

Cadre des pratiques



Centre d'intervention et de prévention en
toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO)

Table des matières

HISTORIQUE	3
1. MISSION ET OBJECTIFS DU CIPTO	4
1.1 Mission	4
1.2 Objectifs	4
1.3 Services généraux	5
2. CADRE THÉORIQUE : CONCEPTION DE LA TOXICOMANIE EN LIEN AVEC L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS	6
3. CADRE PRATIQUE : MÉTHODES D'INTERVENTION	10
3.1 L'approche motivationnelle : une approche pratique	10
3.2 Notre place dans le réseau de la santé et des services sociaux	14
3.3 Fonctionnement interne du CIPTO :	
méthodes d'intervention et outils	15
3.3.1 Accueil/Évaluation/Orientation	15
3.3.2 La tenue de dossier	16
3.3.3 Interventions individuelles	17
▪ Suivis individuels	17
▪ Évaluation de la consommation	17
▪ Maintien des acquis	18
▪ Référence	19
▪ Accompagnement	19
▪ Soutien	20
3.3.4 Confidentialité/code d'éthique	20
BIBLIOGRAPHIE	22

*L*e Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO) a vu le jour en 1982 sous le nom de *Shalom pour la sobriété*. Le fondateur de l'organisme se nomme Claude Vandelac. *Shalom pour la sobriété* a été mis en place pour répondre à un besoin spécifique et réel qui n'était pas satisfait à l'époque soit : la mise en place d'une ressource pour venir en aide aux personnes ayant un problème de toxicomanie. Au cours des années, l'organisme a pris différentes formes, à commencer par un café où l'on oeuvrait en prévention de la rechute. Par la suite, divers programmes et projets ponctuels ont été mis sur pied afin de répondre à de nouveaux besoins criants pour, par la suite, devenir le CIPTO d'aujourd'hui.

C'est en 1986 que l'organisme adopta une nouvelle appellation, le CIPTO, appellation sous laquelle nous le connaissons aujourd'hui. Ce changement engendra inévitablement une nouvelle orientation : les actions posées le sont dorénavant à partir d'une philosophie de réduction des méfaits. C'est également à ce moment que l'on assiste à une professionnalisation : des travailleurs sociaux et d'autres professionnels se joignent aux bénévoles.

En mai 2001, suite à une planification stratégique, le CIPTO se repositionne en ce qui a trait à sa mission initiale. Il se dote alors d'une nouvelle mission et de nouveaux objectifs. En septembre 2004, une nouvelle planification stratégique fait ressortir plusieurs objectifs, dont celui de *consolider et développer l'expertise d'intervention en toxicomanie*. Le présent document s'inscrit dans cette démarche.

Plusieurs années après sa fondation, des milliers de personnes ont participé à la vie de l'organisme et ont eu recours aux nombreux services du CIPTO. Encore aujourd'hui, le CIPTO continue de répondre aux besoins de la communauté et de relever de nouveaux défis grâce aux nombreux projets novateurs mis en place au fil des ans.

1. Mission et objectifs du CIPTO

1.1. Mission :

Le Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO) est un organisme communautaire autonome à but non lucratif et membre en règle de l'AITQ¹ et de la FCCID (anciennement FOBAST)², qui s'est donné comme mission de développer des actions communautaires et d'offrir des services d'intervention et de prévention en toxicomanie à la population des secteurs Hull/Grande-Rivière et d'une partie du Pontiac (Luskville et Quyon). Certains de nos programmes sont régionaux, c'est-à-dire qu'ils sont offerts à toute la population de l'Outaouais.

1.2. Objectifs :

Prévention

- Sensibiliser et éduquer afin d'outiller les gens du milieu à faire des choix judicieux pour une meilleure qualité de vie;
- Initier et mettre en place des actions novatrices et proactives dans les milieux des personnes à risque de développer des problèmes de toxicomanie.

Intervention

- Offrir aux personnes vivant des problèmes de toxicomanie des services d'intervention selon l'approche de réduction des méfaits et l'approche motivationnelle;
- Informer et soutenir l'entourage des personnes vivant des problèmes de toxicomanie.

Promotion et concertation

- Développer des liens de partenariat et de collaboration avec divers acteurs et actrices des milieux.

¹ Association des intervenants en toxicomanie du Québec.

² Fédération des centres communautaires d'intervention en dépendance.

