

Mars 2005

# Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation

**Marie Lecavalier**

Coordonnatrice à la Direction des services professionnels pour l'équipe  
Service à la communauté (volet formation/consultation)

**Yvon Blais**

**Rolande Chainey**

**Isabelle Denis**

**Lorraine Mantha**

**CENTRE DOLLARD-CORMIER**  
*Centre de réadaptation – Montréal*  
*Alcoolisme – Toxicomanie – Jeu excessif*





# R

## emerciements

Ce cahier n'aurait pu voir le jour sans la précieuse collaboration de plusieurs acteurs. En premier lieu, nous sommes redevables à monsieur Pierre Brisson qui a donné au Québec un cadre de référence à cette approche.

Un merci bien spécial à madame Hélène Simoneau qui a su mettre à notre disposition ses connaissances.

Merci à toute l'équipe du service à la communauté spécialement à madame Isabelle Denis pour sa précieuse collaboration.

Merci également à mesdames Yolande Pouliot et Karine Bélanger pour la révision de la bibliographie.

Finalement, merci à madame Francine Foisys pour son soutien technique et la révision.





# T

## able des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Les origines de la réduction des méfaits</b> .....	<b>9</b>
<b>Le cadre théorique</b> .....	<b>13</b>
▪ Définitions .....	<b>13</b>
▪ Sources, valeurs et caractéristiques .....	<b>14</b>
▪ Champ d'action de la réduction des méfaits .....	<b>17</b>
<b>Réadaptation</b> .....	<b>21</b>
▪ Origine de l'approche du modèle de la réduction des méfaits dans le cadre de la réadaptation .....	<b>21</b>
▪ L'alliance entre réadaptation et réduction des méfaits : un paradoxe .....	<b>21</b>
▪ Les constats à l'origine de l'intégration de l'approche de réduction des méfaits dans le cadre de la réadaptation .....	<b>23</b>
▪ La réponse aux constats .....	<b>31</b>
<b>Principes d'intégration de l'approche dans le cadre de la réadaptation</b> .....	<b>33</b>
<b>L'organisation des services du centre Dollard-Cormier et la réduction des méfaits</b> .....	<b>35</b>
▪ Le cadre thérapeutique .....	<b>40</b>
▪ La modification de la consommation .....	<b>42</b>
<b>Forces et faiblesses de l'approche</b> .....	<b>43</b>
<b>Applications concrètes</b> .....	<b>49</b>
▪ Réduction des méfaits en milieu scolaire .....	<b>49</b>
▪ Réduction des méfaits et confiance .....	<b>51</b>
▪ Réduction des méfaits et le Programme Jessie .....	<b>53</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>67</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>



# Liste des tableaux et encadrés

Les expériences .....	11
Les principes de l'approche de réduction des méfaits : sources, valeurs et caractéristiques .....	16
Caractéristiques des divers types de prévention .....	18
Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive .....	19
Répartition approximative de la population québécoise en fonction des catégories de consommateurs d'alcool .....	25
L'organisation des services et la réduction des méfaits .....	37
La réduction des méfaits appliquée en prévention primaire .....	38
La réduction des méfaits en réadaptation l'intervention de la 1 <sup>re</sup> à la 3 <sup>e</sup> ligne prévention tertiaire .....	39

# Liste des outils pratiques

Testez vos connaissances .....	55
Testez vos connaissances (corrigé) .....	57
Exercice – Mes valeurs .....	59
Vignette clinique n° 1 .....	61
Énoncés .....	62
Échelle de tolérance .....	63
Vignette clinique n° 2 .....	64
Quelle serait votre conduite dans les situations suivantes? .....	65



# I

# ntroduction

La montée du sida, particulièrement au sein de la population toxicomane, a favorisé l'émergence de nouvelles façons de faire pour aborder ce problème de santé publique. C'est ainsi que l'approche de réduction des méfaits s'est développée comme stratégie valable d'intervention auprès de cette population. En bref, nous devons retenir que la réduction des méfaits repose sur deux principes : le pragmatisme et l'humanisme. Le postulat de base est à l'effet que l'usage des drogues est une réalité avec laquelle nous devons composer. Il convient donc d'aller à la rencontre des usagers là où ils se trouvent. L'intervention implique une hiérarchie d'objectifs prioritaires et réalistes. La participation des usagers est favorisée de manière à soutenir une prise en charge collective (Brisson, 1997).

Au Québec, à la fin des années 1980, l'approche de réduction des méfaits s'est conjuguée à d'autres courants qui avaient déjà commencé à exercer leur influence. Ces courants ont provoqué une profonde remise en question de la philosophie de traitement et des méthodes d'intervention utilisées alors dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Ce nouveau cadre théorique (la réduction des méfaits) a constitué un point de ralliement pour les intervenants. De plus, à travers l'expression « haute tolérance », nous avons assisté à l'adoption de valeurs telles que la flexibilité, l'accessibilité, l'acceptation de toutes les personnes qui demandent de l'aide, quels que soient leurs motifs et la précarité de leur situation.

Dans ce cahier de formation, nous vous présentons les bases théoriques de l'approche de réduction des méfaits, son adaptation comme philosophie d'intervention dans un centre de réadaptation ainsi que des illustrations de son application. Nous avons également porté une attention particulière à ses forces et ses limites.



Une force indiscutable réside dans le fait que nous respectons l'objectif poursuivi par l'usager en regard de sa consommation de substances psychoactives comme levier thérapeutique de premier plan. L'approche nous amène également à ajuster constamment nos services pour les rendre plus flexibles et plus accessibles. S'ajoute à ceci un préjugé favorable aux plus démunis.

Au nombre des difficultés, on mentionnera l'obligation d'adapter nos méthodes d'intervention à des objectifs variés en ce qui concerne la consommation. La conciliation de la haute tolérance avec un cadre thérapeutique impose également des limites.

Si l'approche de réduction des méfaits nous a appris à accepter toute amélioration de la situation des personnes toxicomanes comme un résultat légitime et valable en soi, notre mission de réadaptation nous invite à ne pas perdre de vue que l'objectif poursuivi par un grand nombre de nos usagers est d'arriver à se libérer de leur dépendance à ces substances, par l'abstinence ou autrement, et retrouver la maîtrise de leur vie.



**Madeleine Roy**  
*Directrice générale*



**Marie Lecavalier**  
*Coordonnatrice des services professionnels*

# L

## es origines de l'approche de réduction des méfaits

« L'urgence Sida » a amené de grands bouleversements sociétaux, particulièrement dans l'approche auprès des toxicomanes, population identifiée comme à fort risque de contamination par les services de santé publique. La pression de l'épidémie a effectivement engendré ou du moins largement stimulé, le développement d'une approche novatrice : la réduction des méfaits. Cette approche vise non pas l'élimination de la consommation de SPA mais la diminution des conséquences négatives inhérentes à cette consommation, tant au niveau de la santé que de la situation socio-économique du consommateur, dans un contexte plus large de haute tolérance face à sa consommation.

Bien que l'approche de réduction des méfaits apparaisse dans les années 1980 alors que les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et plus particulièrement les toxicomanes sont identifiés comme une population à haut risque de contamination du VIH, des éléments précurseurs touchant autant au domaine médical qu'au domaine social étaient déjà en place pour permettre cette émergence (Brisson, 1997).

- **La gestion sociale des substances psychoactives (SPA).** L'histoire et l'anthropologie nous permettent de constater que les sociétés traditionnelles réussissent généralement à mieux intégrer socialement la consommation de substances psychoactives que les sociétés contemporaines, d'une part parce que les produits disponibles y sont moins concentrés et plus familiers et d'autre part parce que la gestion des conséquences a lieu dans un climat de soutien plutôt que de stigmatisation. Dans ces sociétés, ce sont des rituels plutôt que des lois qui encadrent la consommation de SPA précisant qui consomme, à quel moment, de quelle façon et souvent en quelle quantité.
- **Le modèle britannique.** Il existe en Grande-Bretagne une pratique de prescription médicale de substances prohibées pour les gens qui sont déjà toxicomanes. En vigueur au XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup>, cette pratique sera réintroduite à Liverpool dans les années 1980.
- **Le traitement à la méthadone.** Le traitement à la méthadone<sup>1</sup>, produit de substitution offert aux héroïnomanes afin de stabiliser et réduire leur consommation d'opiacés est appliqué dans un certain nombre de pays à partir des années 1960. Il ne connaîtra pas le même parcours partout puisque, sous une pression moralisatrice, il est en perte de vitesse aux États-Unis à partir des années 1980 alors qu'au même moment il connaît un essor considérable en Europe et au Canada (Brisson, 1997).

<sup>1</sup> La méthadone est utilisée pour faciliter le sevrage en vue de l'abstinence.



- **L'explosion de la consommation (1960-1970).** Le constat d'une augmentation de la consommation de drogue dès les années soixante, entraîne plusieurs innovations communautaires dont la mise sur pied de réseaux d'aide et d'intervention auxquels s'apparentent aujourd'hui les « ressources d'intervention précoce et de prise en charge, à bas seuil, dans le contexte de la réduction des méfaits » (Brisson, 1997, p. X).
- **Mise en question du modèle prohibitionniste.** Dans les années soixante, un mouvement international antiprohibitionniste surgit critiquant les répercussions négatives de la criminalisation de la drogue. Il s'apparente à l'approche de la réduction des méfaits et prendra de l'ampleur dans les années 1980 (Brisson, 1997).
- **Mise en question de l'abstinence.** Toujours à la même période (1960), le modèle thérapeutique d'abstinence est remis en cause au bénéfice d'un modèle de boire contrôlé, lequel devient une option de traitement valable.

Dans les années 1980, ayant dépisté le virus du **SIDA** au sein de la population toxicomane, un certain nombre de pays d'Europe vont développer de nouvelles interventions concernant les consommations de drogues illicites et plus particulièrement les drogues injectables. On retiendra plus particulièrement les initiatives hollandaise et anglaise, reconnues comme des modèles du genre. L'expérience néerlandaise vise la « normalisation » des consommateurs c'est-à-dire que par des mesures concrètes telles que la décriminalisation *de facto* de la consommation, l'ostracisme à l'égard des toxicomanes est neutralisé. On agit ici dans le champ des perceptions, en ce sens que les consommateurs ne sont plus perçus comme des criminels ou des gens dépendants mais comme des citoyens à part entière. L'accès aux traitements est facilité d'une part grâce à une étroite collaboration entre les partenaires (services policiers, services sociaux, services médicaux) qui permet d'inciter et de maintenir un contact avec les toxicomanes, par le biais, entre autre, d'une grande présence sur le terrain, et ainsi la possibilité de leur offrir services et informations.

Il est effectivement très important d'encourager les consommateurs à venir à la rencontre des intervenants et de faciliter une démarche qui peut se révéler très difficile de la part des utilisateurs de drogue et ce quel que soit leur niveau de souffrance. D'autre part, les seuils d'accès aux traitements sont extrêmement bas (ex. : méthadone distribuée par des unités mobiles).

Pour ce qui est de l'Angleterre, sa singularité repose sur deux éléments principaux. Tout d'abord, on est face à une première réelle conceptualisation, au niveau même de la politique officielle, du principe de la réduction des méfaits. Il apparaît primordial de modifier les perceptions à l'égard des toxicomanes et d'y adapter les services. Ensuite, on assiste à la renaissance de prescriptions médicales de drogues illicites. Le modèle anglais prend tout son ampleur à Merseyside, où l'approche de réduction des méfaits s'opère de façon intégrée à des programmes d'aide au logement, à la recherche d'emploi, etc. Ce programme entraîne, outre la baisse du taux de séropositivité chez les **UDI** une baisse du taux de criminalité. Tout comme aux Pays-Bas, on observe une collaboration des partenaires sur le terrain qui pour Merseyside, inclut également des pharmaciens (préparation de cigarettes injectées d'héroïne, etc) et un travail policier digne de mention : au lieu d'effectuer des mises en accusation, les policiers orientent les personnes toxicomanes vers les services sociaux appropriés.

L'approche de réduction des méfaits va peu à peu se généraliser mais il faudra attendre la fin des années 1980 pour que la France, le Canada et les États-Unis (certains états) rejoignent le mouvement. Brisson (1997) attribue ce décalage à l'attitude politique plus rigide de ces pays à l'égard des drogues ainsi qu'à leur retard à identifier la propagation du **SIDA** au sein de la population toxicomane. C'est en 1987 que le Canada se prononce « en faveur du concept de réduction des méfaits dans le cadre de sa stratégie nationale antidrogue » (Riley, 1993, p.1).



Il est rapidement reconnu que la transmission du sida est fréquente lors du partage de seringues entre UDI. La distribution de seringues stériles se révèle alors un moyen efficace, facile et peu coûteux de réduire ce comportement à risque. De plus, il offre l'avantage de pouvoir mettre en contact les UDI et les intervenants sur le terrain, contact qui va au-delà de l'action première et débouche sur la propagation de l'information concernant les comportements à risque, les programmes disponibles, etc. Ces mesures d'aide vont connaître un succès international. En ce qui concerne l'Amérique du Nord, on retiendra plus particulièrement les traitements à la méthadone qui, certes, deviennent plus accessibles dans les années 1980 mais qui étaient déjà disponibles dès les années soixante.

Si, à l'origine, l'approche de réduction des méfaits est surtout orientée vers les **UDI**, elle s'applique peu à peu à un champ plus large et englobe alors les consommateurs de l'ensemble des **SPA** peu importe qu'ils soient dépendants du produit ou qu'ils le consomment occasionnellement de façon excessive. Par exemple, le programme de accompagnement Nez Rouge, paradigme de la réduction des méfaits, se distingue par son efficacité à réduire les conséquences associées à la conduite en état d'ébriété sans agir aucunement sur la consommation elle-même. La tendance actuelle en matière d'alcool vise à réduire les épisodes de forte consommation (Riley, 1993).

L'approche de réduction des méfaits, se préoccupe autant des produits consommés (substances illicites, alcool, tabac) que de ses lieux d'application, au point que des conférences internationales sont organisées autour d'elle et que Marcus Grant, représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé déclare en 1993, que « l'approche de la réduction des méfaits est passée du stade de l'acceptabilité à celui de la crédibilité » (Riley, 1993, p.15)

## Retenons...

### Expérience britannique (1980)

- Conceptualisation du modèle
- Changement de perception à l'égard du consommateur
- Prescription médicale de drogue illicite
- Travail de partenariat sur l'aspect socioéconomique de la vie des consommateurs.

