

Traitement factuel : information pour le fournisseur de services



Ce document a été préparé par John Weekes, Ph.D., directeur intérimaire, Recherche et politiques, et Mme Lianne Calvert, directrice, Perfectionnement de la main-d'œuvre, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Il vise à fournir des renseignements courants, objectifs et empiriques aux fournisseurs de services qui souhaitent offrir à leur clientèle des traitements factuels.

Modèle de programme : théorie et pratique

Les toxicomanes qui veulent se faire traiter ont le droit de recevoir des services de grande qualité dont le fondement théorique est solide et l'efficacité prouvée. Même si de tels modèles thérapeutiques existent, certains programmes offerts actuellement à la population canadienne ne reposent pas sur des théories intégrées et des données étayées¹; ils ont plutôt comme base des croyances ou des expériences de la toxicomanie. C'est pourquoi il est difficile d'évaluer l'efficacité de ces programmes ou de les astreindre à respecter des normes de qualité mesurables. Fait intéressant, il s'agit d'une situation relativement peu courante dans les autres secteurs des soins de santé et de la santé publique.

La théorie et la recherche contemporaines montrent que la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues découle de l'interaction complexe de facteurs physiologiques (y compris génétiques²), psychologiques, interpersonnels ainsi que d'autres facteurs sociaux et situationnels. La théorie de « l'apprentissage social », qui reconnaît que la consommation prolongée d'alcool et d'autres drogues a des effets physiques (p. ex. changements neurochimiques associés à la dépendance physique), est principalement axée sur le rôle que les influences cognitives, émotionnelles et environnementales jouent dans les comportements de consommation. De leur côté, les modèles d'intervention fondés sur la recherche permettent de cerner les divers facteurs favorisant la consommation problématique, puis d'apprendre activement à la personne de nouveaux modes de pensée et de comportement. Ainsi, on utilise souvent l'adjectif « cognitivo-comportemental » pour faire référence à cet enseignement actif de nouvelles aptitudes visant à gérer avec succès des situations à risque, car il s'agit d'une démarche concrète

¹ Étant donné que certaines techniques et pratiques culturelles ne se prêtent pas à des tests scientifiques.

² Il est difficile d'isoler des marqueurs génétiques permettant de prédire l'abus de substances. En effet, plus de 1000 gènes individuels liés à l'alcool ont été décelés lors de récentes recherches.

axée sur les pensées, les actions et les sentiments actuels de la personne—éléments qu’il est possible de changer.

Motivation du client

Selon les recherches, la motivation est un élément important pour prédire si une personne sera en mesure de modifier son comportement à toutes les étapes du processus thérapeutique. Des personnes ayant des problèmes légers peuvent ne pas considérer leur comportement comme problématique, que ce soit pour elles ou pour leur entourage. En général, ce phénomène est appelé « déni » et, dans le contexte du traitement, il est souvent abordé par le biais de la confrontation ouverte, stratégie thérapeutique pour laquelle il existe peu de données sur l’efficacité ou la pertinence. La recherche indique aussi que la plupart des gens aux prises avec un grave problème de toxicomanie en sont conscients, mais qu’ils sont peu motivés à le résoudre. On a donc mis au point, au cours des dernières années, les principes de « l’entrevue motivationnelle », qui est un moyen plus efficace d’amener ces personnes à admettre qu’elles ont un problème et à y faire face.

Évaluation normalisée et validée menant à des plans de traitement individualisés

Il est évident que chaque personne est différente et qu’aucun plan de traitement ne convient à tous. La gravité des problèmes d’alcool et d’autres drogues varie d’une personne à l’autre. C’est pourquoi il est important que les fournisseurs de services fassent appel à des techniques et à des outils d’évaluation normalisée et validée pour déterminer la gravité du problème de chaque personne (p. ex. échelle de dépendance à l’alcool, test de dépistage de l’abus de drogues, indice de gravité de la dépendance, etc.). Comme pour toute autre forme de traitement, les résultats de l’évaluation doivent être utilisés de façon à fournir des données essentielles permettant d’établir un plan de traitement adapté à la personne. Les outils d’évaluation doivent être validés et utilisés de façon à tenir compte du sexe de la personne, de son âge, son origine ethnique, sa langue, ses facultés intellectuelles, etc.