1.3. Services généraux :

PRÉVENTION/FORMATION	INTERVENTION
<p>Programme de prévention en toxicomanie : Groupes s'adressant aux jeunes de sixième année du primaire de certaines écoles ciblées, ayant pour objectif de favoriser la transition du primaire au secondaire et de prévenir la toxicomanie. Pour ce faire, plusieurs thèmes sont abordés avec les jeunes dont : démystification des drogues, les raisons qui sous-tendent la consommation, les solutions de rechange, la prise de décision, etc.</p>	<p>Intervention individuelle et/ou familiale : Ce service est offert à toute personne ayant le désir de faire un cheminement par rapport à sa consommation. Les rencontres sont faites sur une base volontaire à raison d'une heure par semaine en lien avec les objectifs personnels de la personne. Nos interventions sont fondées sur l'approche de réduction des méfaits et l'approche motivationnelle, c'est-à-dire que nous priorisons les besoins de la personne, qu'elle vise l'abstinence ou le contrôle de sa consommation.</p>
<p>Ateliers de prévention : Ces ateliers servent principalement à démystifier les drogues et leurs effets. Ils sont fondés sur une philosophie de réduction des méfaits. Ces ateliers sont offerts aux écoles (secondaires, éducation aux adultes, formation professionnelle), aux organismes communautaires ou à tout groupe qui en fait la demande.</p>	<p>Interventions auprès des proches des personnes vivant des problèmes de consommation : Service d'écoute et de soutien pour les proches (parent(s), conjoint(e), ami(e), etc.) afin de permettre à ces derniers de parler des situations qu'ils vivent, de mieux comprendre la situation de l'autre et de travailler sur la façon d'interagir avec l'autre afin d'être en mesure de soutenir la personne ayant un problème.</p>
<p>Ateliers de formation : Ces ateliers sont offerts aux intervenants (es) des organismes communautaires et des établissements, ainsi qu'aux professionnels des autres réseaux (scolaire, judiciaire, etc.) qui en font la demande. Deux types de formations sont disponibles : la formation de base en toxicomanie, qui vise à démystifier les différentes drogues et leurs effets, et la formation axée sur l'intervention, qui peut être adaptée selon les besoins.</p>	<p>Service d'écoute téléphonique et de références : Il nous fait toujours plaisir de répondre aux questions au sujet du phénomène de la toxicomanie, des ressources en toxicomanie ou de nos services,</p>
	<p>Outreach : Intervention visant à rejoindre les populations plus vulnérables dans le but d'entrer en contact et de faire connaître les services disponibles en toxicomanie.</p> <p>Centre d'accès officiel aux seringues et matériel de prévention : Nous faisons la distribution de matériel de consommation sécuritaire et de condoms.</p>

2. Conception de la toxicomanie en lien avec l'approche de réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits est l'approche préconisée au CIPTO. Ainsi, dans le présent chapitre, nous verrons ce qu'est l'approche de réduction des méfaits et comment elle s'applique concrètement dans le champ de la toxicomanie.

Tout d'abord, cette approche a été mise de l'avant au cours des années 80 en Europe, comme une réponse au danger représenté par la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI). Le taux de séroconversion chez les UDI avait en effet atteint un seuil alarmant. C'est face à cette problématique que certains pays d'Europe, comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, ont pris certaines mesures s'inscrivant dans l'approche de réduction des méfaits. Parmi ces mesures, on trouve des programmes d'échange de seringues, la distribution de « kits » pour désinfecter les seringues, la distribution de condoms et de lubrifiants, l'accessibilité à des programmes de traitement à la méthadone, de même que le travail de rue. Par contre, au Québec, ce n'est que quelques années plus tard, soit en 1994, que l'approche de réduction des méfaits commença à être utilisée.

Il existe deux définitions de l'approche de réduction des méfaits, l'une « minimale » et l'autre « maximale ». Les voici :

1. Définition « minimale » : une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage de drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage. (Brisson, 1997)
2. Définition « maximale » : une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage de 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. (Brisson, 1997)

Cette approche remet donc en question les modèles traditionnels fondés sur l'abstinence. Alors que ces derniers s'attaquent davantage à l'élimination de l'usage de psychotropes, l'approche de réduction des méfaits tente, pour sa part, de diminuer les effets négatifs de l'usage. Par contre, même si la réduction des méfaits préconise en premier lieu de réduire les conséquences négatives de l'usage inapproprié de psychotropes, « elle n'exclut pas, bien au contraire, l'intervention visant à réduire et même à faire cesser la consommation; en d'autres termes, elle n'exclut pas l'abstinence et elle ne vient pas en contradiction avec la promotion, dans l'ensemble de la population, de la non-consommation de certaines substances ou de la consommation «modérée» de d'autres » (CPLT, 1999).

L'approche de réduction des méfaits repose sur deux principes fondamentaux : le pragmatisme (plutôt que l'idéalisme) et l'humanisme (plutôt que le moralisme). Le pragmatisme peut se définir comme suit : «puisque les drogues sont là pour rester, intervenons de façon à limiter les problèmes chez ceux qui en usent et leur entourage». Ainsi, les caractéristiques du pragmatisme sont les suivantes : 1) l'usage des drogues est une réalité avec laquelle il faut composer; 2) l'intervention doit tenir compte des coûts et des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives; 3) l'intervention doit impliquer une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes. Pour ce qui est de l'humanisme, nous pouvons définir ce principe comme suit : «l'usager de drogues est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen». (Brisson, 1997) Ainsi, nous favorisons l'empowerment, c'est-à-dire, redonner du pouvoir à la personne en favorisant son implication dans sa démarche de changement. Plusieurs caractéristiques définissent l'humanisme : 1) aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent; 2) offrir aux usagers une variété de moyens, en fonction de leurs besoins (être à l'écoute des besoins des usagers); 3) impliquer les usagers en respectant leurs droits et favoriser qu'ils se prennent collectivement en charge.