### Expérience néerlandaise (1980)

- La « normalisation » des consommateurs
- Accès facilité au traitement
- Collaboration entre plusieurs partenaires
- Décriminalisation *de facto*

### Ailleurs dans le monde

- matériel d'injection sécuritaire
- drogue de substitution





## Définition

Conséquence de l'expansion de l'approche de la réduction des méfaits : de nombreux experts (chercheurs et praticiens) ont tenté de cerner sa philosophie, d'en définir les principaux concepts. Bien entendu, les auteurs ne sont pas unanimes. Après avoir recensé une vingtaine de ces définitions, Brisson (1997, p. viii) propose une définition maximale centrée sur la santé publique et une définition minimale centrée sur les méfaits de l'usage. (voir ci-dessous les définitions)

### ➔ Définition maximale

Une démarche de santé collective visant plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou addictifs), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social.

### ➔ Définition minimale

Une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage.

BRISSON, Pierre, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. *Réduction des méfaits* (p. 5-7)

## Sources, valeurs et caractéristiques

Deux grands principes régissent l'approche de réduction des méfaits : l'humanisme et le pragmatisme (voir tableau 1). Par commodité nous présentons chacun d'entre eux de façon quelque peu linéaire même s'ils doivent davantage être envisagés en interaction l'un avec l'autre. L'humanisme implique que l'utilisateur/toxicomane quel qu'il soit est perçu comme étant l'acteur principal de sa vie et que son objectif est toujours priorisé (objectif qui peut aller d'une simple réduction des risques jusqu'à l'abstinence). Ce principe provient de l'approche communautaire qui prône l'action sociale dans le respect de tous, militant pour l'accès équitable aux ressources collectives, la défense des droits du citoyen ainsi que la participation et l'intégration sociale (Brisson, 1997).

Ces valeurs s'expriment pleinement dans le travail de terrain qui caractérise l'approche communautaire. En effet, les consommateurs se voient offrir un service à l'intérieur de leur milieu de vie. Le contexte d'application est donc celui de la tolérance qui implique une absence de jugement sur la consommation et le mode de vie de l'utilisateur. L'intervention doit être adaptée au milieu et correspondre aux besoins de l'individu auquel elle s'adresse. C'est le mieux-être de l'utilisateur qui prévaut même si les retombées positives sur l'ensemble de la société sont elles aussi considérées.

Le pragmatisme, second principe de la réduction des méfaits, tire davantage son origine de la santé publique. L'approche sociosanitaire s'appuie sur une démarche scientifique rationnelle et des données quantitatives s'opposant ainsi à un certain « obscurantisme » moralisateur qui à aucun moment n'envisage l'éventualité de l'existence d'une consommation bénéfique. Le pragmatisme reconnaît effectivement certains aspects positifs de la consommation, aspects qui ne font que renforcer l'idée qu'il faille se concentrer sur les méfaits de la consommation, plus particulièrement en ce qui concerne la santé, plutôt que sur la consommation en elle-même. Dans cette optique, l'accès universel aux soins est valorisé afin de promouvoir la santé individuelle et collective et de protéger la sécurité du public.

« Puisque les drogues sont là pour rester, intervenons de façon à en limiter les problèmes ». Cette affirmation de Brisson (1997, p. 47), illustre clairement le principe de pragmatisme appliqué à la réduction des méfaits. L'intervention doit composer avec les réalités inhérentes et incontournables de la consommation et de la toxicomanie et établir une hiérarchie d'objectifs réalistes. En effet, la réalité des consommateurs est souvent celle d'individus pour lesquels d'autres urgences que celle du contrôle de la consommation ou idéalement son interruption ont priorité. Par exemple, lorsque la sécurité (consommation dans des lieux dangereux, fréquentation d'un milieu criminel, etc.) ou la santé (contamination due à des comportements à risque, etc.) du consommateur sont compromises, des mesures immédiates s'imposent. La hiérarchisation des objectifs peut donc répondre à une certaine urgence mais également à une certaine logique qui consiste à résoudre les méfaits les plus immédiats et les moins complexes.



En plus des caractéristiques mentionnées dans le tableau 1, l'approche de réduction des méfaits :

- Ne considère pas que le problème soit le fait, en soi, de consommer. Ce sont les méfaits occasionnés par des comportements ou des habitudes de consommation qui constituent le problème. Prétendre à l'existence d'un problème ou remettre en question le choix d'un individu à consommer en l'absence de tout méfait consiste à adopter une position morale.
- Considère que l'abstinence, temporaire ou définitive, n'est qu'un moyen parmi tant d'autres pour réduire les méfaits.
- Ne se limite pas aux toxicomanes mais aux usagers pris dans leur ensemble car même une consommation récréative peut avoir des effets néfastes (méfaits), sur l'utilisateur et autrui.
- Vise la réduction et non pas l'élimination des méfaits.

## Conclusion

Avant même d'être une approche « officiellement » reconnue et définie, la réduction des méfaits se caractérisait par une multitude d'actions entreprises sur le terrain pour répondre à des situations concrètes. S'appuyant sur les principes d'humanisme et de pragmatisme, la réduction des méfaits se traduit par des interventions qui sont davantage intégrées en Europe qu'en Amérique du Nord (sauf en matière d'alcool) où ces pratiques sont souvent morcelées et la concertation entre les organismes impliqués reste encore à développer (Brisson, 1997). En dépit de la popularité croissante de l'approche qui se manifeste par le nombre de programmes mis en place et la légitimité qui lui est accordée par les instances politiques canadiennes (Carrier et Quirion, 2003), la réduction des méfaits n'échappe pas aux critiques.

### **Vous désirez en savoir plus...**

sur la réduction des méfaits, ses sources, les questions qu'elle soulève, etc. Nous vous suggérons la lecture du document de Pierre Brisson (1997) : *L'approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques. Gouvernement du Québec* : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Nous désirons remercier particulièrement M. Pierre Brisson car son texte a fortement inspiré le premier chapitre de ce document.



## Tableau 1

### Les principes de l'approche de réduction des méfaits : sources, valeurs et caractéristiques

## Pragmatisme + Humanisme

### Sources

#### Sociosanitaire

- Santé publique
- Approche rationnelle, mesurable, scientifique
- Réaction à l'idéalisme et au moralisme

#### Communautaire

- Action sociale
- Approche humanitaire, civique, politique
- Réaction au paternalisme et à la discrimination

### Valeurs

### Caractéristiques

- L'usage des drogues est une réalité avec laquelle il faut composer
- L'intervention doit tenir compte des coûts et des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives
- L'intervention doit impliquer une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes

- Aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent
- Offrir aux usagers une variété de moyens, en fonction de leurs besoins
- Impliquer les usagers en respectant leurs droits et favoriser qu'ils se prennent collectivement en charge

- Accès universel aux soins
- Protection de la santé et de la sécurité du public
- Promotion de la santé individuelle et collective

- Accès équitable aux ressources collectives
- Défense des droits du citoyen
- Promotion de la participation et de l'intégration sociale



## Champ d'action de la réduction des méfaits

Puisque l'accent est mis sur les conséquences de la consommation dangereuse ou abusive, certains croient erronément que la réduction des méfaits ne s'applique qu'à la prévention secondaire ou tertiaire (voir tableau 2). De fait, l'approche couvre toute l'étendue des interventions : de la prévention primaire (réduction des **risques** des **conséquences** négatives) à la prévention tertiaire (réduction des conséquences négatives comme telles) (voir tableau 3). Pour chaque type d'intervention, il s'agit moins de chercher à stopper toute consommation que d'apprendre à apprivoiser sa consommation et apprendre à bien consommer (dosage, lieu, moyens, etc...).

Ainsi, la prévention primaire n'a plus pour unique but de prévenir toute consommation comme c'était le cas de certains programmes d'éducation tel que « Dites non à la drogue » (*Just Say No*). Contrairement à ces programmes anti-drogues, l'approche de réduction des méfaits prône la modération et la réduction des risques associés à la consommation. Pour les jeunes, cependant, il convient de tenir compte de leur âge étant donné le facteur de risque inhérent à l'expérimentation en bas âge. Un message de prudence et d'encouragement à retarder l'expérimentation est appropriée. De la même façon, parce que l'abstinence n'est plus le seul objectif de l'intervention tertiaire, les programmes de réadaptation se diversifient.

Quant à la prévention secondaire, pierre angulaire de l'intervention propre à la réduction des méfaits, elle s'adresse à ceux qui ont déjà manifesté des signes d'une certaine difficulté avec les psychotropes en raison d'un usage inapproprié selon la nature même de la drogue en question et le mode de consommation. Toutefois, il ne s'agit plus de dépistage systématique visant à contraindre les gens à « corriger » leur comportement mais d'une option offerte aux utilisateurs qui désirent modifier leur consommation.

Par exemple, il existe au Québec plusieurs programmes reliés à la consommation d'alcool qui s'inspirent de l'approche de réduction des méfaits :

- Le programme *Éduc'Alcool* s'adresse à la population générale et vise la consommation modérée d'alcool (prévention primaire),
- Le programme *Alcochoix+* s'adresse aux gens qui consomment moins de 35 consommations par semaine et vise la réduction de la consommation d'alcool (prévention secondaire),
- Le programme itinérance du *Centre Dollard-Cormier* s'adresse aux gens dont la situation les confine à l'itinérance et vise dans un premier temps l'apprentissage de fonctions sociales élémentaires et dans un deuxième temps la réinsertion sociale (prévention tertiaire).



## Tableau 2

### Caractéristiques des divers types de prévention.

(Créées à partir de Blanchet et al., 1993; Wieviorka, 1996)

	<b>Moment d'intervenir</b>	<b>But et moyen d'intervention</b>
<b>Prévention primaire</b>	Période qui précède la mise en marche du processus pathologique.	Vise à réduire l'apparition de nouveaux cas en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes et en intensifiant les facteurs de protection.
<b>Prévention secondaire</b>	Dès qu'on peut détecter la maladie.	Vise à réduire le nombre de cas présents dans la population en réduisant l'évolution et la durée de la maladie par le dépistage et le traitement précoce.
<b>Prévention tertiaire</b>	Lorsque la déficience et l'invalidité se sont installées.	Vise à réduire le nombre d'incapacités chroniques au sein de la population en réduisant les invalidités fonctionnelles liées à la maladie à l'aide du traitement et de la réadaptation.



### Tableau 3

#### Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive



Tableau tiré du document : *La réduction des méfaits : sources, situations, pratiques*, par Pierre Brisson pour le Comité de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, décembre 1997, page 49.



## Origine de l'application du modèle de la réduction des méfaits dans le cadre de la réadaptation

- L'évolution des connaissances
- Le faible taux de succès des programmes d'abstinence
- La diversité des objectifs et des services à la clientèle

## L'alliance entre réadaptation et réduction des méfaits : un paradoxe

Cependant, l'application de l'approche de réduction des méfaits dans un contexte de réadaptation ne va pas de soi et constitue même, en quelque sorte, un paradoxe. En effet, les drogues et leur effet psychoactif dans l'approche de réduction des méfaits ne sont pas au premier plan. Elles ne sont que le vecteur de méfaits qui, eux, doivent être évités. On doit citer en tout premier lieu le sida, une maladie mortelle dont la contagion devait être évitée à tout prix, fût-ce au prix de compromis concernant la lutte à la consommation des drogues illicites (Riley, 1993). Il en est de même des accidents de la route causés par la conduite avec facultés affaiblies : réduire le nombre de morts causées par la conduite automobile avec les facultés affaiblies apparaît comme plus important que la lutte à l'alcoolisme.

Dans le traitement de la toxicomanie, la perspective est différente, pour ne pas dire inversée : le phénomène de la dépendance est au premier plan. Le critère d'admission premier dans un centre de réadaptation en toxicomanie est l'existence d'un abus ou d'une dépendance à une substance psychoactive. La relation aux substances doit être devenue problématique et avoir créé la situation suivante : toute la vie du toxicomane est centrée autour de la consommation et de l'obtention de drogues ou d'alcool, au point de créer des conséquences néfastes sur l'ensemble de sa vie.

## L'utilisation de l'abstinence dans le traitement

### ■ Le modèle des 12 étapes

L'utilisation de l'abstinence dans le traitement des dépendances est un des fondements du modèle des « 12 étapes ». Pour entrer en traitement dans un centre s'inspirant de ce modèle, la personne doit manifester un désir honnête et sincère de cesser la consommation de toutes substances psychoactives, excluant le tabac et le café, et cela indépendamment de leur statut juridique. Dans cette optique, après l'arrêt de consommation, le retour à l'utilisation d'une substance s'appelle rechute et ne peut être que néfaste pour l'individu: l'absence de contrôle réapparaîtra et l'issue ultime risque d'être fatale. Les expressions « un verre c'est trop et mille ce n'est pas assez » ainsi que l'expression « retourner à l'alcool c'est soit la folie ou la mort » illustrent comment, dans ce modèle, on ne peut concevoir de normalité dans le maintien ou le retour à l'usage pour une personne ayant une dépendance.

### ■ Le modèle psychosocial

Avec l'apparition du modèle psychosocial dans les années 1970, la visée de l'abstinence sera conservée comme seul critère de la prise en charge en traitement et comme un des objectifs thérapeutiques avec le développement personnel et social. L'événement de la rechute sera cependant interprété autrement que dans le modèle utilisé chez les AA : la rechute sera vue comme une étape possible dans le cheminement et une occasion d'aller plus loin dans l'interprétation de la fonction de l'agir.

Dans les années 1980, la position face à l'abstinence, comme objectif unique d'intervention, sera de plus en plus remise en cause pour évoluer progressivement vers la possibilité de développement d'un usage du produit avec lequel la personne serait plus confortable et plus sécuritaire.

### ■ Le modèle de la réduction des méfaits

Dans les années 1990, avec l'adhésion au modèle de la réduction des méfaits, on reconnaît pleinement la capacité de la personne à déterminer elle-même la relation qu'elle veut entretenir avec le produit. Dans ce modèle, l'abstinence ne sera pas exclue mais deviendra un des choix parmi d'autres situé sur un continuum d'options possibles face à la consommation d'un produit psychoactif.

Par exemple, on peut offrir au client la possibilité de réduire progressivement sa consommation ou de faire un essai d'abstinence, c'est-à-dire une période d'une durée prédéterminée lui permettant de vivre les effets bénéfiques de l'abstinence et de réaliser s'il a les habiletés nécessaires pour y arriver. Il doit être clair qu'après cette période, le client sera libre de choisir sa relation avec le produit. On peut aussi proposer au client qui refuse l'abstinence de tenter le boire contrôlé. Puisque c'est ce qu'il désire, on va faire de notre mieux pour que l'expérience fonctionne tout en étant conscient que si cette technique ne fonctionne pas pour ce client, il sera toujours temps de considérer l'abstinence. Cette tentative permet à plusieurs clients de réaliser qu'ils ont besoin de l'abstinence (Miller et Page, 1991).



