



Les services de réinsertion sociale

GUIDE DE PRATIQUE
ET OFFRE DE
SERVICES DE BASE



ASSOCIATION DES CENTRES
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE
DU QUÉBEC



Les services de réinsertion sociale



GUIDE DE PRATIQUE
ET OFFRE DE SERVICES DE BASE



La rédaction de ce guide a été réalisée par

Pierre Desrosiers

Directeur-conseil aux affaires professionnelles

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Avec, pour la recension des écrits et le portrait des besoins, la collaboration de

Francine Ferland

Psychologue et chercheure

Centre de réadaptation en dépendance de Québec et

Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches

Nadine Blanchette-Martin

Agente de planification, programmation et recherche

Centre de réadaptation en dépendance de Québec et

Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) regroupe vingt centres de réadaptation publics et quelques organismes apparentés offrant des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation, des services de désintoxication, des services de réadaptation externes ou avec hébergement, des services de soutien à l'entourage, des traitements de substitution et des services de réinsertion sociale.

Répartis dans 16 régions administratives du territoire québécois, les centres de réadaptation en dépendance sont une référence incontournable en matière de services spécialisés de réadaptation des personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes sévères d'abus et de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. Chaque année, plus de 50 000 personnes font appel à leurs services. Parmi celles-ci, 30 % sont des jeunes de moins de 25 ans.

CONTRIBUTIONS

L'Association souhaite remercier les membres du comité pour leur contribution au présent document :

- **Stéphane Chartrand**, président du comité, CRD Laval
- **Nevine Atallah**, CRD des Laurentides
- **Nadine Blanchette-Martin**, CRD de Québec et CRD de Chaudière-Appalaches
- **Pierre Desrosiers**, ACRDQ
- **Kathleen Dubois**, CRD de Chaudière-Appalaches
- **Francine Ferland**, CRD de Québec et CRD de Chaudière-Appalaches
- **Caroline Jacques**, CRD de Québec
- **Karine Martin**, CRD de Québec
- **Rachel Perreault**, CRD Le Virage
- **Brigitte Vincent**, CRD de Montréal – Dollard-Cormier – Institut universitaire

Collaboration à la recension des écrits :

- **Joël Tremblay**, Université du Québec à Trois-Rivières
- **Lina Brouillette, Valérie Gagnon, Pascal Garceau, Guillaume Pelletier et Isabelle Smith**, CRD de Québec et CRD de Chaudière-Appalaches

Autres contributions :

- Révision du document : **Lisa Massicotte**, ACRDQ
- Secrétariat : **Renée Auger**, ACRDQ
- Communications : **Marie-Hélène Juneau**, ACRDQ
- Révision linguistique : **Marie-Claude Coppex**, Coppex-Rédaction
- Conception et mise en page : **Gilles Drouin**, Info Typo Graphie

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse : www.acrdq.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN 978-2-921628-17-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-921628-18-1 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée avec mention de la source.

Table des matières

1. Introduction	7
2. Portrait des besoins en réinsertion sociale des usagers au début d’une démarche dans un CRD	9
3. Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réinsertion sociale auprès des personnes présentant un problème de dépendance	11
3.1 Introduction	11
3.2 Termes associés à la réinsertion sociale	11
3.3 Différentes approches et théories	13
3.4 Réinsertion : en séquence, en parallèle ou intégrée	15
3.5 Efficacité des interventions de réinsertion sociale	15
3.6 Programmes de réinsertion pour les jeunes	23
3.7 Instruments d’évaluation des besoins en réinsertion sociale	23
3.8 Conclusion	25
4. Services de réinsertion sociale dans les CRD	27
4.1 Déploiement de l’offre de services de réinsertion sociale	27
4.2 Pratiques éprouvées et prometteuses	31
5. Recommandations	39
5.1 Intervention clinique	39
5.2 Organisation de services	41
5.3 Compétences	42
5.4 Recherche	42
6. Conclusion	43
7. Références	45



1.

Introduction

Les services de réinsertion sociale et professionnelle représentent un des volets de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance du Québec (FQCRPAT, 2004). Il est maintenant largement admis dans la littérature que le vocable réinsertion sociale englobe à la fois les dimensions sociale et professionnelle de la réinsertion. Aussi, l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) retient dorénavant l'appellation «réinsertion sociale», ce qui est aussi conforme aux orientations relatives à l'offre de service 2007-2012 du programme-services Dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouvernement du Québec, 2007).

Autant dans l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance (CRD) que dans celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), on reconnaît que les services de réinsertion sociale sont intimement liés à ceux de la réadaptation en alcoolisme, en toxicomanie et en jeu pathologique, voire indissociables de ceux-ci. Par ailleurs, autant dans l'une que dans l'autre, les services de réinsertion sociale ne sont que très sommairement décrits, que ce soit pour les champs de l'intervention clinique ou de l'organisation de services. Aussi, au printemps 2011, dans le cadre de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD, la Table des responsables cliniques et la Table des directeurs généraux de l'ACRDQ proposaient de procéder à l'élaboration d'un guide de pratique pour les services de réinsertion sociale. Pour ce faire, un comité d'experts a reçu le mandat de décrire les meilleures pratiques dans ce domaine, de définir un certain nombre de standards de qualité ainsi que de déterminer une offre de services de base en réinsertion sociale dans les CRD.

Cette offre de services de base est élaborée en cohérence avec les orientations du MSSS relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience contenues dans son offre de service, et elle

s'inscrit dans le mouvement de modernisation du réseau caractérisé par la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services, le partenariat et l'intégration des services.

Après une brève présentation du portrait des besoins en réinsertion sociale des usagers qui entreprennent une démarche dans un CRD, le guide comprend trois grandes parties.

La première porte sur une recension des écrits des meilleures pratiques en réinsertion sociale dans un contexte de réadaptation en dépendance.

La deuxième partie présente l'état de la situation sur le déploiement des services en réinsertion sociale ainsi que les pratiques éprouvées et prometteuses en CRD.

Enfin, la dernière partie énonce une série de recommandations visant à la fois l'intervention clinique, l'organisation de services, les compétences requises et la recherche propres aux services de réinsertion sociale.

Pour réaliser ce document, le comité d'experts a bénéficié de la collaboration et de l'expertise d'usagers, d'intervenants et de gestionnaires des CRD des diverses régions du Québec ainsi que de celles du comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD. Tous les membres de l'ACRDQ ont contribué à la mise à jour des données concernant l'état de déploiement des services de réinsertion sociale qui ont servi de toile de fond à la tenue de groupes de discussion en vue de dégager des consensus sur des pratiques efficaces ou prometteuses. Enfin, l'ACRDQ a obtenu le soutien du MSSS ainsi que de l'Institut universitaire sur les dépendances du CRD de Montréal – Dollard-Cormier pour la réalisation de la recension des écrits.



2.

Portrait des besoins en réinsertion sociale d'usagers au début d'une démarche dans un CRD

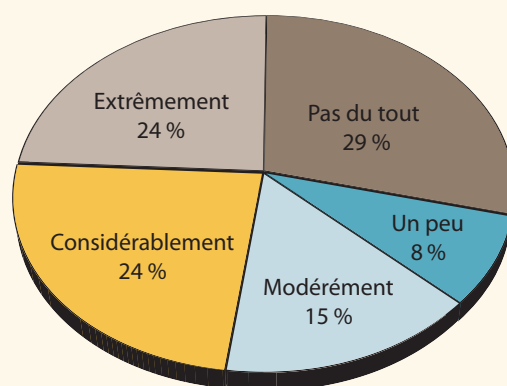
Les données présentées dans cette section ont été obtenues à partir des évaluations spécialisées de 4129 adultes ayant consulté entre 2000 et 2012 pour un problème de dépendance dans un CRD du Québec. Les données recueillies à l'aide du questionnaire *Indice de gravité d'une toxicomanie* (Bergeron et al., 1992a) permettent de donner un aperçu des besoins en réinsertion sociale des usagers au moment où ils débudent leur démarche de réadaptation.

L'âge moyen de ces usagers est de 38,7 ans ($ET=12,1$) et les deux tiers d'entre eux sont des hommes (65%). Au moment de leur évaluation, près du tiers de ces personnes vivent seules ou en chambre (34%), 27% vivent avec leur conjoint ou conjointe (avec sous sans enfants), 16% vivent avec la famille, 7% vivent en colocation, 6% vivent avec les enfants seulement, 4% sont en milieu institutionnel, 2% n'ont pas de domicile fixe et le milieu de vie est inconnu pour 4% d'entre eux. De plus, 13% des usagers rapportent vivre avec une personne ayant un problème de consommation d'alcool et 14% avec une personne ayant un problème de consommation de drogues.

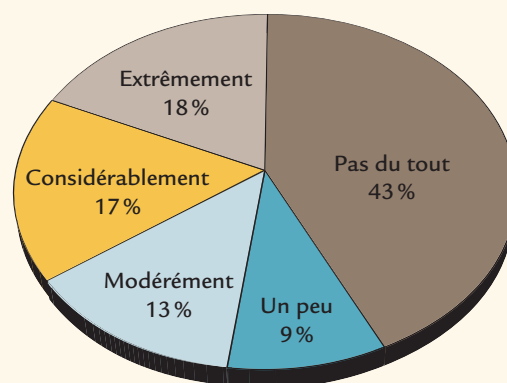
Tel que l'indique le Tableau 1, les usagers semblent présenter des atteintes à leur réseau social (71% indiquent avoir besoin d'aide dans ce domaine) ainsi que sur le plan de leurs relations familiales (57% indiquent avoir besoin d'aide dans ce domaine). L'isolement social semble d'ailleurs faire partie de la vie de plusieurs usagers alors que 17% rapportent n'avoir personne à qui se confier ou demander de l'aide dans leur entourage. Autre signe d'atteinte à leur réseau social, près de la moitié des usagers (44%) rapportent passer la majorité de leurs temps libres seuls alors que 30% les passent avec la famille, 23% avec des amis et 3% passent leurs loisirs dans des organismes communautaires.

Tableau 1
ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE DES USAGERS
EN MATIÈRE DE RÉSEAU SOCIAL ET DE
PROBLÈMES FAMILIAUX

Réseau social



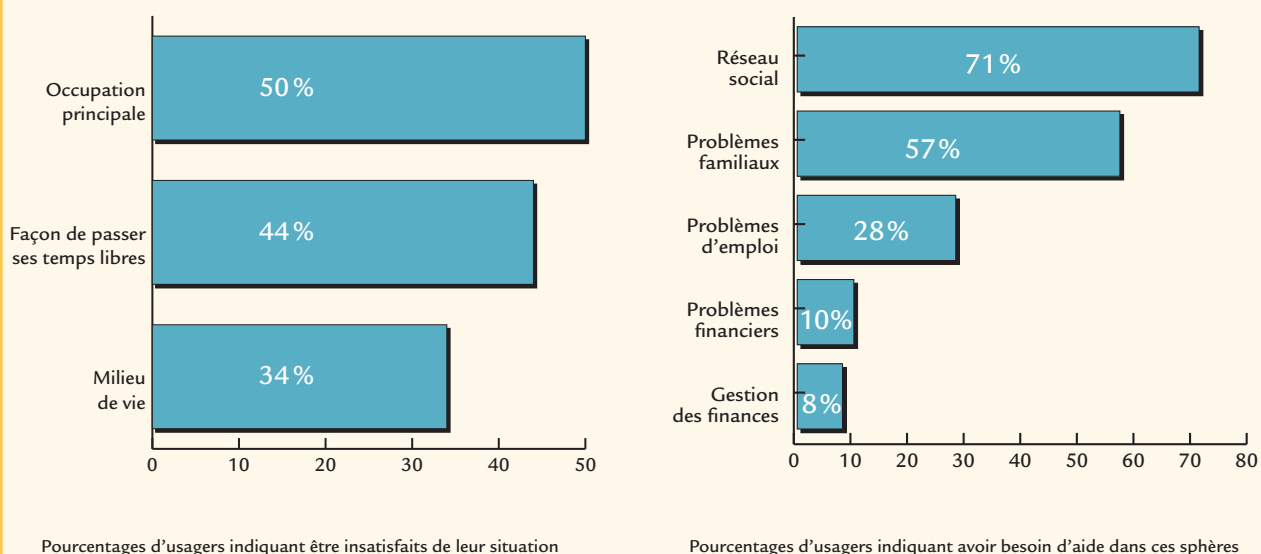
Problèmes familiaux



Les usagers évalués au CRD ont diverses sources de revenus. On observe que 32 % d'entre eux occupent un emploi à temps partiel ou à temps plein, 31 % vivent de la sécurité du revenu, 11 % reçoivent des prestations d'assurance emploi, 8 % bénéficient d'une rente d'invalidité, 5 % sont à la retraite, 3 % étudient, 2 % rapportent des conditions instables et 8 % vivent d'autres sources de revenus. De plus, 28 % des usagers se disent préoccupés ou perturbés par leurs problèmes d'emploi alors que 12 % se disent préoccupés par leurs problèmes financiers.

Lorsqu'on s'attarde aux dimensions pour lesquelles les usagers se disent insatisfaits de leur situation, on note qu'ils ciblent leur occupation actuelle, soit leur statut d'emploi, la façon dont ils passent leurs temps libres et leur milieu de vie. Par ailleurs, ils ciblent cinq domaines principaux pour lesquels ils aimeraient recevoir de l'aide soit : leur réseau social, leurs problèmes familiaux, leurs problèmes d'emploi, leurs problèmes financiers et la gestion de leurs finances (Tableau 2).

Tableau 2



3.

Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réinsertion sociale auprès des personnes présentant un problème de dépendance

3.1 Introduction

Le présent chapitre a pour but de dresser un portrait des meilleures pratiques en réinsertion sociale pour les personnes présentant un problème de dépendance. La rédaction de cette recension a nécessité la consultation d'un ensemble de sources diverses. Parmi celles-ci, on compte des méta-analyses, des essais contrôlés, des évaluations de programmes, des mémoires de maîtrise, des articles à caractère clinique ou scientifique ainsi que des recensions d'écrits et de rapports de recherche. Toutefois, force a été de constater que l'efficacité des pratiques de réinsertion sociale est peu documentée. La nature des données présentées est exposée selon l'état actuel des connaissances, afin de permettre au lecteur de poser un regard critique sur la valeur scientifique et clinique associée aux différentes pratiques recensées.

3.2 Termes associés à la réinsertion sociale

Les documents consultés ont permis de constater la diversité des termes utilisés pour conceptualiser la réinsertion sociale. Ceux-ci laissent croire que la terminologie varie selon qu'elle émerge des sciences sociales ou des sciences de la santé. Ainsi, il semble pertinent de présenter les différentes terminologies et concepts utilisés afin de déterminer un vocabulaire commun.

Réadaptation psychosociale

Elle vise à optimiser les capacités d'une personne tout en atténuant les difficultés qu'elle éprouve en raison de sa conduite. Selon le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2003), une variété de services peut être offerte pour aider les personnes à intégrer ou à réintégrer leur communauté. Parmi ces services, on retrouve, entre autres, les groupes psychoéducatifs, les suivis individuels, une aide directe dans le milieu de vie, l'accompagnement.

Réadaptation psychiatrique

Le concept de réadaptation psychiatrique est principalement utilisé dans le domaine de la santé mentale (Anthony, Cohen, Farkas et Gagné, 2002). Ce type de réadaptation vise à aider la personne à fonctionner de façon satisfaisante dans l'environnement de son choix, et ce, avec une intervention minimale des professionnels.

Rétablissement

Dans la littérature scientifique, le concept de rétablissement est directement lié à la réinsertion sociale des usagers. En effet, le SAMHSA (2003) indique qu'il est possible de parler de rétablissement quand la personne dépendante est abstinente et qu'elle démontre des améliorations significatives dans au moins trois des sept domaines suivants : santé physique, santé mentale, relations familiales, réseau social, habitation, accès aux soins et maintien de la démarche.

Par contre, actuellement, il ne semble pas exister de consensus permettant de définir les critères indiquant qu'une personne dépendante est rétablie. La définition

varie selon la spécialité dans laquelle les professionnels évoluent (Dodge, Krantz et Kenny, 2010). Il semble toutefois se dégager un tronc commun autour des notions de retour à la citoyenneté et de l'amélioration de la qualité de vie. Il est à noter que, là aussi, il n'existe pas de définition formelle du concept de qualité de vie (Haas, 1999 ; Moons, Budts et De Geest, 2006). Celui-ci est utilisé tant au regard de la santé physique que de la santé psychologique ou sociale. Malgré ceci, après une évaluation des différentes définitions de la qualité de vie, l'équipe de Moons (2006), suggère d'utiliser ce concept en fonction de la satisfaction envers la vie.

