

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

QU'EST-CE QUI DISTINGUE LES CONGÉS
DÉFINITIFS RÉGULIERS DES AUTRES MOTIFS
DE DÉPART AU PROGRAMME
RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES ?



LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

QU'EST-CE QUI DISTINGUE LES CONGÉS
DÉFINITIFS RÉGULIERS DES AUTRES MOTIFS
DE DÉPART AU PROGRAMME
RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES ?



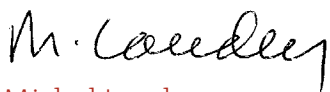


MOT DE PRÉSENTATION

La Direction de la recherche et du développement universitaire est fière de vous présenter les rapports de recherche de l'Institut universitaire sur les dépendances du Centre Dollard-Cormier. Ces rapports visent à rendre accessibles les résultats de recherche à l'ensemble du personnel du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), aux partenaires de l'Institut, à la communauté universitaire et à toute autre personne intéressée par leur contenu.

Les rapports de recherche contiennent les résultats d'études menées dans un ou plusieurs centres de réadaptation du Québec afin de fournir une réponse aux besoins des milieux d'intervention. Souvent effectuées auprès d'un petit nombre de participants, ces études soulèvent des hypothèses qui pourraient éventuellement faire l'objet d'études à plus large échelle afin d'en confirmer les résultats. Bref, ces rapports de recherche constituent une forme de documentation complémentaire aux articles de revues scientifiques.

Nous souhaitons vivement que ces rapports rapprochent les milieux de la recherche et de l'intervention et, surtout, qu'ils alimentent la réflexion et la recherche de solutions afin d'améliorer l'intervention auprès de la clientèle dépendante.



Michel Landry

Directeur de la recherche et du développement universitaire
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances



NOTE

En août 2007, le Centre Dollard-Cormier a été désigné institut universitaire sur les dépendances, il est depuis connu officiellement sous le nom : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD).

RÉSUMÉ

À la suite de la parution du portrait sommaire de l'année 2005-2006 de l'hébergement clinique adulte¹, certaines questions préoccupaient l'équipe du programme. Comment expliquer le nombre important de congés définitifs obligatoires? Ces usagers ayant quitté prématurément le programme ont-ils tout de même atteints leurs objectifs de séjour?

Afin de répondre à ces questions, une demande a été adressée à l'équipe de recherche du Centre Dollard-Cormier. Une étude exploratoire comparant le profil des usagers ayant quitté le programme de façon régulière et le profil des usagers l'ayant quitté pour d'autres motifs (congé définitif obligatoire, refus de séjour ou fugue) permet d'obtenir des résultats intéressants. Plus de la moitié des départs prématurés sont reliés à des rechutes de consommation et la plupart des autres, au non-respect du code de vie. Dans l'échantillon analysé, les personnes qui quittent le programme pour d'autres motifs qu'un congé régulier ont un profil plus grave en termes de consommation de substances psychoactives (SPA), de médication psychotrope, de psychopathologie et de récurrence de demande d'aide que celles qui terminent en congé régulier.

Ce document présente aussi les pistes de réflexion soulevées par les intervenants de l'équipe Réadaptation interne adulte lors de la présentation des résultats.

MOTS-CLÉS | Étude exploratoire | Analyse de dossiers |
| Réadaptation interne adultes | Motifs de fin de séjour

¹ Ce programme est connu depuis 2007 sous le nom de Programme de réadaptation interne pour adultes.



TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte	1
1.2 Objectifs.	1
2. MÉTHODOLOGIE	3
3. RÉSULTATS.	5
3.1 Partie I : événements précipitant le départ et indices précurseurs	5
3.1.1 Analyse des dossiers.	5
3.1.2 Comparaison des dossiers	5
3.1.3 Observations notées lors de l'analyse des dossiers	5
3.2 Partie II : autres variables associées aux motifs de départ	7
3.2.1 Consommation principale.	7
3.2.2 Médication psychotrope	8
3.2.3 Diagnostic	9
3.2.4 Provenance.	9
3.2.5 Nombre de séjours antérieurs	10
3.2.6 Atteinte des objectifs	12
4. FAITS SAILLANTS ET PISTES DE RÉFLEXIONS.	15
4.1 Faits saillants	15
4.1.1 Partie I : Événement précipitant le départ et indices précurseurs	15
4.1.2 Partie II : Autres variables associées aux motifs de départ	15
4.2 Pistes de réflexion	16
4.2.1 Réflexions préliminaires des chercheurs.	16
4.2.2 Réflexions développées durant la réunion d'équipe	16
5. LIMITES DE L'ÉTUDE.	19
6. CONCLUSION.	21
ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES	23



LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	
Répartition de la consommation principale en fonction des motifs de départ	8
TABLEAU 2	
Prescription de médicaments psychotropes en fonction des motifs de départ	8
TABLEAU 3	
Répartition des diagnostics indiqués au dossier en fonction des motifs de départ	9
TABLEAU 4	
Programme d'origine de l'usager en fonction des motifs de départ	10
TABLEAU 5	
Usage de médicaments psychotropes en fonction du programme d'origine de l'usager.	10
TABLEAU 6	
Nombre moyen de séjours antérieurs en fonction des motifs de départ (CDR vs autres motifs).	11
TABLEAU 7	
Nombre moyen de séjours antérieurs en fonction des motifs de départ (comparaison de tous les motifs non regroupés)	11
TABLEAU 8	
Distribution du nombre de séjours antérieurs en fonction du motif de départ.	12
TABLEAU 9	
Nombre de séjours antérieurs et nature de la demande	13
TABLEAU 10	
Atteinte des objectifs en fonction du motif de départ	14
TABLEAU 11	
Corrélations entre le nombre de séjours antérieurs et l'atteinte des objectifs.	14
TABLEAU 12	
Nombre de données manquantes au sujet des objectifs en fonction des motifs de départ.	14



1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Le Programme réadaptation interne pour adultes s'adresse aux usagers aux prises avec un problème de toxicomanie ou de jeu pathologique et présentant des symptômes de détresse psychologique et de désorganisation sociale. Il est uniquement accessible à la clientèle en suivi au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. Le programme a pour objectif de rétablir l'état psychologique, favoriser l'appropriation et la responsabilisation de la personne à l'égard de son état de santé, soutenir la personne dans son milieu naturel. Il met à la disposition de la clientèle 18 lits, disponibles 24 heures sur 24, et ce, sept jours par semaine. Un séjour peut avoir une durée de deux ou trois mois.

Constatant qu'un nombre important d'utilisateurs quittaient suite à un congé définitif obligatoire au programme de la réadaptation interne, le cadre responsable a demandé en 2005 à l'équipe de recherche du Centre de se pencher sur le phénomène.

1.2 OBJECTIFS

Proposer des pistes de réflexion pour comprendre les motifs de départ et augmenter le nombre de congés définitifs réguliers (CDR) au Programme réadaptation interne pour adultes.