# Les constats à l'origine de l'intégration de l'approche de réduction des méfaits dans le cadre de la réadaptation

En plus des préoccupations issues du milieu de la santé publique, d'autres facteurs ont amené le milieu de la réadaptation à se questionner et à envisager l'intégration de l'approche de réduction des méfaits. Parmi ceux-ci, on retrouve (1) l'évolution des connaissances dans le champ de la toxicomanie, (2) le faible taux de succès des programmes d'abstinence ainsi que (3) la diversité des objectifs de la clientèle desservie par les centres de réadaptation.

## 1. Évolution des connaissances en toxicomanie

Pendant que l'approche de réduction des méfaits se développe, tant au plan de ses bases conceptuelles qu'au plan de ses applications concrètes, et restructure le domaine de la santé publique, la recherche se poursuit dans le champ de la toxicomanie. De nombreuses études effectuées auprès des personnes toxicomanes contribuent à mieux comprendre les facteurs susceptibles d'améliorer l'efficacité du traitement et viennent ébranler certaines « certitudes » si solidement ancrées qu'elles persistent encore dans certains milieux à l'état de mythes.

### ➡ **Mythe n° 1**

**L'alcoolisme est une condition progressive et irréversible**

**vs**

**L'approche cognitivo-comportementale**

**et**

**Le continuum de consommation**

Cette croyance prend son origine dans le modèle de maladie qui présentait une vision dichotomique de l'alcoolisme : alcoolique ou non alcoolique. Selon cette approche, l'alcoolisme, lorsqu'il n'est pas traité, progresse inévitablement vers un état de dépendance sévère qui réduit l'espérance de vie de « l'alcoolique ».

Le modèle de maladie est remis en question au cours des années 1970 alors qu'on prend conscience de l'importance des aspects sociaux de la santé. En effet, plusieurs études – issues notamment du champ de la psychologie expérimentale – remettaient en question les concepts de maladie et d'irréversibilité en matière d'alcoolisme, en démontrant qu'il est possible pour des alcooliques de revenir à une consommation modérée d'alcool (Pattison, Sobell et Sobell, 1977 ; Polich, Armor et Braiker, 1980)



La théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1969, tel que citée par Maistro, Carey et Bradizza, 1999) fut certes l'une des premières théories psychosociales appliquées aux toxicomanies. Puis, quelques éléments issus de la psychologie sociale se sont greffés à ces principes pour définir l'approche cognitivo-behaviorale. Selon cette approche ;

- Les comportements addictifs représentent une catégorie de « mauvaises habitudes » (ou comportements appris mal adaptés). Bien que certains facteurs biologiques puissent prédisposer à la toxicomanie, les « patterns » de consommation sont appris.
- Puisque ce comportement est appris, il peut être analysé de la même façon que n'importe quelle autre habitude.
- Les déterminants de la toxicomanie incluent les facteurs situationnels et environnementaux, les croyances et les attentes du consommateur, son histoire familiale et les expériences vécues avec le produit. L'accent est placé sur les conséquences associées à la consommation (renforcements et punitions).
- La consommation de SPA est souvent une stratégie d'adaptation permettant de réduire le stress.
- L'acquisition de nouvelles habiletés et stratégies d'adaptation permet de remplacer les anciens comportements par de nouveaux comportements plus adaptés (Maistro, Carey et Bradizza, 1999).

Plusieurs études ont classé les approches cognitivo-comportementales parmi les plus efficaces pour le traitement des patients alcooliques. Cependant, l'entraînement aux habiletés sociales à la base de ces approches pourrait être limité à certains contextes de traitement (ex. : quand il est offert à l'intérieur d'un programme de traitement plus global) et à certains sous-groupes de patients (ex. : ceux avec une dépendance à l'alcool moins sévère) (Longabaugh et Morgenstern, 1999).

Aujourd'hui, on considère que les problèmes reliés à la consommation d'alcool se situent sur un continuum qui va de la consommation à risque à l'abus ou à la dépendance (**voir tableau 4**).



## Tableau 4

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

Abstinents ≈ 20 % abstinents	Buveurs ≈ 80 % de buveurs		
<p>≈ 60 % de buveurs n'excédant pas les directives de consommation à faibles risques</p> <p>Femmes : 1 à 9 cons. standard/semaine Hommes : 1 à 14 cons. standard/semaine</p>	<p>≈ 20 % de buveurs qui dépassent la consommation à faibles risques</p>		
	<p>≈ 12 % de buveurs à risques</p> <p>mais ne rapportant pas de problèmes liés à l'alcool</p>	<p>≈ 8 % de buveurs qui rapportent au moins un problème</p>	
		<p>≈ 4 % de buveurs problématiques</p> <p>mais ne présentant pas de diagnostic d'abus ou de dépendance envers l'alcool liés à l'alcool</p>	<p>≈ 4 % diagnostic d'abus ou dépendance</p>

Adapté de : Tremblay, J., Allaire, G., Dufresne, J., Lecavalier, M., & Neveu, Y.(2004). Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes : chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : Montréal, Québec, Canada.

Ainsi, l'OMS (2001) recommande que le traitement soit adapté au niveau de sévérité des problèmes :

- Interventions brèves qui privilégient l'éducation, le développement des compétences et les encouragements pour les personnes qui consomment de façon excessive sans être dépendants ;
- Traitement ambulatoire (ex. : cognitivo-comportemental, entrevues motivationnelles et démarches en 12 étapes associées à un traitement psychiatrique) pour les gens dépendants ;
- Désintoxication dans les cas de dépendance sévère et ;
- Soins en institution pour les patients présentant une comorbidité psychiatrique grave.

➡ **Mythe n° 2**

**L'abstinence est le seul objectif de traitement valable**

**vs**

**Le boire contrôlé**

Autrefois, l'abstinence constituait le seul objectif de traitement valable. Le succès était défini comme le maintien de l'abstinence à vie. La première étude rapportant des cas de personnes ayant réussi à retourner à une consommation modérée après avoir été traitées pour alcoolisme (Davis, 1962) a soulevé un tollé de protestations.

Depuis, de nombreuses études ont démontré que le boire contrôlé n'est pas une exception, qu'après une période de surconsommation d'alcool, il y a autant de gens qui réussissent à boire de façon contrôlée qu'à s'abstenir (Rosenberg, 1993). Ces études sont corroborées par l'expérience des intervenants des centres de réadaptation, qui ont constaté que l'exigence de l'abstinence est souvent improductive parce que, d'une part, elle conduit les usagers à mentir et que, d'autre part, certains parviennent à revenir à une consommation non problématique de certaines substances.

Devant l'évidence scientifique, les chercheurs contemporains ne cherchent plus à démontrer que le boire contrôlé est possible : Ils travaillent plutôt à identifier les facteurs qui prédisent le boire contrôlé ou l'abstinence. Parmi ces facteurs, la faible dépendance à l'alcool, la croyance que la modération est un objectif possible, la stabilité sociale ainsi que le sexe féminin sont toutes des caractéristiques associées au boire contrôlé mais aucune de ces variables n'est suffisante par elle-même pour prédire les résultats. Il est donc préférable de tenir compte de l'ensemble des caractéristiques du client et des circonstances pour mieux prédire qui pourrait bénéficier d'un tel type de programme (Rosenberg, 1993).

Dans certains programmes de traitement les clients qui désirent boire modérément sont considérés comme ayant une pensée magique, présentant du déni ou une autre forme de psychopathologie. Selon Ogborne (1987), il n'existe aucune évidence empirique à cet effet. On observe également chez cette clientèle que plusieurs choisissent quand même l'abstinence (Miller 1992). D'autre part, les gens qui rejettent l'abstinence et l'étiquette d'alcoolique sont plus nombreux à maintenir une consommation modérée. Chez les abstinentes ou ceux qui veulent l'être, on s'identifie davantage comme alcoolique ou buveur problème (Miller, Leckman, Delaney et Tinkcom, 1992).

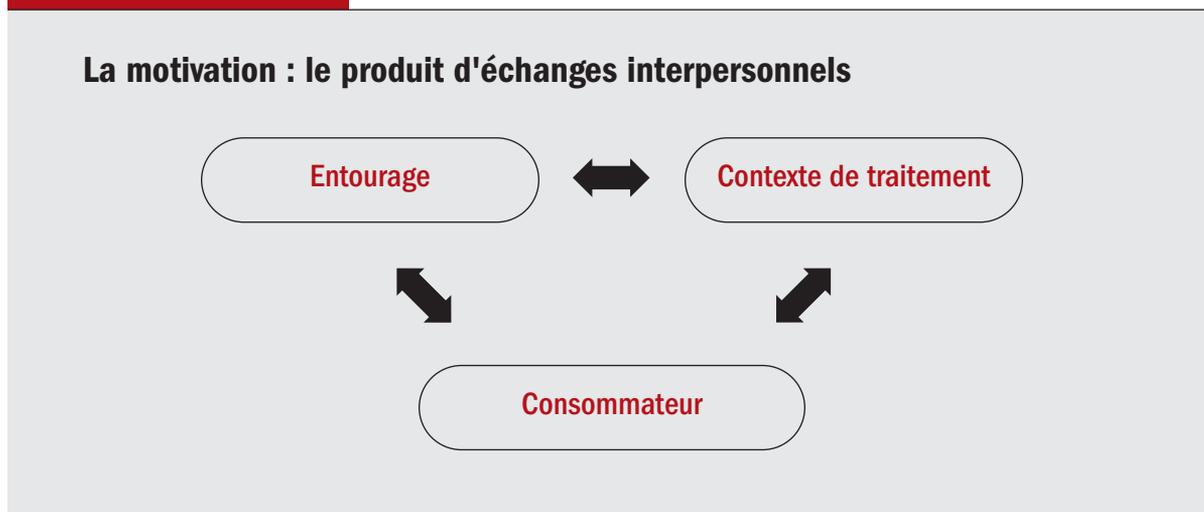
Notons qu'il existe plusieurs programmes de boire contrôlé et qu'ils ont en commun les six éléments suivants : (1) établissement d'un objectif de traitement spécifique, (2) auto-observation de la consommation ou des impulsions à consommer, (3) stratégies pour réduire ou éviter la consommation, (4) auto-renforcement pour l'atteinte des objectifs, (5) identification des situations à haut risque et (6) stratégies d'adaptation autres que la consommation (Miller et al., 1992). Le traitement est aussi offert en intensité variable, il peut être auto-administré ou s'étaler sur une période aussi longue que 18 semaines à l'externe (Miller et al., 1992).

À notre connaissance, quatre programmes de boire contrôlé sont présentement offerts au Canada : « C'est assez » (version française de *DrinkWise*) développé au Centre de toxicomanie et de santé mentale en Ontario (Sanchez-Craig, 1996), « Alcochoix » (version française de *Drinking Decisions*) élaboré par le *Capital Health Authority* en collaboration avec l'*Alberta Addictions & Drug Abuse Commission* en Alberta (Robson et al., 1995), « Alcochoix+ », nouveau programme québécois en voie d'implantation dans les CLSC (Simoneau, Landry et Tremblay, 2004) et P-CRA (Programme de consommation réfléchie d'alcool) conçu au Québec dans le cadre d'une maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal (Émond, 1994).



Une revue de littérature effectuée par Miller (1985) permet de constater que la motivation initiale, est perçue à tort comme étant une caractéristique stable de la dynamique du client. Un des plus importants changements de pensée survenus récemment consiste à considérer la motivation comme étant le produit d'échanges interpersonnels (Miller et Sanchez, 1994). Ainsi, les situations et les gens avec lesquels une personne interagit influencent sa motivation. La motivation n'est pas une condition statique mais un processus dynamique qui fluctue avec le temps (Reeve, 2005) (voir tableau 5).

**Tableau 5**



Par conséquent, des outils d'intervention tels que l'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 1991) ont été développés afin de maintenir ou accroître la motivation des clients. Plusieurs études soutiennent l'efficacité de l'entrevue motivationnelle dans le champ des toxicomanies (Burke, Arkowitz et Dunn, 2002).

**➡ Mythe n° 4**

**La résistance et le déni sont des mécanismes de défense qu'il faut confronter pour traiter la toxicomanie**

**vs**

**L'empathie**

La résistance et le déni ont longtemps été considérés comme des mécanismes de défense qu'il fallait confronter de façon agressive pour « motiver » les personnes toxicomanes au changement.

Puis, on a remarqué que les taux de rétention différaient d'un thérapeute à l'autre (Miller, 1995) et que l'empathie pouvait expliquer au moins en partie cette différence. Plus le thérapeute est confrontant, moins le client persévère. Plus le thérapeute démontre de l'empathie, plus le client persévère (Miller, Benefield, et Tonigan, 1993). Aujourd'hui, on reconnaît que le niveau d'empathie exprimé par le clinicien est non seulement associé à la persévérance mais aussi aux résultats de l'intervention, un haut niveau d'empathie (écoute chaleureuse, soutien) entraînant les meilleurs résultats (Landry, 1996 tel que cité par Miller, 1999).

Selon Miller (1999), certains types de traitement pourraient être responsables de la réaction défensive des clients. Les stratégies de confrontation agressive et les étiquettes péjoratives dont on affuble les toxicomanes pourraient engendrer les réactions de défenses attendues, confirmant ainsi les prédictions des « experts ».

**➡ Mythe n° 5**

**La personnalité alcoolique**

**vs**

**Une population hétérogène**

Parmi les croyances les plus répandues, « la personnalité alcoolique » constituait la pierre angulaire de plusieurs traitements. Issu d'une vague croyance basée sur la théorie psychanalytique, ce stéréotype a donné lieu à un traitement de type confrontation agressive visant à briser la résistance et le déni du toxicomane (Miller et Rollnick, 1991). Cependant, les recherches démontrent que la personnalité des personnes alcooliques est aussi variable que celle des personnes n'ayant pas de problème de consommation (Miller, 1995). Il s'agit donc d'une population hétérogène.



Le constat de la diversité des personnes toxicomanes, la mise en évidence du caractère multivarié de la toxicomanie et le fait que l'on n'ait pas réussi à démontrer la supériorité d'une forme de traitement par rapport à une autre (*Institute of Medicine*, 1992 tel que cité par Brown, Seragarian et Tremblay, 2001) ont favorisé l'émergence du concept d'appariement (Pattison, Sobell et Sobell, 1977 ; McLellan, 1981), en vertu duquel on propose des formes variées de traitement en fonction des besoins divers des usagers de substances. L'appariement augmente-t-il l'efficacité du traitement ? Certains traitements ont-ils une efficacité différente en fonction des personnes auxquelles ils s'adressent ?

