaire (s'estimant entre autres par la présence, dans un passé plus ou moins récent, de tentatives de suicide ou d'idéations suicidaires)
- Problèmes scolaires

c) Problèmes présentés par les membres de l'entourage

- Détresse psychologique
- Sentiment d'impuissance vis-à-vis la personne alcoolique, toxicomane ou joueur pathologique
- Ne comprend pas les motifs de consommation ou de recours au jeu

Objectifs

Sur la base de leur conception de la réadaptation, l'objectif général des CRPAT est en lien avec le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des personnes. Compte tenu de la mission spécifique des CRPAT, cet objectif s'applique aux personnes présentant un problème d'abus et de dépendance envers les substances psychoactives ou un problème de jeu pathologique. C'est pourquoi l'objectif général précédent se traduira comme suit :

Réduire ou arrêter la consommation de substances psychoactives ou les habitudes de jeu pathologique.

Les CRPAT visent à amener les usagers à modifier leurs habitudes de jeu ou encore à réduire leur consommation de substances psychoactives, compte tenu des effets nuisibles de ces comportements pour leur santé, leur bien-être et celui de leur entourage.

Pour y parvenir, différents objectifs spécifiques sont fixés, le premier que l'on doit considérer comme un préalable, les autres, plus spécifiques, ciblant les diverses sphères de la vie puisqu'il est difficile de travailler à l'élimination ou à la réduction de la consommation des substances psychoactives sans considérer la condition physique, l'état psychologique, le réseau relationnel, la situation d'emploi, les ressources et la situation judiciaire associée aux comportements délictueux.

a) Favoriser la croissance de la motivation au changement des habitudes de consommation et de jeu pathologique

La réalisation de l'objectif général d'élimination ou de réduction de la consommation des usagers ne peut s'atteindre sans un travail visant à accroître la motivation. Ce concept est ici défini en fonction de sa signification très large telle que présentée dans le modèle transthéorique.^{19; 66} Ce modèle permet de concevoir l'intervention en toxicomanie à tous les stades de la motivation, que ce soit face à la négation du problème par l'utilisateur ou, à l'autre extrême du cycle, tout au long de ses efforts de maintien des acquis. De plus, le modèle permet de travailler à la réalisation de divers objectifs associés à la consommation : abstinence, consommation contrôlée, réduction des méfaits.

b) Améliorer l'état de santé physique

Un mauvais état de santé physique peut stimuler le recours aux substances psychoactives ; cependant le recours à celles-ci de façon excessive détériore encore davantage la santé physique de la personne. Il est donc primordial que cette dernière soit stabilisée dès le début de la démarche de réadaptation afin d'optimiser les chances de succès du traitement.

c) Améliorer l'état de santé psychologique

Les usagers des CRPAT se présentent avec un tableau varié de manifestations de détresse psychologique. Les affects dépressifs et anxieux sont largement répandus, sans parler des idéations suicidaires, voire des tentatives de suicide. Dans certains cas, ces troubles s'avèrent d'ailleurs sévères et persistants. Dans l'ensemble de ces situations, l'état psychologique doit être considéré en même temps que la réadaptation en alcoolisme, toxicomanie ou jeu.

d) Améliorer la qualité du fonctionnement relationnel

L'isolement et la récurrence des conflits relationnels sont deux conditions extrêmement fréquentes auprès des usagers des CRPAT. De plus, l'interaction avec un milieu propice au maintien de la problématique de consommation ou de jeu ne fait que nuire au processus de réadaptation. Une amélioration de la condition de l'utilisateur passe alors par l'amélioration de son fonctionnement relationnel.

e) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle

La précarité de la situation financière de plusieurs usagers, leur sentiment d'inutilité sociale lorsqu'ils sont sans emploi, leur sentiment d'échec à la suite de pertes d'emploi associées à leurs habitudes de consommation ou de jeu, ou encore leur situation d'emploi ou scolaire inadéquate, sont autant de raisons motivant une intervention dans ce domaine de vie.

f) Réduire les méfaits associés à la situation judiciaire

Le développement d'un comportement délinquant, comme les vols, le trafic de drogues, la prostitution, qui permet de se payer une consommation onéreuse ou des habitudes de jeu coûteuses ainsi que la présence de comportements signifiant une perte de contrôle de soi, comme les voies de fait, méritent une attention particulière. La diminution de ces comportements sera un indice de l'amélioration de la situation de l'utilisateur.

Services

Réseau de services intégrés

En tant que spécialistes en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique, les CRPAT définissent leur rôle à l'intérieur d'un réseau de services intégrés, à titre de pivot et de catalyseur des services offerts dans une région. Ainsi, il est clair que les CRPAT n'ont pas la responsabilité de la promotion, de la prévention ou de l'intervention précoce. Cependant, en fonction des besoins, les CRPAT agissent en soutien à ces services, à titre d'experts, afin d'outiller et de former les professionnels de ces institutions pour ainsi assurer des services adéquats.

L'approche de réseau de services intégrés implique également, pour l'utilisateur, que des services pourront être offerts en partenariat avec d'autres organismes (par exemple avec un organisme communautaire pour de l'hébergement à long terme ou avec le centre hospitalier pour un sevrage sévère), voire au moyen d'ententes intersectorielles, en collaboration avec une maison de transition des services correctionnels.

Accueil, évaluation et orientation

Lorsqu'un individu se présente à un CRPAT, sur référence ou directement, il est tout d'abord accueilli. L'accueil, une des phases importantes du début du processus d'aide, permet de comprendre le motif de la consultation et d'estimer l'inscriptibilité et l'admissibilité. C'est lors de cette étape plutôt informelle que l'on évalue, en collaboration avec la personne, si elle peut profiter des services du CRPAT. Si la personne apparaît être inscriptible ou admissible, une évaluation spécialisée sera alors réalisée.

Le processus d'évaluation se déroule à l'aide d'instruments de mesure structurés, validés et fidèles. Ces outils tiennent compte des différentes sphères de vie de la personne telles que la situation de consommation (alcool, drogues) ou de jeu, l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation d'emploi ou scolaire, les ressources de même que la situation judiciaire.

Les CRPAT adhèrent à un modèle d'intervention où chaque type de service a son évaluation propre.

Les travaux à ce sujet progressent. On note que certains services utilisent une évaluation uniforme à travers la province. C'est le cas notamment des services de réadaptation en toxicomanie qui utilisent l'IGT dans ses versions adultes et adolescents. Des efforts importants sont actuellement consentis à développer et implanter des instruments d'évaluation propres à chacun des services (ex. : réinsertion sociale, désintoxication, etc.).

Quel que soit le service offert, l'évaluation a pour objet de cerner de façon adéquate la demande d'aide dans son contexte spécifique afin d'orienter l'utilisateur vers les services les plus appropriés, à l'intérieur du CRPAT ou vers ses partenaires. Lorsque l'utilisateur est orienté vers les CRPAT, les résultats de l'évaluation deviennent la matrice servant à l'établissement du plan d'intervention.

Services de désintoxication

Les services de désintoxication doivent être offerts à certains usagers alcooliques ou toxicomanes en fonction de leurs besoins associés au sevrage. Le niveau de soins offerts, ou dit autrement, le choix de la ressource prestataire de soins, dépend de la gravité du sevrage anticipé. Cette dernière est déterminée par l'importance de la consommation antérieure, des produits ingérés et du degré d'adaptation du système nerveux central.

Ainsi, la gamme de services de désintoxication pouvant être nécessaires est définie par l'American Society of Addiction Medicine.⁴

a) Désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I)

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 II)

Le point marquant de ce niveau de services est 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 III)

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 gravités plus importantes de sevrage, donc géré par du personnel infirmier présent 24/7.

Désintoxication avec hébergement gérée par du personnel psychosocial (niveau III.2)

Ce type de service résidentiel de désintoxication est caractérisé par son emphase sur le rôle des pairs et le soutien social. Il y a disponibilité 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 ex. : la nécessité de soins infirmiers ou médicaux ou le transfert vers une ressource de type III.7-D ou un centre hospitalier) sont développés et supportés par des professionnels compétents. Le sevrage est qualifié de léger ou modéré, mais un besoin d'hébergement peut être présent.

Désintoxication avec hébergement gérée par du personnel médical (niveau III.7)

Ce type de services internes de désintoxication est un service offert par du personnel infirmier et médical, sans que soient disponibles toutes les ressources propres à un hôpital général (ex. les services de cardiologie, pneumologie, radiologie, chirurgie, etc.). Entre autres caractéristiques, le

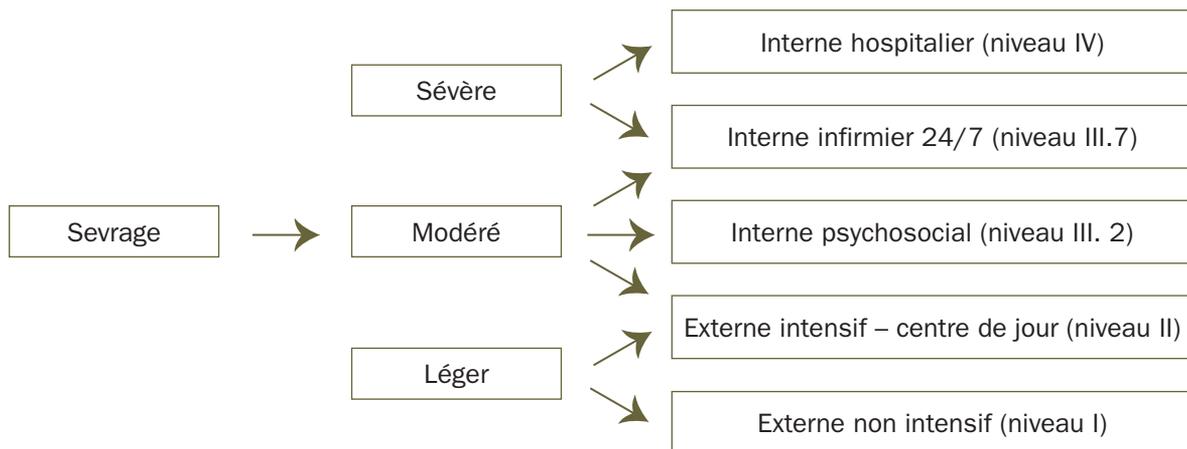
personnel infirmier est présent 24 heures/7 jours et un médecin est disponible, selon des ententes préétablies, pour évaluer les patients rapidement au besoin. Le sevrage peut être modéré ou sévère sans qu'il y ait de facteurs aggravants nécessitant l'ensemble des soins hospitaliers.

d) Désintoxication avec hébergement sous gouverne médicale (niveau IV)

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.

La figure suivante illustre comment la gravité du sevrage détermine le niveau de soins devant être offert à une personne.⁴

Schématisation de l'orientation des usagers en fonction de la gravité du sevrage



Le rôle des CRPAT dans la chaîne de services en désintoxication

Les niveaux de soins les plus fréquemment retrouvés sur le territoire québécois sont le niveau I, ambulatoire non intensif, le niveau III.2, interne psychosocial, le plus souvent géré par une ressource communautaire et soutenue intensément par les CRPAT, le niveau III.7 interne et géré par du personnel infirmier sous supervision médicale, mais non en centre hospitalier, fréquemment mis sur pied par les CRPAT et le niveau IV, la désintoxication interne hospitalière sous gouverne médicale. Mentionnons que les services de désintoxication de type externe (niveaux I et II) ou, à l'opposé, ceux de type interne hospitalier niveau IV, ne sont pas assumés par les CRPAT. D'ailleurs, le niveau ambulatoire intensif de type centre de jour niveau II, ne se retrouve pas au Québec. Toutefois, les CRPAT sont prêts à offrir ce niveau de soins, là où il s'avère nécessaire. Les CRPAT sont donc tout particulièrement engagés dans la prise en charge des services de niveau internes infirmiers (III.7), ainsi que dans la coordination, le soutien intensif et le maintien des services internes de type psychosocial (III.2). Il

faut enfin rappeler que les niveaux de soins en désintoxication sont tributaires les uns des autres et qu'un travail de coordination, au sein d'une région, est vital. De par leur mission, les CRPAT ont tout particulièrement à cœur le bon fonctionnement de l'ensemble des soins de désintoxication puisqu'ils constituent un maillon indispensable de la chaîne de services nécessaires pour mener à bien l'ensemble du processus de rétablissement d'une personne alcoolique ou toxicomane.