2. MÉTHODOLOGIE

Une dizaine de dossiers ont fait l'objet d'une analyse préliminaire afin d'identifier les éléments susceptibles d'expliquer les motifs de départ. Ces éléments ont été regroupés pour créer un formulaire de collecte des données (voir l'annexe 1).

Les données nécessaires pour compléter le formulaire ont été recueillies dans les dossiers de 25 usagers ayant quitté le Programme réadaptation interne pour adultes avec un code de congé définitif obligatoire (CDO), refus de séjour (RS) ou fugue (F) au cours de l'année 2005-2006. Puis, une première réflexion de type « brainstorming » a été faite par les deux chercheurs afin d'évaluer s'il était possible de catégoriser les événements précipitant le départ ainsi que les indices précurseurs, comme ils apparaissent dans les notes au dossier.

Afin de s'assurer que les caractéristiques qui se dégageaient de cette première analyse étaient en lien avec le type de départ et non pas avec des caractéristiques pouvant se retrouver chez tous les usagers, nous avons décidé de comparer les premières données recueillies dans les dossiers de 25 usagers ayant quitté le programme avec un CDO, RS ou F avec celles provenant de dix dossiers d'usagers ayant obtenu un code de congé définitif régulier (CDR). Tout en recueillant les données dans les dossiers, certaines observations méritant une discussion ont aussi été notées. Une deuxième réflexion a été faite par les chercheurs puis, une discussion au sujet des résultats a eu lieu avec le cadre responsable du Programme.

Puis, des analyses statistiques ont été conduites avec les autres données recueillies. Enfin, l'ensemble des résultats a été présenté à l'équipe du Programme réadaptation interne pour adultes. Cette présentation a engendré une discussion fructueuse et plusieurs pistes de réflexion ont été soulevées par l'équipe.



3. RÉSULTATS

3.1 PARTIE I : ÉVÉNEMENTS PRÉCIPITANT LE DÉPART ET INDICES PRÉCURSEURS

3.1.1 Analyse des dossiers

Tout d'abord, nous avons recueilli les données relatives à 25 dossiers d'utilisateurs du Programme réadaptation interne pour adultes ayant un motif de départ différent du congé définitif régulier, c'est-à-dire portant la mention de congé définitif obligatoire (CDO), refus de séjour (RS) et fugue (F). Puis, nous avons regroupé les événements précipitant le départ ainsi que les indices précurseurs extraits des notes au dossier en quatre catégories.

Catégorie 1. Les rechutes de consommation durant l'hébergement

La « rechute de consommation » est la raison la plus fréquemment rencontrée dans la lecture des dossiers, c'est-à-dire que l'utilisateur consomme une ou plusieurs fois des substances psychoactives (SPA) pendant la période d'hébergement. Les intervenants demandent alors le congé définitif obligatoire, car : 1) l'utilisateur ne collabore pas ; 2) l'utilisateur est opposant ; ou 3) l'utilisateur contrevient à une entente particulière. Ce phénomène apparaît dans 13 dossiers sur les 25 ayant été examinés.

Catégorie 2. Le code de vie

L'utilisateur contrevient aux règles de fonctionnement du service, provoquant un congé définitif. Les raisons qui expliquent ce non-respect des règles sont multiples : 1) l'utilisateur est agressif activement ; 2) l'utilisateur est opposant ; 3) l'utilisateur ne s'implique pas dans sa démarche ; 4) l'utilisateur ne collabore pas ; 5) l'utilisateur est ambivalent ; 6) l'utilisateur présente une problématique de santé mentale ; 7) l'utilisateur négocie sans arrêt et fait des demandes disproportionnées ; 8) l'utilisateur ne possède pas les compétences sociales et interpersonnelles pour suivre les règles. Ces manquements aux règles ont conduit à un congé définitif (CD) dans 8 dossiers consultés sur 25.

Catégorie 3. Mauvaise orientation de l'utilisateur

L'utilisateur est dirigé au Programme réadaptation interne alors qu'il devrait être orienté vers un autre service, par exemple en désintoxication, car il présente des symptômes de sevrage (dans 2 dossiers sur 25).

Catégorie 4. « Clientèle lourde »

L'utilisateur présente une situation de vie exceptionnelle qui rend sa prise en charge particulièrement difficile. Par exemple, il présente un déficit cognitif majeur nécessitant une intervention adaptée, un trouble organique, etc. (dans 2 dossiers sur 25).

3.1.2 Comparaison des dossiers

Afin de s'assurer que les caractéristiques dégagées lors de cette première analyse soient en lien avec le type de départ, et non pas avec des caractéristiques pouvant se retrouver chez tous les utilisateurs, nous avons comparé les premières données recueillies avec celles provenant de dix dossiers d'utilisateurs ayant obtenu un code de congé définitif régulier (CDR).

À la lecture de ces dossiers (CDR), l'importance du niveau de fonctionnement global des utilisateurs est apparue plus clairement. En effet, on a relevé que ces dix utilisateurs présentaient un niveau de fonctionnement plus élevé comparativement aux 25 utilisateurs ayant quitté pour d'autres motifs. Par un fonctionnement global plus élevé, nous faisons référence à l'axe V du DSM-IV, c'est-à-dire que les utilisateurs qui quittent le service de façon régulière possèdent des compétences sociales, professionnelles et interpersonnelles plus élevées et s'adaptent plus facilement aux règles de l'institution. Il s'agit de leur premier séjour en réadaptation interne et en institution en général, ils ne présentent pas de symptômes majeurs de santé mentale, ils ont un réseau familial et social, un emploi ou une perspective d'emploi. Par exemple, l'épaisseur de leur dossier – en général, contenu dans un seul tome – témoigne de cette tendance moins lourde et non récurrente.

3.1.3 Observations notées lors de l'analyse des dossiers

Tout en recueillant les données dans les dossiers, certaines observations méritant une discussion ont aussi été notées. Il s'agit d'éléments ou de situations qui semblent utiles à la compréhension des motifs de départ, mais qui n'avaient pas été prévus lors de la création du formulaire de collecte des données.

Observation 1.
Le paradoxe de l'arrêt de séjour

La consommation n'est pas tolérée dans le service : les usagers doivent maintenir l'abstinence durant leur séjour. Ils cherchent dans la ressource des stratégies pour éviter la rechute. De la même manière, certains cherchent aussi à réapprendre un style de vie plus sain. Si une rechute se produit ou s'ils contreviennent aux règles, les usagers peuvent être mis en arrêt de séjour. Paradoxalement, il s'agit toutefois du motif de consultation : ne pas être dans leur milieu de vie habituel afin d'éviter la rechute. De plus, certains vivent un sentiment de rejet ou de punition pour avoir échoué dans leur tentative d'arrêt ou pour avoir transgressé les règles.