Le projet *MATCH* a tenté de répondre à ces questions. Ce projet qui s'est échelonné sur huit ans a impliqué 30 centres de traitement américains et a rejoint 1 726 patients. Cet ambitieux projet avait pour objectifs d'évaluer l'efficacité de diverses modalités de traitement et l'impact de l'appariement (le bon traitement pour la bonne personne) comme facteur d'efficacité. Les patients étaient orientés de façon aléatoire vers trois types de traitement : l'entraînement aux habiletés de type cognitivo-comportemental (12 rencontres), la facilitation des 12 étapes (12 rencontres) ou une adaptation de l'entrevue motivationnelle (*Motivational Enhancement Therapy*, 4 rencontres).

Parmi les conclusions du projet *MATCH*, on peut mentionner que :

- les trois approches de traitement se sont révélées efficaces ;
- tous les participants, peu importe l'approche, ont démontré une amélioration non seulement dans leur niveau de consommation mais aussi dans leur fonctionnement ;
- l'intervention brève peut être efficace ;
- l'empathie demeure un élément déterminant ;
- l'appariement n'a pas augmenté l'efficacité des traitements (*Project MATCH Research Group*, 1997 ; 1998).

Même si les conclusions du projet *MATCH* n'appuient pas l'efficacité de l'appariement, la réponse à la question de l'appariement est loin d'être claire car d'autres études obtiennent des résultats contradictoires (pour une revue de littérature, voir Brown, Seragarian et Tremblay, 2001). Cependant, d'autres facteurs tels que les préférences du client pour un type de traitement en particulier pourraient être un critère d'appariement négligé dans les études randomisées. En effet, une étude rapporte que les participants qui avaient suivi le type de programme qu'ils préféraient obtenaient de meilleurs résultats au plan de leur consommation que ceux qui n'avaient pas suivi leur programme préféré (Brown et al., 2001).

## 2. Le faible taux de succès des programmes d'abstinence

Près de 75 % des usagers du Centre Dollard-Cormier qui poursuivent une démarche d'abstinence consomment de nouveau moins d'un an après le traitement. Ces données correspondent à celles fournies par le projet *MATCH* (*Project MATCH Commentaries*, 1999), selon lesquelles la proportion d'usagers demeurés abstinents dans l'année suivant le traitement était d'environ 25 % pour les trois modalités de traitement (cognitif-comportemental, motivationnel et soutien à l'approche des douze étapes). Les résultats indiquent également chez les sujets, dans les trois modalités à l'étude, une baisse de consommation.

**Avant le traitement, les patients consommaient une moyenne de 25 jours par mois, après le traitement, six jours de consommation par mois étaient rapportés.**

**La quantité a diminué :**

**avant :** 15 consommations/jour

**après :** 3 consommations/jour

*Confirmé par test de sang et par l'entourage*

**Une relance faite après 12 mois :**

**85 %** cumulent 25 jours sans alcool/mois

## 3. La diversité des objectifs poursuivis par la clientèle des centres de réadaptation

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services du Centre Dollard-Cormier, deux sondages (Landry, Mercier, Caron, Beaucage 1997 ; CROP, 2000) ont été réalisés auprès de ses usagers. Au cours de ces exercices, on a porté une attention particulière à l'objectif de notre clientèle en regard de la consommation et des résultats perçus par les usagers eux-mêmes quant à l'atteinte de leur objectif. Dans les deux cas, on a utilisé le même questionnaire de manière à pouvoir comparer les résultats et environ 300 usagers ont été rejoints. Les données nous indiquent que lors du premier exercice (1997), environ 60 % des usagers disaient rechercher l'abstinence de tout produit alors que 40 % affirmaient poursuivre des objectifs différents (abstinence d'un seul produit, diminution de la consommation ou réduction des méfaits qui en découlent). En 2000, la proportion était inversée : 60 % des usagers affirmaient poursuivre des objectifs variés face à la consommation alors que 40 % visaient l'abstinence de tout produit. La diminution du nombre d'usagers visant l'abstinence peut être interprétée de plusieurs façons. La tolérance consentie face aux exigences en regard de la consommation pourrait avoir permis aux usagers d'exprimer sans censure leurs attentes à cet égard ou de reporter à plus tard leur désir de **compl.** Il est également possible que la clientèle en recherche d'abstinence se soit tournée vers des ressources davantage assimilées à cet objectif.



Une lecture plus raffinée de cette variable pour l'année 2000 nous indique que les objectifs le plus souvent poursuivis par le deuxième groupe (60 % de l'échantillonnage) se modulent ainsi : 27 % des usagers souhaitent le contrôle ou la diminution de leur consommation, 14 % veulent l'arrêt de certains produits, 6 % veulent réduire les conséquences négatives sans changement de leur consommation et 11 % n'ont pas répondu à cette question. Notons finalement que chez la clientèle du Programme jeunesse (21 ans et moins), l'abstinence demeure un objectif marginal.

<b>Objectifs des usagers face à la consommation</b>	
<b>CROOP 1997</b>	<b>CROOP 2000</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 60 % visent l'abstinence</li> <li>■ 40 % poursuivent des objectifs variés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 40 % visent l'abstinence</li> <li>■ 60 % poursuivent des objectifs variés dont ceux-ci :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 % contrôle ou diminution de consommation</li> <li>• 14 % arrêt de certains produits</li> <li>• 6 % réduire les conséquences négatives</li> <li>• 11 % n'on pas répondu</li> </ul> </li> </ul>

Sondage CROOP 1997-2000

## La réponse aux constats

Devant tous ces constats (la préoccupation à l'égard de l'augmentation du taux du SIDA au sein de la population toxicomane, la diffusion de l'approche de réduction des méfaits dans le milieu de la santé publique, l'évolution des connaissances dans le champ de la toxicomanie, le faible taux de succès des programmes d'abstinence, les objectifs diversifiés de la clientèle), l'approche de réduction des méfaits devenait une alternative intéressante à la philosophie de traitement du centre. De plus, la fréquentation de nos services par des personnes particulièrement frappées par des problèmes sociaux et de santé graves associés à leurs conduites addictives (itinérance, isolement social, maladies infectieuses, troubles mentaux graves, criminalité) mettait de plus en plus en évidence l'impasse où pouvait mener une approche trop rigide à l'égard des personnes toxicomanes.

### La réduction des méfaits en centre de réadaptation

L'approche de réduction des méfaits est rapidement apparue comme un élément rassembleur pour les intervenants des trois centres à l'origine du Centre Dollard-Cormier. Ce dernier en a fait un concept clé dans son plan d'organisation. Sur ce point, il y avait consensus. En adoptant cette orientation, les gestionnaires et les cliniciens du Centre



étaient pleinement conscients du fait que l'approche de la réduction des méfaits, développée essentiellement dans le milieu de la santé publique, devait être adaptée au contexte de la réadaptation. Nous avons donc été amenés à définir les balises sur lesquelles devait s'appuyer notre compréhension de ce cadre de référence. Nous citons ici un extrait du plan d'organisation de 1997 qui permet de situer la compréhension que nous avons des enjeux reliés à cette adaptation :

« Ainsi conçu, le paradigme de la réadaptation s'intéresse essentiellement à la relation de l'individu avec les substances psychoactives et aux facteurs qui l'ont amené à perdre sa liberté à l'égard de la consommation de ces substances, dans le but de l'aider à s'affranchir, au moins partiellement, de la dépendance qu'il a développée et à réduire les méfaits induits par la toxicomanie. Dans son acception première, la réduction des méfaits s'intéresse peu à la relation de l'individu à la substance, comme on le fait généralement en réadaptation et ne cherche pas à la modifier. Elle propose d'abord aux usagers des mesures qui lui permettront de réduire l'impact des effets de la consommation (perspective pragmatique). [...] Dans un contexte de réadaptation, la réduction des méfaits doit être interprétée ici comme un **paradigme clinique**. [...]

En effet, il faut bien voir qu'il s'applique dans un milieu de réadaptation, c'est-à-dire dans un environnement clinique dont on attend qu'il contribue significativement à l'émergence de changements durables chez la personne toxicomane. Cet énoncé doit d'ailleurs être lui-même nuancé, en tenant compte du fait qu'une proportion appréciable de la clientèle des centres de réadaptation, particulièrement en ce qui concerne les personnes itinérantes, présente des problèmes multiples et un profil d'inadaptation sévère et persistant. Pour ces personnes, les changements seront le plus souvent modestes et fragiles et la non-détérioration de la situation présente pourra même apparaître comme le seul objectif accessible. » (Plan d'organisation du Centre Dollard-Cormier, 1997-2000, p. 22)

Malgré cet effort de clarification, les intervenants faisaient encore face à de nombreuses questions et à beaucoup d'ambiguïtés quant au sens des termes utilisés. Cependant, au-delà des mots et des débats autour des modalités d'application de l'approche de réduction des méfaits, il existait bel et bien pour la plupart d'entre nous une volonté réelle de participer à cet effort collectif de santé publique. En effet, il devenait impératif de fournir des services à cette clientèle qui trop souvent ne venait pas en consultation. Nous insistons sur le fait que la réduction des méfaits, par son caractère souple à bas seuil d'exigences, augmenterait la participation des usagers à leur traitement. Cette nouvelle façon de faire nous permettait d'élargir notre modèle de réadaptation en assouplissant nos pratiques. Elle apparaissait particulièrement adaptée à la mission de l'établissement qui venait d'être créé et qui héritait d'une clientèle plus vaste et plus diversifiée. De plus, le ralliement de l'ensemble des intervenants autour de l'approche de réduction des méfaits devenait un facteur susceptible de contribuer significativement au développement d'une nouvelle identité au sein de cet établissement.

De plus, malgré ce nouveau paradigme clinique une grande proportion de clinicien considère qu'il faut se préoccuper de l'étiologie de la consommation.

Ailleurs dans le monde, les mêmes préoccupations faisaient surface lorsque des centres de réadaptation intégraient l'approche de réduction des méfaits. Reconnaisant l'ampleur du défi, le Département de Santé Publique de San Francisco a proposé huit principes afin de favoriser l'intégration harmonieuse de l'approche de réduction des méfaits en contexte de réadaptation (voir p. 31).



# P

## Principes d'intégration de l'approche dans le cadre de la réadaptation

**Les huit principes proposés par le Département de Santé Publique de San Francisco afin de favoriser l'intégration harmonieuse de l'approche de réduction des méfaits en contexte de réadaptation :**  
(Marlatt, Blume et Parks, 2001)

- 1) Les services destinés aux personnes toxicomanes doivent être offerts sans jugement, être adaptés à la culture et respecter la dignité des individus, l'auto-détermination et les forces personnelles. Les services et les objectifs doivent être centrés sur le client et offrir une variété d'options pour remplir les besoins des usagers. Les objectifs de traitement doivent être déterminés en collaboration avec le client, l'équipe de traitement et le programme.
- 2) L'offre de service doit inclure des interventions qui réduisent les conséquences économiques, sociales et physiques de la surconsommation de SPA. Tout contact avec l'usager doit viser un impact maximum en allant à sa rencontre là où il se trouve car même un contact bref peut avoir un effet significatif sur un comportement à risque.
- 3) Il importe de rechercher des opportunités de rencontre avec les usagers et de développer des services pour engager, motiver et intervenir auprès des clients potentiels, parce que les usagers de SPA sont souvent difficiles à rejoindre via les services traditionnels.
- 4) Le but des services de traitement est de décroître les conséquences négatives de l'usage de SPA à court et à long terme, même chez ceux qui continuent de consommer. Par conséquent, les critères de succès des programmes doivent être modifiés en utilisant des indices de qualité de vie plutôt que des indices de consommation.
- 5) Les services doivent proposer des stratégies pour ceux qui sont incapables ou ne veulent pas changer ainsi qu'à l'entourage des consommateurs. Toutes les stratégies proposées par le modèle de l'entrevue motivationnelle sont utiles pour maintenir le contact avec l'usager, l'aider à prendre confiance en ses capacités de changer ainsi qu'à accroître sa motivation au changement.



- 6) Le retour à la consommation ne devrait pas être synonyme d'échec. Le processus de réadaptation est rarement linéaire (abstinence à vie sans retour à la consommation), il est plus généralement ponctué d'épisodes de forte consommation alternant avec des périodes de contrôle. La rechute ne devrait donc pas faire l'objet d'une punition (ex. : exclusion d'un programme) mais être utilisée comme une occasion d'apprentissage permettant de développer de nouvelles stratégies pour affronter des situations à risque.
- 7) Les services médicaux sont partie prenante d'une approche intégrée; les usagers qui prennent des médicaments prescrits doivent avoir accès aux traitements. Les usagers de méthadone et les patients psychiatisés ne devraient jamais être refusés dans un centre de traitement seulement à cause de leur médication.
- 8) À l'intérieur d'un système de services intégrés, chaque programme a avantage à collaborer avec les autres programmes. Puisque chaque programme possède ses forces et ses limites, la collaboration permet d'offrir le programme qui convient le mieux aux besoins des usagers.

Ainsi, tout comme en prévention primaire, l'application du modèle en réadaptation s'applique dans le respect des deux principes porteurs de la réduction des méfaits : l'humanisme et le pragmatisme. Le premier se manifeste par une intervention rapide et souple permettant une plus grande accessibilité des soins et des services aux usagers. Elle permet de rejoindre différentes populations toxicomanes sans aucune forme d'ostracisme. Dans le respect de cette différence, l'utilisateur sera dirigé vers le programme qui lui convient le mieux en ce qui a trait à sa problématique particulière. Le pragmatisme se manifeste concrètement par une intervention sur le terrain qui vise l'identification des méfaits, qui selon leur niveau d'urgence et de gravité se verront priorisés. Tous les programmes et services sont alors mis à contribution.