Services de réadaptation – toxicomanie et jeu

Les services de réadaptation auprès des personnes alcooliques et toxicomanes de même qu'auprès des joueurs pathologiques sont au cœur de la raison d'être des CRPAT. Au nombre des objectifs généraux de la réadaptation, on retrouve la stabilisation, l'instrumentation et la consolidation des acquis. Rappelons toutefois que tous ne traversent pas nécessairement ces trois étapes.

a) Stabilisation

Un certain nombre d'utilisateurs ont besoin d'une période de stabilisation de leur état physique, psychologique et social avant d'entreprendre toute

démarche plus structurée. En effet, non seulement certains individus se présentent dans un état de grande détresse psychologique et sociale ou alors leur milieu de vie est tout à fait inadéquat dans une visée de réadaptation, mais plusieurs vivent également des difficultés sur le plan de la santé physique, comme la mauvaise alimentation, le sommeil perturbé, les troubles de santé divers. Tous ces facteurs ont une incidence et, souvent, plusieurs usagers sont incapables de conserver une abstinence à court terme ou peuvent toujours présenter des symptômes de sevrage. Il leur faut donc une période de stabilisation. Celle-ci peut se réaliser en consultation externe, mais pour certains individus, elle devra nécessairement avoir lieu en hébergement. En les retirant de leur milieu pour une courte période, on réussit ainsi à atténuer les effets néfastes des relations destructives qu'ils peuvent vivre dans leur environnement, tout en favorisant la récupération par une saine hygiène de vie (le sommeil régulier, une alimentation adéquate, etc.). Des consultations médicales ou infirmières sont fréquemment nécessaires. Même si le processus de réadaptation ne fait que débiter, les services de réinsertion sociale sont déjà sollicités, compte tenu de la situation précaire des individus, comme les besoins de réorientation par rapport au logement, le besoin d'aide dans la gestion du budget, l'assistance à la recherche d'emploi, etc.

b) Instrumentation

L'instrumentation est certainement le cœur de l'intervention en réadaptation. L'individu y apprend les habiletés nécessaires pour modifier ses comportements de consommation ou de jeu. Ces habiletés touchent l'ensemble des sphères de vie, mais en priorité les habiletés directement engagées dans le développement ou le maintien des comportements plus adéquats au regard de la prise de substances psychoactives ou de recours aux jeux de hasard et d'argent.

C'est lors de l'instrumentation qu'un travail important sera fait autour de la motivation au changement. L'individu y est appelé à identifier les avantages et les inconvénients de sa situation

actuelle de consommation ou de jeu, de même que les arguments favorables et défavorables au changement de ses habitudes de consommation ou de jeu afin de s'engager dans une démarche de changement.

Lorsque l'individu est engagé dans une phase de changement, de nombreuses interventions viennent l'appuyer. Ces dernières permettent d'identifier les déclencheurs des épisodes de consommation et la séquence cognitive, émotive et comportementale dans lesquels s'inscrivent les habitudes de consommation ou de jeu. Lors de cette phase de la réadaptation, l'utilisateur identifie plus clairement les motifs, internes et externes (sociaux et environnementaux), qui l'incitent à consommer ou à jouer. Il identifie plus adéquatement les besoins sous-jacents aux comportements de consommation ou de jeu. Dans cette démarche, l'individu est accompagné dans sa recherche de solutions de rechange afin d'intégrer dans sa vie quotidienne des réponses plus adaptées aux pressions sociales ou aux incitatifs identifiés, pour finalement délaisser la consommation de substances psychoactives ou le jeu comme réponse à ses besoins. On comprend donc que le travail visant à modifier les habitudes de consommation ou de jeu ne peut se faire sans tenir compte des différentes sphères de vie, soit l'état psychologique, la santé physique, la situation relationnelle, la situation d'emploi ou les ressources financières, la situation judiciaire, etc. Cependant, chaque sphère n'a pas le même rôle ou le même poids pour chaque personne ; le plan d'intervention sera donc adapté à la réalité individuelle. De plus, l'instrumentation permettra de travailler avec le réseau relationnel de l'utilisateur et, au besoin, des interventions conjugales et familiales seront offertes.

Notons finalement que des interventions structurées visant à prévenir les rechutes sont amorcées dès la phase d'instrumentation. Ce travail clinique est particulièrement nécessaire pour le maintien des acquis.

c) Consolidation

Finalement, une phase de consolidation est prévue où le maintien des nouveaux acquis est visé. Cette phase, trop souvent négligée, mérite une attention particulière. Différentes études démontrent en effet que cette phase qualifiée de « post-traitement » est tout aussi importante que le traitement lui-même dans la prévision du succès thérapeutique à long terme. C'est lors de cette période que l'on prévient la rechute d'une manière cruciale. En effet, un suivi des usagers, moins fréquent mais réel, permet le maintien des acquis. Les CRPAT veulent développer, de manière créative, ce type de services.

Traitements de substitution

Plusieurs CRPAT offrent des traitements d'entretien et de sevrage à la méthadone pour les personnes présentant une dépendance aux substances opiacées. La méthadone est un agoniste opioïde synthétique à action prolongée, prescrit pour traiter la dépendance aux opiacés. Les programmes d'entretien à la méthadone varient considérablement dans leur composition. Ils ont tous en commun toutefois la prescription d'une dose dite de confort de méthadone où un niveau stable et suffisant de méthadone dans le sang réduit l'envie de consommer des substances opiacées illicites.

Les personnes participant au programme de traitement d'entretien à la méthadone prennent ce médicament oralement, une fois par jour, souvent mélangé avec une boisson à l'orange. Comme la méthadone a une action prolongée, le besoin de s'injecter d'autres opioïdes diminue et cela réduit les méfaits pour la santé liés à l'usage de drogues injectables. La tolérance aux effets de la méthadone se développe très lentement, permettant à de nombreuses personnes qui sont dépendantes à l'égard des opioïdes d'être entretenues sans danger, avec la même dose de méthadone, pendant plusieurs années.⁴¹

Les programmes offrent par ailleurs un suivi psychosocial sur une base obligatoire ou sur demande

selon les modalités de services établies dans chacun des centres. Certains programmes de traitement avec méthadone sont définis comme étant à bas seuil. Ces programmes qui permettent l'accès à des traitements à exigences peu élevées s'adressent à une clientèle marginalisée qui vit en milieu urbain et qui ne fréquente pas normalement les services offerts par les institutions du réseau de la santé. Cette pratique s'est avérée efficace au plan de la réduction des méfaits liés à l'usage de substances opiacées illicites. Actuellement au Québec, le programme Relais Méthadone offert par le CRAN dispense ces traitements à bas seuil pour la région de Montréal.

Les services d'entretien à la méthadone sont offerts au Québec par les CRPAT, à l'exception de la région de Montréal où trois centres spécialisés sont dédiés à ce type de services soit le CRAN, la Clinique Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal et le service de toxicomanie du CHUM St-Luc.

Services de réinsertion sociale et professionnelle

Les services de réinsertion sociale et professionnelle et ceux de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique sont intimement liés. La réinsertion sociale et professionnelle est un processus incontournable pour bon nombre d'usagers et peut se faire avant, pendant ou après la réadaptation ou la désintoxication. Les CRPAT prennent tout particulièrement en charge la réinsertion sociale et professionnelle en début de traitement. Les traitements d'appui communautaires, qui comptent d'ailleurs parmi les meilleures interventions, nous enseignent que la situation d'emploi de même que le réseau social et de loisir de l'individu alcoolique, toxicomane et, par extension, du joueur pathologique, doivent être rapidement pris en compte si l'on veut que l'intervention ciblant la problématique soit efficace. Les CRPAT ne sont toutefois pas les seuls à offrir des services en réinsertion sociale et professionnelle et feront fréquemment appel à leurs partenaires du réseau privé et communautaire, tout particulièrement lors des phases plus avancées de traitement. Les intervenants des CRPAT jouent alors le rôle de pont et favorisent grandement le recours aux

services de ces organismes en accompagnant la personne vers ceux-ci. Tout au long du traitement, les CRPAT conservent une vision d'ensemble des services à l'utilisateur, tant par rapport à ceux qu'ils offrent que par rapport aux services administrés par des organismes collaborateurs. Ainsi, les soins à la personne alcoolique, toxicomane ou joueur pathologique peuvent conserver leur cohérence et s'inscrire dans un plan unique d'intervention.

Dans l'ensemble, la réinsertion sociale et professionnelle, tant pour les usagers alcooliques ou toxicomanes que joueurs pathologiques, vise :

- « à consolider les gains réalisés à la phase de désintoxication et de réadaptation » ;⁸
- à augmenter l'autonomie de la personne par le développement des habiletés liées à la vie quotidienne, des habiletés nécessaires au travail, des habiletés liées à la survie psychologique et médicale, des habiletés de socialisation et celles inhérentes à la capacité de se récréer.^{21 ; 36}
L'accent mis sur un aspect ou sur l'autre varie évidemment en fonction des individus.

Huit dimensions fondamentales font l'objet de l'évaluation et de l'intervention en réinsertion sociale et professionnelle. Les difficultés identifiées se situent aux plans alimentaire, vestimentaire, social, de l'hygiène, du logement, de la gestion du budget, des loisirs, de l'emploi ou des études. L'intervention dans ces domaines est à court, moyen et long terme et vise l'acquisition ou le rétablissement d'un niveau de fonctionnement adéquat (et non optimal) dans une ou plusieurs de ces sphères.

L'intervention en réinsertion sociale et professionnelle se fait tout particulièrement en collaboration avec les partenaires. De nombreux organismes se spécialisent dans ce type de services et les CRPAT ont à cœur de s'en faire les partenaires. L'équilibre entre les services de réinsertion offerts par les CRPAT et ceux déployés en partenariat varie en fonction des réalités régionales.

Services médicaux

Les CRPAT mettent des services médicaux à la disposition des usagers, tout particulièrement des personnes alcooliques et toxicomanes. Les usagers peuvent présenter divers troubles de santé qui doivent être diagnostiqués et soignés. Les meilleures pratiques nous incitent également à évaluer la possibilité d'offrir, à des usagers sélectionnés, des traitements pharmacologiques et psychosociaux combinés, comme c'est déjà le cas lors des traitements d'entretien à la méthadone. Ces pratiques nécessitent une étroite collaboration avec le corps médical, que celui-ci travaille à l'intérieur du CRPAT ou à titre de partenaire externe.

L'engagement important des CRPAT dans le continuum des services en désintoxication commande tout particulièrement le recours aux professionnels de la santé, tels les infirmières et les médecins, pour assurer la sécurité physique de la personne lors du sevrage aux substances psychoactives, mais aussi une évaluation médicale ou infirmière (selon le niveau de service) ainsi qu'un suivi plus ou moins prolongé.

Services d'aide et de soutien à l'entourage

L'intervention auprès des membres de l'entourage vise deux grands objectifs :

- l'amélioration du bien-être des membres de l'entourage en lien avec l'individu toxicomane, alcoolique ou joueur pathologique ;
- l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès des usagers alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques.

Les CRPAT ont passablement développé leurs services visant à combler le premier objectif. Pour ce qui est du second, les études menées depuis plus d'une décennie révèlent l'efficacité de l'intervention auprès des membres de l'entourage afin d'améliorer le traitement des usagers alcooliques et toxicomanes. Les recherches concernant les membres de l'entourage des joueurs pathologiques sont toutefois pratiquement inexistantes. Cette voie mérite donc de bénéficier de développements ultérieurs.

Durée des services

Les personnes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques n'ont pas un parcours linéaire de changement. Plusieurs ne réussissent à transformer leurs comportements destructeurs qu'après plusieurs épisodes de consultations éparses sur une période de plusieurs années. Toutefois, il nous est possible d'identifier la durée moyenne de chaque épisode de consultation, sachant bien que cette moyenne est produite par des situations très diversifiées, allant d'une seule consultation à parfois deux ou trois ans de traitement externe. Il faut donc comprendre que les moyennes présentées ne représentent pas la situation optimale de traitement, mais la simple réalité des consultations vécues en CRPAT actuellement. Des travaux de recherche devront nous aider à mieux identifier les durées optimales de traitement, interne et externe.