Vignette clinique 1.
Exemple des conséquences
d'un arrêt de séjour

Femme de 50 ans, dirigée par le volet santé mentale dans l'objectif de maintenir l'abstinence d'alcool et de cocaïne et d'avoir une meilleure hygiène de vie.

L'usagère utilise le service pour la deuxième fois. Un soir, elle avertit les responsables qu'elle a consommé sa médication (antidépresseur) du lendemain. La conséquence est un arrêt de séjour de 24 h (pour réflexion), car ce n'est pas la première fois qu'elle se trompe en prenant ses médicaments à l'avance. Elle est en colère, car la sortie de 24 h met son abstinence d'alcool et de cocaïne en danger, et elle affirme qu'elle aurait dû mentir. De retour dans le service, comme la frustration de l'usagère est toujours présente par rapport à l'événement, les intervenants décident de faire un nouvel arrêt de séjour de 24 h. Elle est avertie qu'elle risque un congé définitif obligatoire. Elle part pendant plusieurs jours à Québec pour attendre la décision de l'équipe. Elle appelle pour demander de rentrer le lendemain plutôt que le soir prévu, car elle voudrait voir sa sœur. Refus de la part du service. L'usagère rappelle le service en crise 15 minutes plus tard puis ne donne plus de nouvelles.

Observation 2.
La diversité des interventions face aux rechutes

À la lecture des dossiers, il apparaît que les pratiques devant les rechutes ne sont pas homogènes. Certains usagers ne collaborent pas mais n'ont aucune conséquence, d'autres reçoivent un avis en dépit de leur honnêteté, d'autres encore font l'objet d'un arrêt de séjour, etc.

Vignette clinique 2.
Exemple de congé définitif obligatoire
à la suite d'une rechute

Homme de 38 ans, dirigé par le Programme jeu pathologique.

L'usager utilise des services à l'interne au Centre Dollard-Cormier pour la deuxième fois. À la suite d'une rechute, il reçoit un avertissement : la prochaine rechute entraînera un renvoi définitif. Lors de la visite d'un appartement, l'usager fait une rechute de jeu. Il décrit ce qu'il s'est passé, ne comprend pas vraiment pourquoi, paraît désemparé mais ne réagit pas aux interventions pour le calmer. L'application de l'avertissement auparavant formulé conduit au congé définitif obligatoire.

Observation 3.

L'application des règles de vie et du cadre clinique

Les règles de vie permettent le bon fonctionnement du service. Le cadre clinique réfère aux interventions, prenant appui sur les règles de vie ou non, qui favorisent les changements chez les usagers. À la lecture des dossiers, il semble que les pratiques visant à répondre aux entorses aux règles ne soient pas homogènes. De plus, certaines situations paraissent exceptionnelles et donnent l'impression qu'une adaptation de la règle aurait pu s'avérer appropriée.

Vignette clinique 3. Exemple d'application du cadre

Homme de 51 ans, dirigé par le volet santé mentale dans l'objectif de retrouver des habitudes de vie saines.

L'utilisateur utilise des services internes pour la troisième fois. Malgré sa connaissance des règles et le fait qu'il soit en séjour interne, il sort du bâtiment afin d'avoir de l'intimité avec son conjoint. Il est homosexuel et craint les commentaires des autres usagers. Ce n'est pas la première fois que l'utilisateur joue avec les limites. Les intervenants décident de mettre l'utilisateur en arrêt de séjour pendant 24h afin qu'il réfléchisse.

3.2 PARTIE II : AUTRES VARIABLES ASSOCIÉES AUX MOTIFS DE DÉPART

À l'exception des événements précipitant le départ et des indices précurseurs, les variables identifiées dans cette étude ont fait l'objet d'analyses statistiques afin de vérifier leur impact sur les motifs de départ. Pour les besoins de l'analyse, nous avons divisé ces motifs en deux catégories : congés définitifs réguliers (CDR) et autres motifs (CDO, RS et F).

Les CDR ne se distinguent pas des autres motifs de départ au niveau de l'âge et du sexe des usagers. Par exemple :

- ❖ Âge moyen : CDR = 42,8 ans; autres motifs = 43,4 ans (différence non significative);
- ❖ Sexe : CDR : 30 % féminin; autres motifs 24 % féminin (différence non significative).

Les usagers qui quittent le programme en CDR demeurent en hébergement plus longtemps que les autres.

- ❖ Durée du séjour : CDR : 78,4 jours; Autres : 41,56 jours. Test $t(33) = 2,54, p < 0,05^2$

3.2.1 Consommation principale

Le tableau 1 permet de constater que la substance consommée principalement par les usagers en CDR est différente de celle consommée par les usagers ayant quitté pour d'autres motifs, et ce, à deux niveaux :

- ❖ Les personnes quittant en CDR sont plus nombreuses à consommer de l'alcool que les personnes quittant pour d'autres motifs : chez 40 % des CDR, la consommation principale est l'alcool alors que seulement 20 % des autres motifs consomment principalement cette substance;
- ❖ Les personnes quittant pour d'autres motifs sont beaucoup plus nombreuses à consommer plus d'une substance : seulement 20 % des CDR consomment simultanément de l'alcool et au moins une autre drogue alors que 52 % des autres motifs consomment plus d'une substance (32 % alcool et drogue + 20 % consomment plus d'une drogue).

² Les « formules mathématiques » indiquent les résultats de tests statistiques. « t » signifie qu'un test t de Student a été effectué pour comparer des moyennes, « F » réfère à un ANOVA qui permet de comparer plusieurs groupes et « r » indique une corrélation de Pearson, c'est-à-dire qu'il existe une association entre deux variables. L'expression « p < » exprime la probabilité qu'une différence observée soit due au hasard, ex. $p < 0,01$ signifie qu'il y a moins d'une chance sur 100 pour que la différence soit due au hasard.

3.2.2 Médication psychotrope

La principale donnée qui se dégage du tableau 2 est que la majorité des personnes quittant le programme en CDR (70%) ne prennent aucun médicament psychotrope alors que 32% seulement des personnes quittant le programme pour d'autres motifs n'en font

pas usage. Ainsi, 68% des usagers quittant prématurément le programme en raison d'un congé définitif obligatoire, d'un refus de séjour ou d'une fugue ont une prescription de médicaments psychotropes – anxiolytique, antidépresseur, etc.