L'approche de réduction des méfaits s'applique autant au niveau des drogues licites qu'illicites. Voyons quelques exemples concrets de cette approche (Brisson, 1997).

Drogues licites	Drogues illicites
<ul style="list-style-type: none"> · Modification des substances (p. ex., bière 0,5 %) · Produits de substitution (p. ex., gomme Nicorette, timbres) · Mesures environnementales (Loi sur le tabac régissant les endroits publics, Nez rouge) 	<ul style="list-style-type: none"> · Matériel de consommation sécuritaire (échange de seringues, distribution de pipes à crack) · Drogue de substitution (programme de traitement à la méthadone) · Zones de tolérance (parcs, piqueries supervisées) · Travail avec et par les usagers (outreach) · Application et modifications des lois (déjudiciarisation)

Dans un deuxième temps, comme la toxicomanie est un concept très large, définissons ce qu'est la toxicomanie en lien avec la pratique du CIPTO. «La toxicomanie est un style de vie gravitant autour de la consommation de drogues qui limite la personne dans son potentiel de vie et dont elle est insatisfaite. La personne est considérée toxicomane le jour où elle n'est plus satisfaite de ses conditions de vie et qu'elle éprouve le goût de changer» (Dollard Cormier, 1984). Ainsi, une personne toxicomane est une personne à qui la consommation de psychotropes (peu importe le ou les psychotropes consommés) apporte des conséquences négatives à divers niveaux soit : vie familiale, vie conjugale, plan financier, à l'école, relations interpersonnelles, etc. Cette définition est strictement liée à l'approche de réduction des méfaits puisque l'on mise davantage sur les conséquences liées à la consommation de psychotropes que sur la consommation elle-même. Nous adhérons donc davantage à une évaluation qualitative que quantitative de la consommation en ce sens que la quantité de drogues consommées chez une personne n'est pas une indication exhaustive d'une problématique de consommation. Une personne peut ne pas consommer de grandes quantités de drogues et vivre tout de même

des effets négatifs liés à sa consommation. Ainsi, ce qui importe lorsque nous intervenons auprès d'une personne ayant un problème de consommation, ce sont les conséquences liées à cette consommation et la relation entre la personne et le produit psychotrope. Bref, l'approche de réduction des méfaits en lien avec l'intervention auprès des personnes toxicomanes permet d'être à l'écoute des besoins de la personne, d'aller au rythme de celle-ci et de tenter de lui redonner du pouvoir en l'impliquant activement dans sa démarche de changement.

En conclusion, nous avons pu voir que l'approche de réduction des méfaits en lien avec la problématique de la toxicomanie s'applique d'abord dans une optique de santé publique par divers programmes visant à réduire le nombre d'infections transmises sexuellement et par le sang (VIH, Hépatite C) en faisant la promotion de comportements de consommation sécuritaires. Parmi ces programmes, figurent entre autres le programme d'accès aux seringues, le programme de distribution de pipes à crack et la distribution de condoms. Deuxièmement, cette approche s'applique également dans une optique de démarche personnelle où la personne demandant de l'aide en lien avec sa consommation de psychotropes est amenée à participer activement à sa démarche de changement en priorisant certains objectifs et en posant des gestes concrets liés à sa consommation. Cependant, pour d'autres personnes qui n'envisagent pas nécessairement un changement dans l'immédiat de leurs habitudes de consommation, nous misons davantage sur l'amélioration de leur qualité de vie en les accompagnant dans une démarche d'empowerment (reprise de pouvoir sur soi et sur sa vie).

3. Cadre pratique : méthodes d'intervention

Il nous apparaissait important, en tant qu'équipe, de développer un *guide des pratiques* s'appuyant sur les diverses méthodes d'intervention préconisées au CIPTO afin de consolider et de développer notre expertise d'intervention auprès des personnes toxicomanes. Pour ce faire, vous pourrez lire dans cette section du document l'essentiel en ce qui a trait à notre façon de faire et aux différents outils utilisés.