Comme il a été mentionné, les consultations ont lieu généralement sous un mode externe (92% des usagers). Des données issues de deux CRPAT (dont un en milieu urbain et un en milieu urbain et rural) révèlent que, chez les adultes, la durée moyenne des consultations externes en toxicomanie est de 16 heures d'entrevues (à raison le plus souvent d'une entrevue d'une heure à la fois). Les usagers qui présentent des problématiques de santé mentale restent généralement plus longtemps en traitement, profitant en moyenne de 21 heures de services. En jeu pathologique, la moyenne est de 5 à 8 heures de traitement, la moyenne étant plus basse en raison du faible taux de joueurs (30%) qui complètent le traitement.* Chez les jeunes toxicomanes, la durée moyenne des consultations en externe varie considérablement d'un programme à l'autre et oscille entre 5 et 26 heures.

Il faut cependant rappeler que les CRPAT ne sont pas les seuls centres à offrir de l'hébergement en toxicomanie et qu'au contraire, la majorité des services de types internes sont offerts par des ressources privées ou communautaires.

* Données disponibles pour un centre seulement.

Programmes

Les programmes développés par les CRPAT peuvent se diviser en deux catégories, à savoir, les programmes spécialisés et les programmes dits accessoires.

Les programmes spécialisés permettent de desservir la plus grande proportion de la clientèle des CRPAT. Ces programmes se classifient en fonction de la problématique présentée (alcoolisme/toxicomanie, jeu pathologique ou membre de l'entourage), du groupe d'âge (jeunes, adultes, personnes âgées) et du type d'aide nécessaire (réadaptation, réinsertion sociale). On y retrouve les programmes suivants :

a) En réadaptation...

- adultes et aînés, alcoolisme/toxicomanie
- jeunes, alcoolisme/toxicomanie
- adultes et aînés, jeu pathologique
- jeunes, jeu pathologique

b) En réinsertion sociale...

- adultes et aînés, alcoolisme/toxicomanie et jeu pathologique
- jeunes, alcoolisme/toxicomanie et jeu pathologique

c) En intervention auprès des membres de l'entourage...

- d'adultes ou d'aînés, alcooliques/toxicomanes ou joueurs pathologiques
- de jeunes, alcooliques/toxicomanes ou joueurs pathologiques

d) En fonction de besoins particuliers...

Les programmes suivants sont ceux pour lesquels s'ajoute, à la problématique initiale, une condition nécessitant une intervention et une expertise particulière plus complexe que dans les autres programmes.

On y retrouve :

- les aînés ;
- les personnes présentant des problèmes de santé mentale ;
- les personnes ayant un profil judiciairisé ;
- les personnes ayant besoin d'un traitement de substitution (méthadone) ;
- les personnes itinérantes adultes et les jeunes de la rue ;
- les personnes ayant besoin de services de désintoxication ;
- les femmes enceintes ou mères de jeunes enfants ;
- les personnes ayant des problèmes de santé physique.

Ces programmes sont rendus disponibles uniquement lorsque le nombre d'utilisateurs inscriptibles ou admissibles à ce type d'intervention est suffisamment important. Cependant, même si un programme n'est pas disponible dans une région, des protocoles particuliers d'intervention peuvent être développés lorsqu'un usager est susceptible d'en bénéficier.

Programmes accessoires

Les CRPAT offrent aussi des services au sein de programmes dits accessoires. On les qualifie d'accessoires parce qu'ils ne sont pas inclus dans la mission des CRPAT telle que définie par la loi. Ainsi, le programme d'évaluation des conducteurs automobile, développé en partenariat avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), se retrouve dans cette catégorie. Les services comportent alors des coûts pour l'utilisateur.

D'autres programmes accessoires pourraient s'ajouter à la programmation ou même en être retirés.

Modalités

Les modalités d'intervention sont évidemment variables en fonction de la gravité de la problématique des usagers, de leur condition biopsychosociale, de la réalité géographique de chaque région de même que de la volonté de l'utilisateur. En effet, les usagers des CRPAT vivent des réalités complexes nécessitant une panoplie de modalités de prestation de services, permettant de s'adapter aux besoins et aux situations particulières des usagers.

a) Accessibilité

Les modalités d'accès aux centres sont actuellement variables en fonction des diverses réalités régionales. Certains CRPAT sont déjà présents dans les centres de santé et de services sociaux de leur région, alors que d'autres ont déployé leurs services selon des logiques différentes. Ces différents arrangements influenceront le processus d'accès et de référence. À court terme, des ententes de services devront intervenir au niveau de chaque réseau local comme le prévoit maintenant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En accord avec les orientations ministérielles pour les services spécialisés à mission régionale, la mise en place de services de proximité devrait être favorisée et accentuée. Les CRPAT souscrivent à cette orientation. Notons enfin que les services des CRPAT à la population sont accessibles principalement durant le jour et le soir en semaine.

b) Hébergement

Des services d'hébergement sont incontournables pour une proportion des usagers. Contrairement à ce qui existait au cours des années 60 et avant cette période, l'hébergement n'est plus une condition de base du traitement. Tout au contraire, les études ont largement démontré l'efficacité, à tout le moins équivalente, des services externes. Ces données de recherche ont largement influencé la réorganisation des services au cours des décennies suivantes pour transformer la prestation de services principalement sous la modalité externe. Conséquemment, cette tendance, conjuguée aux compressions successives dans les fonds alloués

aux services sociaux et de santé, est à l'origine de l'absence de services d'hébergement en alcoolisme et toxicomanie dans les CRPAT de certaines régions.

Cependant, une portion de la clientèle doit obligatoirement profiter de l'hébergement. Que l'on pense seulement aux usagers alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques dont l'état requiert une période de stabilisation en services de désintoxication. Il y a aussi les usagers en réadaptation ou en réinsertion sociale, dont le tissu social incite à la consommation et menace toute chance de réhabilitation. On peut aussi penser aux personnes vivant dans des conditions de logement totalement détériorées. Finalement, mentionnons les régions – et elles sont nombreuses – où les distances importantes peuvent empêcher un usager de participer à un programme intensif de type centre de jour. Retourner chez lui chaque soir est tout simplement impossible pour des raisons de distance et de disponibilité des transports, notamment pour les individus sans véhicule. Pour l'une ou l'autre de ces raisons, un hébergement pourrait être nécessaire. Lorsque cette modalité n'est pas disponible dans un CRPAT concerné, les clientèles sont dirigées vers un réseau complémentaire (ressource communautaire ou privée).

La durée de l'hébergement est de court ou moyen terme, en fonction des besoins de l'utilisateur. L'hébergement de longue durée pour des problématiques d'alcoolisme et de toxicomanie n'est pas offert par les CRPAT et est le propre des communautés thérapeutiques.

c) Intensité

Les services sont offerts sous un mode intensif ou non intensif. Les usagers peuvent consulter à raison d'une fois par semaine (non intensif), de quelques rencontres par semaine (semi-intensif), ou venir en traitement tous les jours (intensif).

d) Durée

Les traitements peuvent évidemment s'offrir sur une base de court, moyen et long terme. De plus, contrairement aux services de première ligne, les interventions à court terme ne sont pas privilégiées au niveau des services spécialisés, tout en n'étant pas exclues.

Par ailleurs le développement des services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie a pour conséquence l'alourdissement des problématiques présentées par les clientèles des CRPAT. Ces profils cliniques plus détériorés invitent au déploiement d'interventions plus complexes, impliquant plusieurs professionnels. Les changements ne s'observent pas toujours rapidement. Des experts dans le domaine nous rappellent que le succès thérapeutique des clientèles présentant une problématique sévère d'alcoolisme ou de toxicomanie doit s'estimer sur plusieurs épisodes de traitement. En fait, le parcours de réadaptation peut s'échelonner sur plusieurs années, marquées par différents épisodes de traitement.

e) Services individuels ou de groupe

Finalement, les services peuvent être donnés individuellement ou en groupe. Lorsque des données de recherche probantes révèlent que l'intervention de groupe est tout aussi efficace que l'intervention individuelle, les CRPAT favoriseront les interventions de groupe pour des raisons d'efficacité. L'intervention de groupe permet l'expérimentation et la consolidation de compétences relationnelles souvent déficitaires. Toutefois, les particularités de chaque situation sont considérées dans le choix de l'une ou l'autre formule, de sorte que l'intervention individuelle demeure une modalité possible d'intervention.

f) Thérapie conjugale ou familiale

Les CRPAT sont soucieux d'offrir les interventions les plus efficaces en réadaptation. Ici, les études récentes illustrent l'efficacité ajoutée, et ce, à des coûts concurrentiels, d'une intervention conjugale ou familiale.⁶² Ce champ d'expertise est cependant sous-développé au sein des CRPAT et, de ce fait, il s'agit d'une avenue importante à développer.

Conclusion

Chaque centre de réadaptation est prêt à implanter et à promouvoir l'offre de services précédemment décrite en fonction des particularités régionales, si de tels services n'y sont pas déjà disponibles.

Par ailleurs, le continuum de services aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu, d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies ne se limite pas aux services spécialisés offerts en CRPAT. Ceux-ci y exercent cependant leur rôle de chef de file dans une approche de réseaux de services intégrés où chaque partenaire assume son rôle propre tout en contribuant à l'ensemble.

Dans ce sens, ces collaborations et cette complémentarité feront et font déjà l'objet d'ententes portant par exemple sur les services d'hébergement à long terme, l'orientation des usagers entre les organismes, le développement et le maintien de corridors de services bidirectionnels entre les CRPAT et les services généraux et spécifiques de première ligne offerts par les instances locales.

L'efficacité et l'efficience reposent entre autres sur le partenariat.

Références

- 1** ADLAF, E. ; IALOMITEANU, A. (2002). *CAMH Monitor eReport : addiction and mental health indicators among Ontario adults in 2001, and changes since 1977*, Toronto : CAMH. (CAMH Research document series ; 12)
- 2** AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., Paris : Masson, 1008 p.
- 3** ANESHENSEL, C. S. ; HUBA, G. J. (1983). « Depression, alcohol use, and smoking over one year: a four-wave longitudinal causal model », *Journal of abnormal psychology*, v. 92, n° 2, p. 134-150.
- 4** ASAM. (1996). « ASAM PPC-2 detoxification services », in *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders*, 2^e éd., Chevy Chase, MD : ASAM, p. 19-41.
- 5** BELDING, M. A. [et al.] (1997). « Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence », *Drug and alcohol dependence*, v. 48, n° 1, p. 51-59.
- 6** BERGERON, J. ; GOSELIN, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*, Montréal : RISQ, 79 p. (Cahiers du RISQ)
- 7** BOIVIN, M.-D. [et al.] (1998). *Étude d'impact du programme de réinsertion sociale par le travail offert aux personnes toxicomanes du pavillon St-François d'Assise (CHUQ)*, Québec : s. n., 48, [17] f.
- 8** BOIVIN, M.-D. ; DE MONTIGNY, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir ?*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 37 p.
- 9** BONDY, S. J. [et al.] (1999). « Low-risk drinking guidelines: the scientific evidence », *Revue canadienne de santé publique*, v. 90, no 4, p. 264-270.
- 10** BORDELEAU, M. ; PERRON, B. (2003). « Consommation d'alcool et de drogues », in *Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu ? : enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002)*, Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 135-173. (Collection la santé et le bien-être)
- 11** BOUDEAU, J. (2004). *De la complicité à la responsabilité : rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 95 p.
- 12** BOUDEAU, A. (1972). *Connaissance de la drogue*, Montréal : Éditions du Jour, 315 p.
- 13** BRESLAU, N. ; DAVIS, G.C. ; SCHULTZ, L.R. (2004). « Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma », *Archives of general psychiatry*, v. 60, n° 3, p. 289-294.
- 14** CARROLL, K.M. (1999). « Behavioral and cognitive behavioral treatments », in McCrady, B., Epstein, E.E. (éds), *Addictions: a comprehensive guidebook*, New York : Oxford University press, p. 250-267.