TABLEAU 1 Répartition de la consommation principale en fonction des motifs de départ

	CDR ^a		AUTRES MOTIFS ^b	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
ALCOOL	4	40	5	20
COCAÏNE	0	0	2	8
OPIACÉES	0	0	1	4
CANNABIS	1	10	1	4
ALCOOL-DROGUES	2	20	8	32
POLYTOXICOMANIE	0	0	5	20
JEU	1	10	0	0
ALCOOL-JEU	1	10	1	4
DROGUES-JEU	0	0	1	4
ALCOOL-DROGUES-JEU	0	0	1	4
TOTAL	9	90	25	100
MANQUANT	1	10	0	0
TOTAL	10	100	25	100

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

TABLEAU 2 Prescription de médicaments psychotropes en fonction des motifs de départ

	CDR ^a		AUTRES MOTIFS ^b	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
AUCUN	7	70	8	32
ANXIOLYTIQUES			1	4
ANTIDÉPRESSEUR (AD)	1	10	6	24
ANTIPSYCHOTIQUE			1	4
ANXIO + AD	1	10	2	8
AD+ANTIPSYCO	1	10	5	20
ANXIO+AD+ANTIPSYCHO			2	8
TOTAL	10	100	25	100

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

Note : Nous avons regroupé les antipsychotiques, les antimaniaques et les stabilisateurs de l'humeur sous la rubrique « antipsychotique » à cause de leur petit nombre.

3.2.3 Diagnostic

Bref, chez les CDR, 50 % n'ont aucun diagnostic psychiatrique, 40 % ont un trouble de l'humeur et seulement 10 % ont plus d'un diagnostic. Tandis que chez les personnes ayant quitté pour d'autres motifs, seulement 24 % n'ont aucun diagnostic, 36 % ont un diagnostic et bon nombre d'entre elles (40 %) ont deux ou trois diagnostics concomitants.

3.2.4 Provenance

Le tableau 4 permet de constater que 60 % des gens qui quittent le programme pour d'autres motifs proviennent des programmes de santé mentale et itinérance. Seuls les individus provenant du Programme de jeu pathologique ont un plus grand nombre de CDR. Ces

données correspondent au portrait sommaire de l'année 2005-2006 du Programme réadaptation interne pour adultes où l'on rapporte que 73,3 % des joueurs pathologiques quittent en CDR, alors que 61,1 % des usagers dirigés par le volet santé mentale et 75 % de ceux qui proviennent du Programme itinérance quittent pour d'autres motifs.

Provenance et médication

Le tableau 5 permet de mettre en évidence le haut taux de médication des individus qui proviennent du Programme itinérance. En effet, 80 % d'entre eux ont une prescription pour au moins un médicament psychotrope alors que 55 % ou moins des usagers qui proviennent des autres programmes ont une telle prescription.

TABEAU 3 Répartition des diagnostics indiqués au dossier en fonction des motifs de départ

	CDR ^a		AUTRES MOTIFS ^b	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
TROUBLES DE L'HUMEUR	4	40	3	12
TROUBLES OU TRAITS DE PERSONNALITÉ			3	12
AUTOMUTILATION/IDÉES SUICIDAIRES			2	8
MALADIES PHYSIQUES IMPORTANTES			1	4
TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR			2	8
TROUBLES DE L'HUMEUR ET DE LA PERSONNALITÉ			1	4
TROUBLES DE L'HUMEUR ET IDÉES SUICIDAIRES			2	8
TROUBLES ANXIEUX, DE L'HUMEUR ET DE LA PERSONNALITÉ			1	4
TROUBLES DE L'HUMEUR, DE LA PERSONNALITÉ ET IDÉES SUICIDAIRES			1	4
TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET COGNITIFS			1	4
TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET MALADIES PHYSIQUES			1	4
TROUBLES COGNITIFS ET MALADIES PHYSIQUES			1	4
PSYCHOSE, TROUBLES COGNITIFS ET MALADIES PHYSIQUES	1	10		
AUCUN DIAGNOSTIC	5/10	50 %	6/25	24 %
AU MOINS UN DIAGNOSTIC	5/10	50 %	19/25	76 %

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

Note : La validité du diagnostic varie beaucoup d'un dossier à l'autre. Dans certains cas, il s'agit d'informations tirées d'un rapport psychiatrique complet, dans d'autres, le diagnostic a été posé par un psychiatre ou un généraliste et rapporté par l'utilisateur, dans d'autres cas, il s'agit de commentaires des intervenants (ex. : idéations suicidaires, dépressif).

TABLEAU 4 Programme d'origine de l'utilisateur en fonction des motifs de départ

	CDR ^a		AUTRES MOTIFS ^b	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
PROGRAMME ADULTE, VOLET GÉNÉRAL	1	10	5	20
PROGRAMME ADULTE, VOLET SANTÉ MENTALE	2	20	7	28
PROGRAMME ITINÉRANCE ET SANS DOMICILE FIXE	2	20	8	32
PROGRAMME DÉSINTOXICATION	1	10	3	12
PROGRAMME JEU PATHOLOGIQUE	3	30	2	8
PROGRAMME ADULTE, VOLET JUSTICE	1	10		
TOTAL	10	100	25	100

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

TABLEAU 5 Usage de médicaments psychotropes en fonction du programme d'origine de l'utilisateur

USAGE DE MÉDICAMENTS	PROVENANCE DE LA DEMANDE					
	PROGRAMME ADULTE, VOLET GÉNÉRAL	PROGRAMME ADULTE, VOLET SANTÉ MENTALE	PROGRAMME ITINÉRANCE ET SANS DOMICILE FIXE	PROGRAMME DÉSINTOXICATION	PROGRAMME JEU PATHOLOGIQUE	PROGRAMME ADULTE, VOLET JUSTICE
AUCUN	3	4	2	2	3	1
ANXIOLYTIQUES	0	1	0	0	0	0
ANTIDÉPRESSEUR (AD)	1	3	3	0	0	0
ANTIPSYCHOTIQUE	1	0	0	0	0	0
ANXIO + AD	1	0	2	0	0	0
AD+ANTIPSYCO	0	1	3	1	1	0
ANXIO+AD+ANTIPSYCHO	0	0	0	1	1	0
TOTAL	3/6	5/9	8/10	2/4	2/5	0/1
TOTAL (%)	50	55,5	80	50	40	0

3.2.5 Nombre de séjours antérieurs

Les tableaux 6 et 7 permettent de constater que les usagers qui quittent le programme pour des motifs autres que le CDR ont séjourné plus fréquemment au Programme réadaptation interne pour adultes que ceux qui quittent en CDR (en moyenne 0,88 fois comparativement à 0). La différence est encore plus marquée lorsque l'on compare le nombre de séjours de ces usagers dans d'autres services internes du Centre Dollard-Cormier (2,2 vs 0,4). Ces différences de moyenne sont statistiquement significatives peu

importe si l'on regroupe les autres motifs tel que présentés au tableau 6 ($t_{(24)} = -4,7$, $p < 0,001$; $t_{(31,7)} = -4,7$, $p < 0,001$) ou si l'on traite séparément les situations comme dans le tableau 7 ($F_{(3,31)} = 3,2$, $p < 0,05$; $F_{(3,31)} = 13,9$, $p < 0,001$).

Il y a aussi une corrélation entre le nombre de séjours au Programme réadaptation interne pour adultes et le nombre de séjours dans d'autres services internes : $r = 0,51$, $p < 0,01$.