3.1. L'approche motivationnelle : une approche pratique

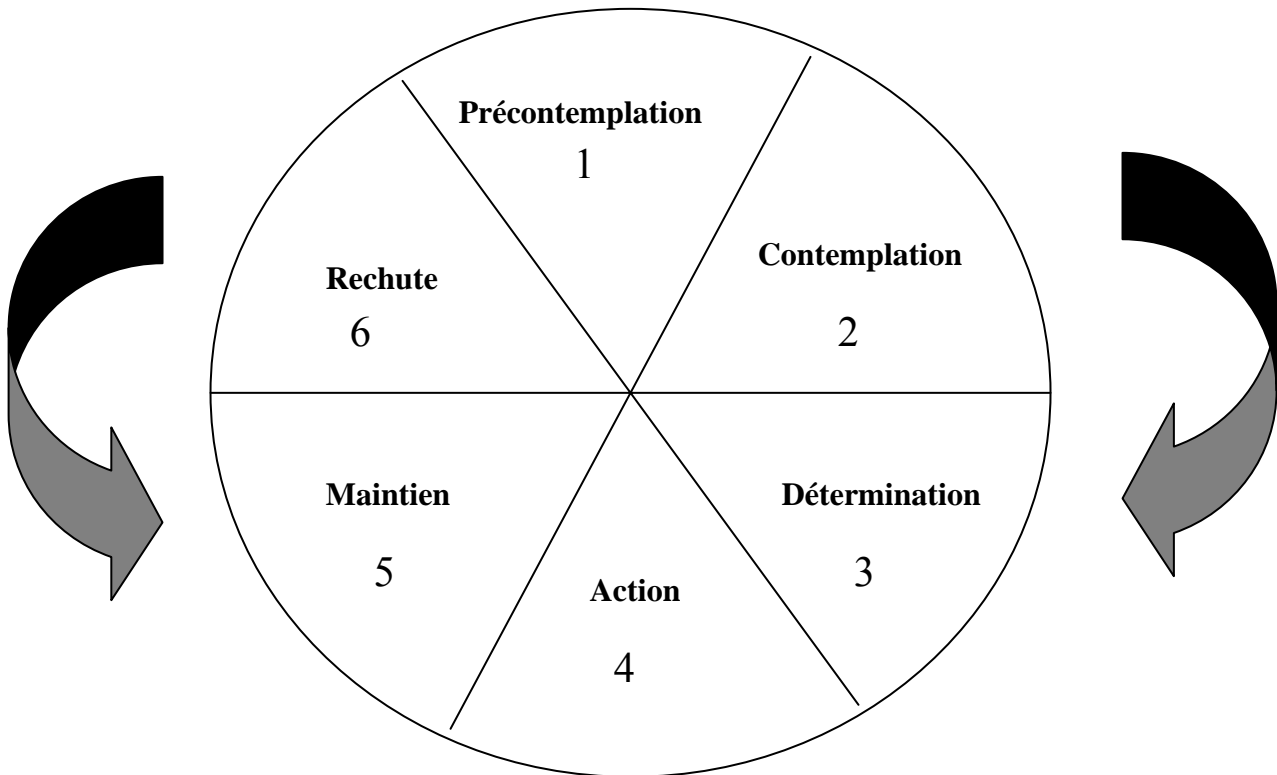
L'approche motivationnelle est une approche axée sur la motivation des personnes à apporter des changements face à une situation-problème dans le but de résoudre cette dernière ou, du moins, d'améliorer certaines conditions de vie. Cette approche est une approche dite « pratique » qui est utilisée au CIPTO afin de guider nos interventions auprès des personnes ayant un problème de consommation.

Cette approche se divise en deux phases bien distinctes. Dans un premier temps, il s'agit de faire ressortir un maximum d'informations afin d'obtenir un portrait global de la situation-problème en tentant de faire progresser la personne à travers diverses étapes de changement (nous les aborderons plus loin) dans le but d'en arriver à résoudre le problème. Dans un deuxième temps, il s'agit de consolider la décision de changement en élaborant un plan d'intervention (objectifs généraux, objectifs spécifiques, moyens et échéanciers) avec la personne et de le mettre en application.

L'approche motivationnelle « considère que les personnes aidées nous arrivent souvent dans un état d'ambivalence et que cet état est tout à fait normal. » (Programme de recherche sur les addictions, 2001). Cet état d'ambivalence est souvent confondu avec un manque de motivation à modifier ses habitudes de consommation et par le fait même, son style de vie. C'est pourquoi, à cette étape de changement, le rôle de l'intervenant « est d'aider l'individu à explorer cette ambivalence en lui permettant de l'exprimer librement. » (Programme de recherche sur les addictions, 2001). Cela permet donc à

l'individu de prendre conscience des impacts de sa consommation sur son style de vie et de susciter une réflexion à ce niveau.

Cette approche est basée sur le modèle théorique du changement proposé par les D^{rs} James Prochaska et Carlo DiClemente (1982). Ce modèle propose six étapes de changement aux travers lesquelles l'individu aux prises avec un comportement de dépendance progresse (Précontemplation, Contemplation, Décision, Action, Maintien, Rechute). Ainsi, ces six étapes de changement démontrent l'évolution de la motivation de la personne consommatrice à apporter un changement face à sa situation et nous permettent donc de mieux orienter nos interventions en fonction de l'étape où la personne se situe. Voyons maintenant en détail les six étapes de changement élaborées par Prochaska et DiClemente.



PRÉCONTEMPLATION :

À ce stade, la personne ne considère pas sa consommation comme étant problématique et ce, même si elle vit des conséquences négatives liées à sa consommation. Elle croit plutôt que ses problèmes sont causés par des agents extérieurs à elle-même (p. ex., des personnes de son entourage qui lui démontrent leurs inquiétudes face à sa consommation). De plus, la personne voit beaucoup plus d'aspects positifs que négatifs en lien avec sa consommation et croit que tout est sous contrôle. On entend souvent dire : « je n'en ai pas de problème, je peux arrêter n'importe quand si je veux. » Bref, à cette étape, la personne n'envisage aucun changement immédiat par rapport à sa consommation et son style de vie.