# L'

## organisation des services du Centre Dollard-Cormier et l'approche de la réduction des méfaits

Pour répondre au défi représenté par la multiplicité des services offerts, le Centre Dollard-Cormier a mis en place une chaîne intégrée de services et programmes. On y trouve, d'une part, des services de base offerts à l'ensemble des personnes qui demandent de l'aide : accueil, évaluation et orientation, groupes offerts à tous en début de démarche ambulatoire, désintoxication, urgence psychosociale disponible tous les jours et 24/24 heures, services résidentiels permettant un retrait temporaire du milieu naturel ou un dépannage en situation de crise. Par ailleurs, un ensemble de programmes spécialisés est offert à tous ceux qui désirent s'engager dans une démarche de réadaptation. Ces programmes sont conçus de façon à répondre aux besoins particuliers d'un ensemble de gens regroupés soit en fonction de l'âge (jeunes, adultes, personnes âgées de plus de 55 ans), soit en fonction de problèmes concomitants (judiciarisation, troubles mentaux, itinérance). Les services sont principalement offerts sur le mode ambulatoire. Notons que le Centre n'offre aucun traitement de substitution à la méthadone, celui-ci étant confié à d'autres organismes : le CRAN (Centre de recherche et d'aide aux narcomanes), dont le rôle dans le développement de ce service à Montréal a été déterminant, et Relais-méthadone, qui offre un traitement à bas seuil. Il importe également de mentionner que les substances le plus souvent reconnues comme problématiques par les personnes qui entreprennent une démarche de réadaptation à Montréal sont l'alcool et la cocaïne, le plus souvent consommées en association avec d'autres drogues telles que le cannabis, les hallucinogènes, le PCP, les tranquillisants mineurs. L'héroïne représente un problème important mais moins répandu. Le Centre offre aussi maintenant, comme les autres centres de réadaptation du Québec, des services aux joueurs excessifs.

L'application de l'approche de réduction des méfaits s'est reflétée de diverses façons dans le développement de la chaîne de services. Les mesures adoptées s'articulaient particulièrement autour de trois objectifs : augmenter l'accessibilité de nos services, diminuer nos exigences à l'égard de ceux qui demandaient notre aide et augmenter notre action dans la communauté en faveur des personnes toxicomanes (tableau 6).



Les principales mesures pour augmenter l'accessibilité à nos services ont consisté à multiplier les portes d'entrée pour permettre l'accès direct à plusieurs endroits et dans des services souvent requis en début de démarche ou en situation d'urgence, tels que la désintoxication et un hébergement de dépannage, les services aux jeunes, aux itinérants et aux personnes âgées. La création d'un service d'urgence psychosociale en toxicomanie, ouvert 24/24 heures sept jours semaine, mérite une mention spéciale. Nous faisons également du travail de proaction (*reaching out*) pour rejoindre les personnes qui ne s'adressent pas à nous directement pour une demande d'aide.

Nos exigences ont été maintenues au minimum tant pour les critères d'admission à nos services que pour les objectifs exprimés par les usagers dans leur demande d'aide. Les portes sont ouvertes quels que soient les problèmes associés : troubles mentaux, même graves ; risque de suicide ; histoire de délinquance ; itinérance. Il n'y a pas de limite préétablie en ce qui concerne la durée d'une intervention ou la possibilité d'être réadmis au Centre à de multiples reprises.

Enfin, nous avons créé un service destiné à assurer notre présence et notre action dans la communauté. Cette action peut prendre plusieurs formes : action communautaire au sein de la collectivité pour augmenter sa capacité de se prendre en charge en regard des problèmes liés aux drogues (*empowerment*) et soutien aux organismes sous forme de consultation et de formation pour les aider à mieux composer avec les problèmes de toxicomanie auxquels ils ont à faire face.



**Tableau 6****L'organisation des services et la réduction des méfaits**

<b>Objectifs visés</b>	<b>Mesures</b>
Augmenter l'accessibilité de nos services	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Accès à notre ressource par plusieurs portes d'entrée</li><li>■ Création d'un service d'urgence toxico 24/24 - 7/7</li><li>■ Création de cliniques sans rendez-vous</li><li>■ Travail de proaction</li><li>■ Accès en désintoxication avec délai réduit entre les séjours</li><li>■ Critères minimaux d'admission</li></ul>
Diminuer les exigences à l'égard de ceux qui demandent de l'aide	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Accepter les demandeurs indépendamment des problèmes associés</li><li>■ Dans certains services et programmes, intervention axée sur la haute tolérance</li><li>■ Pas de limite préétablie de la durée de l'intervention</li><li>■ Possibilité de réadmission à multiples reprises</li><li>■ Service de Fiducie</li></ul>
Augmenter notre action dans la communauté en faveur des personnes toxicomanes	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Action communautaire ; travail de milieu/formation</li><li>■ Action au sein de la collectivité toxicomane par l'<i>empowerment</i></li><li>■ Travail en amont des problèmes de toxicomanie</li><li>■ Service à l'entourage</li></ul>





## Tableau 7

### La réduction des méfaits appliquée en prévention primaire\*

Valeurs sous-jacentes	Caractéristiques	Applications	Programmes et services
<b>Humanisme</b>	Information Éducation Soutien	Services à l'entourage	Tous
<b>Pragmatisme</b>	Promotion de la santé Prévenir l'usage Reconnaître la réalité de l'usage	Travail avec les partenaires ou autres acteurs sociaux Travail en amont de la toxicomanie	Service à la communauté Volet consultation Volet action communautaire

\* Conception : Isabelle Denis et Rolande Chainey – 2002

## Tableau 8

### La réduction des méfaits en réadaptation l'intervention de la 1<sup>re</sup> à la 3<sup>e</sup> ligne prévention tertiaire\*



\* Conception : Isabelle Denis et Rolande Chainey - 2002

# Le cadre thérapeutique

**Le cadre thérapeutique peut se définir par un ensemble de conventions, de dispositions, de règles et d'attitudes appropriées à la consultation et qui vient de régir le rôle de chacun.**

Le cadre définit les modalités du suivi et l'attitude qu'adoptera le thérapeute dans différentes circonstances. Pour certains auteurs dont Kernberg (1989), il devient une entente formelle entre le clinicien et son client Il peut également se conclure par la signature d'un contrat thérapeutique.

**Le cadre a pour caractéristique d'être stable, cohérent et prévisible**

## **Le cadre peut notamment spécifier :**

- La fréquence des rencontres ;
- La durée des entrevues : en principe, les entrevues se déroulent dans un laps de temps prédéterminé. Si le temps alloué est dépassé, il faut savoir pourquoi ;
- La gestion des retards ;
- La gestion des absences ;
- Les appels téléphoniques ;
- La conduite à adopter dans des circonstances précises telles que l'intoxication, les menaces à l'intégrité des personnes et des lieux ;
- Le lieu physique où se déroule les entrevues ;
- La gestion des sphères suicidaires et parasuicidaires ;
- Tout autre aspect jugé significatif par les personnes qui le conçoivent et l'utilisent.

## **Les avantages qu'on lui reconnaît**

- Évite toute ambiguïté dans le rôle de l'intervenant ;
- Maintient des frontières relationnelles en accord avec les rôles respectifs des personnes impliquées ;
- Protège l'intimité et la vie privée tant du client que de l'intervenant ;
- Fournit à l'intervenant des balises qui lui permettront de jouer son rôle lors de la gestion de situations délicates.



Bien que destiné à rendre une forme d'intervention ou de traitement possible, il faut bien sûr s'attendre à ce que le client cherche à éprouver sa solidité et celle de l'intervenant. Cette stabilité est une expérience positive pour l'utilisateur. Les limites qu'il impose, les refus et ruptures apparentes (souvent temporaires) qu'il entraîne entre l'utilisateur et le clinicien, ne se soldent pas nécessairement par une aggravation à moyen terme de leur condition (Pam, 1994).

Le risque est grand de voir la récupération des notions sous-tendues par l'application du cadre dans une fonction coercitive ce qui est non seulement contre indiqué mais également non conforme à la notion du cadre.

### **Travail en équipe multidisciplinaire**

Les conflits idéologiques ne se manifestent pas seulement en présence d'une clientèle qui présente des troubles de la personnalité. De fait, plus le traitement implique d'intervenants de formation professionnelle variée, plus le défi à relever pour bien fonctionner en équipe est grand. Par exemple, l'intervention utilisant une médication de substitution implique, en plus des professionnels du volet psychosocial, des professionnels du domaine médical, et parfois même du domaine pharmaceutique. Dans ce contexte où la formation, les valeurs et les approches diffèrent, le travail d'équipe multidisciplinaire exige de concilier de grandes divergences idéologiques. La négociation et la patience sont des outils indispensables pour arriver à déterminer des objectifs de travail précis (Paquin, 2003).

## **Vous désirez en savoir plus...**

### **Consultez la revue :**

Drogues, santé et société, 2 (1), 1-19 –  
article de Michel Landry et Marie Lecavalier (2003)

L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans  
le champ de la réadaptation en toxicomanie.



## Modification de la consommation

---

Dans un cadre de réadaptation la démarche vise à changer la relation aux SPA pour redonner à la personne toxicomane la possibilité de reprendre le pouvoir sur sa vie. Voici quelques un des éléments pouvant faire parti d'un plan d'intervention :

- Choix et/ou modification du produit ;
- Contrôle du dosage ;
- Contrôle de la qualité ;
- Attention portée à la fréquence ;
- Attention portée au mobile ;
- Choix du contexte (des ambiances) ;
- Choix du mode de consommation ;
- Usage sécuritaire.



## Forces et faiblesses de l'approche

Puisque l'application de l'approche de réduction des méfaits en réadaptation a débuté vers la fin des années 1990 au Québec, on peut déjà identifier quelques points forts qui s'en dégagent :

- L'approche de réduction des méfaits est plus efficace que le traitement traditionnel pour contrer l'augmentation de certaines maladies (VIH, hépatite).
- C'est une approche respectueuse des usagers, elle les responsabilise et les encourage à réfléchir et à se situer par rapport à leur situation.
- L'application peut varier selon les différents milieux; elle peut être souple, graduelle et très différente d'un milieu à l'autre.
- Elle permet d'accueillir sans discrimination toute personne aux prises avec la consommation de SPA.
- Elle permet de répondre à la demande première de l'utilisateur, ce qui optimise ses chances de demeurer en traitement.
- Le processus de changement peut avoir lieu par étapes, ce qui permet de ne pas perdre contact avec les usagers qui ne sont pas encore prêts à passer à l'action.
- En proposant l'atteinte d'objectifs minimaux, elle assure à l'utilisateur une meilleure estime de lui-même et lui permet de cheminer à son rythme.
- Elle est conforme à la réalité de la consommation et favorise un discours plus authentique.
- Elle devient souvent une autre façon d'atteindre l'abstinence. Après avoir vainement tenté de modérer leur consommation d'alcool, plus de 50 % des gens choisissent l'abstinence à long terme (Miller et Page, 1991).
- L'introduction de l'approche de réduction des méfaits a permis de sortir des querelles idéologiques qui paralysaient souvent les intervenants et les centres de réadaptation et de légitimer des pratiques et des constats qui jusque là avaient été réduits plus ou moins à la clandestinité.

## **Les problèmes soulevés par l'application de l'approche dans le cadre de la réadaptation**

Bien qu'elle offre de nombreux avantages, l'approche de réduction des méfaits soulève aussi certains problèmes lorsqu'elle est appliquée en contexte de réadaptation, problèmes que nous allons illustrer à l'aide d'exemples concrets puisés au Centre Dollard-Cormier. Il est à noter que la majorité des problèmes qui ont surgi sont reliés à l'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance ainsi qu'à la diversité des objectifs poursuivis par les usagers (certains visent l'abstinence de tous les produits, d'autres sur certains produits seulement, d'autres encore un meilleur contrôle de leur consommation, etc.).

### **Irréalisme du choix de l'objectif de certains usagers**

Parmi les problèmes associés à la diversité des objectifs, on remarque que le choix de l'objectif par les usagers ne semble pas toujours réaliste selon l'état des connaissances. En effet, certains produits (alcool, cannabis) se prêtent mieux à un objectif de consommation contrôlée que d'autres (cocaïne, héroïne) et le degré de dépendance exerce aussi une influence sur la probabilité de maintenir une consommation modérée ou de s'abstenir à long terme. Dans ce cas, il importe de considérer l'objectif exprimé par l'utilisateur comme un point de départ, une étape qui vient jaloner un parcours. L'approche motivationnelle permet alors de cheminer vers un autre objectif et d'utiliser les situations d'échec comme du matériel clinique permettant de faire progresser l'utilisateur vers un mieux-être.

### **Indications cliniques en regard de clientèles particulières**

Ainsi, chez la clientèle qui présente un tableau de comorbidité (toxicomanie et santé mentale), l'abstinence apparaît encore à ce jour comme l'objectif à privilégier. En effet, les cliniciens observent que la pathologie et les *acting out* sont souvent exacerbés avec la prise de drogues. De plus, les psychotropes prescrits pour le traitement de la maladie mentale potentialisent l'effet des autres drogues, ce qui leur permet d'exercer la même action avec de moindres doses. Les troubles mentaux tels que la dépression et la schizophrénie ont aussi par eux-mêmes cet effet de potentialisation. Bien que toute consommation de substances soit contre-indiquée dans ces situations, l'utilisateur pourra poursuivre sa démarche dans les services même s'il continue de consommer et le clinicien proposera des objectifs intermédiaires qui auront pour effet de conduire à une amélioration de son fonctionnement (Duhamel et Lallemand, 2001). Il sera très important pour le clinicien de bien connaître les interactions entre les troubles mentaux, la médication et la consommation de drogues, et d'en informer l'utilisateur pour l'éclairer dans les choix qu'il fera à cet égard. Une autre voie, explorée à la clinique Cormier-Lafontaine, consiste à rechercher quels sont les médicaments (antipsychotiques et antidépresseurs) les moins nuisibles dans un contexte où la consommation de drogues se poursuit. Une recherche sur l'utilisation de la Quétiapine dans le traitement de la psychose (Roy, Potvin, Stip, Piomelli) est en cours et va dans ce sens.



## Usagers qui ne veulent pas modifier leur consommation

Par ailleurs, plusieurs usagers n'ont aucune intention de réduire ou modifier leurs habitudes de consommation et leur seule demande est de réduire les dommages liés à leur consommation. Il s'agit souvent de personnes qui ont une très longue histoire de consommation et qui ont adopté le mode de vie de l'itinérance. Pour ces usagers, une modification de leur mode de consommer des substances sera recherchée. Bien entendu, dans la stratégie de lutte contre les maladies infectieuses, l'abandon de l'injection ou l'injection à risque réduit représentent les formes les plus connues de cette pratique. La substitution d'alcools frelatés par d'autres formes d'alcool dont la fabrication est réglementée en est une autre qui s'impose souvent. Un programme, Itinérance et sans domicile fixe, a développé plusieurs stratégies d'intervention à l'endroit de cette clientèle dans le but d'éviter que sa condition ne se détériore et de lui assurer un minimum de qualité de vie : travail de *reaching out*, distribution de seringues et condoms, suivi dans le milieu. La mise en place d'un service de fiducie, grâce auquel des usagers peuvent confier volontairement la gestion de leurs revenus (le plus souvent, leur chèque d'aide sociale) à un intervenant, apparaît à ce jour comme un levier particulièrement intéressant pour rejoindre cet objectif.