Références

- 15** **COMMISSION DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES.** (1991). *Le réseau des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : un leadership professionnel au service de la clientèle : horizon 2000*, [Québec] : Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Association des centres d'accueil du Québec, 29 p.
- 16** **CHEVALIER, S.** [et al.] (2003). « Jeux de hasard et d'argent », in *Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu ? : enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002)*, Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 175-203. (Collection la santé et le bien-être)
- 17** **CHEVALIER, S.** [et al.] (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*, [Montréal] : Institut national de santé publique du Québec, [Laval] : Université Laval, 91 p.
- 18** **CHEVALIER, S. ; LEMOINE, O.** (1998). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », in *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 135-147. (Collection la santé et le bien-être)
- 19** **CONNORS, G.J. ; DONOVAN, D.M. ; DICLEMENTE, C.C.** (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions*, New York : Guilford Press, 274 p.
- 20** **CUILLERIER, G. ; FORGET, D.** (2002). *Agir en attendant : profil des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau : rapport de recherche*, Saint-Jérôme : Centre de recherche du Centre André-Boudreau, 95 p.
- 21** **De CANGAS, J.P.C.** (1994). « L'approche intégrée de réinsertion sociale (AIRS) : au-delà du "Case Management" et de la réhabilitation psychosociale », *Santé mentale au Québec*, v. 19, n° 1, p. 59-74.
- 22** **DE WEERT-VAN OENE, G.H.** [et al.] (1999). « The Helping Alliance Questionnaire : psychometric properties in patients with substance dependence », *Substance use and misuse*, v. 34, n° 11, p. 1549-1569.
- 23** **DE WEERT-VAN OENE, G.H.** [et al.] (2001). « Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors », *Journal of substance abuse treatment*, v. 20, n° 4, p. 253-261.
- 24** **DESROSIERS, H.** [et al.] (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Sainte-Foy : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 130 p.
- 25** **FENTON, L.R.** [et al.] (2001). « Perspective is everything : the predictive validity of six working alliance instruments », *Journal of psychotherapy practice and research*, v. 10, n° 4, p. 262-268.
- 26** **FINNEY, J.W. ; MONAHAN, S.C.** (1996). « The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation », *Journal of studies on alcohol*, v. 57, n° 3, p. 229-243.

Références

- 27** FORGET, J. (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 16 p. (Cahiers du CPLT)
- 28** FORGET, J. (2000). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 21 p.
- 29** (2001). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec : Institut de la statistique du Québec, 2 vol.
- 30** FOURNIER, L. [et al.] (2001). « Santé mentale », in *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*, Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 107-126.
- 31** GERMAIN, M. [et al.] (2003). *DÉP-ADO : grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes*, Montréal : RISQ.
- 32** GERMAIN, M. ; LANDRY, M. ; BERGERON, J. (1999). *Manuel d'utilisation : indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents*, v. 3.0, Montréal : RISQ.
- 33** GOODWIN, D.W. [et al.] (1974). « Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics », *Archives of general psychiatry*, v. 31, n° 2, p. 164-169.
- 34** GRANT, B.F. (1996). « DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: a nosological comparison », *Alcohol: clinical and experimental research*, v. 20, n° 8, p. 1481-1488.
- 35** GRANT, B.F. [et al.] (1994). « Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1992 », *Alcohol: research and health*, v. 18, n° 3, p. 243-248.
- 36** PAINCHAUD, R. ; GUÉRIN, D. (1998). *Programme cadre de réinsertion sociale en toxicomanie*, Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 92 p.
- 37** GUYON, L. ; DESJARDINS, L. (2002). « La consommation d'alcool et de drogues », in *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? : enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*, Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 35-62.
- 38** HESSELBROCK, M.N. ; HESSELBROCK, V.M. ; EPSTEIN, E.E. (1999). « Theories of etiology of alcohol and other drug use disorders », in McCrady, B., Epstein, E.E. (éds), *Addictions: a comprehensive guidebook*, New York : Oxford University press, p. 50-72.
- 39** HOLDER, H.D. [et al.] (1991). « The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation », *Journal of studies on alcohol*, v. 52, n° 6, p. 517-540.
- 40** INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Institut de la statistique du Québec, 642 p. (Collection La santé et le bien être)

Références

- 41** BRANDS, B. [et al.] (2002). *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa : Santé Canada, 107 p.
- 42** KANDEL, D.B. ; DAVIES, M. (1992). « Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use », in Glantz, M., Pickens, R. (éds), *Vulnerability to drug abuse*, Washington : American psychological association, p. 211-253.
- 43** KENDLER, K.S. [et al.] (1992). « A population-based twin study of alcoholism in women », *Journal of the american medical association*, v. 268, n° 14, p. 1877-1882.
- 44** KHANTZIAN, E.J. (1997). « The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications », *Harvard review of psychiatry*, v. 4, n° 5, p. 231-244.
- 45** KHANTZIAN, E.J. (2001). « Reflections on group treatments as corrective experiences for addictive vulnerability », *International journal of group psychotherapy*, v. 51, n° 1, p. 11-20.
- 46** KUSHNER, M.G. ; SHER, K.J. ; BEITMAN, B.D. (1990). « The relation between alcohol problems and the anxiety disorders », *American journal of psychiatry*, v. 147, n° 6, p. 685-695.
- 47** KUSHNER, M.G. [et al.] (1994). « Anxiety and drinking behavior: moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies », *Alcoholism: clinical and experimental research*, v. 18, n° 4, p. 852-860.
- 48** LADOUCEUR, R. [et al.] (1994). « Social cost of pathological gambling », *Journal of gambling studies*, v. 10, n° 4, p. 399-409.
- 49** LADOUCEUR, R. ; DUBE, D. ; BUJOLD, A. (1994). « Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area », *Canadian journal of psychiatry*, v. 39, n° 5, p. 289-293.
- 50** LADOUCEUR, R. [et al.] (1999). « Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later », *Canadian journal of psychiatry*, v. 44, n° 8, p. 802-804.
- 51** LADOUCEUR, R. (1991). « Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec », *Canadian journal of psychiatry*, v. 36, n° 10, p. 732-734.
- 52** LADOUCEUR, R. ; MIREAULT, C. (1988). « Gambling behaviors among high school students in the Quebec area », *Journal of gambling behavior*, v. 4, n° 1, p. 3-12.
- 53** LANDRY, M. ; MERCIER, C. (2003). *La qualità nei servizi per le dipendenze patologiche*, Milan : Franco Angeli.
- 54** LANDRY, M. ; NADEAU, L. ; RACINE, S. (1996). *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec*, Montréal : RISQ, 52 p.

Références

- 55** **LE VIRAGE.** (2002). *L'offre de service de réadaptation en toxicomanie à la population montréalaise*, [s.l.] : Le Virage.
- 56** **LOWINSON, J.H.** [et al.] (1992). *Substance abuse: a comprehensive textbook*, Baltimore : Williams & Wilkins, 1110 p.
- 57** **McGUE, M. ; PICKENS, R.W. ; SVIKIS, D.S.** (1992). « Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study », *Journal of abnormal psychology*, v. 101, n° 1, p. 3-17.
- 58** **MERIKANGAS, K.R.** (1990). « The genetic epidemiology of alcoholism », *Psychological medicine*, v. 20, n° 1, p. 11-22.
- 59** **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.** (1998). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 p.
- 60** **CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT.** (2002). *Manuel d'agrément : mission CRPAT*, Montréal : Conseil québécois d'agrément.
- 61** **O'FARRELL, T.J. ; FALS-STEWART, W.** (1999). « Treatment models and methods: family models », in McCrady, B., Epstein, E.E. (éds), *Addictions: a comprehensive guidebook*, New York : Oxford University Press, p. 287-305.
- 62** **O'FARRELL, T.J.** (1993). « Conclusions and future directions in practice and research on marital and family therapy in alcoholism treatment », in O'Farrell, T.J. (éd.) *Treating alcohol problems: marital and family interventions*, New York : Guilford Press, p. 403-434.
- 63** **ÖJEHAGEN, A. ; BERGLUND, M. ; HANSSON, L.** (1997). « The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: a comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy », *Alcohol and alcoholism*, v. 32, n° 3, p. 241-249.
- 64** **PAINCHAUD, R. ; GUERIN, D.** (1998). *Programme cadre de réinsertion sociale en toxicomanie*, Québec : Comité du programme cadre sur la réinsertion sociale en toxicomanie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 92 p.
- 65** **PETRY, N.M. ; BICKEL, W.K.** (1999). « Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence », *Psychiatric services*, v. 50, n° 2, p. 219-227.
- 66** **PROCHASKA, J. ; DICLEMENTE, C.C.** (1994). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Malabar, Flor. : Krieger Pub., 193 p.
- 67** **REGIER, D.A.** [et al.] (1990). « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study », *Journal of american medical association*, v. 264, n° 19, p. 2511-2518.
- 68** **ROBERTS, G.** (1999). *Meilleures pratiques : alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*. Ottawa : Santé Canada, 105 p.

Références

- 69** ROSS, H.E. ; GLASER, F.B. ; GERMANSON, T. (1988). « The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems », *Archives of General Psychiatry*, v. 45, n° 11, p. 1023-1031.
- 70** ROSS, H.E. (1995). « DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey », *Drug and alcohol dependence*, v. 39, n° 2, p. 111-128.
- 71** ROUNSAVILLE, B.J. [et al.] (1998). « Personality disorders in substance abusers: relation to substance use », *Journal of nervous and mental disease*, v. 186, n° 2, p. 87-95.
- 72** BELLEROSE, C. (1995). *Et la santé ça va en 1992-1993 ? : rapport de l'enquête sociale et de santé*, vol. 1, [Montréal] : Santé Québec, 412 p.
- 73** SEGAL, B.M. ; STEWART, J.C. (1996). « Substance use and abuse in adolescence: an overview », *Child psychiatry and human development*, v. 26, n° 4, p. 193-210.
- 74** SINGLE, E. (1999). *Profil canadien, l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 75** STATISTIQUE CANADA. (1998) *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997*, Ottawa : Statistique Canada, tableau CANSIM n° 01051100.
- 76** STATISTIQUE CANADA. (2002) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, santé mentale et bien-être*, Ottawa : Statistique Canada, tableau CANSIM 01051100.
- 77** TREMBLAY, J. ; BLANCHETTE-MARTIN, N. ; GARCEAU, P. (2004). *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*, Beauport : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- 78** TREMBLAY, J. ; DUPONT, G. (2000). *Portrait de la clientèle externe, interne et du programme de maintien à la méthadone du Centre de réadaptation ALTO/Chaudière-Appalaches*, St-Romuald : Centre de réadaptation ALTO.
- 79** VERMETTE, G. (1999). *L'abus et la dépendance d'alcool et d'autres substances psychotropes chez les aînés : cadre de référence*, Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, 98 p.
- 80** WILKER, A. (1973). « Dynamics of drug dependence: implications of a conditioning theory for research and treatment ». *Archives or General Psychiatry*, v. 28, n° 5, p. 611-616.
- 81** WILLS, T.A. ; VACCARO, D. ; MCNAMARA, G. (1992). « The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use : a test of vulnerability and protective factors », *American Journal of Community Psychology*, v. 20, n° 3, p. 349-374.
- 82** LECAVALIER, M. [et al.] (2003). *Vers une compréhension du phénomène de dépendance : formation de base en toxicomanie*, Montréal : Centre Dollard-Cormier, 63 p.