CONTEMPLATION :

À cette étape de changement, la personne est consciente que sa consommation est problématique et qu'elle est directement liée aux divers problèmes qu'elle vit. Elle commence à comprendre les aspects positifs que lui apporteraient l'arrêt ou la modification de sa consommation, mais elle est toujours ambivalente face à ce choix. Bref, la personne est en grande réflexion, à savoir si elle est prête à effectuer un changement. C'est l'étape du « Oui, mais...peut-être ».

DÉTERMINATION :

À l'étape de la détermination, la personne a pris la décision de modifier son comportement problématique. Cette prise de décision peut être temporaire et la personne peut vite revenir au stade de la contemplation. C'est donc à cette étape que l'intervenant va élaborer avec la personne un plan d'intervention énumérant ses objectifs et les moyens de les atteindre. Certaines personnes prennent, à cette étape, la décision d'entreprendre une thérapie en cure fermée dans un centre de réadaptation ou une maison de thérapie.

ACTION :

À ce stade, le plan d'intervention élaboré lors de la dernière étape est mis en application afin d'apporter les changements nécessaires dans les comportements et attitudes de la personne. Pour la personne qui a pris la décision, à l'étape précédente, d'entreprendre une

thérapie à l'interne dans un centre de réadaptation ou une maison de thérapie, cette étape correspond alors au cheminement de la personne en cure fermée.

MAINTIEN :

L'étape du maintien correspond à la période suivant l'arrêt ou la modification d'un comportement. La personne tente de résister aux diverses tentations de retour au comportement problématique. Pour les personnes ayant pris la décision de faire une thérapie à l'interne, cette étape commence au moment où la personne retourne dans son milieu de vie et doit faire face à la réalité. Bref, la personne devra donc, à cette étape, mettre en application les outils qu'elle est allée chercher en thérapie afin de prévenir la rechute.

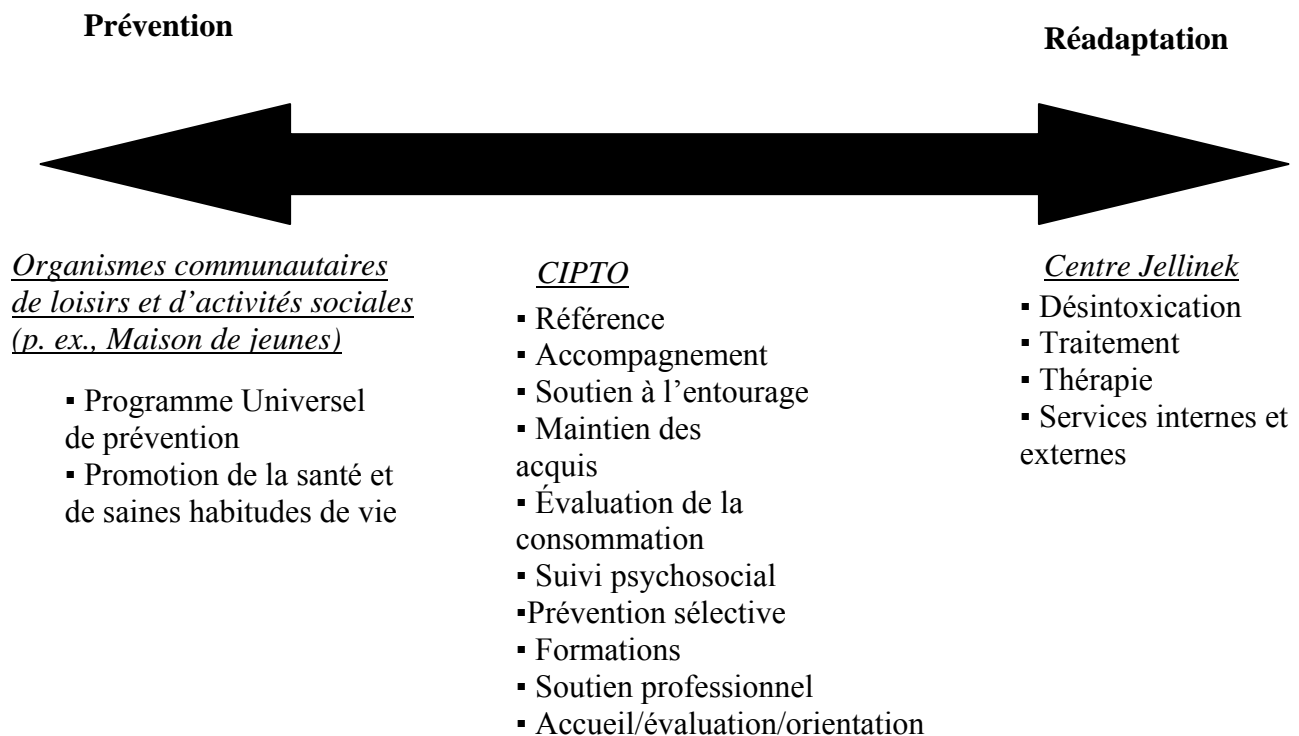
RECHUTE :

Le stade de la rechute explique comment une personne peut revenir à ses anciens comportements de consommateur suite à une période d'abstinence plus ou moins prolongée. Selon ce modèle, il est tout à fait normal qu'une personne rechute puisque la rechute fait partie intégrante du processus de changement. De plus, il est fréquent qu'une personne doive s'y prendre par plusieurs fois avant de sortir de façon permanente de la roue de changement. Par contre, il est important de comprendre que la rechute n'est pas synonyme de manque de volonté, mais qu'elle fait plutôt partie du processus par lequel la personne passe afin de modifier un comportement.

Finalement, l'approche motivationnelle est une approche qui mise, tout comme l'approche de réduction des méfaits, sur l'écoute des besoins de la personne et sur le respect de ses choix et de son rythme. Elle permet donc de bien situer la personne aux diverses étapes de changement en vue d'utiliser les stratégies bien assorties avec le stade en cause afin de bien intervenir.

3.2. Notre place dans le réseau de la santé et des services sociaux :

Tout d'abord, situons le Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais dans un continuum de services afin de bien comprendre la portée de nos actions. Comme vous pouvez le voir dans le schéma ci-dessous, figure à gauche tout ce qui a trait à la prévention/promotion. Nous retrouvons donc dans cette section les maisons de jeunes qui ont un mandat en prévention des toxicomanies. À droite, figure tout ce qui a trait à la réadaptation. En Outaouais, ce service est assuré par un seul centre, nommément le Centre Jellinek (CRPAT)³. Au centre du schéma, figure tout ce qui a trait à l'intervention et à la prévention. Le CIPTO se situe donc en plein centre de ce continuum puisqu'il offre des services de prévention et d'intervention en toxicomanie. Pour voir plus concrètement comment les services sont dispensés, veuillez consulter la trajectoire de services en annexe du présent document (Annexe IX). À noter que cette trajectoire de services n'est pas définitive et qu'elle le deviendra avec l'application du projet clinique en dépendance du CSSSG.



³ Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes

3.3. Fonctionnement interne du CIPTO : méthodes d'intervention et outils :

Au CIPTO, l'approche systémique fait partie intégrante de nos interventions. Cette approche se distingue des autres approches par sa façon de comprendre et d'analyser les problématiques. En effet, la personne n'est pas le seul élément analysé dans sa démarche. L'intervenant accorde aussi une importance aux différents systèmes ou aux différentes sphères de vie dont la personne fait partie (sphère familiale, professionnelle, sociale, etc.) afin d'avoir une idée globale de sa situation actuelle. Ainsi, nous tenons compte des conséquences négatives de la consommation de psychotropes sur les sphères de vie de la personne afin de guider nos interventions.

3.3.1. Accueil/Évaluation/Orientation (AEO) :

Nous procédons le plus rapidement possible à l'ouverture d'un dossier pour chaque nouvelle demande en suivi individuel. Lors de la première rencontre, nous procédons à une évaluation globale de la situation actuelle de la personne. Une fiche de renseignements personnels (Annexe I) et une évaluation AEO (Annexe II) sont donc dûment remplies et conservées dans le dossier. L'AEO nous permet d'avoir les informations pertinentes concises dans un même document facile d'accès pour les intervenants(es) tout en permettant du même coup d'avoir une idée globale de la situation vécue par la personne demandant de l'aide. Cela nous permet également d'évaluer de façon primaire les besoins de la personne et de mieux l'orienter vers nos services ou vers d'autres services plus adaptés à sa situation. Cette évaluation comprend une évaluation brève de la consommation de la personne, une évaluation de son état de santé et des risques liés au sevrage, des informations sur sa problématique de santé mentale (s'il y a lieu), une évaluation du risque de passage à l'acte, des informations sur sa situation financière, des informations sur sa situation familiale et de couple, des informations sur sa situation judiciaire (s'il y a lieu), etc. Ainsi, l'AEO permet d'avoir de l'information en ce qui a trait aux diverses sphères de vie de la personne.

3.3.2. La tenue de dossier :

La tenue de dossier est un élément qui nous apparaît important pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cela nous permet d'assurer un suivi de dossier dans le cas où l'intervenant(e) en charge de ce dernier doit s'absenter pour une certaine période de temps. Ainsi, l'intervenant(e) qui par la suite prend en charge le dossier détient les informations pertinentes concernant la situation de la personne et les interventions en cours. Cela évite donc à la personne de devoir recommencer son histoire à chaque fois qu'elle rencontre un(e) nouvel(le) intervenant(e). De plus, la tenue de dossier nous permet, en tant qu'intervenant(e), de veiller à la qualité de nos interventions puisque de cette façon nous pouvons plus facilement nous rappeler certains détails plus importants. Ajoutons que de plus en plus, nous sommes appelés à travailler en partenariat avec d'autres organismes communautaires ou établissements. Dans ce contexte, les dossiers facilitent la tâche quand vient le temps d'établir un plan de service individualisé (PSI).