Intégration ou réintégration sociale

Pour Boivin et de Montigny (2002), l'intégration (ou la réintégration) sociale est la dernière étape de la démarche de la réadaptation. Elle permet à la personne de transposer dans la vie réelle l'autonomie acquise tout au long de sa démarche et lui permet de prendre ou de reprendre une participation sociale qui lui est propre. Toujours selon ces auteurs, l'intégration ne sera possible que si l'individu connaît et accepte les règles de fonctionnement du milieu et que ce dernier est ouvert à l'accueillir. Ainsi, au cours de sa démarche, l'individu développe son autonomie psychorelationnelle, sociocommunautaire et socioprofessionnelle. Plus précisément, l'autonomie psychorelationnelle a trait au développement des ressources facilitant les rapports avec les autres et le milieu. L'autonomie sociocommunautaire cible le développement des capacités nécessaires pour s'impliquer dans la communauté et entreprendre des démarches pour avoir accès aux ressources du milieu alors que l'autonomie socioprofessionnelle implique l'utilisation du travail pour favoriser et développer le potentiel de contribution sociale de la personne. Des activités récréatives, culturelles et sociales de même qu'une entrée ou un retour aux études ou sur le marché du travail peuvent permettre le développement de ces trois types d'autonomie.

Intégration sociale ciblant spécifiquement les jeunes

L'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2010) définit l'intégration sociale comme étant l'aboutissement d'un processus au cours duquel le jeune apprend et développe ses aptitudes à suivre les règles sociales de même que son appartenance à des groupes dont il doit respecter les normes morales et légales. L'intégration sociale implique également le dévelop-

pement de relations adéquates, stables et réciproques permettant au jeune de se sentir apprécié et investi (Centre jeunesse de Laval, 2011). Toujours selon l'approche mise en place par l'ACJQ, tous ces apprentissages se font en travaillant les dimensions personnelle, relationnelle ou familiale, fonctionnelle ou productive ainsi que la dimension symbolique du jeune. La dimension personnelle cible les apprentissages nécessaires à la construction de l'identité, à l'amélioration des capacités cognitives et au développement de la maturité émotionnelle. La dimension relationnelle ou familiale vise le développement de la capacité de s'ouvrir à l'autre, de faire confiance et de vivre des relations constructives dans l'ensemble des liens d'attachement. La dimension fonctionnelle ou productive cible la scolarisation et le développement d'aptitudes permettant l'entrée sur le marché du travail. En dernier lieu, la dimension symbolique vise l'adhésion aux normes et aux valeurs sociales, le respect des lois et le développement d'un sentiment d'utilité sociale.

Réinsertion sociale

Selon Boivin et de Montigny (2002), la réinsertion sociale survient lorsqu'une personne ayant déjà vécu une certaine forme de désinsertion s'engage dans une démarche d'autonomie dans au moins une sphère de sa vie (psychorelationnelle, socioprofessionnelle ou sociocommunautaire). La réinsertion sociale se situe entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société et peut se faire tant en amont, en aval que pendant la désintoxication ou la réadaptation. Pour ces auteures, toutes interventions offrant des possibilités de prévenir la désaffiliation tout en favorisant la connaissance ou la reconnaissance sociétale constituent des pratiques de réinsertion sociale et professionnelle.

Conclusion

Plusieurs termes différents peuvent être utilisés pour faire référence à la réinsertion sociale. Tous ces concepts ont une définition qui leur est propre, mais leurs objectifs d'intervention sont semblables. L'expression « réinsertion sociale », englobant l'ensemble des différents termes, est utilisée tout au long de cette recension, car elle est actuellement employée dans plusieurs CRD au Québec.

3.3 Différentes approches et théories

Les programmes, interventions et activités de réinsertion sociale tirent leur source de différentes approches théoriques. Cette section expose diverses approches ou théories couramment retrouvées dans la littérature scientifique, dont les prémisses de base sont utilisées en réinsertion sociale.

Pyramide de Maslow

Élaborée par Abraham Maslow, la pyramide de Maslow est d'abord une approche de motivation à l'action (Kenrick, Griskevicius, Neuberg et Schaller, 2010). Aussi appelée « hiérarchie des besoins » (Fadiman et Frager, 1976; Koltko-Rivera, 2006) elle s'appuie sur le principe que la motivation d'un individu prend sa source dans l'insatisfaction de ses besoins. La hiérarchie élaborée par Maslow comporte cinq niveaux, soit les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance, les besoins de reconnaissance et les besoins d'accomplissement (Kenrick et al., 2010; Koltko-Rivera, 2006; Villemus, 2004). L'ascension dans la pyramide se fait à partir de la base, en gravissant un à un chacun des niveaux de besoins. Ainsi, les besoins de base de l'individu doivent être satisfaits avant que celui-ci ne puisse satisfaire les besoins supérieurs (Kenrick et al., 2010; Koltko-Rivera, 2006). Lorsqu'elle est utilisée en intervention ou dans un contexte de réinsertion sociale, la pyramide de Maslow peut faciliter l'établissement d'un plan d'intervention qui tient compte du niveau de besoin auquel se situe l'utilisateur afin de l'aider à améliorer sa condition. Ainsi, il est utopique de penser travailler l'estime de soi quand les besoins physiologiques (ou besoins de base) ne sont pas comblés.



Tiré de Villemus, 2004

Approche multisystémique

Développée par Bronfenbrenner (1979), l'approche multisystémique tire son inspiration de l'interaction biologique de l'écosystème d'une personne pour expliquer les effets des interactions complexes existant entre les différents sous-systèmes (ex. : communautés, familles) sur l'environnement social. Ainsi, chaque sous-système offre les conditions nécessaires à la survie des autres sous-systèmes. Dans cette approche, l'être social n'est pas un individu isolé, car il est un élément du système social en plus d'être transcendé par lui. Cette approche préconise également que le changement d'un aspect dans la vie d'un individu se répercute sur l'ensemble de son système.

L'approche multisystémique compte quatre niveaux de systèmes sociaux organisés dans une hiérarchie s'éloignant de plus en plus de l'individu. Dans cette hiérarchie, l'individu se situe à l'intérieur du micro-système; celui-ci a trait au réseau proximal de l'individu, soit son réseau social, familial et professionnel. Le second niveau, le mésosystème, comprend l'espace d'interaction entre les différentes parties sociales (ex. : travail, famille). Le troisième niveau, l'exosystème, porte sur les politiques sociales influençant la vie de l'individu et le macrosystème représente la culture et les sous-cultures dans lesquelles l'individu évolue (ex. : normes sociales).

Selon l'approche multisystémique, le soutien social pourrait faciliter le changement de conduite liée à la dépendance en diminuant le stress, en encourageant la motivation, en diminuant la disponibilité de la substance et par l'influence sociale de pairs non consommateurs. Conséquemment, la réinsertion sociale permettrait de créer le soutien social nécessaire à la motivation de l'individu et favoriserait une meilleure estime de soi par la prise de conscience que l'entourage se soucie de lui et croit en sa réussite tout en diminuant les renforcements envers la consommation.

Approche écologique

Selon Barber (2002), l'approche écologique vise une compréhension holistique et biopsychosociale des interactions existant entre la personne et son environnement. Elle tire également ses bases de l'approche multisystémique, mais va plus loin, car elle tient compte de la globalité de l'individu. L'approche écologique tente donc de comprendre la dépendance à travers l'interaction de plusieurs composantes de l'individu

(ex: aspects biologique, psychologique, social, culturel, judiciaire, politique) et de son environnement. Toutes ces composantes influencent l'adaptation de l'individu à son environnement et peuvent donc avoir des effets sur sa réadaptation.

Interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique explore la manière dont les interactions entre l'individu et l'environnement social influencent le développement de l'identité. Selon cette approche, l'individu se comporte de la manière qu'il croit que les autres le souhaitent, ce qui lui permet d'interagir en accord avec sa communauté (Johnson, 2004). Avec le temps, les comportements s'internalisent. Ainsi, de la même manière qu'un individu peut internaliser des comportements négatifs pour lui-même, il peut également internaliser des comportements qui lui sont positifs quand il est en relation avec un environnement social les favorisant. Les groupes d'entraide par les pairs représentent un bon exemple d'interactionnisme symbolique prônant un mode de vie d'abstinence, qui peut par la suite être internalisé par l'individu et s'actualiser dans la création d'un nouveau réseau social.

Approche milieu (ou proactive)

L'approche milieu se déploie dans l'environnement quotidien et le milieu de vie de l'individu. Elle cible tant l'individu que son réseau social. Dans cette approche, la personne est vue comme étant une totalité (biologique, cognitive, affective et sociale). Elle implique que les intervenants connaissent tant les conditions de vie des usagers que celles de leur entourage et les stress environnementaux que tous subissent. Lors de la réinsertion sociale, l'intervenant tente d'établir une relation interactive basée sur les schèmes relationnels. Il peut utiliser l'ensemble des situations de vie de l'individu afin de favoriser le développement de nouvelles compétences et de conduites appropriées. Il peut également utiliser toutes les composantes structurelles du milieu de vie de l'individu afin d'encadrer, de soutenir et de stimuler sa démarche (Guay et al., 2000).

Hiérarchisation des cibles

Dans le guide de pratique *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes* publié par l'ACRDQ, Tremblay, Bertrand, Landry et Ménard (2010) présentent le modèle de hiérarchisation des cibles mis de l'avant par Linehan. Ce modèle vise d'abord la réadaptation mais comprend également des composantes qui ciblent la réinsertion sociale. Selon Dimeff et Linehan (2008), les

éléments suivants doivent être ciblés de manière hiérarchique en cours de traitement : a) la diminution des comportements qui mettent la vie en danger de façon imminente (ex. : suicidaires ou homicidaires); b) la diminution des comportements qui interfèrent avec la thérapie (ex. : retard aux rendez-vous, absence, se présenter intoxiqué aux rencontres); c) la réduction des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie (tout d'abord l'abus de substances lorsque la personne est présente aux rendez-vous mais aussi le sans-abrisme, les troubles à l'axe I, les problèmes de comportement, etc.) et d) le développement des habiletés.

Zones d'affiliation et de désaffiliation

Cette approche mise de l'avant par Castel (1994) s'appuie sur la prémisse voulant que l'individu circule entre trois zones distinctes : une zone d'intégration, une zone de vulnérabilité et une zone de désaffiliation. L'appartenance à la zone d'intégration se caractérise par un emploi stable et une forte insertion relationnelle alors que l'appartenance à la zone de vulnérabilité se caractérise par un lien d'emploi précaire et une fragilité relationnelle et que l'appartenance à la zone de désaffiliation se caractérise par l'absence d'un lien d'emploi et l'isolement social. Selon l'approche de Castel, la dépendance amène l'individu dans la zone de désaffiliation, ce qui entraîne une profonde transformation de ses modes d'insertion sociale et professionnelle. Dans ce contexte, la réinsertion sociale a pour but d'amener l'individu à vivre des expériences qui le ramèneront progressivement dans la zone d'intégration. Ce cheminement peut se faire tant par l'intermédiaire du réseau social que par celui du retour à l'emploi.

Théorie de la stigmatisation

La théorie de la stigmatisation, élaborée par le sociologue Erving Goffman (1963), s'appuie sur le postulat que chaque individu possède deux représentations de son Soi social : une identité sociale virtuelle, qui correspond à la façon dont l'entourage perçoit l'individu, et une identité sociale réelle, qui correspond à la façon dont l'individu se perçoit. Selon Goffman, la stigmatisation varie selon le contexte social dans lequel la personne gravite, et elle se produit quand il y a un décalage entre le *Soi social réel* et le *Soi social virtuel*. Dans ce contexte, le but de la réinsertion sociale est de diminuer le décalage entre les deux « Soi » et d'aider l'individu à ce que son *Soi social virtuel* devienne en accord avec son *Soi social réel*. Ce changement identitaire se réalise dans un contexte social l'appuyant (Hughes, 2007).

Conclusion

Les écrits scientifiques présentement disponibles ne permettent pas de privilégier ni de mettre de côté l'une ou l'autre des approches ou théories présentées précédemment. Elles peuvent toutes être utilisées pour servir de base à l'élaboration de programmes de réinsertion sociale. Il est certain que les approches de type multidimensionnel ou encore celles qui sont basées sur une hiérarchisation de l'intervention en fonction des besoins des individus sont à privilégier en matière de réinsertion sociale.

3.4 Réinsertion : en séquence, en parallèle ou intégrée

Il est difficile de trouver une ligne directrice claire dans la littérature scientifique consultée quant au moment où devrait intervenir la réinsertion sociale dans le cheminement de réadaptation de la personne. Toutefois, il semble se dégager une tendance vers une approche intégrée.

Selon Boivin et de Montigny (2002), la réinsertion sociale devrait se situer entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société. Toutefois, ces auteures précisent également que la réinsertion peut prendre place avant, pendant ou après la désintoxication ou la réadaptation. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, 2012) abonde dans le même sens, précisant que la réinsertion peut constituer une ressource pour la réadaptation au même titre que la réadaptation peut constituer une ressource pour la réinsertion. Pour sa part, dans un document visant la réadaptation des personnes ayant des problématiques multiples (santé mentale, dépendance et itinérance), le SAMHSA (2003) indique qu'une approche intégrée de réinsertion est supérieure à une approche parallèle ou séquentielle. De surcroît, dans un rapport publié en 2011, le Centre jeunesse de Laval indique que la question de la réinsertion des jeunes doit infiltrer toute la trajectoire de services. De plus, le processus de réinsertion doit s'intégrer dans le processus clinique général et ne peut se dissocier du processus d'élaboration du *Plan d'intervention* et du *Plan de services individualisé*. Selon Caldéron, Lagomanzini, Maguet et Menneret (2011), en début d'intervention, l'engagement d'une démarche de réinsertion, tant sociale que professionnelle, peut

redonner du sens à un parcours de vie et motiver l'entrée ou le maintien en réadaptation.

3.5 Efficacité des interventions de réinsertion sociale

L'intervention en réinsertion sociale cible plusieurs sphères. La présente recension des écrits s'intéresse particulièrement aux pratiques liées à la sphère sociale (ex. : logement, réseau de soutien, loisirs) et à la sphère occupationnelle. Ces deux sphères sont privilégiées ici, car ce sont celles qui sont le plus fréquemment décrites dans la littérature scientifique.

Selon les objectifs poursuivis dans le cadre des démarches de réinsertion sociale et de réadaptation de l'individu, la réinsertion sociale de certains vise le retour à une vie active, qui pourra passer par le retour ou l'entrée sur le marché du travail ou la scolarisation. Pour d'autres, les besoins en réinsertion sociale ciblent davantage la socialisation. Ceci peut se réaliser par le développement d'un réseau social non consommateur, par l'acquisition d'habiletés sociales ou encore par le démarrage ou la reprise d'activités de loisirs mises de côté en raison de la consommation ou du jeu. Ainsi, la réinsertion dans la sphère sociale influence la réinsertion dans la sphère occupationnelle et vice-versa.

De plus, il est parfois difficile de dissocier l'intervention en réadaptation de l'intervention en réinsertion sociale. Dans bien des cas, la réinsertion et la réadaptation se chevauchent et sont difficilement séparables, ce qui est cohérent avec l'approche intégrée de services, qui semble ressortir dans la littérature scientifique. Bien que certains programmes ou activités présentés dans cette section soient d'abord des programmes de réadaptation, ils sont inclus dans l'approche intégrée, car certaines de leurs composantes ont des objectifs directement liés à la réinsertion sociale des usagers.

3.5.1 Programmes ou activités de réinsertion sociale touchant la sphère sociale

Peu importe auprès de quels usagers les programmes ont été évalués, il semble qu'une réinsertion sociale favorisant le développement du réseau de soutien est souvent garante d'une réadaptation réussie (Flynn, Joe, Broome, Simpson et Brown, 2003). Les recherches effectuées au cours de cette recension des écrits indiquent que l'efficacité des programmes et interventions ciblant particulièrement la sphère sociale est très peu évaluée, puisqu'elle fait souvent partie intégrante de la réadaptation et qu'elles sont par conséquent difficiles à dissocier l'une de l'autre. De plus, les évaluations disponibles sont habituellement faites à très court terme, ce qui laisse peu de chance d'évaluer les retombées à plus long terme. Elles comptent également peu de participants, ce qui rend difficile la généralisation des résultats, et elles sont habituellement effectuées sans groupe de comparaison, ce qui ne permet pas d'affirmer que les résultats observés sont réellement dus à l'intervention. Cette section présente différents programmes ou activités priorisant le développement de la sphère sociale, qui ont fait ou non l'objet d'une évaluation d'efficacité.