Lexique

Continuum de services

La notion de continuum de services fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle (...) Le point de départ du continuum de services est la reconnaissance d'un client commun à deux ou à plusieurs organismes d'un même réseau de services ou de deux réseaux. Le continuum de services reconnaît explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements doivent répondre par des services de prévention, de première ligne ou d'urgence, ou par des services spécialisés, en plus des services éducatifs ou des services assumés dans le milieu par les ressources communautaires. Le continuum de services s'appuie sur un processus normal de réponse, dont le plan de services est le fil conducteur, qui consiste d'abord à évaluer les capacités et les besoins, ensuite à élaborer et à mettre en place des stratégies d'intervention visant le suivi et le soutien, et enfin à évaluer les résultats. Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de fonctionnement et à combler l'absence de mécanismes efficaces de collaboration (protocoles de référence) qui font en sorte que certains [toxicomanes ou joueurs pathologiques] ne reçoivent pas les services nécessaires. L'objectif poursuivi par les organisations qui adhèrent à un continuum de services est de mobiliser les intervenants autour d'interventions basées sur un plan d'action ou un plan de services convenu. (MSSS/MEQ, cité dans Boudreau, 2004)

Dégrisement

Type de services pour lequel aucune définition précise n'est offerte. En fait, dans les propos des gens utilisant ce terme, on retrouve :

- a) les services d'accompagnement et de surveillance des individus intoxiqués afin de leur permettre de sortir de façon sécuritaire d'une phase d'intoxication aiguë sans toutefois prendre en charge le sevrage potentiel ultérieur ;
- b) les services d'accompagnement du sevrage à faible risque (désintoxication de niveau III-2D selon les normes de l'ASAM).

ou encore, il s'agit d'une combinaison de ces deux types de services.

Désintoxication

La désintoxication est le processus de traitement utilisé pour éliminer une substance psychoactive chez un individu dépendant, soit par le retrait graduel du produit, soit par le traitement pharmacologique de substitution spécifique pour minimiser et contrôler les signes de sevrage afin d'éviter les risques de complications associées pouvant apparaître à l'arrêt brusque du produit. Le processus de désintoxication implique une évaluation médicale pour préciser le niveau de soins exigé, le contexte dans lequel ils seront donnés, ainsi que pour dépister les pathologies médico-psychiatriques en relation avec la toxicomanie.⁵⁶

Plan de services individualisés

On entend par plan de services individualisés un instrument de coordination et d'intégration des services offerts par des intervenants venant d'établissements différents. Il est utilisé pour couvrir l'ensemble des besoins de la personne dans tous les domaines d'intervention. Le plan de services individualisés constitue une démarche établie avec l'utilisateur et qui comprend les éléments suivants :

- une lecture commune des capacités et des besoins de l'utilisateur, à partir d'une évaluation globale des besoins ;
- l'ordonnancement des besoins ;

- l'objectif global à poursuivre selon la situation et les indicateurs de résultats attendus ;
- des stratégies d'intervention à mettre en œuvre pour effectuer une véritable intégration des principaux services à coordonner ;
- la durée prévisible des services et la date de la révision du plan ;
- l'identification du responsable de la coordination ainsi que de la rédaction et de l'évaluation du plan. (MSSS/MEQ, cité dans Boudreau, 2004)

Programme

Un programme est un ensemble cohérent, organisé et structuré, d'objectifs, d'activités et de ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières, regroupés pour offrir des produits ou des services particuliers en vue de satisfaire les besoins d'une population particulière.²⁴

Réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs »), à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements.²⁷

Réseau de services intégrés

Les centres de santé et de services sociaux constituent l'articulation concrète d'un continuum de services. Ils s'appuient sur un projet concerté d'intégration volontaire des services pour une clientèle commune. Par réseau ou système de services intégrés, on entend : « un réseau d'organisations qui offre à une population donnée un continuum de services et qui se rend cliniquement imputable des effets de ses interventions ». (MSSS)

Services spécialisés ou de deuxième ligne

Les services spécialisés sont principalement définis par les caractéristiques suivantes :

- ils répondent à des besoins aigus, intenses, persistants ou chroniques, dont la nature est complexe ou suppose une incapacité significative et persistante ;
- ils font appel à des connaissances très approfondies ou à des expertises de pointe, ils s'inscrivent dans des champs d'activité limités, ils exigent des services spécifiques dans un domaine donné, et s'appuient sur une hiérarchisation des services (généralement sur référence).¹¹

Services surspécialisés ou de troisième ligne

Les services de troisième ligne sont ceux qui visent à résoudre des problématiques de santé ou des problématiques sociales très complexes dont la prévalence est très faible, qui font appel à des compétences rares, à des personnes et à des équipes très spécialisées, qui requièrent des équipements surspécialisés ou très coûteux et qui nécessitent généralement des infrastructures et des interventions de pointe. (MSSS cité dans Boudreau, 2004)

Sevrage

Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (DSM-IV).

Portrait détaillé de la toxicomanie et du jeu pathologique au Québec

Les adultes

a) Alcool

D'après des données concernant la prévalence du diagnostic de dépendance à l'alcool, rapportées dans l'enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997⁷⁵, environ 1,8% de la population du Québec, âgée de 15 ans et plus, est dépendante de l'alcool. Ce qui se situe dans la moyenne canadienne – 1,9% des 15 ans et plus.* Des données plus récentes⁷⁶ révèlent des taux similaires de prévalence du diagnostic de dépendance chez les 15 ans et plus, soit 1,9% de la population du Québec (2,9% chez les hommes et 1,0% chez les femmes) alors que la moyenne canadienne semble avoir augmenté au cours de cette période (2,6%). Les provinces du centre ont des taux similaires (Ontario, Québec), de même que le Nouveau-Brunswick (\cong 2%); les trois autres provinces des maritimes ont des taux légèrement plus élevés (2,8 à 3,2%) et les provinces de l'Ouest canadien ont les plus hauts taux de prévalence du diagnostic de dépendance à l'alcool (3,5 à 4,0%).⁷⁶

Lorsque les données sont ventilées par groupes d'âge pour l'ensemble de la population canadienne (données non disponibles pour le Québec uniquement), on retrouve des taux de 7,0% chez les 15-24 ans (h=9,6% et f=4,2%), 2,0% chez les 25-64 ans (h=3,1% et f=1,0%) et 0,1% chez les gens âgés de 65 ans et plus.⁷⁶

En comparaison, pour l'année 1992, chez les adultes américains, on retrouve une prévalence du diagnostic de dépendance (au cours de la dernière année) de 4,37%,³⁴ ce qui est plus élevé qu'au Canada. Lorsque ces données sont réparties par groupe d'âge et par sexe, on note une

prévalence plus élevée chez les jeunes hommes de 18-29 ans (12,8%), décroissant avec l'âge (30-44 ans, 6,0%; 45-64 ans, 4,0%).³⁵ La même tendance s'observe chez les femmes à des niveaux deux fois plus faibles (18-29 ans, 6,0%; 30-44 ans, 2,5%; 45-64 ans, 1,1%).³⁵

La prévalence du diagnostic d'abus d'alcool n'est pas recensée au Québec. Ce diagnostic a passablement été modifié d'un manuel de diagnostic psychiatrique à l'autre (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV), rendant difficile l'évaluation de sa prévalence dans la population. On retrouve cependant des statistiques pour les États-Unis à 5,7% en 1992 (hommes 18-29 ans, 18,2%)³⁵ et pour l'Ontario à 1,5% (hommes 25-44 ans, 3,2%)⁷⁰; ces dernières données ont toutefois été mesurées à l'aide des critères du DSM-III-R. Si on se fie aux données comparatives disponibles pour la dépendance envers l'alcool, il est probable que la prévalence du diagnostic d'abus pour la population adulte du Québec se situe près de la réalité ontarienne.

Le tableau 1 illustre la répartition de la population québécoise (15 ans et plus) en fonction des catégories de consommateurs. Aux catégories déjà mentionnées, s'ajoutent les sous-groupes de consommateurs à risque et de consommateurs problématiques, qui ne sont pas des usagers des CRPAT. Une consommation d'alcool à risque correspond à une quantité et à un patron de consommation d'alcool pouvant causer une augmentation significative de la probabilité d'émergence de problèmes associés à cette consommation, et ce, pour la majorité des adultes en santé.⁹ Ces problèmes peuvent être de divers ordres : physique (maladies, risques d'accidents), psychologique, social et judiciaire. L'individu ayant une consommation à risque n'expérimente pas toujours des

* Les données fournies pour cette enquête, telles qu'elles ont été rapportées au sein du *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues, 1999* ne sont pas divisées en fonction des personnes majeures versus les personnes d'âge mineur.

problèmes concrets associés à sa consommation, mais ceux-ci ont une plus grande probabilité d'apparaître à moyen ou à long terme.

On parle d'une consommation problématique d'alcool ou de drogues lorsqu'un individu expérimente concrètement divers problèmes associés à cette

consommation. Les problèmes ainsi causés par la consommation sont de divers ordres tels des conflits interpersonnels, des difficultés financières, la prise de risques injustifiée, des démêlés judiciaires, etc. Toutefois, l'intensité et la récurrence des problèmes ne sont pas suffisantes pour justifier un diagnostic d'abus de substances.

Tableau 1

Répartition approximative de la population québécoise en fonction des catégories de consommateurs d'alcool

≅ 20 % abstinentes (20,9% au cours de la dernière année ¹)	≅ 80 % de buveurs		
	≅ 60 % de buveurs n'excédant pas les directives de consommation à faible risque Femmes : 1 à 9 cons. standard/semaine Hommes : 1 à 14 cons. standard/semaine	≅ 20 % de buveurs qui dépassent la consommation à faible risque au cours de la dernière année¹ Femmes : 10 cons. standard et +/-sem. Hommes : 15 cons. standard et +/-sem.	
	≅ 12 % de buveurs à risque mais ne rapportant pas de problèmes liés à l'alcool	≅ 8 % de buveurs qui rapportent au moins un problème conséquence de leur consommation d'alcool au cours de la dernière année ²	
		≅ 4 % de buveurs problématiques mais ne présentant pas de diagnostic d'abus ou de dépendance envers l'alcool	≅ 4 % diagnostic d'abus ou de dépendance Ontario – 4,4 % ⁵ Edmonton – 7,9 % ³ É.-U. – 11,0 % ⁴ Québec – 1,9 % dépendance uniquement ⁶

¹ Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97 (ENSP 1996-1997) citée dans le Single, Van Truong, Adlaf, & Lalomiteanu (1999) *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*.

² Enquête sociale générale de 1993 citée dans le Single, Van Truong, Adlaf, & Lalomiteanu (1999) décrite par l'acronyme ESG 1993. Les statistiques rapportées dans l'ESG 1993 concernent le pourcentage d'individus, parmi les buveurs actuels (c.-à-d. ceux ayant consommé au moins un verre d'alcool depuis un an), ayant rapporté au moins un des cinq problèmes suivants associés à leur consommation d'alcool : amis/vie sociale, santé physique, bien-être, vie familiale/vie conjugale, travail/études.

³ Données issues de Bland, Newman, & Orn (1997). Age and remission of psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 42, p. 722-729. Dès que nous pourrons intégrer des données québécoises sur la question nous le ferons. Pour le moment, l'estimé fait auprès de la population d'Edmonton semble tout de même intéressant.

⁴ Données issues du National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) publiées dans Grant, Harford, Dawson, Chou, Dufour & Pickering (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence, United States, 1992. *NIAAA'S Epidemiologic Bulletin*, n° 18, p. 243-248.

⁵ Données issues du Ontario Health Survey, analysées par Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, n°39, p. 111-128.

⁶ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, 2002. Document tiré du site Web de Statistique Canada, <http://www.statcan.ca>, tableau CANSIM numéro 01051100.

b) Cannabis

Les données de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues de 1994⁷⁴ révèlent que près du quart des adultes âgés entre 18 et 19 ans ont eu recours au cannabis au cours de la dernière année, ces taux diminuant régulièrement avec l'augmentation de l'âge (20-24 ans, 19,3%; 25-34 ans, 9,6%; 35-44 ans, 5,8%; 45-54 ans, 1,4%; prévalence totale de 7,4% pour les 15 ans et plus). L'enquête sociale et de santé 1998 – ESS¹⁸ nous apprend que la prévalence de consommation de cannabis au cours de la dernière année augmente à 13,5% en 1998 pour les individus âgés de 15 ans et plus.

À titre comparatif, on constate en Ontario que la proportion d'adultes consommateurs de cannabis au cours de l'année 2001 était de 11,2%, variant évidemment en fonction de l'âge (18-29 ans, 26,8%; 30-39 ans, 15,8%; 40-49 ans, 7,2%; les proportions étant deux fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes).¹ Le nombre d'adultes consommateurs de cannabis en Ontario a varié au cours des deux dernières décennies, passant de 8,1% en 1977 à 11,2% en 2001, connaissant des hausses et des baisses successives.¹

La figure 1 illustre les proportions de Québécois ayant recours uniquement au cannabis comparativement à ceux qui ont recours à d'autres drogues,

avec ou sans utilisation du cannabis. On y constate, entre autres, que plus ou moins le quart des jeunes adultes (15-24 ans) ont utilisé du cannabis au cours de la dernière année, sans toutefois recourir à d'autres drogues, alors qu'entre 12 et 15% des jeunes adultes du même âge ont consommé d'autres drogues (avec ou sans cannabis). Au total, 44,4% des hommes et 34,9% des femmes ont utilisé au moins une drogue illicite au cours de la dernière année.¹⁸

On estime que...