Lors de la première rencontre, la personne est mise au courant qu'un dossier sera ouvert à son nom. Nous avisons également la personne que tous les renseignements se rattachant à son dossier sont confidentiels et qu'ils ne seront en aucun cas communiqués à un tiers à moins qu'elle n'y consente en signant une feuille d'autorisation. Chaque dossier contient les documents suivants : une fiche de renseignements personnels, une évaluation de la consommation et du style de vie, un plan d'intervention, les notes évolutives et une feuille d'autorisation de divulguer les renseignements (s'il y a lieu). (Annexe I, II, III, IV et V)

3.3.3. Interventions individuelles :

Suivis individuels :

Nous offrons, à toute personne désirant faire un cheminement par rapport à sa consommation, l'opportunité de rencontrer un(e) intervenant(e) sur une base régulière (à raison d'une rencontre d'une heure par semaine). À noter que les rencontres sont faites sur une base volontaire et que nos interventions sont fondées sur l'approche de réduction des méfaits, c'est-à-dire que nous priorisons les besoins de la personne, qu'elle vise l'abstinence ou le contrôle de sa consommation. Un plan d'intervention comprenant un objectif général, des objectifs spécifiques ainsi que les moyens d'atteindre ces objectifs est fait avec chaque personne qui bénéficie d'un suivi. Le plan d'intervention est fait avec la personne afin qu'il reflète les besoins de cette dernière. Le plan d'intervention sert principalement à structurer notre intervention et le cheminement de la personne.

Les rencontres individuelles peuvent être faites pour répondre à divers besoins, soit : évaluation de la consommation, maintien des acquis, référence, accompagnement, soutien.

Évaluation de la consommation :

Pour des fins de références ou d'évaluations cliniques, nous utilisons des grilles standardisées permettant d'évaluer si la personne a un problème de consommation et dans l'affirmative, d'établir l'ampleur de ce problème. Parmi ces grilles, nous utilisons la grille DEP-ADO⁴ auprès des adolescents et les grilles DÉBA-alcool⁴ et DÉBA-drogues⁴ auprès des adultes (Annexes VI, VII et VIII) qui sont des grilles essentiellement utilisées par les services de première ligne⁵. Il est certain qu'en tant qu'intervenants, nous nous devons de porter un certain jugement sur le résultat final de la grille d'évaluation, car le résultat n'est pas toujours représentatif de la réalité et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la consommation en tant que telle (quantité, fréquence, substance) n'est pas le seul élément

révélateur d'une problématique. Nous devons tenir compte également des impacts négatifs de la consommation sur les sphères de vie de la personne. S'il y a un besoin d'approfondir sur le plan clinique, il existe également deux grilles IGT (indice de gravité d'une toxicomanie), l'une pour les adolescents (IGT-ADO⁴) et l'autre pour les adultes (IGT-adulte⁴), lesquelles sont beaucoup plus complètes et complexes et dont « l'objet est de fournir des renseignements importants sur différents aspects de la vie de l'utilisateur qui peuvent contribuer à son syndrome d'abus de substances psychoactives. » (RISQ, 1995). Ces grilles sont essentiellement utilisées par les services de deuxième ligne⁶. Ajoutons que la possibilité de situer la personne selon les six niveaux de consommation (abstinente, explorateur, occasionnel, régulier, abusif, surconsommateur) ainsi que dans les étapes de changement de Prochaska et DiClemente, dont il a été question précédemment, peut constituer un bon point de repère afin d'évaluer la situation.

Maintien des acquis :

Nous offrons également la possibilité, aux personnes qui le désirent, d'avoir un suivi au niveau du maintien des acquis. Ce type de suivi est offert aux personnes qui ont déjà fait un cheminement en lien avec leur consommation suite à une thérapie à l'interne et qui désirent avoir un soutien afin de prévenir la rechute. Cette étape est très importante puisque dans bien des cas, des personnes vont en thérapie à l'extérieur de la région de l'Outaouais pour une durée prolongée. Lorsqu'elles sont de retour dans leur milieu, il arrive souvent que ces personnes trouvent difficile de devoir faire face à la réalité après avoir passé plusieurs mois en cure fermée. Ces personnes ont donc besoin d'un soutien particulier afin de prévenir la rechute et de les aider à mettre en pratique ce qu'elles ont acquis en thérapie.

⁴ Outils standardisés et validés qui proviennent du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec), site Web : <http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>.

⁵ Services pour personnes ayant des comportements à risque de développer une dépendance. Divers services sont offerts : accueil/évaluation/orientation, dépistage, suivis psychosociaux, maintien des acquis.

⁶ Services spécialisés de réadaptation et de réinsertion pour personnes dépendantes assurés par les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (en Outaouais : le Centre Jellinek).

Référence :

Nous faisons beaucoup de références vers, par exemple, des maisons de thérapie ou autres organismes ou établissements. Lors d'une référence, l'intervenant(e) crée le premier contact, présente la personne qui demande de l'aide en expliquant la situation et par la suite, un contact est fait avec cette dernière et la personne-ressource de l'autre organisme. Nous procédons de cette façon étant donné que nous travaillons avec des personnes qui souvent ont très peu de ressources, ce qui fait qu'elles ont besoin d'un soutien supplémentaire pour entreprendre certaines démarches.