TABEAU 6 Nombre moyen de séjours antérieurs en fonction des motifs de départ (CDR vs autres motifs)

TYPE DE SÉJOURS	MOYENNE DES CDR ^a (n=10)	MOYENNE DES AUTRES MOTIFS ^b (n=25)
SÉJOURS AU PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES***	0	0,88
SÉJOURS DANS D'AUTRES SERVICES***	0,4	2,2

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

*** p<0,001

TABEAU 7 Nombre moyen de séjours antérieurs en fonction des motifs de départ (comparaison de tous les motifs non regroupés)

	MOYENNE DES CDR ^a (n=10)	MOYENNE DES CDO ^b (n=14)	MOYENNE DES RS ^c (n=7)	MOYENNE DES FUGUES (n=4)
SÉJOURS À L'HÉBERGEMENT (PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES)*	0	0,79	0,86	1,25
SÉJOURS DANS D'AUTRES SERVICES***	0,4	1,93	1,29	4,75

^a Congé définitif régulier

^b Congés définitif obligatoire

^c Refus de séjour

* p<0,05,

*** p<0,001

Le tableau 8 présente de façon plus détaillée le nombre de séjours antérieurs effectués en fonction du motif de départ.

Les motifs exprimés dans la demande d'hébergement ont été regroupés en trois catégories : les motifs reliés à la consommation (par ex. : besoin de stabiliser la consommation ou maintenir les acquis), les difficultés psychologiques (par ex. : deuil difficile, séparation non résolue) et les difficultés sociales (par ex. : sans logement, faible réseau social). Il est à noter qu'il arrive souvent que plus d'un motif soit formulé à l'intérieur d'une même demande.

Même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($F_{(6,24)} = 1,90$, $p = 0,12$) ($F_{(6, 24)} = 1,18$, $p = 0,35$), certaines données du tableau 9 soulèvent une piste intéressante. C'est-à-dire que la présence de difficultés sociales semble être associée à un plus grand nombre de séjours antérieurs, tant au Programme réadaptation interne pour adultes qu'aux autres services internes du Centre.

3.2.6 Atteinte des objectifs

Le tableau 10 vise à vérifier si les usagers qui quittent le programme pour d'autres motifs qu'un congé régulier atteignent leurs objectifs durant leur séjour.

Afin de quantifier l'atteinte des objectifs, la procédure suivante a été utilisée : lorsque l'intervenant indique sur la feuille de départ de l'utilisateur, sous la rubrique « objectif », que les objectifs n'ont pas été atteints, une cote de « 0 » est donnée, lorsque les objectifs ont été partiellement atteints (certains objectifs atteints, d'autres pas), une cote de « 1 » est allouée et lorsque les objectifs sont tous atteints, une cote de « 2 » est attribuée.

L'analyse statistique de ces résultats révèle que l'atteinte moyenne des objectifs selon la perception des intervenants diffère significativement selon les types de motifs de départ ($F_{(2, 13)} = 10,32$, $p < 0,01$). Une telle statistique ne peut être obtenue pour la perception des usagers, car il n'y a pas de variation intra-groupe.

TABLEAU 8 Distribution du nombre de séjours antérieurs en fonction du motif de départ

	NOMBRE DE SÉJOURS	CDR ^a (n=10) NOMBRE (%)	AUTRES MOTIFS ^b (n=25) NOMBRE (%)
SÉJOURS AU PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES	0	10 (100)	11 (44)
	1		7 (28)
	2		6 (24)
	3		1 (4)
SÉJOURS DANS D'AUTRES SERVICES	0	6 (60)	3 (12)
	1	4 (40)	8 (32)
	2		4 (16)
	3		6 (24)
	4		1 (4)
	5		2 (8)
	6		
	7		1 (4)

^a Congé définitif régulier

^b Incluant les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues

De plus, on observe une corrélation de -0,77 ($p < 0,001$) entre le motif de départ et l'atteinte des objectifs selon l'intervenant et une corrélation de -0,98 ($p < 0,001$) entre le motif de départ et l'atteinte des objectifs selon l'utilisateur. Ainsi, les personnes qui quittent un programme en CDR atteignent plus leurs objectifs que ceux qui le quittent pour d'autres motifs, peu importe que l'atteinte des objectifs soit vérifiée selon la perception de l'intervenant ou celle de l'utilisateur.

La perception de l'utilisateur et celle de l'intervenant sont aussi modérément associées : $r = 0,62$, $p < 0,05$.

À la lecture du tableau 11, on constate que la perception de l'atteinte des objectifs diminue en fonction du nombre de séjours antérieurs, tant au Programme réadaptation interne pour adultes que dans les autres services. Cette perception est beaucoup plus marquée

chez les usagers. En effet, le nombre de séjours au Programme réadaptation interne n'influence pas la perception de l'atteinte des objectifs par les intervenants tandis qu'il influence de façon significative la perception des usagers. Quant au nombre de séjours dans d'autres services, il influence la perception des intervenants, mais tout particulièrement celle des usagers. Comme illustré dans le tableau 12, plusieurs données manquent dans la section « objectifs » de la feuille de départ. De plus, nous avons observé que le nombre de données manquantes varie en fonction des motifs de départ.

En portant attention à la situation, nous avons remarqué que lorsque le motif de départ n'est pas un CDR, la section « objectifs » de la feuille de congé n'est pas vraiment vide, mais contient fréquemment un texte qui ne répond pas à la question. (Voir encadré p. 22)

TABEAU 9 Nombre de séjours antérieurs et nature de la demande

	MOYENNE DU NOMBRE DE SÉJOURS AU PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES	MOYENNE DU NOMBRE DE SÉJOURS DANS D'AUTRES SERVICES INTERNES
CONSOMMATION (n=6)	0,33	1,17
DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES (n= 2)	0	1
DIFFICULTÉS SOCIALES (n=2)	1	2,5
CONS. + PSY. (n=7)	0,29	1,14
CONS. + SOCIAL (n=8)	0,5	2
PSY. + SOCIAL (n=1)	0	0
CONS. + PSY. + SOCIAL (n=5)	1,6	3,2
TOTAL (n=31)	0,58	1,74

TABEAU 10 Atteinte des objectifs en fonction du motif de départ

	OBJECTIFS SELON INTERVENANT (n=16)	OBJECTIFS SELON USAGER (n=12)
CONGÉ DÉFINITIF RÉGULIER	1,78	2
CONGÉ DÉFINITIF OBLIGATOIRE	1	
REFUS DE SÉJOUR	0,67	1
FUGUE		1
TOTAL	1,38	1,75

TABEAU 11 Corrélations entre le nombre de séjours antérieurs et l'atteinte des objectifs

	OBJECTIFS SELON INTERVENANT (n=16)	OBJECTIFS SELON USAGER (n=12)
NOMBRE DE SÉJOURS AU PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES	-0,26	-0,68*
NOMBRE DE SÉJOURS DANS D'AUTRES SERVICES	-0,52*	-0,71**

* p<0,05

*** p<0,01

TABEAU 12 Nombre de données manquantes au sujet des objectifs en fonction des motifs de départ

	OBJECTIFS SELON INTERVENANT	OBJECTIFS SELON USAGER
CDR	1/10	1/10
AUTRES MOTIFS	18/25	22/25

Exemples de textes inscrits dans la section «objectifs»

Ex. 1) Perception de l'utilisateur : « Insatisfait de l'encadrement offert concernant la planification de son horaire vs nos exigences. Impression de ne pas recevoir suffisamment de renforcement positif ».