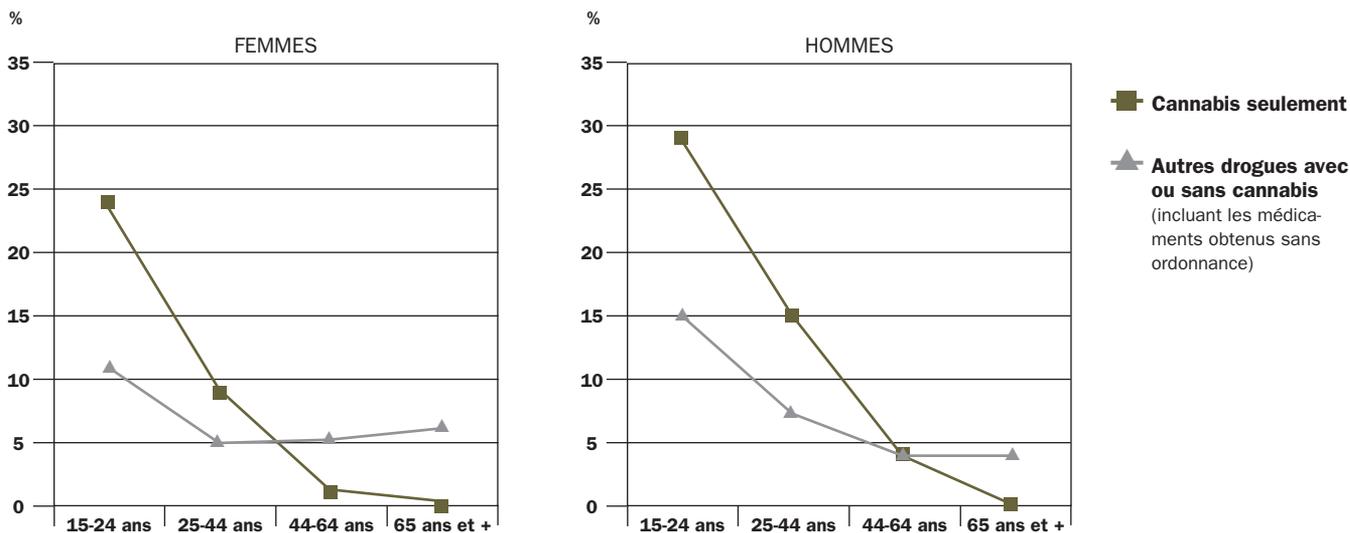
≙ **5% des consommateurs de cannabis en sont dépendants¹**

≙ **le tiers des consommateurs quasi quotidiens de cannabis vont développer une dépendance au produit⁴²**

Les données à propos du diagnostic de dépendance au cannabis sont plus éparpillées pour la population canadienne, voire absentes pour les Québécois. En 2001, 0,5% des Ontariens rencontraient les critères de dépendance au cannabis (au cours des 12 derniers mois), ce qui équivaut à 4,9% des consommateurs de cannabis au cours de la dernière année.¹ Kandel et Davies (1992) ont estimé qu'environ le tiers des consommateurs quasi réguliers de cannabis vont développer une dépendance au produit.

Figure 1

Prévalence de la consommation de drogues illicites au cours de la dernière année, population québécoise 15 ans et plus, ESS-1998



Source : Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition, Institut de la statistique du Québec.

c) Autres drogues

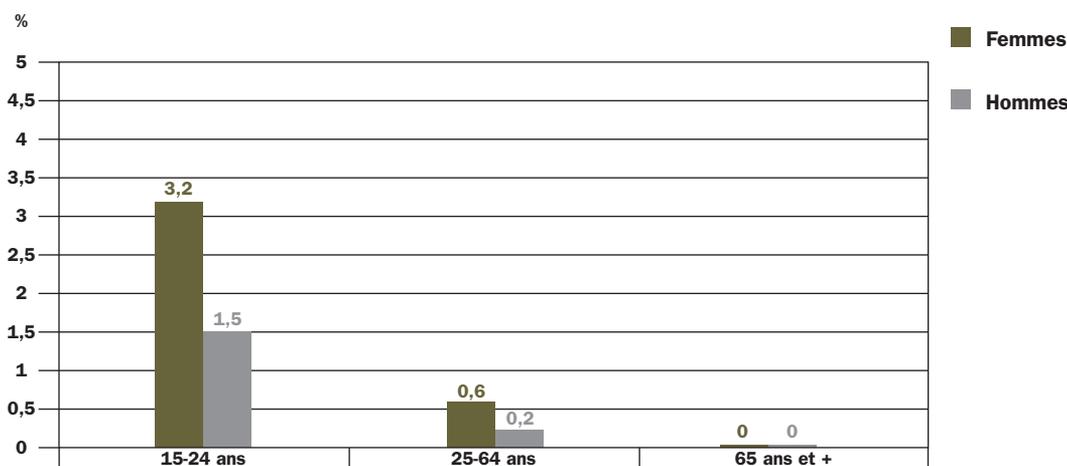
Les données de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de 1994 – ENAD⁷⁴ révèlent qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, 1,2% des Québécois âgés de 15 ans et plus, avaient consommé de la cocaïne alors que l'*Enquête sociale et de santé - ESS* de 1998 rapporte que ce taux avait augmenté à 1,6%. Les données pour la population adulte canadienne dévoilent que 1,9% des 18-19 ans ont consommé de la cocaïne au cours de la dernière année (1994) (20-24 ans, 1,4%; 25-34 ans, 1,0%; les proportions diminuant à zéro avec l'augmentation en âge).⁷⁴ L'ENAD de 1994 révèle aussi que 1,6% des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé l'une des trois drogues suivantes au cours de l'année précédant l'enquête, soit du LSD, des amphétamines ou de l'héroïne. Ces données varient à nouveau largement avec l'âge (18-19 ans, 5,6%; 20-24 ans, 2,8%; 25 ans et plus, moins de 1%) et sont réduites à zéro pour les personnes de 45 ans et plus. L'ESS-1998⁴⁰ nous apprend que 3,7% des Québécois de 15 ans et plus ont consommé des tranquillisants/somnifères (de source illégale) au cours de la dernière année, 1,5% de

la mescaline ou du LSD, 1,3% des amphétamines, 0,1% de l'héroïne ou de la morphine. Selon les données de la même enquête, 7,7% des hommes ont pris au moins une drogue autre que la marijuana (15,7% des hommes de 15-24 ans et 11,8% des femmes du même groupe d'âge).⁴⁰

La prévalence du diagnostic de dépendance envers chacune des drogues est peu fréquemment estimée. Des données récentes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.2, viennent combler cette lacune.⁷⁶ On y apprend (voir Figure 2) que 0,7% des Canadiens et Canadiennes sont dépendants envers une drogue illicite (0,8% pour le Québec). Ces données se distribuent toutefois de façon inégale en fonction du groupe d'âge et du sexe*. On note, à la Figure 2, que ce sont les jeunes hommes qui sont les plus susceptibles de présenter un syndrome de dépendance envers une drogue illicite, suivis des jeunes femmes. Ce niveau de problématique au regard de la consommation de drogues illicites diminue ensuite progressivement avec l'augmentation en âge pour être pratiquement absent chez les personnes de 65 ans et plus.

Figure 2

Dépendance aux drogues illicites auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus



Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Statistique Canada.

* Les données concernant la prévalence de la dépendance aux drogues illicites, ventilées par groupe d'âge, ne sont pas encore disponibles pour le Québec.

d) Recours à l'injection

On rapporte qu'environ 23 000 Québécois, dont 12 000 à Montréal seulement, s'injecteraient des drogues, de la cocaïne pour la grande majorité de ces personnes (75 à 80%).²⁸

e) Troubles concomitants

Il est manifeste que plus de la moitié des individus consultant pour un trouble lié à une substance sont aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale, certains rapportant des taux de comorbidité allant même jusqu'à 65 %, les troubles les plus fréquemment rapportés étant la personnalité antisociale, les phobies, les troubles anxieux et la dépression.⁶⁹ Cette association semble être plus importante chez les individus consultant pour un trouble associé à une substance autre que l'alcool.⁶⁷

Une étude québécoise menée par le RISQ-CIRASST auprès de 255 individus, à l'aide du Million Clinic Multiaxial Inventory - MCMI, fréquentant un centre spécialisé pour personnes alcooliques et toxicomanes, révèle que 92,2 % des participants présentent au moins un trouble de la personnalité (quoique cet outil soit reconnu pour surdiagnostiquer les troubles de l'axe II). Environ la moitié des individus présentent des cotes élevées sur les échelles du trouble de la personnalité passive-agressive, dépendante ou évitante. La grande majorité des personnes évaluées, soit 91,5 %, ont aussi des manifestations de syndromes de l'axe I (troubles de santé mentale autres que les troubles de la personnalité). Les troubles les plus fréquents sont l'anxiété (73 %), la dysthymie (51,4 %) et la somatisation (23,9 %).⁵⁴

f) Jeu pathologique

On estime qu'en 2002, au Québec, 80,7 % des adultes ont eu recours aux jeux de hasard et d'argent. De ce nombre, 2,1 % (ou 1,7 % de la population totale) ont une situation de jeu que l'on qualifie de problématique (1,1 % à risque et 1,0 % jeu pathologique).¹⁷ La prévalence à vie du jeu pathologique chez les adultes se situe à 2,1 %⁵⁰, en augmentation par rapport aux données de 1991 où on évaluait à 1,2 % le pourcentage de

joueurs pathologiques à vie.⁵¹ Le jeu pathologique entraîne de nombreuses conséquences négatives chez l'individu et pour son entourage. On estime que chez les joueurs pathologiques qui entrent en traitement, la dépense moyenne annuelle pour les jeux de hasard et d'argent est d'environ 15 000 \$; un tiers des individus dépenseraient entre 75 000 \$ et 150 000 \$ par année.⁴⁸ À elle seule, cette statistique laisse entrevoir l'ampleur des difficultés conséquentes à ce degré de dépenses uniquement consacrées au jeu. Tout comme la toxicomanie, il semble que ce problème soit principalement masculin : en 1996, on estimait qu'environ 25 % des joueurs pathologiques étaient des femmes.⁵⁰ Parmi les types de jeux de hasard et d'argent, les loteries vidéo, de par leurs caractéristiques (illusion de contrôle, immédiateté de la réponse, etc.) sont un type de jeu suscitant rapidement un haut degré de dépendance chez les usagers. Leur grande disponibilité est particulièrement préoccupante.

Les jeunes

On identifie les jeunes comme étant les individus d'âge mineur, âgés d'environ 13 ans et plus. En effet, les CRPAT offrent des services aux mineurs. Toutefois, parmi ceux-ci, on retrouve rarement des usagers de moins de 13 ans.

a) Alcool

La plus récente enquête québécoise révèle que 18 % des jeunes du secondaire consomment régulièrement de l'alcool (c'est-à-dire qu'il y a consommation toutes les semaines, mais pas tous les jours). La prévalence varie en fonction du sexe (16 % pour les filles et 20 % pour les garçons), mais surtout en fonction de l'âge, passant de 5,2 % à 35,4 % entre la première et la cinquième année du secondaire.¹⁰

Le boire excessif répétitif est un autre indicateur de l'importance de la consommation d'alcool. Ce comportement se définit par le fait d'avoir bu cinq consommations d'alcool en une seule occasion, au moins cinq fois au cours de la dernière année. Un peu plus du cinquième (22,5 %) des jeunes du secondaire qui ont consommé de l'alcool (15,5 %

de l'ensemble des jeunes) ont un boire excessif répétitif. Ce taux varie à nouveau en fonction du sexe (25,8 % chez les garçons contre 19,1 % chez les filles), mais particulièrement en fonction du groupe d'âge. En effet, on note que 39,5 % des jeunes de la cinquième année du secondaire rapportent un boire excessif répétitif contre 8,5 % des jeunes de la première secondaire (parmi ceux ayant consommé de l'alcool).¹⁰ Ces taux semblent stables lorsqu'on les compare aux données de 2000 et de 2002.^{10 ; 37}

Le tableau 2 se veut une illustration du continuum de gravité de la consommation d'alcool principalement. Il peut aussi s'appliquer pour décrire la consommation d'autres substances par les jeunes, mais s'applique plus difficilement à la consommation de drogues dites « dures » telles que la cocaïne ou l'héroïne, par exemple, pour lesquelles une consommation peu fréquente peut être très détériorante. Des éléments descriptifs des contextes probables de consommation, du type de motivation associé, des caractéristiques et des conséquences potentielles de cette consommation y sont énumérés. Il faut rappeler que ces éléments sont approximatifs et ne sont présentés qu'à titre indicatif. Plusieurs jeunes pourraient ne pas s'insérer parfaitement dans ces descriptions passablement schématiques.