Nous avons également une entente de référence avec le Centre Jellinek. Cette entente vise à rendre accessibles, à toute personne dépendante combinant des facteurs de vulnérabilité et d'exclusion et ayant besoin d'un soutien particulier, les services de désintoxication et de réadaptation du Centre Jellinek.

Accompagnement :

Nous procédons régulièrement à l'accompagnement des personnes demandant de l'aide auprès de notre organisme. Ces accompagnements se font à deux niveaux : 1) accompagnement dans le contexte de nos propres services; 2) accompagnement vers d'autres organismes et établissements lorsque les besoins de la personne ne correspondent pas à ce que nous pouvons lui offrir. Le fait d'accompagner la personne vers un service permet à cette dernière de se sentir plus à l'aise étant donné qu'au départ, nous avons déjà développé un lien de confiance avec elle. Dans le cas échéant, nous misons beaucoup sur l'empowerment afin de favoriser une prise de pouvoir sur la personne. Cette dernière peut ainsi faire ses propres démarches, accompagnée de l'intervenant(e) en charge du dossier.

Dans le cas où nous accompagnons une personne vers un autre service complémentaire aux services que nous lui offrons, il est important de faire signer à la personne une feuille

d'autorisation de divulguer des renseignements (Annexe V) afin de pouvoir travailler en partenariat avec l'autre organisme et ainsi empêcher le dédoublement des actions posées.

Soutien :

Nous offrons du soutien sous forme de rencontres individuelles pour les personnes désirant faire un cheminement en lien avec leur consommation. Nous offrons également un service d'écoute et de soutien, sous forme de rencontres individuelles, pour les proches (parent(s), conjoint(e), ami(e) ou autre personne significative) des personnes vivant des problèmes de consommation. Ces rencontres visent à faire en sorte que les personnes puissent parler des situations qu'elles vivent. Cela permet également à certaines personnes de mieux comprendre la situation de l'autre et de travailler sur la façon d'interagir avec l'autre afin de mieux le soutenir dans le contexte de son problème de consommation.

3.3.4. Confidentialité/code d'éthique :

Le CIPTO, en tant qu'organisme actif dans son milieu, prône plusieurs valeurs qui reflètent son engagement auprès des personnes auxquelles il vient en aide. Notre pratique professionnelle est donc encadrée par un code d'éthique bien établi et respecté de tous. Chaque nouvel employé, stagiaire ou bénévole doit prendre connaissance du code d'éthique et le signer, ce qui l'engage à le respecter. Voici les principales valeurs qui en ressortent :

- La personne est au centre de notre engagement;
- L'accueil inconditionnel, sans discrimination quant à la race, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'origine ethnique et l'orientation sexuelle;
- Le respect de la personne en répondant à ses demandes avec courtoisie et attention, en respectant son droit à demander de l'aide;
- Veiller aux meilleurs intérêts de la personne rejointe par nos actions;

- Le respect de la confidentialité. À moins d'une autorisation écrite et signée par la personne concernée, les employés, stagiaires et bénévoles s'engagent à ne divulguer aucune information obtenue dans l'exercice de leurs fonctions.

Bibliographie

Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) (consulté en 2009), Réduction des méfaits. Adresse URL : <http://www.aitq.com/>

Brisson, P. (décembre 1997), L'approche de réduction des méfaits : source, situation, pratiques, document publié par le CPLT.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (consulté en 2009), Adresse URL : <http://www.ccsa.ca>

Centre de toxicomanie et santé mentale (CAMH) (consulté en 2009), Adresse URL : <http://www.camh.net/francais/>

Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD) (consulté en 2009), Adresse URL : <http://www.cqld.ca>

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) (octobre 1999), Toxicomanie et réduction des méfaits.

Cormier, Dollard, (1984), Toxicomanies : styles de vie, G. Morin : Chicoutimi.

Cormier, Dollard, (1993), Toxicomanies : styles de vie, Méridien (édition révisée) : Montréal.

Fédération québécoise des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (F.Q.C.R.P.A.T.) & Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives Québec (RISQ), (5^e version, mai 1995), Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT).

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (consulté en 2009), Adresse URL : <http://www.fqcrpat.qc.ca>

Prochaska, James O. & DiClemente Carlo C. (1994), The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy, Malabar Flor.: Krieger.

Prochaska, James O. & DiClemente Carlo C. (1982), Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19. (3), 276-287.

Réseau toxico Québec (consulté en 2009), Adresse URL: <http://www.toxico.info>

Rossignol, Vincent (M.Ed), Programme de recherche sur les addictions, Centre de recherche de l'hôpital Douglas (novembre 2001), L'entrevue motivationnelle : un guide de formation.

Toxico Québec (consulté en 2009), Adresse URL : <http://www.toxicoquebec.com>



Bureau principal

92, rue st-Jacques
Gatineau (secteur Hull), Québec
J8X 2Z2
Téléphone : (819)770-7249
Télécopieur : (819)770-9199

Adresse courriel : toxico@cipto.qc.ca
Site Web : www.cipto.qc.ca

Point de service Le Lab

76, rue Lois
Gatineau (secteur Hull), Québec
Téléphone : (819)777-1806

Site Web : www.aulab.ca