Éducation aux loisirs

Selon Rancourt (1991), les consommateurs de substances psychoactives recherchent souvent une gratification immédiate qui les amène à diminuer leur participation à des activités de loisirs. Conséquemment, la réadaptation serait donc facilitée si l'utilisateur pouvait vivre des expériences de plaisir par un autre moyen que la consommation. Ainsi, l'éducation aux loisirs vise à ce que l'utilisateur acquière des connaissances et des habiletés lui permettant de reconnaître la possibilité d'avoir du plaisir et de socialiser sans consommer (Chandler, 1997).

Rancourt (1990) a évalué un programme d'éducation aux loisirs composé de séances hebdomadaires d'entraînement physique, d'activités récréatives diverses et de sorties de groupe. Les résultats de cette évaluation indiquent que ce programme permet de sensibiliser les participants à de nouvelles activités, de renouer avec des activités abandonnées au profit de la consommation et de développer un réseau social soutenant leur démarche.

Quant à lui, Pearson (1992) propose une démarche d'éducation aux loisirs spécifiquement conçue pour les gens présentant des problèmes de dépendance aux substances psychoactives. Cette démarche comporte neuf étapes distinctes au cours desquelles l'utilisateur est amené à trouver des loisirs qui lui permettent de combler ses besoins. L'efficacité de cette démarche n'a toutefois pas été évaluée.

Chandler (1997) corrobore le fait que l'éducation aux loisirs permet de développer un style de vie équilibré, de développer un réseau social non axé sur la consommation, de pratiquer des loisirs sans lien avec la consommation, de développer des techniques de relaxation permettant de gérer la solitude et l'ennui, qui sont des moments souvent propices aux envies de consommer.

Réinsertion en logement

La réinsertion sociale peut également se faire par l'intermédiaire de programmes de réinsertion en logement. Il existe actuellement divers types de services et de modalités d'insertion ou de retour en logement. Parmi ceux-ci, on retrouve le modèle des logements alternatifs qui peuvent ou non offrir des services de soutien aux locataires. Les logements offrant des services de soutien se retrouvent souvent sous la forme de coopératives ou de foyers collectifs rattachés à l'établissement de soins, et les résidents sont considérés comme des bénéficiaires du programme. Les logements n'offrant pas de services de soutien sont habituellement subventionnés et traitent distinctement les aspects de logement et de services. Dans ces cas, les services de soutien sont en général fournis par un organisme extérieur indépendant du locateur.

Selon l'expérience clinique du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH, 2002), les logements avec services de soutien peuvent remplacer efficacement les soins hospitaliers de longue durée, surtout pour les personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance. Toutefois, le CAMH précise que la réinsertion sociale est meilleure si le niveau de soutien est apparié aux besoins de l'utilisateur et si les services de logement sont intégrés aux autres services communautaires et de santé mentale. De plus, il semblerait important d'offrir une intensité de service plus élevée lors de la période d'intégration en logement (SAMHSA, 2003).

L'efficacité des résidences suivant le modèle *Oxford House* a beaucoup été étudiée (Jason et Ferrai, 2009 ; Jason et Ferrai, 2010 ; Fisk, Sells et Rowe, 2007). Ces résidences accueillent des hommes et des femmes qui en sont à différentes étapes de leur processus de réadaptation. Les résidents peuvent y habiter aussi longtemps qu'ils le désirent pour autant qu'ils ne consomment ni alcool ni drogues : la plupart y habitent un peu plus d'un an. Procurant un environnement communautaire géré par les résidents, les résidences adhérant à ce modèle offrent un milieu de vie sans intervenants où les résidents s'entraident mutuellement à reprendre une vie sans consommation. Outre les avantages sur le plan de la consommation de substances et de l'emploi, ce type de résidence permet de recréer un réseau social de non-consommateurs qui se soutiennent les uns les autres (Fisk et al., 2007).

Par contre, bien que la réinsertion sociale par l'intermédiaire du logement puisse être une avenue intéressante pour les personnes présentant des problèmes de dépendance, encore faut-il que l'environnement d'accueil ne soit pas hostile à recevoir un tel entourage. En 1991, Côté, Ouellet et Lachance ont publié un rapport de recherche concernant l'ouverture du voisinage face aux ressources résidentielles pour les personnes aux prises avec une problématique de dépendance. Menée à Québec, leur recherche indique la présence de préjugés à l'égard des personnes dépendantes, les citoyens les plus tolérants étaient ceux du centre-ville. Malgré le fait que ces données remontent à plus d'une vingtaine d'années, il semble tout de même important d'évaluer le degré d'acceptation des habitants d'un quartier avant d'implanter une ressource résidentielle de réinsertion sociale.

Approche de renforcement par la communauté

Malgré le fait que cette approche clinique cible d'abord la réadaptation, elle comporte tout de même des composantes de réinsertion touchant la sphère sociale. Elle offre un modèle conceptuel intégrant la réadaptation par l'utilisation des renforceurs de la sobriété et de la consommation contrôlée dans l'environnement de la personne. En fait, l'aspect de réinsertion est principalement touché par les interventions mettant à profit les ressources de la communauté pour impliquer les usagers dans des activités auxquelles participent des groupes de non-consommateurs afin d'améliorer la qualité de leur vie sociale. En effet, tel que l'équipe de Tremblay le mentionne dans le guide de pratique *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes*

publié par l'ACRDQ (2010), cette approche offre un volet de counselling social et récréatif qui favorise la prise de conscience que la vie peut être plaisante sans consommation et qui permet la pratique de nouvelles habiletés sociales dans un environnement non menaçant.

Les éléments ciblant davantage la réadaptation sont l'acquisition d'habiletés de communication, la résolution de problèmes, la prévention de la rechute, alors que ceux visant davantage la réinsertion sociale sont la recherche d'emploi, les relations interpersonnelles et les activités récréatives (Smith, Meyers et Miller, 2001). Les participants bénéficient également de l'appui d'un parrain et, dans certains cas, ils reçoivent de l'aide pour se procurer du matériel électronique, des abonnements aux journaux locaux, une ligne téléphonique et un permis de conduire afin de faciliter leur entrée ou leur retour sur le marché du travail (Barber, 2002). L'efficacité de ce type d'intervention pour favoriser l'implication sociale des usagers a été démontrée tant pour les personnes recevant un traitement de substitution (Abbott, 2009) que pour les personnes présentant des problèmes de dépendance aux autres substances (Barber, 2002 ; Hunt et Azrin, 1973 ; Azrin, 1976). Il est à noter que des retombées positives de cette approche ont également été observées sur la réinsertion en emploi (Abbott, 2009 ; Azrin, 1976 ; Barber, 2002 ; Hunt et Azrin, 1973).

Au Québec, bien que l'approche de renforcement par la communauté ne soit pas intégralement appliquée, les approches de réinsertion sociale s'appuyant sur ce modèle sont bien présentes. Principalement en place dans des organismes communautaires, elles offrent une vaste panoplie de services. À titre d'exemple, Bégin (2003) décrit l'étape de la consolidation des acquis d'une ressource de la région de Québec, qui offre plusieurs services de réinsertion sociale afin de préparer la personne à sa sortie du traitement interne. Ainsi, lors de cette dernière étape de leur réadaptation, les usagers ont accès à un atelier de groupe sur le budget, l'épargne, le crédit, l'endettement et le recours aux créanciers, à des rencontres individuelles avec un conseiller en orientation pour les amener à réfléchir sur ce qu'ils souhaitent faire sur le plan professionnel une fois sortis, à un atelier d'information sur la sélection d'un logement de même qu'à un service de réinsertion sociale individuel qui a pour objectif de développer des compétences permettant le maintien des changements

obtenus en thérapie et de rétablir un lien positif entre la personne et son environnement (Bégin, 2003). Toutefois, l'efficacité de l'aspect visant la réinsertion sociale ne semble pas avoir été évaluée jusqu'à maintenant.

Approche de la communauté thérapeutique

L'intervention utilisant l'approche de communauté thérapeutique offre un milieu de vie à ses usagers. Considérant la durée des interventions, qui peut aller jusqu'à plusieurs mois consécutifs, ces milieux favorisent également la réinsertion sociale de leurs usagers, soit par l'intermédiaire des liens qui se créent entre les résidents tout au long de leur démarche ou encore par des services de suivi permettant à l'utilisateur de se détacher de la communauté de pairs et de développer son autonomie (Broekaert, Kooyman et Ottenberg, 1998; Kaplan et Broekaert, 2003). Même si les communautés thérapeutiques offrent une grande panoplie de services (Broekaert et al., 1998; Melnick, De Leon, Hiller et Knight, 2000), Soyez et Broekaert (2003) distinguent trois phases d'intervention pouvant s'insérer dans un volet correspondant à la réinsertion sociale. La première phase s'échelonne sur un mois et se déroule dans la communauté thérapeutique. Elle vise à exposer l'utilisateur aux différentes avenues de réinsertion offertes dans sa communauté. La deuxième phase se veut une période de réintégration qui peut s'échelonner sur une période de six mois. Pendant cette phase, l'utilisateur habite à mi-temps dans la communauté thérapeutique, et il est amené à établir ses propres objectifs de réinsertion à long terme (ex. : se construire un réseau social, trouver un emploi, retourner aux études, s'investir dans des loisirs gratifiants, trouver un logis adéquat). La dernière phase du volet correspondant à la réinsertion dure six mois et consiste à retourner vivre à temps plein dans son milieu de vie d'origine tout en recevant des services externes de la part de la communauté thérapeutique. L'expression « réinsertion sociale » prend donc tout son sens, puisque les gens sont retirés de leur milieu de vie pour entreprendre leur thérapie dans les communautés thérapeutiques et qu'ils doivent par la suite se réinsérer dans une nouvelle vie sociale hors de la communauté thérapeutique.

Encore peu d'études évaluent l'efficacité sur le plan social des traitements basés sur les communautés thérapeutiques (Kaplan et Broekaert, 2003). Une étude qualitative menée par Soyez et Broekaert (2003) démontre que les usagers arrivent difficilement à se construire un réseau social sain et stable. De plus, lors

des phases de retour dans la communauté, les usagers se disent également bouleversés par la proximité et la disponibilité des substances dans leur environnement.

Appartenance à un groupe spirituel

L'appartenance ou l'adhésion à un groupe spirituel peut permettre une certaine forme de réinsertion sociale, puisque la plupart de ces groupes renforcent l'abstinence ou une consommation non-abusive de substances psychoactives (Koenig, McCullough et Larson, 2001; Miller, 1998). Ce faisant, elle permet à la personne dépendante de s'associer à des pairs ne valorisant pas la consommation, ce qui facilite la création d'un nouveau réseau social favorisant l'abstinence (Koenig et al., 2001) ou la consommation non problématique et offre des activités où la présence de substances psychoactives est limitée, voire absente (Borras et al., 2010). Par conséquent, le nouveau réseau social substitut qui se crée par l'intermédiaire de l'appartenance ou de l'adhésion à un groupe spirituel favorise le changement à plus long terme (Koenig et al., 2001). En fait, ce n'est pas la spiritualité qui permet la réinsertion sociale, mais bien l'appartenance à un groupe favorisant l'abstinence ou une consommation non problématique.

Groupes anonymes

Les regroupements anonymes ont pris naissance dans les années 30 avec l'émergence des Alcooliques Anonymes (AA) qui, encore aujourd'hui, est un des groupes d'entraide le plus répandu (Room, 1998). Selon Allen (2000) et Pagano, Friend, Tonigan et Stout (2004), l'efficacité de ces groupes (principalement le groupe AA) repose sur les réunions quotidiennes et le parrainage, qui apportent un soutien aidant la personne dépendante à maintenir et à consolider ses objectifs (Allen, 2000; Pagano et al., 2004). Ainsi, tout comme l'adhésion ou l'appartenance à un groupe spirituel, la participation à des groupes anonymes permet de créer un nouveau réseau social qui pourra remplacer le réseau d'amis consommateurs et ainsi offrir un réseau social sain, qui facilitera la réinsertion dans la communauté (Kaskutas, Bond et Humphreys, 2002; SAMHSA, 2003).

Accompagnement

Le SAMHSA (2003) indique que l'accompagnement est une pratique fréquente et utile pour plusieurs usagers qui doivent apprendre ou réapprendre à être autonomes dans les activités de la vie de tous les jours ou

encore qui ont besoin de stabiliser leur situation avant de pouvoir entreprendre une démarche de réadaptation. Concrètement, l'accompagnement consiste à ce qu'un intervenant guide l'utilisateur dans ses diverses démarches de réinsertion sociale (ex. : demande de carte d'assurance maladie, recherche de logement). L'accompagnement est également appelé « faire avec ». Il est particulièrement recommandé pour les personnes les plus vulnérables, comme les personnes sans domicile fixe ou celles présentant des problèmes multiples (SAMHSA, 2003). L'efficacité de cette méthode d'intervention est peu rapportée dans les écrits scientifiques. Aucune donnée n'a démontré l'efficacité d'une telle mesure quand elle est utilisée comme seule activité de réinsertion sociale.

Services posttraitement

Les services de réinsertion ciblant la sphère sociale de type « posttraitement » concernent les services mis en place une fois le processus de réadaptation terminé. C'est plutôt le moment de leur implantation dans le processus thérapeutique que le contenu de l'intervention qui les caractérise. Ces services visent d'abord et avant tout à favoriser une transition fluide entre l'environnement structuré que fournit le CRD et le retour à une vie en société à l'extérieur du cadre clinique. Ainsi, ces services ont pour objectif de construire (s'il est absent), de reconstruire ou de renforcer le soutien communautaire et social des usagers afin de maintenir et d'élargir les gains thérapeutiques (Brown, O'Grady, Battjes et Farrell, 2004) faits dans le milieu d'intervention.

Le programme de Brown et ses collaborateurs (2001) est un bon exemple de services de réadaptation posttraitement, auxquels s'ajoutent des composantes d'intervention en réinsertion sociale ayant démontré leur efficacité auprès de divers usagers. Il est accessible pendant une période de six mois à la suite de la réadaptation. Outre des contacts téléphoniques avec les usagers, les services offerts par ce programme consistent en des rencontres individuelles visant à soutenir les efforts de changement des habitudes de consommation, à offrir de l'aide pour acquérir les compétences nécessaires pour solliciter les services dont l'utilisateur a besoin, à apprendre à chercher un emploi qui convient et à agir de manière appropriée dans un milieu de travail, à aider l'utilisateur à travailler sur ses relations familiales afin qu'il favorise les relations avec les personnes de son entourage qui soutiennent sa démarche, à

prévenir le VIH, à réaliser des interventions de crise en cas de besoin et à favoriser la participation à un groupe de soutien impliquant les autres usagers du service. À titre d'exemple, les participants à ce programme de réinsertion sont trois fois plus enclins que les usagers n'ayant pas eu recours à ce programme à ne pas reprendre leur consommation de drogues, quatre fois plus enclins à ne plus consommer d'opioïdes et cinq fois moins enclins à consommer des drogues toutes les semaines ou plus fréquemment (Brown et al., 2004). Ainsi, les programmes de soins posttraitement de ce type aident les usagers à se maintenir dans un réseau social de non-consommation, ce qui contribue à leur abstinence (Brown et al., 2004). Les liens qu'ils permettent de créer et d'entretenir avec des personnes ne présentant pas de problèmes de dépendance semblent être l'élément principal qui influence leur efficacité.

3.5.2 Programmes ou activités de réinsertion visant la sphère occupationnelle

Le retour et le maintien à l'emploi dans le temps sont souvent utilisés comme indicateurs de réussite de la réadaptation, car ils sont perçus comme le signe d'un retour à la société et de la reprise d'un rôle actif dans celle-ci (Carron et Ecoeur, 2003; Coviello, Zanis et Lynch, 2004; Kang, Magura, Blankertz, Madison et Spinelli, 2006; Laudet, Magura, Vogel et Knight 2002; Magura, Staines, Blankertz et Madison 2004; Schutt et Hursh, 2009). Le retour à l'emploi est associé à plusieurs retombées positives dans la vie des individus, notamment pour ceux présentant une double problématique de dépendance et de santé mentale. Parmi ces retombées positives, on note une atténuation des symptômes psychologiques, une amélioration de la qualité de vie et une meilleure estime de soi (Laudet et al., 2002; Magura et al., 2004). Le travail procure en outre une structure de vie et des occasions de socialiser avec des gens offrant des modèles de consommation sains (Laudet et al., 2002). Toutefois, bien que le retour à l'emploi puisse avoir un effet sur différents aspects de la vie d'un individu, encore peu d'études ont démontré que les mesures de réinsertion ciblant la sphère occupationnelle contribuent à augmenter le taux d'emploi des personnes dépendantes. Il semble de plus que la diversité des personnes dépendantes rende également difficile la généralisation des résultats

des évaluations disponibles, car un programme efficace pour certains usagers ne le sera pas nécessairement pour d'autres (Coviello et al., 2004).

La section qui suit présente un aperçu de divers programmes et activités de réinsertion sociale, dont la cible principale est la sphère occupationnelle des personnes présentant un problème de dépendance aux substances psychoactives. Tout comme pour les programmes ou activités de réinsertion visant la sphère sociale, il est parfois difficile de tracer une frontière entre ce qui appartient à la réadaptation et ce qui appartient aux programmes ou activités de réinsertion sociale visant la sphère occupationnelle, car les deux interagissent pour favoriser une meilleure réinsertion sociale de l'individu dans la société. Il est à noter que, contrairement aux programmes ou activités de réinsertion ciblant la sphère sociale, plusieurs programmes et activités ciblant la sphère occupationnelle ont fait l'objet d'une évaluation d'efficacité. Toutefois, ces évaluations ont rarement été répliquées, peu d'entre elles utilisent des groupes de contrôle et rares sont celles qui utilisent une répartition aléatoire des participants. Les évaluations recensées concernent tant des programmes axés spécifiquement sur la sphère occupationnelle que des programmes à composantes multiples.

3.5.2.1 Programmes à composantes multiples

Le programme *Access to Recovery* est un programme qui met la communauté en action et qui est offert en complément au programme habituel de traitement de la dépendance (Gaumont et Whitter, 2009). Il offre une grande variété de services auxquels les usagers peuvent avoir recours selon leurs besoins. Les services offerts dans le cadre du programme évalué comprennent du soutien individuel, de l'aide au transport, de l'hébergement temporaire, des soins médicaux et du soutien à l'emploi (sous forme de matériel nécessaire pour travailler). À l'issue d'une étude comparant des personnes aux profils semblables ayant et n'ayant pas participé au programme (près de 4 000 personnes par groupe), l'équipe de Krupski conclut que les participants au programme ont 1,6 fois plus de chance que les autres de se trouver un emploi (Krupski, Campbell, Joesch, Lucenko et Roy-Byrne, 2009). Ils ont également noté que les effets positifs du programme sont plus marqués lorsque l'utilisateur débute le programme de réinsertion sociale entre 31 et 180 jours après le début de sa

réadaptation. Il est à noter que la participation à ce programme a également des retombées positives sur le nombre de personnes terminant la réadaptation. Une description exhaustive de ce programme est disponible auprès du SAMHSA (Gaumont et Whitter, 2009).

Un modèle de motivation à l'emploi basé sur une approche par étapes a lui aussi démontré son efficacité auprès de personnes en traitement à la méthadone : 70% des personnes incluses dans ce programme ont trouvé un emploi à temps plein et 19% un emploi à temps partiel (Kidorf, Neufeld et Brooner, 2004). Ce modèle, plutôt complexe, comprend trois niveaux dans lesquels évoluent les usagers. Ceux-ci montent ou descendent les niveaux selon leur implication dans le programme (absence de consommation, recherche d'emploi, participation aux rencontres).

Ce programme est un exemple de modèle de services intégrés de réadaptation et de réinsertion sociale. En effet, le volet réadaptation offre des ateliers portant sur les capacités d'adaptation, les effets des drogues, la prévention de la rechute, la thérapie d'approche cognitive comportementale. Par ailleurs, le volet réinsertion sociale offre des ateliers sur la recherche d'emploi, l'identification des barrières à l'emploi et les conséquences de la consommation sur l'emploi. Finalement, le programme n'autorise aucun usager à apporter plus de deux doses de méthadone à la maison à moins qu'il ait un emploi d'au moins 15 heures par semaine ou qu'il fasse du bénévolat ou aille à l'école pour le même nombre d'heures.

3.5.2.2 Programmes ciblant l'emploi

Le *Comprehensive Vocational Intervention Program* mis de l'avant par Schottenfeld, Pascale et Sokolowski (1992) a été évalué auprès de personnes en traitement à la méthadone. Ce programme visant strictement la réinsertion en emploi comprend trois volets, dont le premier consiste en une évaluation de la situation de travail de l'utilisateur (ex. : ses goûts, ses compétences, ses expériences antérieures, sa motivation à travailler). Un second volet permet à l'utilisateur de développer une attitude réaliste face au travail, d'acquérir des connaissances concernant le marché du travail et la recherche d'emploi de même qu'une aide à la scolarisation si elle est nécessaire. Le dernier volet consiste en une période de stage dans un atelier supervisé, qui a pour but d'aider

l'utilisateur à s'ajuster au marché du travail (ex. : horaire, relations de travail). Une fois prêt, l'utilisateur peut passer à l'étape de la recherche d'emploi. Au cours de cette période, il reçoit une formation sur la recherche active d'emploi et participe à des jeux de rôle pour l'aider à parfaire ses techniques d'entrevues. Parallèlement au travail de formation de l'utilisateur, l'intervenant du programme fait du repérage dans la communauté afin de cibler d'éventuels employeurs vers qui il peut diriger les usagers. Tout ce travail de soutien à l'emploi est adapté aux besoins des usagers et s'échelonne sur une période de 12 à 18 mois. Les résultats de l'équipe de Schottenfeld (1992) indiquent que la participation à ce programme a permis à 70 % des usagers (des personnes en traitement à la méthadone) de se trouver un emploi à temps plein ou à temps partiel. Aucun groupe de contrôle n'était toutefois inclus lors de l'évaluation de l'efficacité de ce programme.

Un programme de suivi intensif en emploi appelé *Customised Employment Support* (Staines et al., 2004) a lui aussi démontré son efficacité auprès de personnes en traitement à la méthadone. En effet, à la suite de la période d'évaluation, les usagers ayant reçu l'intervention sont plus nombreux à avoir trouvé un emploi rémunéré (66 %) que ceux qui ne l'ont pas reçue (41 %), plus nombreux à avoir obtenu un emploi demandant une formation (27 % vs 14 %) et plus nombreux à avoir obtenu un emploi ne demandant pas de formation spécifique (56 % vs 27 %) (Staines et al., 2004). Le programme évalué implique jusqu'à trois rencontres individuelles par semaine ainsi que des contacts répétés, téléphoniques ou par courriel, entre les rencontres. Au cours des rencontres, l'intervenant explore les préjugés que l'utilisateur peut avoir envers le marché du travail, les barrières à l'emploi, et il prépare l'utilisateur à intégrer ou à réintégrer le marché du travail. Les rencontres individuelles de ce programme peuvent avoir lieu tant au bureau de l'intervenant que dans la communauté, de manière à favoriser les contacts entre l'utilisateur et le marché du travail et à l'aider à mieux identifier ses besoins, goûts et aptitudes.

Le programme *Vocational Problem Solving Skills* (Zanis, Coviello, Alterman et Appling, 2001), semblable au *Customised Employment Support* (Staines et al., 2004), a lui aussi été évalué auprès de personnes en traitement à la méthadone. Ce programme dure 12 semaines et comporte 10 rencontres individuelles avec un professionnel. Les objectifs poursuivis par le programme sont

d'aider l'utilisateur à comprendre pourquoi il veut travailler, de l'amener à surmonter ses barrières personnelles à l'emploi, de l'amener à établir des buts réalistes en matière d'emploi, de l'aider à identifier les personnes ou les ressources qui pourraient l'aider dans sa recherche d'emploi et de l'amener à développer des actions favorisant le maintien en emploi. L'évaluation de ce programme n'indique pas de différences dans la motivation à travailler ni dans le nombre d'actions posées pour trouver un emploi entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe ne l'ayant pas reçue (Coviello et al., 2004). Malgré ceci, les auteurs précisent que, lorsqu'on considère les emplois au noir, les participants au programme se démarquent des autres : 88 % d'entre eux ont une source de revenus alors que 37 % des participants n'ayant pas reçu l'intervention en ont une. Il est important de noter ici que ce programme a uniquement été évalué auprès de personnes en traitement à la méthadone et que rien n'indique qu'il ne serait pas efficace auprès d'un autre type d'utilisateurs (Coviello et al., 2004). Les chercheurs précisent en outre que la prise de méthadone étant une barrière majeure à l'emploi, l'obtention de résultats mêmes minimales en matière de retour en emploi auprès de ces personnes est déjà un succès important (Coviello et al., 2004). Toujours selon ces auteurs, il serait opportun qu'un retour en emploi à temps partiel soit considéré comme un gain considérable pour les personnes en maintien de méthadone (Coviello et al., 2004).

Alors que les stages de travail en atelier supervisé peuvent être une composante de la réinsertion sociale visant la sphère occupationnelle, Boivin, Leblanc et Tondreau (2001) ont évalué l'efficacité de cette mesure auprès de personnes présentant des problèmes de dépendance. Parmi les 39 personnes ayant pris part à l'évaluation de départ, seulement 10 ont terminé le stage alors que onze personnes l'ont commencé, mais ont abandonné en cours de route. Les données recueillies à quatre moments sur une période d'un an indiquent que les usagers ayant achevé le stage ont une meilleure estime d'eux-mêmes, aucun n'a commis de délit tant pendant le stage qu'au cours de l'année qui l'a suivi et la plupart (80 %) ont été capables de s'abstenir de toute substance pendant les trois premiers mois du stage. De plus, une fois le stage terminé, les intervenants ont indiqué que les participants qui avaient terminé le stage étaient mieux outillés que ceux qui ne l'avaient pas suivi jusqu'au bout pour faire face aux exigences du travail (Boivin et al., 2001).

Les personnes présentant des problématiques complexes (santé mentale, toxicomanie et itinérance) sont des usagers auprès desquels les programmes plus traditionnels de réinsertion professionnelle obtiennent des taux de placement et de rétention en emploi plutôt bas, soit autour de 12 à 30 % (Crowther, Marshall, Bond et Huxley, 2001; Twamley et al., 2005). Il semble toutefois possible d'augmenter significativement les taux de placement (jusqu'à 80 %; Bond, Becker, Drake et Volger, 1997) et de maintien en emploi (jusqu'à 55 %; Bond, 2004) en offrant un placement rapide en emploi et un soutien continu aux usagers. Le programme de réadaptation en communauté évalué par Schutt et Hursh (2009) est un bon exemple de programme efficace offrant un soutien continu. En effet, le programme évalué est donné par un professionnel en emploi qui aide au placement, offre des ateliers d'apprentissage en emploi, aide à la rédaction du curriculum vitae et à la préparation d'entrevues, de même qu'à la recherche et au contact avec les employeurs. Le professionnel poursuit son appui en apportant aide et assistance jusqu'à trois mois après l'embauche afin de soutenir l'utilisateur dans la résolution des difficultés quotidiennes. La durée du suivi à plus long terme varie selon les besoins des usagers. On retrouve des contacts téléphoniques ponctuels ou des rencontres planifiées qui permettent d'assurer un suivi des traitements médicaux, le développement d'habiletés sociales, résidentielles ou récréationnelles. Le taux de placement des usagers de ce programme a été de 57 % (Schutt et Hursh, 2009).

Dans le cadre de son plan d'action 2005-2006, Emploi-Québec a réalisé un inventaire des meilleures pratiques d'appariement en regard des services offerts aux personnes éloignées du marché du travail, dont font partie les personnes ayant des problèmes de dépendance. Parmi les différents modèles retenus, l'accompagnement ressort comme étant la mesure à privilégier pour intervenir auprès de ces personnes. Les principales lignes directrices de ce plan d'action consistent à intensifier l'accompagnement tout au long du processus d'intégration à l'emploi, à offrir plus de soutien lors de l'étape du maintien en emploi, à ne pas viser uniquement le retour immédiat en emploi comme indicateur de résultats, à faire un suivi serré favorisant l'appariement entre les chercheurs d'emplois et les employeurs, à offrir une durée de services suffisamment longue et à assurer un meilleur partage de l'information entre les intervenants. Plusieurs régions du

Québec ont mis en place des mesures de réinsertion professionnelle suivant ces lignes directrices. Il est possible de consulter les rapports d'Emploi-Québec afin d'obtenir davantage d'informations à propos de ces différents projets (ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2007).

3.5.2.3 Perception des employeurs envers les personnes ayant des problèmes de dépendance

Tel que mentionné précédemment, la réinsertion sociale ciblant la sphère occupationnelle est souvent utilisée comme un indicateur de réussite de la réadaptation (Carron et Ecoeur, 2003; Coviello et al., 2004; Kang et al., 2006; Laudet et al., 2002; Magura et al., 2004; Schutt et Hursh, 2009). Toutefois, pour que cette réinsertion soit réussie, le milieu de l'emploi doit être accueillant pour les personnes dépendantes.

Les résultats d'une étude menée au Québec en 2008 auprès de 70 chefs d'entreprise des régions de Montréal et de Québec (Negura et Maranda, 2008) indiquent que les chefs d'entreprise conçoivent la dépendance comme une vulnérabilité psychologique qu'ils caractérisent par de l'absentéisme, une faible motivation, une santé mentale et physique diminuée, un manque de crédibilité et de l'imprévisibilité, soit toutes des caractéristiques qui vont à l'encontre de la productivité en entreprise. L'attitude des chefs d'entreprise envers l'embauche de personnes dépendantes permettait de dégager différents profils d'employeurs (Negura et Maranda, 2008) pouvant être placés sur un continuum allant d'une attitude fermée envers l'insertion en emploi de personnes dépendantes jusqu'à une attitude de tolérance ou de soutien. Plus précisément, les employeurs ayant une attitude fermée croient que les personnes dépendantes représentent un risque pour leur compagnie alors que les employeurs adoptant une attitude de tolérance se montrent ouverts aux programmes d'aide aux employés tout en étant contre l'embauche de nouveaux employés qui auraient des problèmes de dépendance. Pour leur part, les employeurs ayant un profil dit de soutien croient que la compagnie a une responsabilité sociale à remplir, et certains d'entre eux jugent même discriminatoire de ne pas embaucher une personne dépendante qui serait qualifiée pour un emploi.

3.6 Programmes de réinsertion pour les jeunes

Les jeunes ayant des problèmes de dépendance peuvent eux aussi avoir des besoins de réinsertion sociale. Des jeunes ayant des problèmes de dépendance aux substances, rencontrés dans le cadre de groupes de discussion, ont clairement indiqué que la participation à des activités sociales structurées aide à fournir un soutien social positif et à promouvoir des comportements prosociaux (Santé Canada, 2008).

Programmes de l'Association des centres jeunesse du Québec

Bien que les centres jeunesse desservent des jeunes présentant diverses problématiques, il paraît intéressant de présenter la démarche de l'ACJQ en matière de réinsertion sociale, car elle touche également la clientèle jeunesse des centres de réadaptation en dépendance.

Depuis quelques années déjà, l'ACJQ a mis en place le projet *Qualification des jeunes*, qui vise à préparer et à encadrer le passage des jeunes à la vie autonome, à favoriser leur entrée sur le marché de l'emploi et à les amener à développer des réseaux de soutien externes aux centres jeunesse (ACJQ, 2006). Le projet s'adresse aux jeunes de 16 ans, qui présentent des caractéristiques de vulnérabilité nécessitant un suivi additionnel aux services réguliers pour favoriser leur réinsertion sociale. Le suivi additionnel peut se poursuivre jusqu'à ce que le jeune atteigne l'âge de 19 ans.

La première étape du processus consiste en une rencontre d'évaluation ciblant le portrait du jeune et de sa famille ainsi que les habiletés nécessaires à la transition du milieu de placement vers l'autonomie (cette évaluation est faite à l'aide du *Ansell-Casey Life Skills Assessments* présenté à la section Instrument [Ansell, 2001 ; traduction de l'ACJQ]). Par la suite, à l'aide des résultats de l'évaluation, le jeune et l'intervenant conviennent d'un plan d'action dans lequel ils définissent les objectifs de l'adolescent de même que les moyens à utiliser pour les atteindre. L'intervenant accompagne le jeune dans ses démarches (ex. : demandes d'information, rencontres avec les organismes du milieu) et, parallèlement, il l'aide à développer des compétences et des connaissances qui lui permettront de vivre de manière autonome une fois sorti du réseau des centres jeunesse. Ainsi, l'intervenant peut accompagner le jeune dans la

recherche d'un logement, l'administration de son budget, les activités visant le bien-être physique et affectif de même que l'insertion dans le monde du travail, des études et des loisirs.

Une étude d'évaluation de l'efficacité de ce projet a été réalisée lors de la phase de son implantation pilote dans quatre régions du Québec (Goyette et al., 2007). Les résultats démontrent que les jeunes ayant participé au projet sont deux fois plus nombreux à habiter en logement de façon autonome comparativement aux jeunes n'y ayant pas participé. Ils semblent également plus enclins à intégrer ou à tenter d'intégrer le marché du travail et sont plus réalistes envers les options qui s'offrent à eux. La participation au projet a également contribué à diminuer le pourcentage de jeunes insérés dans un réseau social principalement composé d'amis avec qui ils consomment des drogues ou commettent des crimes, qui est passé de 50 % à 30 %. De plus, la majorité des jeunes ayant participé au projet se situe dans un modèle constructif une fois l'intervention terminée.

3.7 Instruments d'évaluation des besoins en réinsertion sociale

Les instruments de mesure permettent d'évaluer la situation d'une personne et de mieux connaître ses besoins. Ils sont là pour aider l'intervenant à mieux orienter son intervention en fonction des besoins de l'usager et à réaliser un plan d'intervention concret. Bien que la réinsertion sociale fasse partie intégrante du processus de réadaptation, il semble exister peu d'instruments de mesure dont l'objectif consiste à évaluer spécifiquement les besoins en matière de réinsertion sociale. La section qui suit présente quelques-uns de ces instruments. Il est à noter que seul le questionnaire *Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale* (RÉSO) (Tremblay, Blanchette-Martin, Sirois, Dorval, Drouin et Leblanc, 2005, rév. 2010a) a été conçu spécifiquement pour évaluer les besoins en réinsertion des personnes dépendantes. De plus, bien qu'il existe plusieurs instruments visant à évaluer les besoins de formation, les intérêts en matière d'emploi ou les possibilités d'emploi, aucun instrument visant spécifiquement la réinsertion sociale et ciblant la sphère occupationnelle n'est présenté ici. Il est possible de consulter le recueil des instruments publié par l'Ordre des conseillers et

conseillères d'orientation du Québec afin de choisir un outil qui réponde aux objectifs poursuivis par l'intervenant (www.orientation.qc.ca).

RÉSO

L'outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale *RÉSO* (Tremblay, Blanchette-Martin, Sirois, Dorval, Drouin et Leblanc, 2005, rév. 2010a) permet d'obtenir une évaluation réelle des besoins des usagers ayant des problèmes de dépendance dans le but de faire un plan d'intervention en réinsertion sociale centré sur les besoins concrets de la personne. Le *RÉSO* évalue les besoins dans les huit sphères suivantes : alimentation, habillement, logement, hygiène, condition économique, étude et travail, loisirs, socialisation. Une neuvième sphère concerne l'identification d'autres situations préoccupantes pouvant entraver l'implication de la personne dans sa réadaptation (ex. : renouvellement de cartes, garde des enfants). Chacune des sphères s'évalue de manière indépendante, et le questionnaire est rempli par l'intervenant lors d'une entrevue avec la personne. L'objectif de l'instrument est de déterminer les besoins de services en réinsertion sociale des adultes ayant des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ou avec les jeux de hasard et d'argent. Les différentes évaluations du *RÉSO* ont été développées à partir de l'expérience de praticiens cumulant plus de dix années d'expérience de prestation de services de réinsertion sociale. Le questionnaire diffusé la première fois en 2003 a largement été utilisé par les intervenants des CRD de Québec et de Chaudière-Appalaches avant que des modifications y soient apportées en 2005. Les auteurs affirment que l'outil a nettement franchi le stade de validité de façade et estiment que l'instrument, dans sa facture actuelle, répond avec qualité à un besoin immédiat et urgent, ce qui améliore largement la pratique courante. Des études de validation seront toutefois nécessaires (Tremblay et al., 2010b).

GAIN

Le *Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)* (Chestnut Health Systems, 2002) permet une évaluation des comportements associés à la consommation de substances psychoactives, des troubles concomitants de même que des comportements de jeu de hasard et d'argent. Il vient en quatre formats visant la détection (GAIN-SS), l'évaluation sommaire (GAIN-Q), l'évaluation complète (GAIN-I) et le suivi (GAIN-M90). Bien qu'elles n'aient pas été conçues spécifiquement pour l'évaluation des

besoins en réinsertion sociale, l'échelle *Milieu et conditions de vie* et l'échelle *Vie professionnelle*, qui comprend école, travail et situation financière, peuvent permettre de tracer un aperçu des besoins de l'utilisateur en matière de réinsertion sociale. La traduction et l'adaptation du GAIN au contexte québécois ont été faites par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, qui détient les droits d'utilisation au Québec. Pour de plus amples informations sur la validité du questionnaire, il est possible de consulter le site web de *Chestnut Health Systems* (www.chestnut.org/li/gain/).

IGT

L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier, 1992a) est la version française de l'*Addiction Severity Index* de McLellan et ses collaborateurs (1980). L'IGT a d'abord et avant tout été conçu pour évaluer la consommation d'alcool et de drogues et la présence de problèmes associés chez les adultes, ce qui permet leur orientation vers un traitement approprié. Il se compose de sept échelles : alcool, drogues, état de santé physique, relations familiales et interpersonnelles, état psychologique, emploi et ressources et situation judiciaire. D'abord conçu pour évaluer l'ensemble de la situation de la personne ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives, l'IGT peut également permettre de dégager un profil des besoins en réinsertion sociale de l'utilisateur. La version francophone utilisée au Québec a été validée par Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier (1992b).

Ansell-Casey Life Skills Assessments

Ce questionnaire (Ansell, 2001 ; Nollan et al., 2000) a été traduit par l'ACJQ dans le cadre de son projet de *Qualification des Jeunes*. Ce questionnaire de 78 énoncés mesure l'autonomie fonctionnelle des jeunes concernant les tâches de la vie quotidienne, le logement et les ressources communautaires, la gestion financière, la capacité de prendre soin de soi – soin de sa santé, le développement social et les habitudes scolaires et de travail. Il est rempli de manière informatisée par le jeune et l'intervenant qui s'occupe de lui. Une fois terminé, le profil du jeune est généré par le logiciel. Utilisé pour l'évaluation d'efficacité du projet de *Qualification des Jeunes*, ce questionnaire est toutefois mis de côté par l'ACJQ en raison des difficultés de dissémination dans le réseau. L'outil qui le remplacera n'a pas encore été déterminé.

3.8 Conclusion

Le but de la présente recension des écrits consistait à mettre en lumière les pratiques prometteuses en matière de réinsertion sociale des personnes dépendantes. Alors que les pratiques sont très diversifiées, il demeure difficile, aujourd'hui encore, de déterminer les pratiques les plus efficaces. D'une part, les personnes ayant des problèmes de dépendance présentent de multiples visages, et les interventions donnant de bons résultats avec un type d'usagers ne sont peut-être pas aussi efficaces avec un autre type d'usagers. Il est également difficile de définir ce qu'est une intervention efficace. Par exemple, est-ce qu'une intervention visant la réinsertion professionnelle est efficace seulement si les usagers qui y prennent part retournent à temps plein sur le marché du travail? Ou peut-on dire qu'elle est efficace si le retour à l'emploi est fait à temps partiel ou encore s'il n'y a pas d'occupation rémunérée, mais que l'usager reprend un rôle social actif par l'intermédiaire du bénévolat ou de son engagement auprès de pairs? D'autre part, l'efficacité des interventions en réinsertion sociale est peu évaluée, et lorsqu'elle l'est, la méthodologie ne permet pas toujours de tirer des conclusions sur l'efficacité réelle.

Malgré ceci, de grandes lignes se dégagent de cette recension des écrits et permettent de privilégier certaines stratégies de l'intervention en réinsertion sociale. Tout d'abord, la réadaptation et la réinsertion sociale en dépendance constituent l'une pour l'autre des ressources importantes (OEDT, 2010), et il est souvent difficile de compartimenter ces deux types d'interventions. C'est pourquoi il est important d'énoncer des objectifs clairs, propres à chacune de ces interventions afin de délimiter les champs d'action. De plus, la littérature scientifique traitant du sujet semble pencher davantage pour des services de réadaptation et de réinsertion sociale intégrés.

Par ailleurs, la littérature scientifique consultée présente principalement des programmes concernant les sphères sociale et occupationnelle. Il est malgré tout important de noter que d'autres sphères requièrent également des besoins de réinsertion. Ainsi, il ne faut pas laisser de côté les besoins de base (alimentation, logement, etc.) qui, comme l'indique Maslow, sont les premiers besoins à combler avant de passer à des besoins de niveau supérieur.

Finalement, l'offre d'un suivi à long terme en réinsertion sociale, pouvant se prolonger au-delà de la période de réadaptation, semble déterminante (Bond, 2004; Bond, Becker, Drake et Volger, 1997; Carron et Ecoeur, 2003; OEDT, 2010; SAMHSA, 2003; Schutt et Hursh, 2009). La fréquence et la durée de ce suivi peuvent varier selon les usagers et leurs besoins respectifs. Les interventions utilisées pour favoriser la réinsertion et les objectifs qu'elle poursuit doivent être adaptés aux besoins des usagers desservis (Carron et Ecoeur, 2003; OEDT, 2010; SAMHSA, 2003). De là l'importance d'avoir une évaluation précise des besoins afin de faciliter cet appariement (Boivin et de Montigny, 2002). Mettre les usagers en relation avec des organismes partenaires offrant des services complémentaires à ceux du CRD peut également influencer la réinsertion. Dans de tels cas, il semble important d'accompagner l'usager pour l'amener vers ces services (Hachet, 2002).



4.

Services de réinsertion sociale dans les CRD

Afin de circonscrire l'état de la situation des services de réinsertion sociale dans les CRD, l'ACRDQ a choisi d'examiner le déploiement, en 2012, de l'offre de service des CRD et de dégager le point de vue des intervenants et des usagers sur les défis actuels de la réinsertion sociale, les pistes d'amélioration et les pratiques jugées efficaces et prometteuses. Cet état de la situation sur les services de réinsertion sociale dans les CRD est tiré à la fois des réponses des centres à un questionnaire et de celles de groupes de discussion auprès d'intervenants et d'usagers.

4.1 *Déploiement de l'offre de services de réinsertion sociale*

Pour dresser un état de la situation de l'organisation des services et du traitement en réinsertion sociale dans les CRD, le comité d'experts a élaboré un questionnaire qui a été soumis aux membres de l'ACRDQ. À l'été 2011, la totalité des vingt membres avaient rempli le questionnaire, ce qui assurait une représentativité assez fidèle de la réalité des CRD dans l'ensemble des régions du Québec.

La présente partie résume l'essentiel de l'état de la situation du déploiement des services de réinsertion sociale auprès des personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique dans les CRD.

4.1.1 Organisation des services

La totalité des centres offre des services de réinsertion sociale aux adultes alors que les jeunes reçoivent ces mêmes services dans 40 % des CRD. Des services de

réinsertion sociale et professionnelle sont offerts sous forme de programme dans 45 % des CRD, et onze centres dispensent des activités ponctuelles sans qu'elles soient inscrites sous forme de programme ou de service. D'autre part, cinq centres possédaient, au moment de la passation du questionnaire, une programmation écrite en réinsertion sociale.

Sur le plan du personnel, 40 % des CRD se sont dotés d'intervenants qui se consacrent exclusivement aux services de réinsertion sociale, alors que 30 % des centres emploient des intervenants qui consacrent une partie de leur temps à ces services. Le nombre d'intervenants varie de un à neuf (principalement un à trois) selon la taille des établissements. Le personnel éducateur représente le principal titre d'emploi assigné aux services de réinsertion sociale. Selon les besoins des usagers, des intervenants possédant d'autres titres d'emploi œuvrent aussi à ce volet de l'offre de service des CRD, notamment, des agents de relations humaines, des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation, des infirmières et des organisateurs communautaires. Enfin, trois établissements comptent sur des bénévoles qui peuvent accompagner des usagers dans leur réadaptation ou se servir du bénévolat comme moyen ou étape de leur propre réadaptation et réinsertion.

La plupart des CRD ont développé, avec différents partenaires, des ententes de service ou de collaboration pour assurer aux usagers des services de réinsertion sociale. Ce sont notamment des organismes communautaires offrant de l'aide et du soutien pour l'insertion en emploi, le budget, les loisirs, le logement, l'alimentation, etc., des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des institutions d'enseignement pour le retour aux études ou la préparation à l'emploi et l'orientation scolaire et professionnelle.

Notons que, depuis le début de l'année 2012, les CRD ont développé, grâce à un programme fédéral, des services de réinsertion sociale auprès de personnes de moins de 30 ans en désaffiliation sociale. Une évaluation des retombées de cette mesure est à venir.

4.1.2 Évaluation et traitement

Bien qu'aucun outil d'évaluation spécifiquement attribué à la réinsertion sociale en dépendance ne soit validé au Québec, les CRD ont été interrogés sur les outils dont ils se servent dans leur pratique.

Six CRD utilisent l'outil RÉSO (Évaluation des besoins en réinsertion sociale), conçu spécifiquement pour évaluer, à partir de neuf sphères ou dimensions fondamentales, les besoins en réinsertion sociale de leurs usagers dans le but de déterminer un plan d'intervention. Soixante pour cent (60%) des centres se servent de certaines sections de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) ou du GAIN (Évaluation globale des besoins individuels) ou procèdent à l'évaluation et à l'intervention par le recours à des grilles maison. Enfin, quatre centres reconnaissent n'utiliser aucun outil d'évaluation ou d'intervention au regard des services de réinsertion sociale.

Questionnés sur les sphères de la réinsertion sociale où ils offrent régulièrement, occasionnellement ou n'offrent jamais de services au sein de leur établissement ou par entente de service ou de collaboration, les CRD ont fourni les données qui vous sont présentées dans le tableau 3. Ce tableau illustre l'éventail des principales sphères de services qu'offrent les CRD ainsi que le degré d'importance de leurs interventions pour chacune des sphères qui touchent des aspects fondamentaux de la vie des usagers. Ces résultats correspondent exactement à ceux obtenus lors de la consultation auprès des membres pour l'élaboration du guide *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance* publié par l'ACRDQ en 2009.

Tableau 3
SERVICES DE RÉINSERTION SOCIALE DANS LES CRD

Sphères	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Réseau de soutien	65 %	35 %	0 %
Études / Travail	60 %	40 %	0 %
Condition économique	60 %	35 %	5 %
Loisirs	50 %	45 %	5 %
Logement	40 %	55 %	5 %
Alimentation	40 %	50 %	10 %
Autres situations préoccupantes	25 %	50 %	25 %
Hygiène	20 %	60 %	20 %
Habillement	15 %	75 %	10 %

Le tableau 4 présente les principales activités de chaque sphère de services que les CRD mettent en œuvre au sein de leur établissement ou par entente de service ou de collaboration.

Tableau 4 ACTIVITÉS DE RÉINSERTION SOCIALE DANS LES CRD	
Sphères	Activité
Réseau de soutien	Rencontre systématique de l'ensemble des usagers avec une personne de soutien Soutien dans le rétablissement des liens sociaux et familiaux Orientation vers des groupes d'entraide Groupe d'entraide au CRD Encouragement à se joindre à des groupes de soutien (ex. Centre des femmes, AMI-Québec, etc.) Ateliers de développement d'habiletés sociales Journal des usagers Café-causerie Information-accompagnement
Études / Travail	Accompagnement au centre local d'emploi Orientation vers les organismes du milieu (ex. Carrefour jeunesse emploi, Centre d'emploi, éducation des adultes, organisme d'insertion) Réengagement scolaire (ex. projets Déclit et Intermède) Services de counseling, d'orientation scolaire et professionnelle Information-accompagnement Recherche d'emploi

Sphères	Activité
Condition économique	Accompagnement-orientation (ex. ACEF) Aide, éducation à la planification et à l'administration d'un budget Services de conseiller financier Enseignement-coaching Soutien dans les démarches d'aide sociale, d'assurance-emploi
Loisirs	Orientation vers les organismes du milieu Information-accompagnement Activités de loisirs au CRD, particulièrement en hébergement Sorties Café-causerie Accompagnement à des activités de bénévolat
Logement	Orientation vers des organismes communautaires Accompagnement, visites avec usagers Accès à un logement Soutien dans des démarches auprès de propriétaires, d'Hydro-Québec, etc. Aide pour remplir des documents (ex. HLM, coopérative d'habitation)
Alimentation	Information sur l'alimentation, la diététique Accompagnement, instructions sur les habitudes alimentaires, accompagnement à l'épicerie Inventaire des ressources du milieu Ateliers de cuisine collective Diététicienne du CLSC qui vient rencontrer les usagers Référence au CLSC, liens avec les banques alimentaires Ateliers bio santé, choix des aliments, régularité des repas, préparation de repas (particulièrement pour les personnes en hébergement)

Sphères	Activité
Autres situations préoccupantes	Accompagnement à l'hôpital, à la cour Démarches pour divorce, garde d'enfant Récupération de cartes d'identité Régularisation de situation judiciaire Enseignement, accompagnement Travaux communautaires et compensatoires
Hygiène	Enseignement, éducation Accompagnement Orientation vers des organismes communautaires, CSSS Planification financière pour l'achat de produits hygiéniques nécessaires Atelier santé abordant cet aspect
Habillement	Offre de vêtements de dépannage au CRD Accompagnement dans les organismes communautaires pour dépannage ou vêtements à prix modiques Accompagnement, orientation vers les ressources du milieu Planification financière de la part du budget destinée à l'habillement Information, éducation (ex. influence sur la socialisation)

4.2 *Pratiques éprouvées et prometteuses*

Au-delà de l'état de la situation du déploiement de l'offre de services en réinsertion sociale, l'ACRDQ voulait, dans le cadre des présents travaux, mieux circonscrire les défis actuels que pose la réinsertion sociale des usagers en CRD, les pistes d'amélioration de l'offre de service ainsi que les pratiques considérées efficaces ou celles jugées prometteuses ou innovatrices. Pour y arriver et pour permettre au plus grand nombre d'y participer, le comité a constitué, à l'automne 2011, deux groupes de discussion qui se sont tenus à Montréal

et à Québec. Ils étaient composés à la fois d'intervenants et d'usagers issus des établissements membres de l'ACRDQ. Ces groupes ont permis d'approfondir et de valider la pertinence des pratiques et des recommandations émergeant des réponses au questionnaire.

L'analyse des commentaires et des consensus établis par les professionnels du milieu et les usagers participant aux groupes de discussion sont examinés du point de vue de la conception des défis liés à la réinsertion sociale, de l'évaluation, du traitement, de l'organisation des services, du développement des compétences et de la recherche.

4.2.1 Conception de la réinsertion sociale

À titre de rappel et afin de connaître l'opinion des usagers et des professionnels du milieu sur leur conception de la réinsertion sociale, nous leur avons soumis les descriptions contenues à la fois dans l'*Offre de service 2007-2012* pour le programme-services Dépendances du MSSS (gouvernement du Québec, 2007) et dans l'*Offre de service des CRD* publiée par l'ACRDQ en 2004 (Tremblay et al., 2004).

Le MSSS, dans son offre de service Dépendances, résume ainsi la réinsertion sociale :

Les services spécialisés de réinsertion sociale et ceux de réadaptation en alcoolisme sont intimement liés. Les programmes de réinsertion visent à soutenir les personnes dépendantes dans leur réapprentissage de la vie en société. Il s'agit d'un processus inévitable pour bon nombre d'usagers. Il mise sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition par les individus d'autonomie et de connaissances à travers les études, le travail et le renforcement de leurs réseaux d'appartenance.

De son côté, l'*Offre de service des CRD* décrit ainsi les 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 CRD prennent tout particulièrement en charge la réinsertion sociale et professionnelle en début de traitement. Les traitements d'appui communautaire, 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.

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 CRD ont à cœur de s'en faire les

partenaires. L'équilibre entre les services de réinsertion offerts par les CRD et ceux déployés en partenariat varie en fonction des réalités régionales.

À la lumière de ces descriptions, les usagers et les professionnels du milieu ont été interrogés sur ce qu'ils en pensaient et sur les éléments qui serviraient à les améliorer.

Les participants aux groupes de discussion ont indiqué qu'ils étaient globalement d'accord avec ces deux descriptions tout en insistant particulièrement sur l'importance du lien étroit entre la réadaptation et la réinsertion pour les différentes phases du traitement, telles qu'elles sont décrites dans l'*Offre de service des CRD* : stabilisation, instrumentation, consolidation.

Ils soulignent aussi que la réinsertion sociale englobe une conception aussi large que le rétablissement du lien entre l'utilisateur et la société, entre l'utilisateur et sa communauté, entre l'utilisateur et son milieu. Ils précisent aussi l'importance de s'entendre sur les termes et les concepts, en tenant compte des besoins et de la réalité des usagers, certains, particulièrement les plus jeunes, étant en phase d'insertion ou d'intégration alors que pour d'autres, il s'agit d'une réinsertion. De plus, les participants souscrivent au vocable *réinsertion sociale* comme terminologie reconnue englobant l'ensemble des réalités des usagers.

De ces descriptions, les participants retiennent aussi l'importance d'évaluer les besoins de réinsertion sociale de l'utilisateur en début de traitement et d'engager le réseau social et l'entourage comme appui dans son processus de réinsertion. Ils mettent aussi en garde les professionnels face à la nécessité, dans l'intervention de réinsertion sociale, de respecter le rythme de l'utilisateur et la réponse à ses besoins de stabilisation, qu'ils soient d'ordre matériel (logement, alimentation, hygiène de vie) ou personnel (connaissance de soi, confiance en soi) avant de l'engager trop rapidement dans des démarches qui pourraient le conduire à vivre un échec. D'ailleurs, cette mise en garde rejoint le modèle de hiérarchisation des cibles de Linehan, qui implique le fait de s'attarder d'abord aux comportements associés aux conséquences les plus importantes dans la vie de la personne, pour ensuite pouvoir soutenir la personne dans ses démarches visant à améliorer sa qualité de

vie et à soutenir ses projets. Ce modèle est décrit dans le guide de pratique *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD* publié par l'ACRDQ en 2010.

Comme le mentionne l'*Offre de service des CRD*, les intervenants et les usagers reconnaissent que l'aide en réinsertion sociale est soumise à la collaboration d'un vaste réseau de partenaires et que l'équilibre entre les services offerts par les CRD et ceux déployés en partenariat avec divers organismes varie en fonction des réalités régionales. Les experts des CRD mentionnent aussi que le partage des responsabilités entre les ressources de première et de deuxième ligne n'est pas toujours clair.

4.2.2 Défis actuels liés à la réinsertion sociale

■ **Usager**

Pour l'usager, la réinsertion sociale doit être porteuse de sens et représenter un défi réel et non, comme le soulignaient les usagers dans les groupes de discussion, se résumer à «des activités occupationnelles». Ils recommandent d'adapter la réinsertion sociale aux besoins et au rythme de l'usager dans le traitement plutôt que ce soit lui qui ait à s'adapter au rythme du service.

D'autre part, les participants relèvent que la population aux prises avec des problèmes d'alcool, de toxicomanie ou de jeu pathologique doit souvent faire face à diverses formes de préjugés, particulièrement dans les petits milieux, notamment lorsqu'elle est à la recherche d'un emploi ou d'un logement.

■ **Intervention**

Sur le plan de l'intervention, les participants ciblent, comme défi, le développement d'une compréhension commune de la réinsertion sociale et une normalisation des pratiques. Ils voient aussi la nécessité d'accompagner les usagers désaffiliés

socialement, qui présentent des troubles concomitants de santé mentale.

Parmi les autres défis liés au traitement, ils considèrent prioritaire de répondre aux besoins de développement d'un milieu d'appartenance et d'un réseau de soutien pour l'usager de même que de solliciter la participation de l'entourage dans sa démarche de réinsertion.

La rétention des usagers en CRD représente toujours un défi. Les professionnels des CRD ont l'impression que, pour la clientèle présentant un problème chronique, la réponse aux besoins de réinsertion sociale en début de traitement favorise la rétention en traitement. Cette stratégie a d'ailleurs déjà été reconnue comme étant efficace par un autre groupe d'intervenants, ceux ayant participé aux groupes de discussion dans le cadre de l'élaboration du guide de pratique *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD*. Les participants aux groupes de discussion en réinsertion sociale ajoutent que le fait d'associer rapidement les partenaires à un plan de services individualisé peut faciliter la rétention de la clientèle présentant un problème chronique.

■ **Organisation de services**

Concernant l'organisation de services, les principaux défis énoncés portent sur le développement d'une vision globale du réseau de l'offre de services de réinsertion sociale ainsi que sur une reconnaissance et une intégration de celle-ci dans les programmes des CRD. Les intervenants soulignent que les services de réinsertion sociale sont négligés dans l'offre de service des CRD et que les gestionnaires doivent relever le défi et assumer la responsabilité de veiller à leur reconnaissance et à leur développement.

Les professionnels du secteur indiquent aussi qu'il existe une difficulté à assurer la continuité dans l'offre de services de réinsertion sociale et que le développement d'ententes de service ou de collaboration demeure une avenue intéressante à promouvoir. Les intervenants en provenance des régions éloignées et rurales précisent qu'il faut

aussi tenir compte des difficultés inhérentes à ces régions, que ce soit parce que les ressources sont inexistantes (ex., l'ACEF) ou en raison de leur éloignement.

4.2.3 Évaluation

Deux recommandations principales se dégagent des réponses au questionnaire sur le déploiement de l'offre de services de réinsertion sociale, soit la nécessité de procéder à une évaluation systématique des besoins en réinsertion sociale dès l'accès aux services et l'utilité de se doter d'un outil commun et standardisé. Aussi, nous avons voulu connaître la position des participants aux groupes de discussion à l'égard de ces deux recommandations.

Selon les participants, il s'avère nécessaire, compte tenu de l'évolution des besoins, d'évaluer systématiquement, au début et tout au long du traitement, les besoins en réinsertion sociale afin qu'ils soient intégrés globalement à la démarche de réadaptation de l'utilisateur.

D'emblée, les professionnels du milieu et les usagers souscrivent à l'importance de voir les CRD se doter d'un outil d'évaluation commun, qui permette de développer un langage commun et favorise une conception commune de la réinsertion sociale. L'outil RÉSO, qui est d'ailleurs déjà utilisé dans quelques CRD, rallie d'ores et déjà les participants, même s'il n'a pas encore été validé, parce qu'il permet d'évaluer rapidement et globalement les besoins prioritaires des usagers et qu'il touche neuf dimensions ou sphères spécifiques à la réinsertion sociale. Sans que le GAIN et l'IGT constituent nécessairement des outils spécifiques à la réinsertion sociale, les professionnels du secteur les considèrent comme pouvant leur fournir des informations pertinentes et les guider dans leur intervention en réinsertion sociale.

4.2.4 Traitement

■ Programme

Dans leur réponse au questionnaire sur le déploiement de l'offre de services en réinsertion sociale, les CRD recommandent d'intégrer la réinsertion sociale à la démarche de réadaptation comme élément complémentaire et nécessaire au processus de réadaptation.

Dans les groupes de discussion, les usagers et les professionnels des CRD ont précisé que le quotidien de la personne aux prises avec des problèmes de dépendance influence sa démarche et sa volonté de changement, ce pourquoi, selon eux, on ne peut dissocier réinsertion et réadaptation. Ils ajoutent qu'il faut voir et comprendre la réinsertion comme un processus continu et transversal et non séquentiel dans la démarche de réadaptation. Aussi proposent-ils d'intégrer l'évaluation des besoins de réinsertion sociale dès l'entrée en traitement.

Les usagers et les intervenants ayant participé aux groupes de discussion mentionnent que, dans le cadre des programmes jeunesse, on intègre plus facilement la notion d'insertion ou de réinsertion sociale. Selon les participants, cette démarche visant à s'occuper des besoins d'insertion ou de réinsertion donne un sens au traitement aux yeux des jeunes. D'après ces mêmes participants, il ne faut rien prendre pour acquis et ne pas négliger les besoins des adultes à cet égard et, par extension, leurs besoins d'accompagnement. Ils citent, par exemple, la difficulté que peut représenter pour un usager, même adulte, de téléphoner à un employeur ou de le rencontrer.

Les participants soulignent par ailleurs que, dans le cadre de la démarche de réadaptation, on peut offrir des activités ponctuelles de réinsertion sociale sans qu'elles soient nécessairement rattachées à un programme formel de réinsertion sociale.

■ **Plan d'intervention**

Selon les professionnels des CRD, le plan d'intervention constitue la pierre angulaire du traitement. Il doit inclure des objectifs en relation avec la réinsertion sociale. Certains CRD, dans leur réponse au questionnaire, ont témoigné du fait que l'intégration dans le plan d'intervention d'objectifs visant la réinsertion représente une pratique éprouvée. Pour accroître l'étendue et faciliter la continuité des services de réinsertion sociale, les experts encouragent la concrétisation, avec les partenaires, de plans de services individualisés.

Dans les groupes de discussion, les usagers ont souligné l'importance, à leurs yeux, du plan d'intervention comme outil de suivi, «une feuille de route» non seulement pour le professionnel mais aussi pour eux-mêmes dans leur propre cheminement vers les objectifs à atteindre ou pour constater ceux atteints. Les usagers ont mentionné aux intervenants que le plan d'intervention ne devait pas signifier simplement une obligation ou une tâche administrative, ce que, parfois, ils perçoivent malheureusement de la part de certains intervenants.

■ **Offre de services de base**

Nous avons interrogé les participants aux groupes de discussion sur ce que devrait comporter une offre de services de base en réinsertion sociale en CRD. Plus spécifiquement, nous avons demandé aux usagers de nous indiquer une ou deux interventions qui les avaient aidés et, aux intervenants, une ou deux pratiques qu'ils jugeaient significatives.

Les usagers ont signalé que la participation à des activités organisées par le CRD (par exemple, une fin de semaine de plein air, fête de la Saint-Jean) permet de briser l'isolement et de se bâtir un petit réseau social. Ils perçoivent aussi comme valorisante leur participation à l'organisation ou à l'animation d'activités. Ils considèrent également que la réinsertion s'actualise par la participation à des groupes, ce qui leur permet d'obtenir du soutien et de s'affranchir d'une forme d'isolement.

Les professionnels, quant à eux, ont ciblé différentes pratiques qui leur apparaissaient significatives ou prometteuses dans le champ de la réinsertion sociale.

L'évaluation systématique des besoins dès l'entrée en traitement et l'intégration de la réinsertion à la démarche de réadaptation font consensus auprès des intervenants.

La collaboration étroite et soutenue avec les partenaires représente une autre avenue incontournable, et les professionnels ont mentionné une panoplie de moyens :

- les plans de services individualisés ;
- les ententes formelles ;
- le développement et la participation à des programmes ou à des projets communs ;
- l'assignation d'un intervenant à une équipe ayant le mandat itinérance dans la région et regroupant divers organismes afin de faciliter l'accès à différents services ;
- la participation à des activités d'information et de formation, telles que des journées portes ouvertes où le personnel de chaque ressource anime un stand d'information où sont conviés usagers et intervenants ;
- la tournée des ressources disponibles ;
- la participation de professionnels du milieu, comme des membres de conseils d'administration d'organismes communautaires.

Selon les intervenants, la pratique du bénévolat au sein de l'établissement comme possibilité de collaborer permet à l'utilisateur d'expérimenter une forme de réinsertion, un soutien à la démarche de réadaptation et un sentiment d'appartenance à un milieu.

■ **Approches**

Dans la conduite de leurs services de réinsertion sociale, les professionnels mentionnent qu'ils s'inspirent d'une variété d'approches, dont celles reposant sur des données probantes dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie et en jeu pathologique, notamment la thérapie cognitive-comportementale, l'entretien motivationnel,

l'approche de renforcement par la communauté et celles correspondant à d'autres modèles d'intervention, tels que l'approche existentielle-humaniste, l'approche systémique, la thérapie de la réalité, les besoins de Maslow et le processus de production du handicap développé en réadaptation physique.

■ **Lien réadaptation-réinsertion sociale**

À la question : Comment la réinsertion sociale favorise-t-elle la réadaptation d'un usager et vice-versa ? Les participants aux groupes de discussion ont statué que, dans le cadre d'une démarche intégrée, les deux dimensions sont indissociables. Ils ont ajouté que la participation à des activités de bénévolat constituait un élément favorable à la réinsertion de l'usager, puisqu'elle contribuait à sa réadaptation. Les usagers et les professionnels du milieu précisent que, par cette participation à des activités, soit dans l'animation, l'organisation ou autres, les usagers ont l'occasion de se mettre en action, de développer leur estime de soi et leur confiance en soi, d'expérimenter la reprise d'habitudes liées à un horaire qu'implique une vie normale (lever, transport, etc.), d'acquérir un sentiment d'appartenance et de se préparer à une réinsertion en emploi par exemple. Un usager qui témoignait de son cheminement dans un groupe de discussion a d'ailleurs illustré de façon très éloquente le lien entre son processus de réadaptation et les étapes de sa réinsertion sociale.

■ **Durée et suivi**

D'après les participants, la durée et l'intensité des services de réinsertion sociale sont très variables et fonction des besoins de l'usager, de son rythme et de ses compétences. Les échanges d'idées en groupes de discussion ont fait ressortir l'importance de mettre en place, autant en cours de démarche de réadaptation que lors du suivi, différents moyens ou services, tels que des rencontres individuelles et de groupe, des activités d'accompagnement, des relances téléphoniques, etc. afin d'aider l'usager à stabiliser et à maintenir sa situation sur le plan

social et professionnel. D'ailleurs, lors de l'analyse du questionnaire sur le déploiement de l'offre de services de réinsertion sociale, la planification et la structure du retour dans le milieu de vie ainsi que le suivi posttraitement ont été reconnus, pour certains CRD, comme des pratiques éprouvées ou prometteuses.

Selon les professionnels du milieu, la fin de l'intervention en réinsertion sociale doit être guidée par l'atteinte des objectifs définis dans le plan d'intervention. Les participants se sont aussi positionnés en faveur d'une collaboration nécessaire avec les ressources de la communauté afin d'assurer le relais dans la démarche de stabilisation et de maintien de l'usager dans son milieu de vie.

■ **Modalités d'intervention**

Pour des objectifs complémentaires d'apprentissage, les interventions individuelles et de groupe constituent, pour les usagers et les intervenants, deux modalités d'intervention nécessaires, qui répondent à des besoins différents de l'usager.

L'intervention de groupe est nécessaire pour l'apprentissage social, soit le développement d'habiletés sociales, le bris de l'isolement ainsi que le soutien mutuel entre pairs, qui suscite et génère de l'espoir. Les participants proposent d'insérer la thématique de réinsertion à celles déjà inscrites dans les groupes en réadaptation des programmes des CRD.

L'intervention individuelle, quant à elle, répond particulièrement à des besoins spécifiques au cheminement du client tels que l'élaboration et le suivi du plan d'intervention, les activités d'accompagnement, etc.

■ **Efficacité**

Les participants aux groupes de discussion ont aussi été consultés sur les critères servant à déterminer si une intervention en réinsertion sociale est de qualité ou si elle donne des résultats. À cette question, ils ont énoncé une série d'éléments, tels

que la reconnaissance par l'utilisateur de ses besoins et la capacité de les combler, le sentiment de compétence et de réussite qu'il éprouve, l'atteinte de ses objectifs, l'autonomie dans diverses sphères de la vie et le maintien des acquis ou des objectifs atteints, notamment quant au fonctionnement social, à l'emploi et à l'autonomie financière.

Les usagers et les intervenants encouragent et retiennent comme fondamental le principe d'autonomisation (*empowerment*) comme critère de réussite, c'est-à-dire le pouvoir qu'a l'utilisateur d'agir et de faire des choix à propos de sa vie ou de sa démarche de réinsertion sociale. À partir de là, l'utilisateur peut développer sa capacité de consulter en cas de besoin et de se sentir à l'aise de le faire.

Enfin, la satisfaction que l'utilisateur éprouve face aux services rendus, tout comme celle du professionnel, qui a l'impression d'avoir fait le maximum pour l'aider à réaliser ses objectifs, a aussi été évoquée comme critère sur lequel repose le jugement de la qualité des services.

4.2.5 Organisation de services

■ **Partage des responsabilités**

Tout en privilégiant le principe d'autonomisation de l'utilisateur et le développement de la connaissance et de l'utilisation des ressources de son milieu, les participants reconnaissent l'importance, pour les CRD, de connaître et de mettre à contribution les ressources existantes de la communauté. Ces ressources doivent servir à l'utilisateur dans la construction d'un filet de sécurité pour notamment la prévention de la rechute, l'entraide et le soutien dans sa démarche de réinsertion sociale et dans la solidarité avec son milieu.

Les intervenants des CRD insistent sur la nécessité d'un partage des responsabilités avec les partenaires par la connaissance et l'utilisation, par les CRD, des ressources déjà en place pour répondre à une variété de besoins liés à la réinsertion sociale. Le développement d'ententes formelles de service ou de collaboration et les plans de

services individualisés constituent les meilleurs moyens à privilégier avec les partenaires. On ajoute qu'il est souhaitable, dans le partage des responsabilités, que la ressource qui dirige l'utilisateur vers un CRD demeure disponible pour assurer la continuité.

Les participants aux groupes de discussion soulignent une tendance qu'on retrouve parfois en CRD de vouloir tout prendre en charge alors que d'autres établissements ou ressources de la communauté ont des mandats ou des moyens plus adaptés ou supérieurs pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Pour illustrer cela, les participants mentionnent l'aide au logement. L'utilisateur peut avoir besoin d'aide parce qu'il lui est difficile, pour diverses raisons (antécédents de crédit, par exemple), d'avoir accès à un logement convenable, alors le CRD peut contribuer, en travaillant avec des partenaires (CSSS, centres hospitaliers, organismes communautaires), à l'orienter vers un logement social adapté. Dans ce cas-ci, les CRD reconnaissent que l'utilisation d'appartements supervisés comme lieux d'apprentissage et d'expérimentation est l'une des pratiques largement admises.

■ **Équipe ou intervenants attirés à la réinsertion sociale**

Quant aux intervenants des CRD qui possèdent une structure d'équipe attirée à la réinsertion sociale, on reconnaît comme avantages leur expertise, leur capacité dans le transfert de connaissances et le soutien apporté à leurs collègues ainsi que leurs compétences à développer des ententes avec les partenaires. Par contre, en raison des ressources limitées et de l'étalement des services sur le territoire, une équipe attirée à la réinsertion sociale n'est pas une avenue réaliste pour plusieurs CRD. De plus, certains experts indiquent que la présence d'une telle équipe au sein d'un établissement engendre le risque de voir les autres intervenants se dissocier graduellement du volet de la réinsertion sociale et qu'il soit plus difficile alors d'intégrer cette dimension à la réadaptation. On souligne aussi le danger que représente le cloisonnement possible entre les équipes.

Concrètement parlant, la notion de professionnels attirés à la réinsertion sociale intéresse une majorité de CRD, qui n'y voit que des avantages. Cela permet de garder la réinsertion sociale au cœur des préoccupations de l'ensemble des intervenants par l'entremise de porteurs en réinsertion sociale intégrés aux équipes de réadaptation. Certains précisent même le bienfait d'un porteur dans chacun des points de service, ce qui peut permettre de se modular à la réalité et aux ressources des régions. Parmi les autres avantages mentionnés par les intervenants de CRD, on souligne le fait qu'une équipe interdisciplinaire développe une force notable et qu'un professionnel attiré accumule une expertise qui lui permet d'offrir soutien et formation aux collègues et d'entretenir des liens de collaboration avec les partenaires.

■ **Bénévolat**

Interpellés sur la place du bénévolat ou de la contribution de bénévoles dans la conduite d'activités de réinsertion sociale en CRD, les participants ont répondu qu'il fallait distinguer deux formes de bénévolat, dont la première correspond à la perception habituelle de la notion de bénévolat comme fonction d'aide à d'autres personnes ou à d'autres usagers dans leur travail de réadaptation ou de réinsertion. Cette forme de bénévolat, qui est peu répandue mais qui existe dans certains CRD, correspond notamment à des activités de parrainage ou d'accompagnement ou encore de transport pour rejoindre d'autres ressources. Au dire des experts en CRD, ce type de bénévolat requiert un cadre structurant et éthique de sélection et de supervision au même titre que pour des stagiaires ou des intervenants.

L'autre forme de bénévolat discutée par les usagers et les intervenants se définit comme un moyen ou une étape de réadaptation et un tremplin pour faciliter la réinsertion. Les usagers participant aux groupes de discussion ont fourni différents exemples d'activités de bénévolat auxquelles ils contribuent dans leur centre. Cela peut prendre la forme d'organisation et d'animation d'activités, telles qu'un salon des métiers d'art où les usagers ont la possibilité d'exposer leurs œuvres, des activités de loisirs ou l'accueil des nouvelles personnes au CRD.

Selon les usagers, ce type de bénévolat les faisant contribuer à des activités leur permet de développer une confiance en soi, une prise de conscience de leurs intérêts et de leurs compétences et constitue un moyen de réussite, un levier de changement et peut-être une préparation à l'emploi.

Pour illustrer le pouvoir de généralisation, l'un des usagers mentionnait : « faire du bénévolat pour pouvoir en faire ailleurs après ou pour se préparer au marché du travail ». Un autre usager a témoigné dans l'un des groupes de discussion que c'était grâce à la confiance qu'il avait développée en prenant part à des activités dans son centre, à titre de participant ou d'animateur, qu'il se sentait aujourd'hui capable de partager son point de vue devant un groupe de professionnels.

4.2.6 Développement des compétences

En ce qui a trait aux compétences de base requises des professionnels qui offrent des services de réinsertion sociale, les professionnels eux-mêmes mentionnent, en plus de connaissances en toxicomanie et en santé mentale, la connaissance des ressources et du milieu, des compétences pour l'utilisation des outils d'évaluation, tels que le RÉSO et le GAIN, et diverses qualités personnelles spécifiques à tout intervenant offrant des services de réinsertion sociale.

Faire preuve de souplesse, de créativité, d'initiative et démontrer des compétences relationnelles d'entregent et de démarcheur, c'est-à-dire « quelqu'un qui va vers le milieu pour développer son réseau de collaborateurs et de ressources » constituent les principales qualités attendues d'un intervenant qui s'engage à offrir des services de réinsertion sociale.

4.2.7 Recherche

Parmi les questions pour lesquelles les intervenants souhaitent obtenir des réponses par le truchement de la recherche, on retrouve les effets de l'intégration des services de réinsertion sociale sur le processus de réadaptation, sur la rétention des usagers en traitement et sur l'efficacité des programmes de réinsertion sociale.

5.

Recommandations

À partir des meilleures pratiques relevées dans la recension des écrits ainsi que des pratiques éprouvées et prometteuses conduites dans les CRD du Québec, les membres du comité d'experts formulent une série de recommandations pour soutenir une offre de services de base de réinsertion sociale dans les CRD. Ces recommandations ciblent l'intervention clinique, l'organisation de services, le développement des compétences et la recherche.

5.1 Intervention clinique

- Conception de la réinsertion sociale

Considérant:

que, dans la littérature scientifique, les expressions *insertion sociale* et *intégration sociale* sont souvent englobés sous le vocable *réinsertion sociale*;

que la réinsertion sociale implique le rétablissement du lien entre l'utilisateur et la communauté;

que la réinsertion sociale implique l'engagement de l'utilisateur dans une démarche d'autonomie;

NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD considèrent que les expressions *insertion sociale* et *intégration sociale* font partie intégrante de la notion élargie de réinsertion sociale;
- que les CRD conçoivent, dès l'entrée en traitement, la réinsertion sociale de l'utilisateur comme étant un des éléments de leur offre de service.

- Évaluation

Considérant:

l'importance d'évaluer les besoins de l'utilisateur dans différentes sphères de sa vie sur lesquelles repose sa réinsertion sociale;

le besoin d'outils d'évaluation qu'ont les intervenants pour évaluer les besoins en réinsertion sociale et les guider dans l'élaboration du plan d'intervention;

la nécessité que, selon les experts en CRD, le plan d'intervention de l'utilisateur tienne compte de ses besoins en réinsertion sociale;

NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD évaluent systématiquement les besoins de réinsertion sociale de l'utilisateur dans les différentes sphères de sa vie tant au début que tout au long de sa démarche de réadaptation;
- que les CRD évaluent ces besoins en utilisant des outils reconnus et validés, tels que le GAIN et l'IGT;
- que les CRD utilisent le RÉSO pour évaluer de façon plus spécifique les besoins de réinsertion sociale;
- que les CRD intègrent les objectifs de réinsertion sociale dans l'élaboration du plan d'intervention de l'utilisateur.

• Traitement

○ *Lien réadaptation – réinsertion sociale*

Considérant:

le lien étroit entre les services de réinsertion sociale et les services de réadaptation, tel qu'il est décrit dans la recension des écrits ainsi que dans les offres de service du MSSS et des CRD ;

le fait que la réinsertion sociale constitue une partie intégrante du processus de réadaptation ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD inscrivent la réinsertion sociale dans les différentes phases de traitement comme un volet nécessaire et intégré à la démarche de réadaptation ;
- ▶ que les CRD favorisent le travail de concertation entre les intervenants de la réadaptation et ceux de la réinsertion sociale.

○ *Rétention en traitement*

Considérant:

les risques de désaffiliation sociale des usagers ;

le fait que, selon les experts des CRD, l'offre de services de réinsertion sociale peut avoir un effet de rétention de l'ensemble des personnes dépendantes et particulièrement celles présentant un caractère chronique ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD prennent promptement en compte les besoins de réinsertion sociale et s'associent aux partenaires autour d'un plan de services individualisé.

○ *Autonomisation et soutien de l'entourage*

Considérant:

que les usagers et les intervenants de CRD reconnaissent le pouvoir d'agir qu'a l'utilisateur sur sa propre réinsertion sociale ;

que le soutien de l'entourage aide l'utilisateur dans la réalisation de ses objectifs de réinsertion sociale ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD retiennent comme fondamental le principe d'autonomisation, c'est-à-dire le pouvoir d'agir de l'utilisateur dans sa démarche de réinsertion sociale ;
- ▶ que les CRD favorisent l'engagement de l'entourage de l'utilisateur comme source d'appui dans son processus de réinsertion sociale.

○ *Maintien des acquis*

Considérant:

l'importance de s'assurer d'une stabilisation de la situation de l'utilisateur dans son milieu de vie ;

le bien-fondé d'un suivi au-delà de la période de réadaptation ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD mettent en place, en cours de démarche et lors du suivi, différents moyens ou services (relances, rencontres, accompagnement, etc.) afin d'aider l'utilisateur à stabiliser et à maintenir sa situation sociale.

○ *Modalités d'intervention*

Considérant que, pour répondre à la diversité de leurs besoins et de leur rythme, les usagers des CRD puissent bénéficier des avantages liés à différentes modalités d'intervention ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD offrent à la fois l'intervention de groupe et l'intervention individuelle afin de permettre aux usagers de développer des compétences complémentaires liées à leur réinsertion sociale ;
- ▶ que les CRD adaptent leurs services et leurs modalités d'intervention en fonction du rythme et des besoins de réinsertion sociale de l'utilisateur.

○ *Efficacité*

Considérant :

le portrait des principaux besoins en réinsertion sociale des usagers ;

les sphères où les CRD concentrent régulièrement leur offre de services de réinsertion sociale ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD priorisent la réponse aux besoins de stabilisation d'ordre matériel ou personnel et assurent des services pour les sphères suivantes : réseau de soutien, travail / études, condition économique et loisirs.

5.2 Organisation de services

• **Partenariat**

Considérant :

que plusieurs partenaires sont mis à contribution dans le processus de réinsertion sociale de l'utilisateur ;

qu'il est important d'assurer une cohésion, une continuité et un maillage étroit entre les différents services offerts à l'utilisateur ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD mettent à contribution les ressources existantes utiles à la réinsertion sociale de l'utilisateur pour favoriser la solidarité avec son milieu ;
- ▶ que les CRD formalisent avec les partenaires des ententes de service ou de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation.

• **Intervenants attirés**

Considérant les avantages reconnus par les experts des CRD de voir des intervenants ou une équipe se consacrer exclusivement aux services de réinsertion sociale ;

NOUS RECOMMANDONS :

- ▶ que les CRD privilégient que des intervenants, voire une équipe, soient attirés exclusivement à l'offre de services de réinsertion sociale, notamment des services directs aux usagers, des services de soutien aux collègues ou des services de liaison avec les partenaires ;

- que les CRD qui n'ont pas d'intervenants attitrés s'assurent que les besoins de réinsertion sociale des usagers soient traités dans le cadre des services de réadaptation.

• Bénévolat

Considérant:

les bienfaits et la valorisation que les usagers retirent de vivre des activités et de s'impliquer dans l'organisation ou l'animation d'activités au sein de l'établissement;

le fait que, selon les usagers et les intervenants, le bénévolat au sein de l'établissement permet d'expérimenter une forme de réinsertion sociale et qu'il constitue un levier de changement;

NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD considèrent le bénévolat, pour certains usagers, comme un moyen de réadaptation et un tremplin pour la réinsertion;
- que les CRD prennent en considération la participation et l'engagement de certains usagers dans l'organisation ou l'animation d'activités complémentaires à l'offre de service.