Concevoir un plan de traitement selon les besoins du client

Comme dans tout autre secteur des services de santé et de santé mentale, un plan plus ou moins individualisé est élaboré pour chaque personne, en tenant compte de ses besoins et en tirant parti de ses points forts et des ressources disponibles. Le plan est établi en fonction des buts et des choix de la personne (voir ci-dessous la section Abstinence ou modération/réduction de la consommation). Les données montrent que pour répondre complètement aux besoins d’un bénéficiaire, il faut disposer d’une gamme de services et d’options de traitement, dont l’intensité, la durée et le coût sont variables. En général, les personnes ayant des problèmes légers ont besoin de services de courte durée et de faible intensité, alors que celles présentant des problèmes plus graves nécessitent parfois des traitements plus longs et d’une intensité plus grande. Pour certaines personnes, des soins « externes » de courte durée peuvent être suffisants, alors que d’autres pourraient avoir besoin d’une cure de désintoxication et d’un séjour dans un établissement afin de

stabiliser leur état et de recevoir le soutien dont elles ont besoin pour modifier leur comportement. Les traitements de longue durée, intensifs et coûteux devraient être réservés aux personnes qui ont véritablement besoin de ce niveau de service.

Évaluation continue et changements aux plans de traitement

Il se peut que les besoins d'une personne changent et évoluent au cours du traitement. C'est pourquoi il est important que le fournisseur de services surveille, évalue (à l'aide de méthodes et d'outils normalisés) et modifie tant les éléments détaillés que le plan global de chaque participant.

Techniques thérapeutiques factuelles

De nombreux fournisseurs de programmes ont recours à des techniques de traitement qui, *selon eux*, aideront les bénéficiaires, mais qui ne reposent pas sur des travaux de recherche (ou des fondements théoriques). En fait, un nombre relativement peu élevé de démarches thérapeutiques ont fait l'objet d'évaluations par des chercheurs. L'efficacité de certaines techniques factuelles bien connues a été démontrée (voir liste ci-dessous), et la plupart d'entre elles permettent d'offrir des traitements individuels ou en petits groupes (de quatre à six participants).

- exercices de développement des aptitudes, dont les jeux de rôles, la préparation active et les exercices répétés;
- programme cognitiviste de prévention de la rechute;
- formation en identification à « haut risque »;
- entraînement aux habilités sociales;
- acquisition de compétences en résolution de problèmes;
- apprentissage de techniques d'adaptation (p. ex. gérer les « états de manque » et les « envies »);
- établissement d'objectifs;
- techniques « d'entrevue motivationnelle » et d'augmentation de la motivation;
- formation en compétences d'emploi;
- counseling conjugal du comportement;
- formation en gestion du stress;
- suivi, séances de « rappel » et surveillance;
- services de soutien communautaire et d'appui.

Un examen sommaire de ces approches montre que les programmes efficaces permettent aux participants d'apprendre activement des aptitudes et des techniques et de se préparer à prévoir et à affronter diverses situations courantes « à risque élevé » qui pourraient les pousser à consommer. Les personnes apprennent à limiter les effets néfastes de rechutes, d'écarts et de dérapages potentiels en prenant conscience qu'il s'agit d'événements normaux après le traitement. En fait, un écart, s'il est bien pris en charge, peut être une expérience positive pour la personne et l'aider à se sentir plus forte et mieux préparée à gérer des situations semblables à l'avenir.

Services de suivi et de soutien après le traitement

Le processus de changement ne se termine pas le dernier jour du traitement. En fait, selon certains spécialistes, le véritable travail, qui consiste à faire durer le changement de comportement, débute lorsque le traitement prend fin. C'est à ce moment que les bénéficiaires risquent de ressentir le besoin de consommer, d'être en manque ou de se retrouver dans des situations et circonstances qui ébranleront leur résolution et leurs capacités d'adaptation. Le succès à long terme d'une personne dépend donc de plusieurs éléments clés, dont la participation à des séances de suivi et de soutien après le traitement. Les services d'entraide (p. ex. réunions des AA ou des NA, SMART Recovery, Moderation Management, Women for Sobriety, etc.) sont un autre volet important permettant d'appuyer et d'aider les personnes qui tentent de faire durer un changement de comportement³. En fait, des études ont démontré que si une personne participe à diverses séances de suivi ou de « rappel » ainsi qu'à des activités et des services d'entraide, après son traitement, elle a de meilleures chances de continuer à modérer sa consommation de substances ou de réussir à devenir abstinente.