Ex. 2) Perception de l'intervenant : « Devons composer avec 2 comportements spécifiques :
1. Non-respect des engagements, recherche de mesures d'exception (négociation), ex. date d'admission, 5 jours interne, heure de souper, présence aux groupes, sortie non autorisée.
2. Difficulté à assumer ses responsabilités; choix d'être à l'interne, expression de certains besoins, gestion de son argent. Priorise son travail ainsi que son conjoint ».

4. FAITS SAILLANTS ET PISTES DE RÉFLEXIONS

4.1 FAITS SAILLANTS

4.1.1 Partie I : Événements précipitant le départ et indices précurseurs

Les événements qui précipitent le départ peuvent être classés en quatre catégories (en ordre décroissant de fréquence) :

- ✧ Les événements reliés à une rechute de consommation ;
- ✧ Les événements reliés aux règles de fonctionnement du service ;
- ✧ L'inadéquation entre les besoins de l'utilisateur et l'orientation (l'utilisateur est dirigé vers le mauvais service) ; et
- ✧ La lourdeur excessive de la clientèle.

La comparaison des usagers s'étant prévalus d'un congé définitif régulier avec ceux ayant quitté le programme pour d'autres motifs permet de constater que le niveau de fonctionnement global des premiers est plus élevé que celui des seconds, c'est-à-dire qu'ils possèdent plus de compétences sociales, professionnelles et interpersonnelles.

De plus, en parcourant les notes dans les dossiers, certains éléments ou situations non prévus lors de la création du formulaire de collecte de données ont été observés et mentionnés dans le rapport. En effet, ceux-ci semblent utiles à la compréhension des motifs de départ et ils méritent une discussion, c'est le cas notamment du paradoxe de l'arrêt de séjour, de la diversité des interventions face aux rechutes et de l'application des règles de vie et du cadre clinique.

4.1.2 Partie II : Autres variables associées aux motifs de départ

Les CDR sont représentés surtout par des consommateurs d'alcool (40%), qui ne prennent aucune médication psychotrope (70%). Ils n'ont aucun diagnostic psychiatrique (50%) ou ont uniquement un diagnostic de trouble de l'humeur (40%). Ils sont plus souvent

dirigés par le Programme jeu pathologique que ceux qui quittent le programme pour d'autres motifs (30% vs 8%). Ces usagers en sont à leur premier séjour au Programme réadaptation interne pour adultes et la plupart n'ont jamais reçu d'autres services internes (60%). Ils atteignent davantage leurs objectifs que ceux qui quittent le programme pour d'autres motifs, peu importe que ce soit selon la perception de l'utilisateur ou de l'intervenant.

Les usagers qui quittent le programme pour d'autres motifs consomment souvent plus d'une substance (alcool et drogue ou plusieurs drogues dans 52% des cas). Une minorité ne reçoit aucune médication psychotrope (32%). On estime que 76% de ces usagers ont reçu au moins un diagnostic psychiatrique, et pour la moitié d'entre eux, plus d'un diagnostic a été établi ; on retrouve donc une cooccurrence très élevée. Ces personnes sont plus souvent dirigées par les programmes de santé mentale et itinérance que dans le cas des personnes ayant un CDR (60% vs 40%). Il est à noter que 80% des usagers itinérants prennent au moins un médicament psychotrope. Plus de la moitié des personnes qui quittent le programme pour des motifs autres que le CDR ont déjà séjourné au Programme réadaptation interne pour adultes (56%) et une minorité n'a jamais été hébergée dans d'autres services (12%).

De plus, il semble que le nombre de séjours antérieurs soit associé à des motifs de demande d'aide reliés à des difficultés d'ordre social (par ex. : absence de logement ou réseau social déficient).

Le nombre de séjours antérieurs semble aussi négativement associé à l'atteinte des objectifs, surtout selon la perception de l'utilisateur. En effet, plus l'utilisateur a fait de séjours, moins il a l'impression d'avoir atteint ses objectifs au moment du départ.

Bref, des différences au niveau de la gravité de la consommation, de la présence de troubles concomitants et de la récurrence de la demande d'aide permettent d'établir des distinctions dans les motifs de départ.

4.2 PISTES DE RÉFLEXION

4.2.1 Réflexions préliminaires des chercheurs

En considérant les résultats présentés dans les deux premières parties de ce document (les événements précipitant le départ des usagers, les indices précurseurs et les autres variables associées aux motifs de départ), nous avons exploré plusieurs pistes de réflexion.

Tout d'abord, une première piste explore la question du **seuil de tolérance par rapport à la rechute**, particulièrement dans une perspective de réduction des méfaits. En fait, il semble que plus le niveau de tolérance des intervenants face aux rechutes de consommation est important plus le nombre de congés prématurés diminue. Est-ce qu'un usager qui vit une rechute et qui ne veut pas en parler doit recevoir un CDO ? Est-ce qu'un autre vivant une situation similaire et s'opposant aux intervenants doit recevoir un CDO ? Est-ce qu'un usager qui vit une rechute et qui parle vaguement des raisons de celle-ci doit recevoir un CDO ? Est-ce qu'un autre vivant une rechute et parlant clairement des raisons de sa rechute doit recevoir un CDO ?

Une autre piste de réflexion porte sur le **mode d'intervention post-rechute**. Est-il possible d'intervenir à la suite d'une rechute de consommation, sans que l'usager vive subjectivement un sentiment de rejet ou l'impression d'être puni parce qu'il a rechuté ? Et ce, sans le placer à risque de poursuivre cette rechute ?

Comment **harmoniser l'application du code de vie** ? Les règles (ou code de vie) sont-elles trop rigides pour certains usagers – posant un risque d'infantilisation – et trop souples pour d'autres causant un jeu perpétuel sur les limites permises ? Quelles situations devraient être considérées comme exceptionnelles ?

Une autre piste de réflexion concerne la **mixité des clientèles**. Nous avons remarqué que plus le niveau de fonctionnement global des personnes est bas, plus les risques de CDO sont élevés. Alors, le programme est-il adapté pour toutes les clientèles ?

Il faut aussi se demander comment le **nombre de séjours antérieurs peut influencer** les motifs de départ. Diminue-t-il la perception d'auto-efficacité ? Les attentes de l'usager ? Ce nombre peut-il être relié à la lourdeur objective ?