## Diversité d'objectifs au sein des groupes

En ce qui concerne l'intervention en groupe, il devient difficile, sur le plan clinique, de réunir les personnes qui visent l'abstinence et celles qui souhaitent moduler leur consommation. Le discours des usagers qui s'écartent de l'abstinence est souvent perçu par ceux qui visent l'abstinence comme la manifestation d'une motivation moins « consistante ». Il peut en résulter, chez les tenants d'objectifs variés, une dévalorisation de leur choix. Par ailleurs, cette cohabitation peut conduire à une démobilisation chez les usagers dont l'objectif demeure l'abstinence : ils risquent de douter de la faisabilité et de la pertinence de leur choix pour se tourner vers des objectifs qui leur apparaissent plus accessibles. Les critiques formulées par les usagers et par plusieurs intervenants nous ont amenés, dans le nouveau plan d'organisation du Centre, à former deux groupes différents de travail sur la consommation : un qui réunit les usagers qui visent l'abstinence et un qui réunit ceux qui poursuivent des objectifs différents à cet égard. Dans toutes les autres activités de groupe, les usagers sont réunis sans tenir compte de leurs objectifs en regard de la consommation de substances.

## Les services résidentiels

Les services résidentiels posent également, on le comprendra aisément, des conditions particulières en ce qui concerne la gestion de la consommation. Le soutien à l'arrêt de consommation par un retrait du milieu, bien qu'il ne soit pas le seul objectif visé par la décision d'admettre un usager à l'interne, demeure un objectif central. L'abstinence assure des conditions propices à un travail thérapeutique tout en maintenant le milieu de vie plus sécuritaire. Il n'en reste pas moins que cet objectif n'est pas toujours atteint, surtout dans un contexte où les sorties à l'extérieur sont favorisées pour inciter les résidents à garder contact avec leur milieu naturel et à entreprendre des démarches de réinsertion sociale. L'approche de réduction des méfaits a cependant permis d'assouplir les règles de vie et de réduire l'incohérence entre les règlements et l'expérience de la rechute. Dans cette perspective, la consommation à l'occasion d'un congé devient du matériel clinique intéressant et une occasion de réajuster les interventions.

## Collaboration avec les partenaires

Cette position en regard de la consommation n'est pas sans susciter d'inquiétudes, voire de l'opposition, auprès de certains de nos partenaires.<sup>2</sup> Plusieurs intervenants du milieu de la justice, du milieu scolaire, du milieu du travail ainsi que de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) exigent l'abstinence de toute substance de la part des jeunes ou des adultes qui ont une consommation problématique. Il se peut aussi que les usagers de ces ressources n'aient pas nécessairement un problème de dépendance. Notre position risque alors de coincer l'utilisateur entre les exigences de ces ressources et l'organisation de nos services. De plus, nous observons parfois le clivage entre « la bonne ressource » qui accepte l'utilisateur un peu de manière inconditionnelle et le partenaire qui exige de lui un plus grand engagement et le respect de règles davantage coercitives.

## L'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance

Une difficulté additionnelle touchant l'application de l'approche de réduction des méfaits en réadaptation concerne l'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance. Bien qu'il n'y ait pas a priori d'incompatibilité entre ces deux composantes de l'intervention, elles ont souvent été expérimentées comme difficilement conciliables. On peut sans doute y voir le résultat d'une mauvaise connaissance du véritable sens de ces deux concepts, mais aussi le reflet des différences entre les cultures cliniques et les valeurs des trois centres d'où proviennent les intervenants du Centre Dollard-Cormier.

## La prévalence des troubles de la personnalité chez les usagers des centres de réadaptation et la nécessité d'un cadre d'intervention adapté.

Une étude sur la prévalence des troubles de la personnalité chez les usagers qui fréquentent les centres de réadaptation en toxicomanie du Québec (Landry, Nadeau et Racine, 1996) révèle que près de 90 % d'entre eux présentent un trouble de la personnalité. L'évaluation des troubles de la personnalité s'est effectuée avec le *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI II) (Millon, 1983) et celle de la toxicomanie, avec l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Les résultats confirment la perception des cliniciens à l'effet que la clientèle du Centre présente fréquemment un double diagnostic toxicomanie - trouble de la personnalité et que l'intervention auprès de ces personnes requiert des habiletés cliniques particulières. En effet, les tableaux cliniques sont complexes, marqués parfois par des épisodes de désorganisation et des crises spectaculaires très souvent exacerbées par la consommation. Pour ces usagers, l'univers relationnel est caractérisé par des relations instables et conflictuelles.

## Deux écoles de pensée

Concernant les usagers qui présentent des troubles de personnalité, deux écoles de pensée s'affrontent : d'une part, les tenants de l'approche communautaire considèrent que les exigences du cadre doivent être plus mobiles et plus souples au début de la démarche car on craint que les usagers ne se découragent en présence de tout cadre structurant aussi minime soit-il ; d'autre part, les tenants d'une autre approche clinique reconnue pour son efficacité sur les troubles de la personnalité considèrent que la mise en place d'un cadre ferme et structurant dès le début de la démarche permet de contenir la turbulence émotionnelle et limite les comportements destructeurs qui caractérisent ces usagers.

<sup>2</sup> Des exemples de partenariat seront présentés plus loin dans le texte.



## La conciliation entre la haute tolérance et le cadre

Dans la pratique, les deux tendances cohabitent au sein de l'établissement. Devant ce constat, il devient légitime de se demander comment nous arrivons à les harmoniser. Certains programmes et services du Centre Dollard-Cormier privilégient la haute tolérance et l'ouverture alors que d'autres mettent davantage l'accent sur les composantes plus structurées du cadre thérapeutique. Nous pourrions affirmer que les services qui reçoivent la clientèle en début de démarche sont plus proches des éléments clés qui sous tendent l'approche de réduction des méfaits.

L'expérience acquise au cours des dernières années nous amène cependant à revoir nos positions relativement à certaines difficultés rencontrées au sein des programmes qui adhèrent davantage à une philosophie de haute tolérance et qui desservent des populations plus détériorées. Nous assistons à des manifestations de débordement de la clientèle. Plus spécifiquement, la tolérance et la souplesse consenties en début de démarche entraînent des dérapages significatifs pouvant se manifester par des menaces suicidaires, hétéro agressives ou des comportements revendicateurs ou violents. En outre, les intervenants impliqués auprès de ces usagers ressentent un vif sentiment d'essoufflement et d'impuissance à pouvoir leur venir en aide. Cet état de fait impose un réajustement du plan d'intervention qui conduit parfois à un transfert d'intervenant, ou à la limite à une interruption temporaire des services. Les équipes craignent alors, à juste titre, de faire revivre à ces usagers une situation de rejet et d'échec qui s'ajoutera à toutes celles qu'ils ont vécues auparavant.

Les cliniciens favorables à la mise en place d'un cadre ferme et structurant émettent certaines réserves en regard de l'approche de haute tolérance observant que cette façon de faire s'avère moins performante à long terme. Ils soutiennent en effet que la rétention en traitement ne conduit pas toujours à une amélioration du tableau clinique. De fait, nous avons pu constater que, dans certains cas, l'imposition de limites franches a donné des résultats positifs.

Faut-il trancher entre ces deux tendances et en choisir une au détriment de l'autre ? Il nous apparaît plutôt que leur coexistence constitue une richesse pour l'organisation et les usagers du Centre si nous apprenons à tirer parti des forces que chacune d'entre elles présente. Cette fertilisation croisée pourrait aider à nous prémunir contre deux tentations. La première serait de se retrancher derrière l'application rigide d'un cadre thérapeutique pour se protéger contre une clientèle très exigeante et avec laquelle les changements se font attendre, induisant ainsi un sentiment d'échec difficile à supporter. La seconde tentation est de se laisser submerger par la souffrance de l'autre au point de ne plus être capable de prendre la distance nécessaire pour évaluer ce qui est véritablement aidant à plus long terme.

Exprimé d'une autre façon, on peut souhaiter que les attitudes de disponibilité, de compassion et de parti pris pour les plus démunis issues d'une approche humanitaire se combinent à la rigueur fondée sur les connaissances scientifiques et au savoir-faire clinique apporté par la formation professionnelle.



# A

## pplications concrètes

### Réduction des méfaits en milieu scolaire

L'école est un des milieux où l'application du modèle de réduction des méfaits ne se fait pas sans une transposition qui nous oblige à départager certaines des pratiques inhérentes au modèle. En effet l'application rigoureuse du modèle est incompatible avec l'école mais le pragmatisme et l'humanisme, valeurs fondamentales de l'approche, inspirent largement notre intervention en milieu scolaire.

Voici quelques postulats à la base de notre implication :

- 1) Un des mandats du service à la communauté est de travailler avec les partenaires dont l'action se situe en amont de la toxicomanie et les écoles en sont un exemple.
- 2) Notre implication initiale a fait suite à une demande d'une école en particulier, dont la direction était dépassée par divers problèmes liés à la consommation ; plusieurs écoles ont suivi.
- 3) Il est difficile d'évaluer objectivement l'ampleur du phénomène ; nous avons cependant quelques résultats de recherches et d'enquête ainsi que des données subjectives provenant d'enseignants et d'écoles en particulier. Selon certains, le problème est plus important depuis quelques années et varie en fonction de l'école, de l'année scolaire ou de l'heure de la journée. Nonobstant toutes ces considérations, nous pouvons dire que la consommation à l'école est toujours inappropriée, souvent dérangeante et aussi parfois inquiétante pour certains jeunes.
- 4) Jusqu'à aujourd'hui, les mesures punitives, dissuasives et coercitives n'ont pas donné les résultats escomptés ; elles se sont révélées inefficaces tant pour gérer les situations problématiques que pour dépister et soutenir les jeunes en besoin d'aide.

Compte tenu de ces considérations, nous avons donc travaillé avec les intervenants scolaires pour explorer de nouvelles façons d'intervenir et la réduction des méfaits, outre le fait que c'est le modèle appliqué au Centre Dollard-Cormier, s'avère être le modèle qui s'imposait par son côté pragmatique d'une part, et humaniste d'autre part.



La triade substance-individu-contexte prend tout son importance chez les jeunes et il nous faut absolument en tenir compte.

Comparons divers éléments et jugeons de leur portée : un jeune de 13 ans et un jeune de 17 ans, une consommation quotidienne et une consommation de fin de semaine, une consommation en solitaire et une participation conviviale à un party, une consommation sur les lieux de l'école ou avant d'assister à un cours ou une consommation de fin de journée, un excès d'alcool (calage) occasionnel ou à toutes les fins de semaine, une consommation destinée à contrôler une trop grande anxiété ou une recherche de plaisir par ennui ou bravade. Tout ceci sera pris en considération.

Une fois le principe admis qui établit l'incompatibilité de la consommation avec le milieu scolaire et la fonction éducative, **que veut donc dire l'application du modèle de réduction des méfaits en de telles circonstances ?**

Avant tout, c'est une attitude et un langage ; c'est une façon de voir les jeunes pour ce qu'ils sont au-delà de leurs comportements déviants, c'est une approche par laquelle on veut les informer, les sensibiliser, les responsabiliser et surtout les faire réfléchir plutôt que les sanctionner, les punir et encore moins les exclure.

Les jeunes doivent réaliser les méfaits possibles de leur consommation dans les diverses sphères de leur vie, ils doivent apprendre à être responsables, à dire non lorsqu'ils jugent la situation inappropriée et à se mettre des balises.

Voici donc la définition que Denis, Isabelle (2001) propose : « **Cadre d'intervention qui se caractérise par une perspective de soutien et d'éducation qui propose une façon de faire souple et graduelle axée sur la responsabilisation individuelle plutôt que sur la contrainte.** »

Pour concrétiser cette façon de faire souple et graduelle et baliser la gradation des réactions aux comportements des jeunes, nous proposons aux écoles de mettre en place un protocole d'intervention lequel peut se définir comme suit : « Ensemble de mesures de soutien et disciplinaires qui visent à encadrer un comportement donné et qui ont pour but de préciser les rôles de chacun en regard de chacune des étapes de l'intervention. »

Les jeunes et tous les intervenants savent ainsi à quoi s'en tenir. Les mesures initiales seront davantage de soutien et éducatives pour graduellement être disciplinaires et de sanction.

Tout ceci est une démarche à long terme où tout le personnel scolaire, de la direction aux enseignants, des parents aux jeunes seront mis à contribution et invités à réfléchir et souvent à innover, à tenter de comprendre et à s'ajuster. Le protocole d'intervention n'est pas une panacée et la protection du jeune s'oppose parfois à la protection du milieu mais de façon pragmatique, c'est là où nous en sommes et nos valeurs humaines s'accommodent mal de réactions punitives et d'exclusion.

DENIS, I., Présentation « Les Entretiens Jacques-Cartier », Octobre 2004



# Réduction des méfaits et fiducie

Le programme de fiducie pour la clientèle itinérante existe depuis plus ou moins 15 ans. Ce service a pris naissance à l'époque du Centre d'accueil Préfontaine pour venir en aide à une clientèle présentant les caractéristiques suivantes : comorbidité ou double problématique, problème de santé physique, incapacité de répondre adéquatement à ses besoins élémentaires, réseau social pratiquement inexistant, isolement, judiciarisation, pauvreté et bien entendu toxicomanie.

Devant l'ampleur de ces problématiques, un service de « Gestion des revenus » (fiducie) est devenu une nécessité pour supporter les usagers dans leur intégration. Celle-ci est devenue une intervention structurée permettant de diminuer la pression financière qui menace l'efficacité du traitement (levier puissant pour réduire les conséquences négatives). De plus, vu sous l'angle de la réduction des méfaits, la fiducie s'avère un élément clé pour éviter les conséquences de la surconsommation et de la désorganisation. D'ailleurs, le Centre Dollard-Cormier dans son plan d'organisation 2002-2005 reconnaît la fiducie comme un acte de réadaptation.

## Objectifs de la fiducie

Maximiser le plan d'intervention en soulageant le client de la pression financière et matérielle qu'il vit ;

Aménager un programme qui permette au client de remplir prioritairement ses besoins essentiels en terme de santé et d'hygiène avant de satisfaire ses besoins de consommations.