Tableau 2

Continuum de la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes

	Abstinent	Explorateur	Occasionnel	Régulier Faible	Régulier Fort	Surconsommateur	Excessif
Fréquence		4-5 fois au total (période donnée)	± une fois par mois	1 ou 2 jours par semaine, souvent les fins de semaine	3-5 jours par semaine	5 à 7 jours par semaine	Quelques fois par semaine ou à tous les jours mais toujours avec excès
Contexte			Sociale et planifiée	Sociale, accompagne toutes les occasions de plaisir, recherchée	Début de la consommation solitaire et autres occasions Tous les amis consomment	Vie centrée sur la consommation Milieu de consommation	Vie centrée sur la consommation Grandes quantités Mélange de substances
Motivation		Curiosité, recherche de sensations nouvelles et l'approbation des pairs	Plaisir à être avec les autres	Plaisir, raisons réactionnelles ou sociales mais en lien avec le mode de vie et la personnalité	Ennui, fuite, oubli, être mieux dans sa peau	La plus grande partie de son temps, son argent et son énergie passe à consommer ou à penser à consommer	Relâchement du contrôle, défoulement, anesthésie face à la réalité
Caractéristiques			Comportement délibéré et intégré	La dépendance psychologique s'installe, « pensée magique » encore présente	Quelques pertes de contrôle	Dépendances psychologique et physique souvent présentes Sevrage de certains produits	Dépendance psychologique souvent présente
Conséquences				Peu de problèmes Étape charnière	Problèmes importants : famille, école, police Aide Souhaitable	Problèmes majeurs : pertes de contrôle régulières Dynamique de toxicomane Aide requise	Problèmes majeurs Dynamique de toxicomane Aide requise

Isabelle Denis, Service à la communauté, Centre Dollard-Cormier.

Source : Inspiré de PAQUIN P, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Pierre Brisson, 1998.

b) Cannabis

Chez les jeunes, la prévalence de consommation de cannabis est passablement élevée. En effet, 39,1% y ont eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois, ces proportions variant très légèrement en fonction du sexe (filles = 38,2% versus garçons = 40,0%); elles diffèrent toutefois largement en fonction du groupe d'âge (1^{re} secondaire = 14,4% versus 5^e secondaire = 55,7%).¹⁰

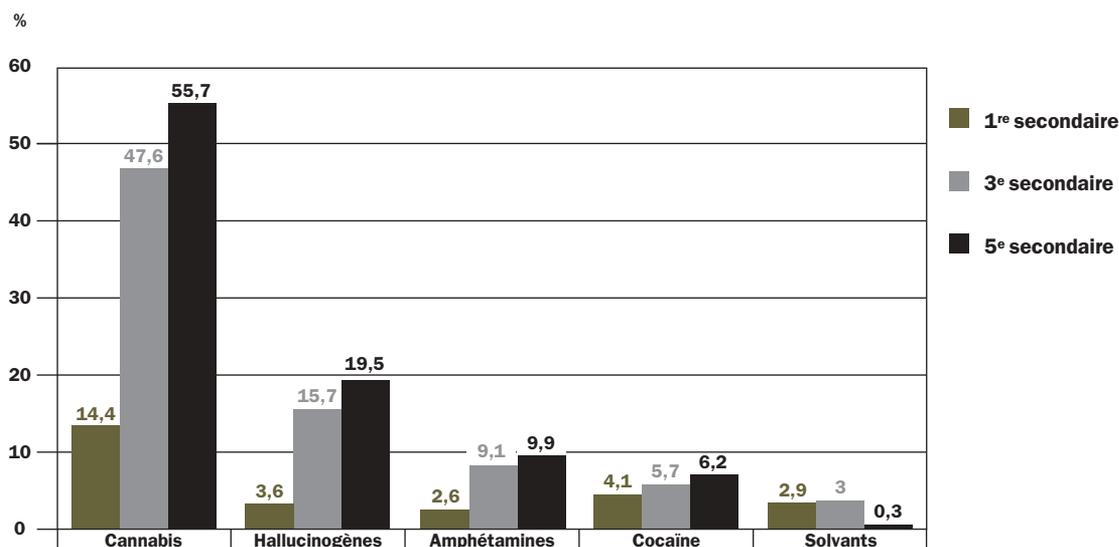
Une proportion significative de jeunes du secondaire sont des consommateurs quotidiens de cannabis, et ce, de façon plus élevée chez les garçons (6,4%) que chez les filles (2,2%). Environ 13% des jeunes sont des consommateurs hebdomadaires, mais non quotidiens de cannabis. Cette proportion change à nouveau en fonction du sexe (garçons = 14,3% versus filles = 11,7%), mais surtout en regard de l'âge (1^{re} sec. = 4,4% versus 5^e sec. = 55,7%).

c) Autres drogues

La Figure 3 illustre les pourcentages de jeunes ayant eu recours à diverses drogues au cours de la dernière année précédant l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec menée en 2002.¹⁰ On y note que le cannabis est la substance privilégiée. En deuxième, on retrouve loin derrière, les hallucinogènes, utilisés par environ un jeune sur huit au secondaire. Viennent ensuite les autres produits consommés par les jeunes : les amphétamines (7,6%), la cocaïne (5,2%), les substances volatiles (2,2%), l'héroïne (1,2%) et d'autres drogues ou médicaments sans ordonnance (2,4%).¹⁰

Figure 3

Consommation de drogues chez les jeunes, au cours des douze derniers mois, Québec, 2002



Source : Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002), Institut de la statistique du Québec.

Pour conclure au sujet de la consommation de SPA chez les jeunes, il est intéressant de mentionner la répartition des jeunes en fonction du degré général de gravité de leur consommation tant d'alcool, de cannabis que d'autres drogues. Le RISQ a développé à ce sujet une mesure nommée Indice DEP-ADO³¹ qui caractérise la consommation de SPA en trois catégories : consommation problématique (feu rouge) nécessitant une intervention spécialisée, consommation à risque (feu jaune) nécessitant une intervention préventive primaire ou secondaire (services généraux) ou consommation non à risque (feu vert). Les données de l'enquête québécoise sur la consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire menée en 2002 révèlent que 3,9% des filles et 6,5% des garçons ont une consommation problématique (feu rouge) nécessitant une intervention spécialisée. Environ 12% des garçons et 10% des filles ont une consommation à risque, pour laquelle une intervention de prévention secondaire serait indiquée.

d) Jeu pathologique

En 1994, on constatait que 2,4% des adolescents de la grande région métropolitaine de Québec présentait des habitudes de jeu dites problématiques ou pathologiques.⁴⁹ Cette proportion est en hausse par rapport à 1988 où la prévalence de la problématique s'élevait à 1,7%.⁵² Des données plus récentes indiquent que 2,3% des jeunes du secondaire seraient des joueurs pathologiques probables et que 4,8% seraient à risque de le devenir. Environ la moitié des élèves du secondaire ont révélé avoir parié au moins une fois au cours de la dernière année.¹⁶ Il faut toutefois souligner que l'évaluation des problématiques de jeu chez les jeunes souffre d'un manque d'instruments de mesure fiables. Les développements futurs devraient permettre d'améliorer la situation.

Les personnes âgées

Pour l'ensemble du Québec, on estime qu'environ 9% des personnes âgées de 55 ans et plus présentent un mode de consommation d'alcool à risque.⁷⁹ Parmi ce nombre, on évalue qu'un peu moins de 1% des 55 ans et plus s'insèrent dans la catégorie des grands buveurs (29 consommations

et plus par semaine).⁷² À l'aide d'indices comportementaux autres que la quantité consommée, le questionnaire CAGE/DETA permet de cibler les individus présentant un risque élevé associé à leur consommation d'alcool. C'est ainsi qu'on rapporte que 6,9% des personnes âgées de 55 ans et plus consommeraient de l'alcool d'une manière pouvant apporter un risque élevé à leur santé.⁷² De plus, il semble que les hommes âgés seraient quatre fois plus à risque de développer des problèmes importants associés à leur consommation d'alcool que leurs vis-à-vis féminins.⁷⁹

La consommation de drogues illicites est pratiquement inexistante, pour le moment, chez les personnes âgées. Il semble toutefois que la consommation de médicaments psychotropes, de type benzodiazépines, soit fréquente chez les personnes âgées. On note, par exemple, que 6,2% des personnes âgées de 65 ans et plus ont pris des somnifères au cours de la dernière année (contre 1,7% des 20-24 ans) et 5,0% des anxiolytiques (contre 0,6% des 20-24 ans).⁷⁴

Les membres de l'entourage

Les données de l'enquête sociale générale de 1993⁷⁴ nous apprennent que 39,6% des Québécois rapportent avoir été affectés de diverses façons par la consommation d'alcool de leurs proches. Les données de l'enquête ne permettent pas d'identifier le type de liens définissant les membres de l'entourage (conjoint, enfant, ami, etc.) ni la gravité de la problématique. Toutefois, les données révèlent que le problème de surconsommation d'alcool perturbe non seulement le consommateur lui-même, mais aussi ses proches. Aucune donnée épidémiologique n'a été recensée au sujet des effets de la consommation de drogues ou de la pratique de jeu pathologique d'un proche, sur les membres de l'entourage. Toutefois, il est aisé d'envisager les effets néfastes de ces problématiques sur le bien-être des proches.

Les jeunes en centres jeunesse

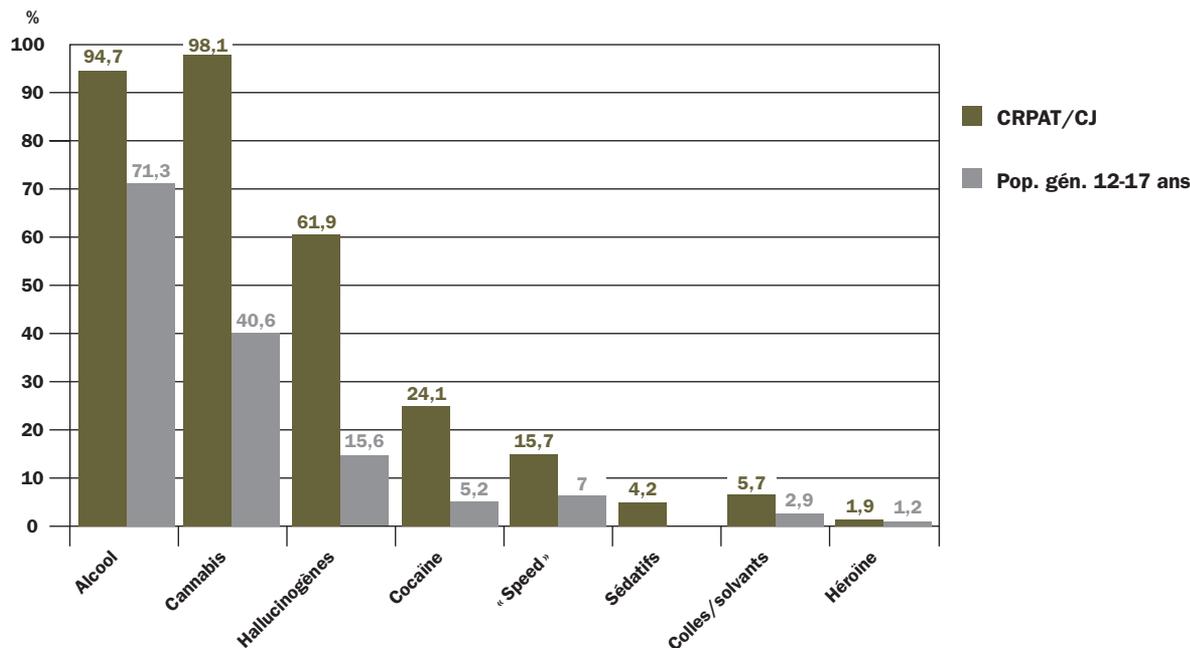
Approximativement 60 % des jeunes qui consultent un centre spécialisé en alcoolisme et toxicomanie s'adressent à un centre jeunesse (CJ).⁷⁷ Ces jeunes présentent une problématique complexe, juxtaposant des difficultés importantes de consommation de SPA à des réalités d'abus, de violence, de négligence ou de délinquance.