5.3 Compétences

Considérant les compétences requises pour offrir des services de réinsertion sociale, telles que les ont définies les experts en CRD,

NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD s'assurent que les intervenants possèdent les compétences professionnelles et les qualités personnelles requises, correspondant à la description présentée dans le *présent guide*;

- que les CRD favorisent et soutiennent le développement de l'expertise de leur personnel vis-à-vis de l'offre de services de réinsertion sociale par une supervision clinique et des activités de formation continue.

5.4 Recherche

Considérant:

le peu de recherches portant sur la réinsertion sociale dans le domaine de la dépendance et particulièrement sur l'efficacité des programmes;

l'importance que les intervenants accordent à différentes questions auxquelles ils souhaitent obtenir des réponses de la part de la recherche;

NOUS RECOMMANDONS:

- que les CRD sollicitent des projets de recherche portant sur les effets de l'intégration des services de réinsertion sociale sur le processus de réadaptation et sur la rétention en traitement;
- que les CRD collaborent activement au processus de validation d'outils d'évaluation et d'intervention, notamment du questionnaire RÉSO;
- que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances et à l'évaluation des pratiques et des approches en réinsertion sociale.

6.

Conclusion

Bien que la réinsertion sociale ait généralement été prise en considération dans le processus de réadaptation des usagers de CRD, les services de réinsertion sociale n'ont pas fait l'objet, jusqu'à ce jour, d'une offre de service formelle. C'est pourquoi ce guide de pratique permet de définir une offre de services de base susceptible d'être déployée dans les CRD du Québec. Il campe la réinsertion sociale comme un volet nécessaire et intégré à la démarche de réadaptation de l'utilisateur, dont on doit tenir compte dans les différentes phases de traitement. Tout en réaffirmant que la réinsertion sociale implique le rétablissement du lien entre l'utilisateur et la communauté, ce guide de pratique reconnaît comme fondamental le principe d'autonomisation de l'utilisateur et la mise à contribution des ressources existantes pour favoriser sa solidarisation avec son milieu.

Les recommandations énoncées dans ce guide représentent, pour les usagers, les intervenants et les gestionnaires de CRD, les pratiques à privilégier afin d'améliorer la qualité des services de réinsertion sociale dans l'ensemble des régions du Québec.

L'ACRDQ exprime sa très vive satisfaction devant l'enthousiasme et la détermination de ses membres à collaborer à l'élaboration de ce guide de pratique et s'engage à les soutenir dans l'implantation des recommandations destinées à favoriser la réinsertion des usagers.



RÉFÉRENCES

- ABBOTT, P.J. (2009). A review of the community reinforcement approach in the treatment of opioid dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41, 379-385.
- ALLEN, J. P. (2000). *Measuring treatment process variables in Alcoholics Anonymous*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 227-230. DOI: 10.1016/S0740-5472(99)00071-9.
- ANSELL, D. (2001). Where we are going tomorrow: Independent living research. In K. A. Nollan & A. C. Downs (Eds.), *Preparing youth for long-term success. Proceedings from the Casey Family Program National Independent Living Forum* (p. 35-44). Washington DC: CWLA Press.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M., FARKAS, M. & GAGNÉ, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, 2nd edition*. Center for Psychiatric Rehabilitation: Boston University.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2006). *Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec: Bilan de l'an III*. Association des centres jeunesse du Québec.
- AZRIN, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348. DOI: 10.1016/0005-7967(76)90021-8.
- BARBER, J. G. (2002). *Social work with addictions, 2nd edition*. New York: Palgrave MacMillan.
- BÉGIN, M. (2003). *La réinsertion des personnes toxicomanes sous l'angle psychorelationnel, sociocommunautaire et socioprofessionnel*. Essai de maîtrise, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval.
- BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P. & TRÉPANIÉ, M. (1992A). L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, C. E. & O'Brien, C.P. (1980). Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ).
- BERGERON, J., LANDRY, M., ISHAK, I., VAUGEOIS, P. & TREPANIÉ, M. (1992B). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Rapport présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. Cahiers du RISQ.
- BOIVIN, M.-D., DE MONTIGNY, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie: Une voie à découvrir?* Gouvernement du Québec: Comité permanent de lutte contre la toxicomanie.
- BOIVIN, M.-D., LEBLANC, A. & TONDREAU, J. (2001). Des acteurs et des pratiques en toxicomanie: Les enjeux de la participation à un stage de réinsertion socioprofessionnelle. *Revue Canadienne de Counselling*, 35, 298-314.
- BOND, G. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-358. DOI: 10.2975/27.2004.345.359.

- BOND, G., BECKER, D., DRAKE, R. & VOLGER, K. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(4), 265-284.
- BORRAS, L., KHAZAAL, Y., KHAN, R., MOHR, S., KAUFMANN, Y.-A., ZULLINO, D. & HUGUELET, P. (2010). The relationship between addiction and religion and its possible implication for care. *Substance Use and Misuse*, 45, 2357-2410. DOI: 10.3109/10826081003747611.
- BROEKAERT, E., KOOYMAN, M. & OTTENBERG, D. J. (1998). The “New” drug-free therapeutic community: Challenging encounter of classic and open therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 595-597.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- BROWN, B. S., O’GRADY, K. E., BATTJES, R. J., FARRELL, E. V., SMITH, N. P. & NURCO, D. N. (2001). Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 185-192. DOI: 10.1016/S0740-5472(01)00201-X.
- BROWN, B. S., O’GRADY, K., BATTJES, R. J. & FARRELL, E. V. (2004). Factors associated with treatment outcomes in an aftercare population. *American Journal on Addictions*, 13, 447-460. DOI: 10.1080=10550490490512780.
- CALDÉRON, C., LAGOMANZINI, P., MAGUET, O. & MENNERET, F. (2011). *Insertion sociale par l’emploi des usagers de drogues : Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*. France : Direction générale de la cohésion sociale et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
- CARRON, C. & ECOEUR, Y. (2003). La réinsertion : Entre obstacles sociaux et problèmes personnels. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux: *Dépendances*, 22-23.
- CASTEL, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : De la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 22, 11-27.
- CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (2002). *Document de discussion sur le logement*. Disponible sur le site internet du CAMH (www.camh.net).
- CENTRE JEUNESSE DE LAVAL (2011). *Programme de réinsertion sociale s’adressant aux jeunes en centre de réadaptation et en ressource intermédiaire*. Direction des services professionnels.
- CHANDLER, M. (1997). Leisure education: A component of outpatient addiction counselling. *Journal of Addictions Nursing*, 9, 84-86.
- CHESTNUT HEALTH SYSTEMS (2012). *Présentation des spécificités du Coordinating Center: Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)*. www.chestnut.org
- CÔTÉ, J., OUELLET, L. & LACHANCE, R. (1991). *Tolérance face aux ressources résidentielles : L’accueil du public face à l’intégration sociale de voisins avec un problème de sida, alcoolisme, toxicomanie*. Rapport de recherche.
- COVIELLO, D. M., ZANIS, D. A. & LYNCH, K. (2004). Effectiveness of vocational problem-solving skills on motivation and job-seeking action steps. *Substance Use and Misuse*, 39, 2309-2324. DOI: 10.1081/JA-200034625.
- CROWTHER, R., MARSHALL, M., BOND, G. & HUXLEY, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003080.
- DESROSIER, P. & JACQUES, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de bonnes pratiques et offre de services de base*, Québec: Association des centres en dépendance du Québec (ACRDQ).

- DESROSIERS, P., MÉNARD, J.-M., TREMBLAY, J., BERTRAND, K. & LANDRY, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).
- DODGE, K., KRANTZ, B. & KENNY, P. J. (2010). How can we begin to measure recovery? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 31. DOI: 10.1186/1747-597X-5-31.
- FADIMAN, J. & FRAGER, R. (1976). *Personality and personal growth*. Harper and Row, New York.
- FISK, D., SELLS, D. & ROWE, M. (2007). Sober housing and motivational interviewing: The Treatment Access Project. *Journal of Primary Prevention*, 28, 281-293. DOI: 10.1007/s10935-007-0096-6.
- FLYNN, P. M., JOE, G. W., BROOME, K. M., SIMPSON, D. & BROWN, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *American Journal on Addiction*, 12, 398-411. DOI: 10.1080/10550490390240774.
- GAUMOND, P. & WHITTER M. (2009). *Access to Recovery (ATR): Approaches to recovery-oriented systems of care: Three case studies*. HHS Publication No. (SMA) 09-4440. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. Harmondsworth (New York): Penguin.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). *Unis dans l'action : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012*. Québec : Gouvernement du Québec.
- GOYETTE, M., ROYER, M. N., NOËL, V., CHÉNIER, G., POIRIER, C., LYRETTE, É. ET AL. (2007). *Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des Centres Jeunesse du Québec*. Rapport final d'évaluation : Association des centres jeunesse du Québec.
- GUAY, G. ET AL. (2000). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche-milieu, 1-Le modèle*. Centre de réadaptation Normand-Laramée et Centre jeunesse de Laval, Québec.
- HAAS, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742. DOI: 10.1177/01939459922044153.
- HACHET, P. (2002). *Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes*. Sainte-Agnès : Éditions Érès.
- HUGHES, K. (2007). Migrating identities: The relational constitution of drug use and addiction. *Sociology of Health and Illness*, 26, 673-691. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01018.x.
- HUNT, G. M. & AZRIN, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104. DOI: 10.1016/0005-7967(73)90072-7.
- JASON, L. A. & FERRARI, J. R. (2009). Recovery from addiction in communal living setting: The Oxford House model. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(1-2), Special Issue.
- JASON, L. A. & FERRARI, J. R. (2010). Oxford house recovery homes: Characteristics and effectiveness. *Psychological Services*, 7(2), 92-102. DOI: 10.1037/a0017932.
- JOHNSON, J. L. (2004). *Fundamentals of substance abuse practice*. Toronto: Brooks/Cole Thomson Learning.
- KAPLAN, C. & BROEKAERT, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Journal of Social Welfare*, 12, 204-210. DOI: 10.1111/1468-2397.00487

- KANG, S.-Y., MAGURA, S., BLANKERTZ, L., MADISON, E. & SPINELLI, M. (2006). Predictors of engagement in vocational counseling for methadone treatment patients. *Substance Use and Misuse*, 41, 1125-1138. DOI: 10.1080/10826080500411551.
- KASKUTAS, L. A., BOND, J. & HUMPHREYS, K. (2002). Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97(2), 891-900. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2002.00118.x.
- KIDORF, M., NEUFELD, K. & BROONER, R. K. (2004). Combining stepped-care approaches with behavioral reinforcement to motivate employment in opioid-dependent outpatients. *Substance Use and Misuse*, 39, 2215-2238. DOI: 10.1081/LSUM-200034591.
- KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E. & LARSON, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health. Alcohol and drug use (pp. 166-180)*. New York: Oxford University Press.
- KENRICK, D. T., GRISKEVICIUS, V., NEUBERG, S. L. & SCHALLER, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 292-314. DOI: 10.1177/1745691610369469.
- KOLTKO-RIVERA, M. E. (2006). Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification. *Review of General Psychology*, 10(4), 302-317. DOI: 10.1037/1089-2680.10.4.302.
- KRUPSKI, A., CAMPBELL, K., JOESCH, J. M., LUCENKO, B. A. & ROY-BYRNE, P. (2009). Impact of Access to Recovery Services on alcohol/drug treatment outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 435-442. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.05.007.
- LAUDET, A. B., MAGURA, S., VOGEL, H. S. & KNIGHT, E. L. (2002). Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. *Substance Use and Misuse*, 37, 145-170. DOI: 10.1081/JA-120001975.
- MAGURA, S., STAINES, G. L., BLANKERTZ, L. & MADISON, E. M. (2004). The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance Use and Misuse*, 39, 2165-2213. DOI: 10.1081/JA-200034589.
- MCLELLAN, A. T., LUBBORSKY, L. & O'BRIEN, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33. DOI: 10.1097/00005053-198001000-00006.
- MELNICK, G., DE LEON, G., HILLER, M. L. & KNIGHT, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse*, 35(12-14), 1819-1847.
- MILLER, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93, 979-990. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1998.9379793.x.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2007). *Pratiques d'appariement et modèles d'intervention auprès de personnes éloignées du marché du travail*. Gouvernement du Québec.
- MOONS, P., BUDTS, W. & DE GEEST, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015.
- NEGURA, L. & MARANDA, M.-F. (2008). Hiring substance abusers: Attitudes of managers and organizational needs. *Drug: Education, Prevention and Policy*, 15, 129-144. DOI: 10.1080/09687630701377421.
- NOLLAN, K. A., WOLF, M., ANSELL, D., BURNS, J., BARR, L., COPELAND, W. & PADDOCK, G. (2000). Ready or not: Assessing youths' preparedness for independent living. *Child Welfare: Journal of Policy and Program*, 79, 159-176.

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2011). *Rapport annuel 2010 : État du phénomène de la drogue en Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES EN ORIENTATION DU QUÉBEC (2012). www.orientation.qc.ca

PAGANO, M. E., FRIEND, K. B., TONIGAN, J. S. & STOUT, R. L. (2004). Helping other alcoholics in Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: Findings from Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 766-773.

PEARSON, Q. M. (1992). A leisure counselling model for addicted persons. *Journal of Career Development*, 19(1), 13-24. DOI: 10.1007/BF01323001.

RANCOURT, A. (1990). *The implementation of a comprehensive leisure education programme with persons who abuse substances: A preliminary report*. Rapport de recherche téléchargé à partir de l'adresse : <http://lin.ca/Uploads/cclr6/CCLR6-14.pdf>.

RANCOURT, A. (1991). An exploration of the relationships among substance abuse, recreation, and leisure for women who abuse substances. *Therapeutic Recreation Journal*, Third Quarter, 9-18.

ROOM, R. (1998) Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addiction Research*, 6, 131-145. DOI: 10.3109/16066359808993296.

SANTÉ CANADA (2008). *Meilleures pratiques : Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-intervention/index-fra.php>

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

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

SMITH, J. E., MEYERS, R. J. & MILLER, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 10 (Suppl.), 51-59. DOI: 10.1080/10550490150504137.

STAINES, G. L., BLANKERTZ, L., MAGURA, S., BALI, P., MADISON, E. M., SPINELLI, M. ET AL. (2004). Efficacy of the Customized Employment Supports (CES) model of vocational rehabilitation for unemployed methadone patients: Preliminary results. *Substance Use and Misuse*, 39(13-14), 2261-2285. DOI: 10.1081/JA-200034618.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2003). *Blueprint for change: Ending chronic homelessness for persons with serious mental illnesses and co-occurring substance use disorders*. DHHS Pub. No. SMA-04-3870, Center for Mental Health Services, Rockville.

TREMBLAY, J., BLANCHETTE-MARTIN, N., SIROIS, M., DORVAL, J., DROUIN, M. & LEBLANC, L. (2010A). RÉSO : Outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale. Service de recherche CRUV/CRAT-CA.

TREMBLAY, J., BLANCHETTE-MARTIN, N., SIROIS, M., DORVAL, J., DROUIN, M. & LEBLANC, L. (2010B). *RÉSO : Évaluation des besoins en réinsertion sociale, Description du RÉSO*. Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.

TREMBLAY, J., BERTRAND, K., LANDRY, M. & MÉNARD, J.-M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes (p. 24). Dans P. Desrosiers & J.-M. Ménard. *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de pratique et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation du Québec.

TWAMLEY, E. W., PADIN, D. S., BAYNE, K. S.,
NARVAEZ, J. M., WILLIAMS, R. E. & JESTE,
D. V. (2005). Work rehabilitation for middle-
aged and older people with schizophrenia:
A comparison of three approaches. *Journal
of Nervous and Mental Disease*, 193, 596-601.
DOI: 10.1097/01.nmd.0000177789.53840.e3.

VILLEMUS, P. (2004). *Motivez vos équipes: Le guide*.
Éditions d'organisation. Téléchargé à partir de
l'adresse internet suivante : [http://www.editions-
organisation.com/Chapitres/9782708130852/
chap2_Villemeus.pdf](http://www.editions-organisation.com/Chapitres/9782708130852/chap2_Villemeus.pdf)

ZANIS, D. A., COVIELLO, D. M., ALTERMAN, A. I.
& APPLING, S. E. (2001). A community-based
trial of vocational problem solving to increase
employment among methadone patients.
Journal of Substance Abuse Treatment, 21, 19-26.
DOI: 10.1016/S0740-5472(01)00177-5.

1001, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 420, Montréal (Québec)
H3A 3C8
Tél. : 514 287-9625
Télec. : 514 287-9649
Courriel : acrdq@ssss.gouv.qc.ca



www.acrdq.qc.ca