4.2.2 Réflexions développées durant la réunion d'équipe

En premier lieu, l'ensemble du document, composé des parties I, II et III, a été remis à l'équipe du Programme réadaptation interne pour une lecture préalable. Par la suite, les chercheurs ont présenté leurs résultats lors d'une réunion d'équipe tenue le 16 mai 2007. Un échange a alors eu lieu à propos du document et de ses implications. Durant cette réunion, plusieurs commentaires et suggestions ont été émis et ont été regroupés selon cinq thématiques.

Thème 1 : Utilisation de l'arrêt de séjour

L'arrêt de séjour est un levier d'intervention, un moyen utilisé afin de faire progresser la réflexion des usagers ou pour préserver la cohésion du groupe en réadaptation interne. L'utilisation de cette méthode est vécue différemment selon les usagers, certains ayant un niveau de fonctionnement élevé peuvent bénéficier de cette période d'arrêt, tandis que d'autres, avec sans doute un niveau de fonctionnement moins élevé, vivent un sentiment de rejet ou de punition. Dans ce dernier cas, les usagers ont l'impression d'avoir échoué. Ils considèrent qu'ils n'ont ni comblé leurs propres attentes ni celles des intervenants.

Afin d'accroître la rétention en traitement, la pratique de l'arrêt de séjour en réponse à une rechute de consommation aurait avantage à être évitée. L'un des moyens à privilégier pour corriger la situation serait la pratique d'un arrêt de séjour à l'interne, avec interdiction de sortie. Une autre option serait de conclure une entente avec l'urgence afin qu'un usager qui revient intoxiqué ne dérange pas les autres usagers tout en étant dans un lieu sécuritaire pour dégriser.

Thème 2 : Individualisation des interventions

À la lecture des dossiers, nous avons remarqué que les pratiques devant les entorses aux règles de vie ne semblent pas homogènes. Il s'agit d'une volonté d'individualiser le suivi pour chaque usager afin d'être le plus près possible de ses besoins. L'application des règles de vie tient compte, dans la mesure du possible, des circonstances particulières. En fait, l'harmonisation de l'application du code de vie aux usagers peut placer les intervenants dans des positions intenables. Si un accommodement aux règles de vie est accordé, à cause d'un enjeu clinique plus important, ce manquement entraîne une incohérence envers les autres usagers et diminue la crédibilité de l'intervenant dans le groupe. Par exemple, une personne itinérante qui vit dans la rue depuis plusieurs années pourra montrer une difficulté plus importante à se présenter à l'heure

à ses rendez-vous qu'une personne ayant un emploi stable. Toutefois, si un accommodement est consenti à un usager qui arrive en retard, cela peut engendrer un problème de cohésion au sein du groupe d'usagers. Certains auront l'impression que d'autres usagers possèdent des passe-droits. Cela peut provoquer également un sentiment d'iniquité chez les intervenants, qui ne veulent pas donner l'impression de distribuer des privilèges.

Ces situations reflètent l'hétérogénéité de la clientèle. Les interventions, si elles cherchent à être individuelles et adaptées pour chaque usager, ne peuvent être homogènes devant une telle mixité de la clientèle. Les règles de vie peuvent parfois paraître rigides pour certains usagers (présentant un risque d'infantilisation) et trop souples pour d'autres (causant une remise en question perpétuelle des limites).

Thème 3 : Adaptation à la diversité des usagers

Une importante question émerge de la discussion : le Programme réadaptation interne est-il adapté à tous les usagers ? Le profil biopsychosocial et de fonctionnement global des usagers varie de manière considérable (voir Partie II) et reflète une mixité des problématiques. Par exemple, un usager itinérant ayant une polyconsommation de SPA, sans emploi, sans réseau familial et social n'a que peu de points communs avec un usager ayant un emploi de professionnel, vivant au sein d'une famille avec des enfants et qui consomme de l'alcool. Un travail en réadaptation interne auprès d'une clientèle aussi hétérogène pose des défis importants pour l'organisation des services. Faudrait-il créer deux unités avec des codes de vie plus ou moins exigeants afin de s'adapter au niveau de compétences des individus ? Comment pourrait-on augmenter les compétences sociales, nécessaires à la vie de groupe, chez ceux qui en ont besoin ? Doit-on leur offrir d'assister à de tels groupes en début de réadaptation ou en faire un prérequis nécessaire à leur admission ?

De plus, étant donné la complexité du profil de nombreux usagers, les intervenants souhaitent l'ouverture d'un poste de professionnel au sein de l'équipe afin de les soutenir et d'offrir le meilleur service possible à cette clientèle souffrant de plusieurs troubles concomitants.

Thème 4 : L'élaboration d'un cadre clinique

L'équipe considère que les résultats de cette étude arrivent à un moment propice, car elle a déjà amorcé une réflexion qui l'a conduite à se doter d'un nouveau code de vie. Devant la mixité de la clientèle et des situations de vie quotidienne rencontrées, l'idée d'élaborer un

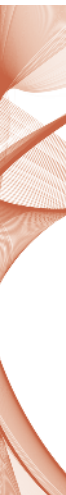
cadre clinique a été lancée. Ce cadre clinique poserait la question des approches utilisées, de la place de la réduction des méfaits et du seuil de tolérance par rapport à la rechute. Ce cadre servirait de base de réflexion commune à l'ensemble de l'équipe et, par exemple, des critères cliniques pourraient être mis en place au niveau des interventions pour faire face à une rechute de consommation durant la réadaptation.

De plus, l'équipe mentionne que le double rôle joué par les intervenants, c'est-à-dire touchant à la fois l'application des règles de vie et l'intervention, s'avère parfois contre-productif. Puisque les intervenants sont les garants des règles de vie de l'unité, la révélation par l'usager de certains comportements en vue d'obtenir de l'aide peut engendrer des conséquences déplaisantes pour ce dernier. Ainsi, un usager qui rapporte sa rechute de consommation ou une relation amoureuse avec un autre usager risque un arrêt de séjour ou une exclusion. Cette situation favorise le silence, voire le mensonge, des usagers qui savent que les intervenants possèdent ce pouvoir et ne prennent donc pas le risque de se dévoiler.

Thème 5 : Sensibilisation aux objectifs du programme

Une confusion semble exister entre le mandat de réadaptation et celui de thérapie. Les objectifs du Programme réadaptation interne semblent parfois peu clairs ou mal compris par les usagers, mais aussi par certains intervenants. Ainsi, le Programme réadaptation interne pour adultes a un mandat de réadaptation et non un mandat de thérapie. Certains thèmes ne peuvent donc pas être travaillés à un niveau clinique.