La Figure 4 illustre les proportions élevées de jeunes, issus des centres jeunesse et consultant en CRPAT, qui consomment diverses SPA en comparaison aux jeunes de la population générale.

De plus, l'observation des données concernant l'intensité de la consommation de SPA est très révélatrice. Ainsi, on constate que 30 % des jeunes des CRPAT/CJ consomment du cannabis quotidiennement⁷⁷ contre 5 % dans la population générale des jeunes.³⁷ On estime que 53 % y ont recours au moins une fois par semaine, sans que cela soit sur une base quotidienne, contre 15 % dans la population générale des jeunes.

Figure 4

Pourcentage des jeunes qui consultent un centre spécialisé en toxicomanie et un centre jeunesse et ayant consommé de l'alcool et des drogues au cours des 12 derniers mois (n = 617) en comparaison aux jeunes de la population générale du Québec (âgés de 12 –17 ans)



Source : Les données au sujet de la population générale proviennent de Guyon et Desjardins (2002), enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) menée en 2000. Lorsque l'information était absente de l'enquête de l'ISQ, la colonne de données est vide dans la figure.

Les communautés autochtones

Les membres des différentes communautés autochtones présentent des particularités propres à leurs diverses cultures et en ce sens doivent recevoir des services adaptés à leur réalité. Il est cependant important de rappeler que les individus de ces communautés, présentant des difficultés de consommation d'alcool et de drogues, bénéficient des services d'un réseau fédéral de traitement de la toxicomanie. Malgré la présence de ce réseau fédéral, de nombreuses personnes autochtones recourent aux activités de réadaptation prodiguées par les CRPAT, et ce, pour diverses raisons dont, entre autres, le besoin d'anonymat. Les CRPAT procurent au besoin des services aux membres des communautés autochtones en fonction de leur répartition sur les territoires desservis par les CRPAT.

Les communautés culturelles

Les communautés culturelles présentent des particularités variables en fonction des groupes. Il faut souligner l'importance d'adapter les services aux caractéristiques individuelles. Il est toutefois clair que la distribution des communautés culturelles sur le territoire québécois est fort inégale (par exemple, Montréal versus les régions éloignées). Les CRPAT sont soucieux d'offrir des services adaptés à ces personnes, en fonction évidemment des besoins locaux et des ressources disponibles.

Itinérance

Les CRPAT sont engagés dans les services auprès des personnes sans domicile fixe, que ce soit pour leur offrir des services de réinsertion sociale, pour accompagner les ressources dans la gestion du sevrage ou même pour intervenir directement dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

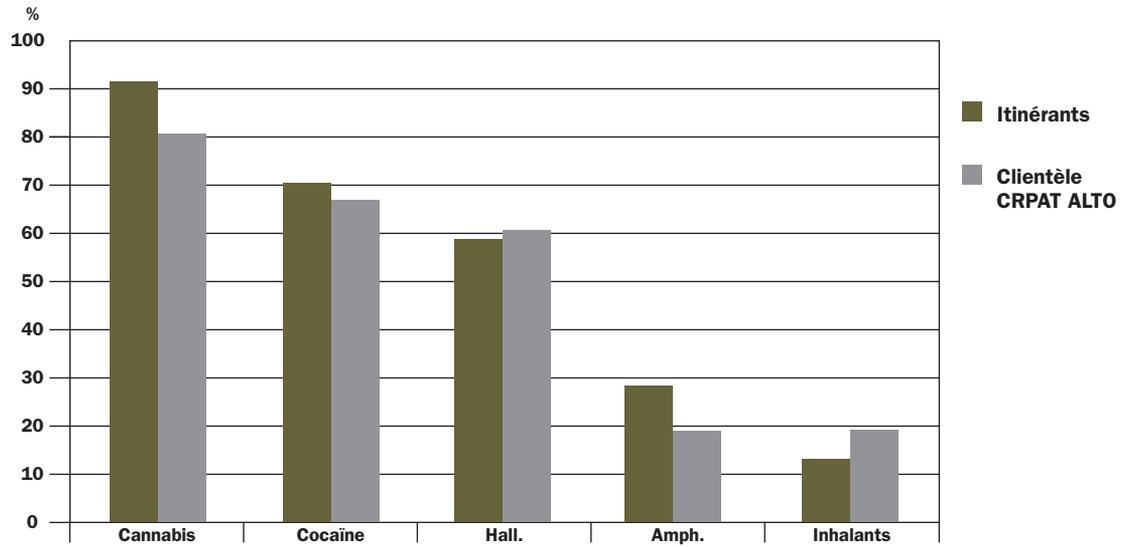
Une étude menée auprès de 757 individus fréquentant quotidiennement les ressources pour personnes itinérantes réparties entre Montréal (63 %) et Québec (37 %), révèle d'ailleurs que ceux-ci ont des difficultés importantes reliées à la consommation de SPA.²⁹ On observe qu'une

forte proportion de ces personnes consomment diverses drogues au cours de leur vie.³⁰

Lorsqu'on compare la prévalence de la consommation de SPA par les personnes itinérantes, on note une similarité avec celle des personnes consultant en centres spécialisés pour personnes alcooliques et toxicomanes⁷⁸ (voir Figure 5). Ces données mettent également en évidence que près de la moitié (45,8 %) des personnes consultant les ressources pour personnes itinérantes ont démontré avoir également un trouble de dépendance envers une SPA, du moins au cours des douze mois précédant l'enquête. Il semble donc que les problématiques associées à l'itinérance et les troubles liés à l'utilisation de SPA soient largement associés.

Figure 5

Prévalence de la consommation de différentes SPA des personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes et auprès des usagers d'un CRPAT (ALTO/Chaudières-Appalaches), au cours de leur vie



Source : ALTO/Chaudière-Appalaches.

Nos membres

LESTRAN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (01)

Jean-Paul Huard, DG
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2A4
Tél. : (418) 868-1010
Télé. : (418) 868-0530
lestran@ri.cgocable.ca
Site Internet : –

CENTRES JEUNESSE DU SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN (02)

Danièle Riverin, DG
520, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 8A2
Tél. : (418) 549-4853
Télé. : (418) 693-0768
daniele.riverin.cj02@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : www.cjsaglac.qc.ca

CARREFOUR DE SANTÉ DE JONQUIÈRE (02)

Hertel Maltais, DG adjoint
2230, rue de l'Hôpital
Jonquièrre (Québec)
G7H 7X2
Tél. : (418) 695-7710
Télé. : (418) 695-7716
hertel.maltais@ssss.gouv.qc.ca
Site internet : www.carrefoursante.qc.ca

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (03)

Dominique Paquette, DG
2525, chemin de la Canardière
Beauport (Québec)
G1J 2G3
Tél. : (418) 663-5008
Télé. : (418) 663-6575
dominique_paquette@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRES JEAN LAPOINTE – ADOLESCENT(E)S (03)

Luc Gervais, DG
1, avenue du Sacré-Cœur, 5^e étage
Québec (Québec)
G1N 2W1
Tél. : (418) 523-1218
Télé. : (418) 523-0210
adosqc@centrejeanlapointe.qc.ca
Site Internet : –

DOMRÉMY MAURICIE – CENTRE-DU-QUÉBEC (04)

Jean-Pierre Gagnon, DG
440, rue Des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2H5
Tél. : (819) 374-4744
Télé. : (819) 374-4502
domremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : www.domremymcq.ca

CENTRE JEAN-PATRICE CHIASSON/ MAISON ST-GEORGES (05)

Denis Bougie, DG
1270, rue Galt Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 2A7
Tél. : (819) 821-2500
Télé. : (819) 563-8322
dbougie.cjpcmg@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRE DOLLARD-CORMIER (06)

Madeleine Roy, DG
950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : (514) 385-0046
Télé. : (514) 385-5728
info.cdc@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : www.centredollardcormier.qc.ca
www.joueur-excessif.com
www.jeu-pathologique.com

Nos membres

CRAN inc. (06)

Sylvie DesRoches, DG
110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél. : (514) 527-6939
Télé. : (514) 527-0031
info@cran.qc.ca
Site Internet : www.cran.qc.ca

MAISON JEAN LAPOINTE (06)

Rodrigue Paré, DG
111, rue Normand
Montréal (Québec)
H2Y 2K6
Tél. : (514) 288-2611
Télé. : (514) 288-2919
mjlm@total.net
Site Internet : www.maisonjeanlapointe.com

PROGRAMME LE PORTAGE (06)

Peter Vamos, DG
865, Square Richmond
Montréal (Québec)
H3J 1V8
Tél. : (514) 939-0202
Télé. : (514) 939-3929
portage@total.net
Site Internet : –

CENTRE JELLINEK (07)

Réjeanne Pilote, DG
25, rue Saint-François
Gatineau (Québec)
J9A 1B1
Tél. : (819) 776-5584
Télé. : (819) 776-0255
jellinek@jellinek.org
Site internet : www.jellinek.org

CENTRE NORMAND (08)

Alcide Huard, DG par intérim
621, rue Harricana
Amos (Québec)
J9T 2P9
Tél. : (819) 732-8241
Télé. : (819) 727-2210
amos_centrenormand@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRE LE CANAL (09)

Claude Montigny, DG
659, boul. Blanche
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2B2
Tél. : (418) 589-5704
Télé. : (418) 295-1773
Claude_Montigny@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRE L'ESCALE/CENTRE DE SANTÉ DE LA HAUTE-GASPÉSIE (11)

Robert Deschênes, DG
50, rue du Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec)
G4V 1X4
Tél. : (418) 763-2261, poste 2528
Télé. : (418) 763-7460
robert.deschenes.cshg@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CRATCA/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE BEAUCE (12)

Robert Vallières, DG par intérim
253, Route 108
Beauceville (Québec)
G5X 2Z3
Tél. : (418) 774-3304, poste 2391
Télé. : (418) 774-4423
robert.vallieres@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRE LE MAILLON DE LAVAL (13)

Danièle Dulude, DG
308 A, boul. Cartier Ouest
Laval (Québec)
H7N 2J2
Tél. : (450) 975-4054
Télé. : (450) 975-4053
daniele_dulude@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

Nos membres

LE TREMPLIN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE (14)

Diane Arsenault, DG
154, rue Visitation
Saint-Charles-Borromée (Québec)
J6E 4N3
Tél. : (450) 755-6655
Télééc. : (450) 755-6766
diane.arsenault@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU (15)

Réal Daoust, DG
910, rue Labelle
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5M5
Tél. : (450) 432-1395
Télééc. : (450) 432-8654
real_daoust@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

LE VIRAGE (16)

François Pierre Ménard, DG
5110, boul. Cousineau, 4^e étage
Saint-Hubert (Québec)
J3Y 7G5
Tél. : (450) 443-2100
Télééc. : (450) 443-0522
francois-pierre.menard@rrsss16.gouv.qc.ca
Site Internet : –

PAVILLON FOSTER (Suprarégional)

John Topp, DG
6, rue Foucreault
Saint-Philippe-de-Laprairie (Québec)
JOL 2K0
Tél. : (450) 659-8911
Télééc. : (450) 659-7173
pavillon_foster@ssss.gouv.qc.ca
Site Internet : –

(août 2004)