## Application de la gestion des revenus au Centre Dollard-Cormier

- Tout nouvel usager doit avoir eu au minimum 4 rencontres avec son intervenant et ce dans un délai de 6 semaines avant d'être admissible à la fiducie ;
- Une grille d'évaluation sur la pertinence de la fiducie est complétée afin de s'assurer que l'usager rencontre les critères ;
- Un contrat d'engagement est signé par l'usager (contrat autorisant le centre à administrer les avoirs de la personne) ;
- Une grille d'évaluation de budget est également complétée afin d'établir le contrat de suivi administratif ;
- L'usager doit signer les différentes autorisations et formulaires pour que la fiducie s'enclenche.

## Règles à suivre

- Respect des rendez-vous ;
- Respect des engagements financiers ;
- Attitudes et comportements respectueux des lieux et des individus ;
- Interdiction de fraude ou de tentative de fraude.



## **A quel moment la fiducie prend-t-elle fin ?**

- Entente commune entre l'intervenant et l'utilisateur ;
- Bris des engagements ;
- Fraude ou tentative de fraude ;
- Fin du contrat tel qu'établi au départ ou en cours de route.

## **Impacts de la réduction des méfaits en lien avec la fiducie**

- 1) Prévenir la perte de contrôle dans la consommation ;
- 2) Stabiliser la situation du logement ;
- 3) Régulariser la situation judiciaire (ex. ententes de paiement) ;
- 4) Rembourser des dettes (ex. amendes, prêt usuraire) ;
- 5) Développer des habiletés sociales (ex. hygiène de vie, langage, communication) ;
- 6) Assister l'individu dans la reprise du pouvoir sur les différentes sphères de vie ;
- 7) Favoriser l'appartenance à un milieu autre que celui de l'itinérance ;
- 8) Permettre à l'utilisateur de se réapproprier son autonomie ;
- 9) Permettre d'établir un lien clinique.

Inspiré du document « Gestion du revenu comme outil d'apprentissage et réappropriation de l'autonomie »,  
version 3 (janvier 2003)



## La réduction des méfaits et le programme Jessie

Le programme Jessie a vu le jour en 1993, il s'agit d'un programme d'intervention en partenariat entre les Centres jeunesse de Montréal et le Centre Dollard-Cormier. Ce programme d'intervention s'adresse aux parents consommateurs qui ont des enfants de 0 à 5 ans et qui ont été signalés pour négligence (les cas d'abus ou de mauvais traitement sont exclus). Dans ce programme d'intervention la protection de l'enfant et la situation de consommation du ou des parents peuvent être considérés séparément quoi qu'ils soient interreliés.

Comme tout programme de partenariat, l'arrimage débute par une connaissance commune des mandats ou outils de chacun des partenaires. Un important défi du programme est étroitement lié à l'application du modèle de la **réduction des méfaits**. Il est certain que la présence d'enfants en très bas âge éveille une plus grande inquiétude pour les intervenants, c'est pourquoi chacune des parties doit apprendre à concilier approche de réduction des méfaits et l'état de vulnérabilité des enfants.

La réduction des méfaits ne concerne pas uniquement les risques rattachés à la prise de substances psychoactives mais à l'ensemble des conséquences liées au mode de vie du consommateur. Quand le consommateur est aussi parent, il arrive que ces conséquences aient des impacts au niveau du rôle parental. Si ces conséquences occasionnent une situation de danger pour l'enfant, le mandat de la Protection de la Jeunesse est d'assurer le rétablissement du climat de sécurité pour l'enfant et tenir compte également de l'ensemble des besoins de la famille.

Le rôle de l'intervenant en toxicomanie est d'abord de démystifier avec le partenaire les fausses croyances face à la consommation de substances psychoactives, telles que : l'irréversibilité – passer d'une drogue douce à une drogue dure – l'incapacité de se responsabiliser dans sa consommation – etc... Il devra par la suite, identifier avec le parent les impacts de sa consommation sur son rôle parental et trouver avec celui-ci des stratégies pour assurer le développement et la sécurité de l'enfant lors de périodes de consommation.

En dissociant la consommation de la responsabilité parentale, l'intervenant permet au parent de rester soucieux du bien être de son enfant et peut aussi l'aider à modifier ses habitudes et comportements pour devenir un parent responsable. La démarche devient donc un défi plus réaliste et la motivation à modifier ses comportements plus intrinsèque.

L'identification des méfaits de la consommation n'est pas liée uniquement au moment de la prise de substances, au mode de consommation mais également au mode de vie et ses conséquences au niveau du climat familial ainsi que des contacts avec l'enfant. Un parent consommateur peut être plus irritable et vulnérable avant une rechute, la culpabilité qui suit la rechute peut aussi influencer la permissivité. Chacun de ces éléments sera identifié avec le parent et ciblé au niveau des objectifs à travailler afin de réduire les conséquences de sa consommation sur son rôle parental.



En conclusion, le modèle de l'approche de réduction des méfaits permet d'identifier avec le parent les conséquences de sa consommation et ainsi établir un plan d'intervention concret et étagé quant aux changements nécessaires à faire afin d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant. Ces changements concernent tant l'organisation du mode de vie, l'instauration d'une modification de la consommation, cette n'excluant pas l'abstinence. Nous croyons que l'application de l'approche de réduction des méfaits au **PROGRAMME JESSIE** optimise l'implication du parent dans sa démarche et augmente ainsi l'objectif de protéger les enfants vivant dans une famille où la consommation est présente.

Adaptation de l'article : Ensemble pour protéger les tous petits – dossier Programme Jessie par Marie-Claude Dion – Toxico Réseau vol. 4 n° 3

### **Buts du projet**

- Favoriser un travail de concertation ;
- Établir des ententes de collaboration entre la Protection de la jeunesse et les organismes en toxicomanie ;
- Mettre à profit les expertises réciproques ;
- Dresser un plan d'intervention concerté où chacun joue un rôle spécifique pour permettre un changement positif dans le mode de vie des parents afin de donner à leur enfant des soins appropriés pour lui assurer la sécurité et le développement ;
- Établir des lieux de partage d'informations et des zones de confidentialité ;
- Reconnaître l'alliance thérapeutique comme pierre angulaire de l'intervention en toxicomanie ;
- Reconnaître le rôle actif et serré de l'agent de la Protection de la jeunesse auprès de l'enfant ;
- Favoriser la prise en charge.

### **Pré-requis à l'implication des parents:**

- Ils doivent reconnaître que leur consommation compromet la sécurité de leur enfant ;
- Ils doivent reconnaître avoir besoin d'aide et accepter la collaboration ;
- Ils doivent se mobiliser pour modifier leur consommation et ultérieurement viser l'abstinence ;
- Ils doivent vouloir garder leur enfant dans la famille.



# A

## nnexes

### Testez vos connaissances

	Vrai	Faux	Vrai et Faux
1. L'abstinence totale est incompatible avec le modèle de la réduction des méfaits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La réduction des méfaits ne s'applique qu'en première ligne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La réduction des méfaits oblige l'intervenant à être très souple et ouvert dans ses attitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans la réduction des méfaits le client est le seul à décider de ses choix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La réduction des méfaits ne cible que les conséquences néfastes de la consommation de SPA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le modèle de la réduction des méfaits a pris naissance dans les années 80 aux Etats-Unis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'objectif premier de l'implantation de la réduction des méfaits était de l'ordre de la santé publique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La réduction des méfaits n'a aucun lien avec une baisse du taux de criminalité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'application de la réduction des méfaits entraîne un défaitisme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Encerchez :			
a) Moins de :           20 %   40 %   60 %   80 %   95 % de la clientèle UDI est infectée par une forme A-B-C ou autre d'hépatite à Montréal.			
b) Moins de :           20 %   40 %   60 %   80 %   95 % de la clientèle UDI est infectée par le VIH à Montréal.			

Suite de ce test à la page suivante > > >

	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>	<b>Vrai et Faux</b>
11. On est toxico ou on ne l'est pas : il n'y a pas de nuances dans ce domaine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La meilleure thérapie pour un toxicomane est de viser l'abstinence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Une approche de haute tolérance signifie une absence d'encadrement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il est nécessaire que l'usager soit motivé pour qu'on puisse l'aider.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La réduction des méfaits ne s'applique pas à toutes les problématiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La réduction des méfaits provoque la banalisation de l'usage des drogues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Le modèle de la réduction des méfaits ne prend pas pour cible le fait en soi de consommer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dans le modèle de la réduction des méfaits s'il n'y avait pas de méfaits, il n'y aurait pas de problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'Opération Nez rouge est un exemple de prévention tertiaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Il est réaliste de croire que la drogue peut être contrôlée, voir être bannie d'une société.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Selon le modèle, l'intervenant sait ce qui convient le mieux à l'usager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Selon le modèle, il est important que l'usager démontre sa motivation en faisant les premiers pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Prohiber une substance réduit les problèmes de toxicomanie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Le modèle de la réduction des méfaits est incompatible avec des objectifs de réadaptation en toxicomanie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Testez vos connaissances (corrigé)

	Vrai	Faux	Vrai et Faux
1. L'abstinence totale est incompatible avec le modèle de la réduction des méfaits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. La réduction des méfaits ne s'applique qu'en première ligne.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La réduction des méfaits oblige l'intervenant à être très souple et ouvert dans ses attitudes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans la réduction des méfaits le client est le seul à décider de ses choix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. La réduction des méfaits ne cible que les conséquences néfastes de la consommation de SPA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le modèle de la réduction des méfaits a pris naissance dans les années 80 aux Etats-Unis.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'objectif premier de l'implantation de la réduction des méfaits était de l'ordre de la santé publique.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La réduction des méfaits n'a aucun lien avec une baisse du taux de criminalité.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. L'application de la réduction des méfaits entraîne un défaitisme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Encerclez :			
a) Moins de :      20 %    40 %    60 % <u>80 %</u> 95 % de la clientèle UDI est infectée par une forme A-B-C ou autre d'hépatite à Montréal.			
b) Moins de : <u>20 %</u> 40 %    60 %    80 %    95 % de la clientèle UDI est infectée par le VIH à Montréal.			

Suite de ce test à la page suivante > > >



	Vrai	Faux	Vrai et Faux
11. On est toxico ou on ne l'est pas : il n'y a pas de nuances dans ce domaine.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La meilleure thérapie pour un toxicomane est de viser l'abstinence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Une approche de haute tolérance signifie une absence d'encadrement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Il est nécessaire que l'usager soit motivé pour qu'on puisse l'aider.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. La réduction des méfaits ne s'applique pas à toutes les problématiques.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La réduction des méfaits provoque la banalisation de l'usage des drogues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Le modèle de la réduction des méfaits ne prend pas pour cible le fait en soi de consommer.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dans le modèle de la réduction des méfaits s'il n'y avait pas de méfaits, il n'y aurait pas de problèmes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'Opération Nez rouge est un exemple de prévention tertiaire.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Il est réaliste de croire que la drogue peut être contrôlée, voir être bannie d'une société.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Selon le modèle, l'intervenant sait ce qui convient le mieux à l'usager.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Selon le modèle, il est important que l'usager démontre sa motivation en faisant les premiers pas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Prohiber une substance réduit les problèmes de toxicomanie.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Le modèle de la réduction des méfaits est incompatible avec des objectifs de réadaptation en toxicomanie.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Exercice – mes valeurs

Nous vous demandons de vous situer en accord ou en désaccord, face aux énoncés suivants :

## Liste des énoncés

1. L'abstinence totale à tout produit psychotrope pour une personne toxicomane.
2. L'arrêt du produit principal tout en maintenant la consommation d'un produit secondaire.
3. Le libre choix de l'utilisateur.
4. Le boire contrôlé pour les buveurs problématiques.
5. L'interdiction de l'usage du tabac dans les bars et les restaurants.
6. La politique américaine de tolérance 0.
7. Les patch(es) de nicotine.
8. L'opération Nez Rouge.
9. Les programmes de sevrage à l'héroïne à l'aide de la méthadone.
10. Le maintien d'une consommation à la méthadone pour une durée indéterminée.
11. La consommation de vin, d'un verre ou deux par jour.
12. La légalisation de toutes les drogues.
13. Les commandites des festivals par des compagnies de tabac et d'alcool (Jazz, Grand Prix, Feux d'artifice, Tennis, etc...).
14. La suggestion de mode de consommation plus hygiénique et plus sécuritaire : échange de seringues.
15. La suggestion de mode de consommation plus sécuritaire et moins addictive : sniffer plutôt que s'injecter.
16. La suggestion de mode de consommation plus sécuritaire et moins dangereuse : apprendre à quelqu'un à s'injecter correctement.

Tableau « en accord ou en désaccord » à la page suivante > > >



**Totalement en  
désaccord**

**Totalement en  
accord**

	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>1</b>					
<b>2</b>					
<b>3</b>					
<b>4</b>					
<b>5</b>					
<b>6</b>					
<b>7</b>					
<b>8</b>					
<b>9</b>					
<b>10</b>					
<b>11</b>					
<b>12</b>					
<b>13</b>					
<b>14</b>					
<b>15</b>					
<b>16</b>					



# Vignette clinique n° 1

Maryse 36 ans est suivie au Centre Dollard-Cormier pour un problème de polytoxicomanie depuis deux ans. Elle consomme de l'alcool principalement à l'extérieur, du cannabis tous les soirs dans son appartement et de façon prescrite du Rivotril pour anxiété. Elle consomme aussi une grande quantité de café et du chocolat et fume en moyenne un paquet de cigarettes par jour.

Lorsqu'elle boit de façon excessive, elle fait de la prostitution et communique avec son ex-conjoint violent qu'elle ne doit pas revoir. Elle est atteinte de l'hépatite C (asymptomatique).

Elle vit dans une maison d'appartements supervisés depuis un an où chaque femme demeure dans un deux pièces et demie.

Elle est mère d'un garçon de 10 ans. Il est placé par la DPJ. Elle recommence à voir son enfant depuis qu'elle est en phase de réhabilitation et plus souvent depuis qu'elle demeure aux appartements supervisés. Elle souhaite reprendre la garde de son enfant.

Elle travaille comme serveuse dans un restaurant de 8 h 00 à 15 h 00.

## Depuis deux mois on note les changements suivants :

- Elle évite de s'intégrer au groupe ;
- Elle s'alimente moins bien ;
- Elle n'avait plus suffisamment d'argent pour payer son loyer ;
- Elle participe rarement aux tâches communautaires ;
- Dernièrement son ex-conjoint est venu à la maison d'hébergement et l'a sommé assez bruyamment de venir lui parler.

Les autres usagères commencent à se plaindre du comportement en général plus dérangeant de la cliente et soupçonnent qu'elle consomme, par l'odeur qui se dégage par moment de sa chambre.

Des intervenants savent que madame consomme du cannabis assez régulièrement mais ce n'est que depuis qu'il y a apparition des plaintes que ces derniers ont décidé de réagir.

Tenant compte de cette situation, **PLACEZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS SUR L'ÉCHELLE DE TOLÉRANCE** selon votre opinion en regard du modèle de la réduction des méfaits

Énoncés à la page suivante > > >

## Énoncés

1. Consommation de drogue illégale sur place (cannabis).
2. Consommation modérée d'alcool dans sa chambre.
3. Consommation de médicaments prescrits.
4. Consommation à l'extérieur de la résidence de drogue illégale.
5. Consommation d'alcool. Fait connu avant son admission.
6. Consommation de caféine et de chocolat en assez bonne quantité.
7. Consommation à son retour de travail dans sa chambre.
8. Complicité du personnel par la non-intervention.
9. Communication de l'adresse de l'établissement à son ex-conjoint.
10. Consommation avec conséquences négatives.
11. Tabac au lit.
12. Conduites sexuelles à risque.



## Échelle de tolérance

**En équipe de 3 personnes, écrire sur un continuum allant de 0 à 100, votre degré de tolérance face aux situations et comportements décrits à la page suivante.**

Veillez noter qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Cet exercice a pour but de favoriser la discussion.

**Aucune tolérance**                      **0**                      **25**                      **50**                      **75**                      **100**                      **Grande tolérance**

--	--	--	--	--	--

Centre Dollard-Cormier, août 2004 – Service à la communauté, volet consultation

## Vignette clinique n° 2

Robert 33 ans. Double problématique. Client schizophrène, suivi en psychiatrie depuis 10 ans. Sous médication depuis 10 ans (Aldol). Consommation problématique d'alcool et de cannabis depuis 6 ans. Lorsqu'il consomme, il cesse de prendre sa médication d'antipsychotique. Suite aux recommandations soutenues de son psychiatre, Robert a finalement accepté depuis un an de venir au Centre Dollard-Cormier. Il est actuellement au service hébergement-adulte depuis un mois avec l'objectif de cesser la consommation d'alcool et de cannabis afin de reprendre régulièrement sa médication d'antipsychotique.

L'objectif premier du Plan d'intervention est de viser l'abstinence, donc d'éviter toute consommation d'alcool et de cannabis afin de respecter sa médication. Depuis le début de son séjour en interne le client en est à sa 3<sup>e</sup> sortie. Il connaît sa première rechute et l'avoue lors d'un retour intoxiqué.

Durant son séjour, la moitié du temps, le client n'a pas respecté ses tâches communautaires. Plusieurs rappels à l'ordre à ce sujet ont été faits. Une fois sur deux, le client était en retard aux réunions de groupes.

Le client a de bons rapports avec les usagers. Quoique souvent isolé, il est considéré une personne sympathique.

### Discussion

- Est-ce qu'on maintient le séjour de Robert en interne ?
- Si oui, y aurait-il révision d'objectifs ? Si oui, lesquels ?
- Si on passe outre aux règles, sur quels critères se base-t-on ?
- Qu'est-ce qui serait le plus aidant comme intervention ?
- Jusqu'à quel point pouvons-nous être tolérant ?
- Est-ce contre-productif d'être tolérant ?
- Est-ce incompatible d'avoir des règles avec la Réduction des Méfaits ? Si non, donnez des exemples
- Quels impacts peut-il y avoir sur le groupe, si on garde Robert ou si on le renvoie ?



# Réduction des méfaits

---

## Quelle serait votre conduite dans les situations suivantes ?

1. Maintenir l'entrevue même si l'utilisateur présente une haleine éthylique.
2. Maintenir l'utilisateur en traitement en dépit d'une non-amélioration sur le plan de la consommation depuis un an.
3. Maintenir l'utilisateur en suivi en dépit de nombreux retards ou absences.
4. Accepteriez-vous de donner une feuille d'attestation après une seule rencontre pour un usager dont la motivation vous paraît fragile ?
5. En ne répondant qu'aux besoins de base, est-ce que l'on maintient une personne dans un lien de dépendance aux services ?





# C

## onclusion

L'approche de réduction des méfaits se caractérise par l'importance accordée aux besoins des consommateurs (humanisme) et aux aspects pratiques des interventions qui se veulent réalistes et adaptées au milieu (pragmatisme). Elle se distingue alors des approches qui prônent l'abstinence dans une vision homogène des consommateurs, les reconnaissant, en effet, comme une population hétérogène dont les besoins et les désirs varient d'un individu à l'autre. En d'autres termes, l'approche de réduction des méfaits considère le consommateur en fonction de la place qu'il occupe sur le continuum de consommation qui va de l'abstinence à la dépendance sévère. De plus, parce qu'elle considère la consommation comme une réalité présentement incontournable, elle vise une amélioration des conditions de vie des utilisateurs plutôt que l'abstinence de tous les consommateurs.

Bien que la réduction des méfaits tire son origine des services de santé publique, l'évolution des connaissances dans le champ de la toxicomanie, le faible taux de succès des programmes d'abstinence ainsi que la diversité des objectifs et des services à la clientèle ont contribué à l'intégration de l'approche en contexte de réadaptation. Cinq ans après son implantation dans les centres de réadaptation publics du Québec, le bilan est plutôt favorable. La réduction des méfaits se veut respectueuse des usagers, leur permet de cheminer à leur rythme et favorise un discours authentique tout en étant plus efficace pour réduire la propagation du SIDA. De plus, elle constitue un élément rassembleur auprès des intervenants leur permettant de sortir des traditionnelles querelles idéologiques.

Cependant, l'application de l'approche en contexte de réadaptation soulève certains problèmes concrets principalement reliés à l'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance ainsi qu'à la diversité des objectifs poursuivis par les usagers. La résolution de ces problèmes passe par la recherche de solutions permettant d'harmoniser la présence d'un cadre thérapeutique propice au changement et les besoins et désirs des usagers sans oublier que si certains usagers ne souhaitent que réduire les risques associés à la consommation, d'autres souhaitent arriver à se libérer de leur dépendance et retrouver la maîtrise de leur vie.



En plus des problèmes concrets reliés à son application en milieu clinique, l'approche de réduction des méfaits soulève aussi des questions de nature idéologique. Est-ce que la réduction des méfaits nous empêche de travailler l'étiologie de la toxicomanie ? Est-ce que la banalisation de la consommation ne serait pas un effet pervers de la réduction des méfaits ? Quel est le rôle du thérapeute dans ce nouveau contexte : un agent de changement, un agent motivateur, un agent accompagnateur ? Comment y envisager la rechute ? L'approche favorise-t-elle la création d'un climat de confiance propice au changement ou entretient-elle la complaisance et la faible motivation face à un changement profond ? Au plan de l'organisation des services, faut-il établir un continuum de services avec des partenaires de réseaux distincts ou à l'intérieur d'une même ressource ? Par exemple, un centre de réadaptation tel que Dollard-Cormier devrait-il offrir des services de prévention primaire et secondaire en plus de la réadaptation ou référer à des ressources complémentaires ? Autant de questions que l'expérience et la réflexion nous permettront de répondre dans un avenir plus ou moins rapproché.



**BERGERON, J. [et al.] (1998).** « Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT », in L. Guyon [et al.] (éds), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes*, l'ASI/IGT, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 31-46.

**BLANCHET, L. [et al.] (1993).** *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville : Gaëtan Morin.

**BRISSON, P. (1997).** *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

**BROWN, T.G. ; SERAGANIAN, P. ; TREMBLAY, J. (2001).** « Postcure dans le traitement des problèmes d'abus de substances : approches diverses », in M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (éds), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises*, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 17-44.

**BURKE, B.L. ; ARKOWITZ, H. ; DUNN, C. (2002).** « The efficacy of motivational interviewing and its adaptations », in W.R. Miller, S. Rollnick (éds), *Motivational Interviewing: preparing people for change*, New-York : Guilford Press, p. 217-250.

**CARRIER, N. ; QUIRION, B. (2003).** « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, v. 2, n° 1, p. 4-34.

**CENTRE DOLLARD-CORMIER. (1997).** *Plan d'organisation : avril 1997 - avril 2000*, Montréal : Centre Dollard-Cormier.

**COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. (2003).** *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

**(1999).** « Comments on Project Match : matching alcohol treatments to client heterogeneity », *Addiction*, v. 94, n° 1, p. 31-69.

**CROP INC. (2000).** *La satisfaction et les changements perçus chez les usagers du Centre Dollard-Cormier : rapport final*, Montréal : CROP Inc.

**DAVIES, D.L. (1962).** « Normal drinking in recovered alcohol addicts », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 23, n° 1, p. 94-104.



**DION, M.-C. (2004).** « Programme Jessie », *Toxico Réseau*, v. 4, n° 3, p. 3

**DUHAMEL, D. ; LALLEMAND, V. (2001).** « Toxicomanie et trouble de la personnalité », *Santé mentale au Québec*, v. 26, n° 2, p. 157-178. ÉMOND, S. (1994). *Conception et évaluation d'un programme de prévention secondaire en toxicomanie*, Montréal : Université de Montréal. (Mémoire. Criminologie)

**KERNBERG, O.F. (1989).** *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*, Paris : Presses universitaires de France.

**LANDRY, M. ; LECAVALIER, M. (2003).** « L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie », *Drogues, santé et société*, v. 2, n° 1, p. 1-19.

**LANDRY, M. [et al.] (1997).** *La satisfaction et le changement perçu chez les usagers du Centre Dollard-Cormier : rapport déposé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre*, Montréal : Centre Dollard-Cormier.

**LANDRY, M. ; NADEAU, L. ; RACINE, S. (1996).** *Prévalence des troubles de la personnalité dans les centres de réadaptation du Québec*, Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec. (Cahiers de recherche du RISQ)

**LONGBAUGH, R. ; MORGENSTERN, J. (1999).** « Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence », *Alcohol Research & Health*, v. 23, n° 2, p. 78-85.

**MARLATT, G.A. ; BLUME, A.W. ; PARKS, G.A. (2001).** « Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment », *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 33, no 1, p. 13-21.

**MAISTO, S.A. ; CAREY, K.B. ; BRADIZZA, C.M. (1999).** « Social learning theory », in K.E. Leonard, H.T. Blane (éds), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, New-York : Guilford Press, p. 106-163.

**McLELLAN, A.T. (1981).** *Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse*, Springfield : Thomas.

**MILLER, W.R. (1999).** *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*, Rockville : Center for Substance Abuse Treatment. (TIP Series ; 35)

**MILLER, W.R. (1995).** « Increasing motivation for change », in R.K. Hester (éd.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*, 2<sup>e</sup> éd., Boston : Allyn & Bacon, p. 89-104.

**MILLER, W.R. (1985).** « Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism », *Psychological Bulletin*, v. 98, p. 84-107.



**MILLER, W.R. ; BENEFIELD, G. ; TONIGAN, J. (1993).** « Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles », *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 61, n° 3, p. 455-461.

**MILLER, W.R. [et al.] (1992).** « Long-term follow-up of behavioral self-control training », *Journal of studies on alcohol*, v. 53, n° 3, p. 249-261.

**MILLER, W.R. ; PAGE, A.C. (1991).** « Warm turkey: other routes to abstinence », *Journal of substance abuse treatment*, v. 8, n° 4, p. 227-232.

**MILLER, W.R. ; ROLLNICK, S. (1991).** *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*, New York: Guilford Press.

**MILLON, T. (1983).** *Millon Multiaxial Clinical Inventory*, Minneapolis : National Computer System.

**MILLER, W.R. ; SANCHEZ, V.C. (1994).** « Motivating young adults for treatment and lifestyle change », in G.S. Howard, P.E. Nathan (éds), *Alcohol use and misuse by young adults*, Notre-Dame, Ind. : University of Notre-Dame Press, p. 55-81.

**OGBORNE, A.C. (1987).** « A note on the characteristics of alcohol abusers with controlled drinking aspirations », *Drugs and alcohol dependence*, v. 19, n° 2, p. 159-164.

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2001).** *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève : Organisation mondiale de la santé.

**PAM, A. (1994).** Limit-setting: Theory, Techniques and Risks, *American Journal of Psychotherapy*, 48, 432-440.

**PAQUIN, I. (2003).** « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société*, v. 2, n° 1, p. 1-10.

**PATTISON, E.M. ; SOBELL, M.B. ; SOBELL, L.C. (1977).** *Emerging concepts of Alcohol Dependence*, New-York: Springer.

**POLISH, J.M. ; ARMOR, D.J. ; BRAIKER, H.B. (1980).** *The course of alcoholism: four years after treatment*, Santa Monica : Rand Corporation.

**PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1997).** « Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes », *Journal of studies on alcohol*, v. 58, n° 1, p. 7-29.



**PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1998).** « Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes », *Alcoholism: clinical and experimental research*, v. 22, n° 6, p. 1300-1311.

**REEVE, J. (2005).** *Understanding motivation and emotion*, 4<sup>e</sup> éd., Hoboken : Wiley.

**ROBSON, E. [et al.] (1995).** *Drinking decisions: a prevention program for problem drinkers: final evaluation report*, Edmonton : Edmonton board of health.

**ROSENBERG, H. (1993).** « Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers », *Psychological Bulletin*, v. 113, n° 1, p. 129-139.

**RILEY, D. (1993).** *Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

**ROY, J.-Y. [et al.] (2005).** *The impact of Qetiapine on the drug abuse pattern of addicted schizophrenic patients*, Montréal : Centre Dollard-Cormier.  
(Projet de recherche en cours)

**SANCHEZ-CRAIG, M. (1996).** *Guide à l'intention des thérapeutes : prévention secondaire des problèmes liés à l'alcool*, Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

**SIMONEAU, H. ; LANDRY, M. ; TREMBLAY, J. (2004).** *Alcochoix+ : un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*, Montréal : Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec.

**TREMBLAY, J. [et al.] (2004).** *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes : chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*, Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

**YAHNE, C.E. ; MILLER, W.R. (1999).** « Enhancing motivation for treatment and change » in B.S. McCrady, E.E. Epstein (éds), *Addictions: a comprehensive guidebook*, New-York : Oxford University Press.

**Wieviorka, S. (1996).** « La réduction des risques », *Toxibase*, n° 3, p. 1-21.