Traitement spécifique à certaines populations

Les toxicomanes qui veulent se faire traiter ont des caractéristiques démographiques très différentes et entretiennent des liens très variés avec leur milieu social. Par le passé, les programmes de traitement ont été conçus de façon à répondre aux besoins d'un groupe homogène sur le plan culturel, soit les hommes blancs adultes; il se pourrait que cette situation se perpétue dans certains programmes. Par contre, pour les autres groupes, comme les femmes, les jeunes et les personnes âgées, il est nécessaire de mettre au point des approches thérapeutiques qui répondent expressément à leurs besoins (p. ex. qui tiennent compte du lien étroit entre la toxicomanie des femmes ainsi que les traumatismes et la violence qu'elles ont vécus). De plus, les fournisseurs de traitements se doivent de proposer des interventions qui respectent les divers groupes culturels (p. ex. les peuples autochtones qui ont souffert d'oppression, notamment dans les pensionnats, etc.) et d'offrir des options thérapeutiques adaptées aux personnes présentant des problèmes d'accessibilité, dont des troubles d'apprentissage, des difficultés cognitives, des troubles concomitants et d'autres problèmes de santé mentale (p. ex. clients affligés par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) ou ayant des incapacités physiques.

Vaste gamme de services

Les programmes complets et bien conçus tiennent compte des grandes répercussions qu'a la consommation de substances sur la santé physique et mentale d'une personne, ainsi que sur sa famille, ses amis et son travail. Ils offrent aussi des services qui répondent aux divers défis sociaux, professionnels, juridiques et de santé auxquels la personne est confrontée. Le cas échéant, il faut que les programmes offrent des services d'intervention pharmacologique ou permettent d'y accéder, et ce, en vue de diminuer ou d'éliminer les

³ Il importe de souligner que les services énumérés ont des optiques très diverses et que l'efficacité de quelques-uns seulement a été évaluée.

symptômes de sevrage ou de prendre en charge des troubles concomitants de santé mentale, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'anxiété ou la dépression. Pour s'assurer d'offrir des services qui répondent adéquatement aux nombreux besoins de traitement de cette clientèle diversifiée, les fournisseurs de services doivent coordonner leurs efforts avec ceux d'autres organismes, secteurs et professions pour cerner et combler les lacunes dans les services et éviter le dédoublement, ce qui doit se faire sans heurts et en optimisant la sécurité, la vie privée, la dignité et l'estime de soi de la personne.

Abstinence ou modération/réduction de la consommation

De nombreux fournisseurs de services exigent l'abstinence totale tout au long du processus de traitement (certains demandent même à leur clientèle une période d'abstinence avant l'admission à un programme, comme preuve d'engagement). Cette démarche quelque peu déroutante ne tient pas compte du fait que lorsqu'une personne tente de briser une habitude bien ancrée, elle alterne parfois entre des périodes d'abstinence et de rechute. La démarche ne prend pas non plus en considération les objectifs de la personne, qui peuvent aller d'une modification de la consommation à l'abstinence totale. Le concept de « réduction des méfaits » reconnaît que de nombreuses personnes peuvent *refuser* d'arrêter de consommer complètement ou qu'elles en sont tout simplement *incapables*, en particulier dans un court laps de temps. Il ne faut donc pas se surprendre que les programmes qui exigent l'abstinence totale présentent souvent des taux d'abandon très élevés, étant donné que les participants sont incapables de se conformer aux exigences du programme.

Obstacles au traitement

Comme il a été expliqué précédemment, la littérature scientifique met en évidence les techniques et modalités employées dans les modèles de traitement de la toxicomanie. Toutefois, il est de plus en plus évident qu'une vaste gamme de facteurs peut grandement affecter la capacité d'une personne à changer son comportement de consommation. Certains obstacles, même s'ils ne semblent pas être directement liés à la consommation de substances, peuvent finalement jouer un rôle important dans le fait qu'une personne poursuive son traitement et le termine avec succès. Ces facteurs sont notamment le logement, le transport pour se rendre au centre de traitement et en revenir, des conflits d'horaire avec le travail ou l'école, des priorités concurrentes liées au travail et à l'école, le manque de ressources financières, des problèmes juridiques, l'absence d'un réseau de soutien et, pour les femmes, un certain nombre de difficultés, comme la disponibilité de services de garderie, la crainte de perdre la garde de leurs enfants ainsi que la colère ou les représailles du mari ou du conjoint. Pour maximiser et conserver les progrès faits pendant le traitement (et pour limiter les répercussions négatives des obstacles), les fournisseurs de traitements doivent mettre leur clientèle en contact avec divers types de soins et de soutiens, notamment des soins de santé primaires, des services d'urgence, des programmes de santé mentale, des services judiciaires et de justice pénale, des options de logement avec services de soutien, des services d'emploi et des initiatives d'entraide et d'aide par des pairs (voir ci-dessus).

Caractéristiques des agents de programmes de première ligne

De plus en plus de recherches mettent en évidence les répercussions qu'ont certains traits caractéristiques des intervenants de première ligne sur les résultats obtenus par la clientèle (tant positifs que négatifs). Certains traits peuvent avoir une influence positive sur ces résultats, comme la compassion, la sensibilité, la compréhension, l'acceptation, l'ouverture d'esprit et l'empathie, et permettre de demeurer professionnel et objectif.

Formation et qualifications des fournisseurs de services

À l'heure actuelle au Canada, il n'existe aucune loi exigeant l'agrément des compétences en tant que « spécialiste en toxicomanie » pour pouvoir être fournisseur de traitements. Cependant, un grand nombre de collèges communautaires et d'universités offrent des programmes menant à un certificat ou à un diplôme en toxicomanie et, selon la formation et l'expérience de travail, à un agrément national. Les fournisseurs de services de traitement devraient s'assurer que les personnes embauchées ont les compétences nécessaires pour être en mesure d'exercer leurs fonctions et doivent leur offrir des occasions de formation continue et de perfectionnement professionnel pour qu'elles puissent se tenir au courant des derniers développements et des pratiques exemplaires relatives à la prestation de services de toxicomanie.

Notes en fin de texte

Les auteurs tiennent à remercier Colleen Anne Dell, Christine Bois, Gerald Thomas et Michael Wheatley pour leurs commentaires et apports constructifs sur une version antérieure de ce document. Le CCLAT assume l'entière responsabilité de toute erreur ou omission qui pourrait subsister dans le texte.

Documents de référence proposés

ANDREWA, D. A., J. BONTA et R. HOGE. Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology, *Criminal Justice and Behavior*, vol. 17, 1990, p. 19-52.

BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, 1986. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.

IRVIN, J. E., C. A. BOWERS, M. E. DUNN et M. C. WANG. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, 1999, p. 563-570.
<http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/class/Psy394Q/Behavior%20Therapy%20Classes/Assigned%20Readings/Substance%20Abuse/Irvin99.pdf>

MARLATT, G. A. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, 1998. New York : Guilford.

MARLATT, G. A. et J. R. GORDON (éd). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 1985. New York : Guilford.

MILLER, W. R. et N. HEATHER. *Treating addictive behaviors* (2^e éd.), 1998. New York : Plenum.

MILLER, W. R. et R. K. HESTER. In-patient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, vol. 41, 1986, p. 794-805.

MILLER, W. R. et S. ROLLNICK. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, 1991. New York : Guilford.

MILLER, W. R. et S. ROLLNICK (éd.). *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2^e édition, 2002. New York : Guilford Press.

POOLE, N. et C. A. DELL. *Toxicomanie au féminin*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

PROCHASKA, J. O. et C. C. DICLEMENTE. Toward a comprehensive model of change, 1986. Dans W. R. Miller et N. Heather (éd.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York : Plenum.

SOBELL, M. B. et L. C. SOBELL. *Problem drinkers: Guided self-change treatment*, 1993. New York : Guilford.

Le CCLAT est l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies. Établi en 1988 par une loi du Parlement, le Centre fournit des renseignements et des conseils objectifs et factuels visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie. Les activités et les produits du CCLAT sont réalisés grâce à la participation financière de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les points de vue exprimés par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048; téléc. : 613-235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-27-9 (online)

Droit d'auteur © 2006—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.