Cette discussion met en lumière la présence d'un besoin non comblé par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. En effet, il semble exister un vide de service entre : 1) le Programme désintoxication, qui a un mandat de sevrage ou de récupération ; et 2) le Programme réadaptation interne pour adultes, qui a un mandat de rétablissement de l'état psychologique, de l'état de santé et la réinsertion de la personne dans son milieu naturel. En effet, certains usagers s'attendent à des suivis thérapeutiques qui ne sont pas présents dans le milieu. Un service de réadaptation proposant, en plus des services actuels, des thérapies à l'interne ou le développement d'un réseau de référence comblerait cette fonction.

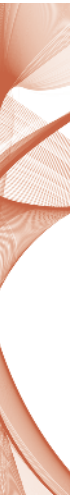




5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude possède un caractère exploratoire, car elle soulève des hypothèses et des pistes de réflexion intéressantes. Cependant, plusieurs éléments limitent la généralisation des résultats :

1. Seulement 35 dossiers ont été étudiés ;
2. La validité des données varie d'un dossier à l'autre, en raison notamment des diagnostics. Dans certains cas, il s'agit d'informations tirées d'un rapport psychiatrique complet, dans d'autres, le diagnostic a été posé par un psychiatre ou un généraliste et rapporté par l'utilisateur, dans d'autres cas, il s'agit de commentaires des intervenants (par ex. : idées suicidaires, dépressif, etc.) ;
3. Étant donné la complexité de certains dossiers, leur épaisseur et leur organisation, il est possible que des informations pertinentes n'aient pas été retracées par les chercheurs (par ex. : médication, diagnostic, séjours antérieurs, etc.) ;
4. Les informations contenues dans les dossiers peuvent ne représenter qu'une partie du contexte ayant mené à un départ anticipé ;
5. De par la nature exploratoire de la recherche, aucune hypothèse concernant la classification des événements qui précipitent le départ n'a été émise avant d'effectuer l'étude, la classification a été effectuée après la collecte des données. Il est donc possible que des catégories différentes émergent d'un autre échantillon.





6. CONCLUSION

Il convient de bien situer la portée de cette recherche et ses possibilités de généralisation. L'étude décrite est exploratoire et avait pour objectif d'ouvrir des pistes de réflexions sur les facteurs pouvant expliquer les congés définitifs obligatoires, les refus de séjour et les fugues des usagers. En fait, son but ne visait pas en tant que tel à confirmer les facteurs causals des fins de séjour, mais bien à dégager rapidement des pistes de réflexion pouvant mener à des actions concrètes afin d'améliorer la rétention en traitement. Éventuellement, les hypothèses soulevées par cette étude pourraient faire l'objet d'une autre plus étoffée afin de confirmer les premiers résultats.

Selon les données recueillies au cours de cette étude, plus de la moitié des départs prématurés sont reliés à des rechutes de consommation et la plupart des autres, au non-respect du code de vie. Dans l'échantillon analysé, les personnes qui quittent le programme pour d'autres motifs qu'un congé régulier ont un profil plus grave en termes de consommation de SPA, de médication psychotrope, de psychopathologie et de récurrence de demande d'aide que celles qui terminent en congé régulier. En plus de ces principaux

résultats, certaines observations pouvant influencer la rétention en traitement, comme le paradoxe de l'arrêt de séjour, la diversité des interventions face aux rechutes ainsi que l'application des règles de vie et du cadre clinique, ont été rapportées par les chercheurs.

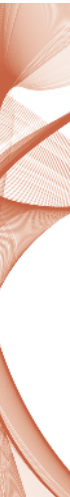
De tels résultats ne vont pas sans susciter de nombreuses questions tant de la part des chercheurs que des intervenants qui en ont été informés lors d'une réunion de l'équipe du Programme réadaptation interne pour adultes. En effet, la problématique de l'étude s'avère très complexe, car elle résulte des effets des interactions entre l'utilisateur, les intervenants et l'organisation des services. Doit-on accroître les compétences sociales des usagers ou s'adapter à leurs capacités? Comment intervenir à la suite d'une rechute de consommation sans placer l'utilisateur dans une situation de risque? Comment gérer l'hétérogénéité des usagers dans un contexte de vie de groupe à l'interne? Le Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances devrait-il offrir une thérapie à l'interne ou compter sur un réseau de références pour répondre aux attentes de tous les usagers? Autant de questions qui invitent à la poursuite de la réflexion.





ANNEXE 1. FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES

(PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES 2007)





ANNEXE 1. FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES

(PROGRAMME RÉADAPTATION INTERNE POUR ADULTES 2007)

1. Numéro de dossier _____
2. Âge _____
3. Sexe _____
4. Consommation principale _____
5. Provenance de la demande (programme/service) (*feuille de demande de séjour, rubrique point de service*)

6. Nature de la demande (*feuille de demande de séjour*) _____

7. a) Nombre de séjours antérieurs à l'hébergement adulte (*feuille d'épisodes de services*) _____
b) Résultats : RS (refus de séjour), CDO (congé définitif obligatoire), CDR (congé définitif régulier), F (fugue)
Séjour 1 _____ Année _____
Séjour 2 _____ Année _____
Séjour 3 _____ Année _____
Séjour 4 _____ Année _____
8. a) Nombre de séjours antérieurs dans d'autres services (*feuille d'épisodes de services*) _____
b) Résultats : RS (refus de séjour), CDO (congé définitif obligatoire), CDR (congé définitif régulier), F (fugue)
Séjour 1 _____ Année _____ Service _____
Séjour 2 _____ Année _____ Service _____
Séjour 3 _____ Année _____ Service _____
Séjour 4 _____ Année _____ Service _____

9. Psychiatrie et médication psychotrope (*suivi médical, rubrique particularité au niveau de la santé psychologique de la feuille d'objectifs ou feuille de demande de séjour*)

a) Diagnostic(s) psychiatrique(s)

b) Médication (médicaments, prescription suivie oui ou non)

10. Durée du séjour _____

11. Motif de départ (*feuille de fin de séjour ou notes cliniques*)

a) Nature : RS (refus de séjour), CDO (congé définitif obligatoire), CDR (congé définitif régulier), F (fugue) _____

b) Description de l'événement précipitant : _____

c) Est-ce un événement unique ou répété? _____

d) Cet événement est-il lié ou non à la consommation? _____

12. Indices précurseurs (*notes cliniques des 4 à 5 jours précédant le départ et, au besoin, plus en arrière*) (ex. : moins grand respect de la planification, retard aux activités, avertissements, difficulté plus grande avec le cadre, indice de désorganisation, etc.)

13. Atteinte des objectifs (*feuille de fin de séjour*)

a) selon la perception de l'intervenant : _____

b) selon la perception de l'utilisateur : _____

14. Planification de la suite (si disponible) (ex. : veut poursuivre en externe)

Cette planification se réalise-t-elle ? (ex. : temps de suivi en externe après l'hébergement)

15. Recommandation pour un séjour éventuel (si présente) (*feuille de fin de séjour*)

16. Encadrement privilégié (si présent) (*feuille de fin de séjour*)





CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGREMENT**