



## ARCHIVED - Archiving Content

### Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

## ARCHIVÉE - Contenu archivé

### Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



# Meilleures pratiques

Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues





Prévention

**Traitement**

Application de la loi

Réduction des méfaits

**Stratégie canadienne antidrogue**

*Travailler ensemble pour réduire la  
consommation nocive de substances*

## **Meilleures pratiques**

Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Meilleures pratiques – Intervention précoce, services d'approche et liens  
communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la  
consommation d'alcool et d'autres drogues  
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :  
<http://www.santecanada.gc.ca/>

Also available in English under the title:

*Best Practices – Early Intervention, Outreach and Community  
Linkages for Women with Substance Use Problems*

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette,  
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires,  
veuillez communiquer avec :

Publications

Santé Canada

Ottawa, Ontario K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995

Télec.: (613) 941-5366

Courriel : [info@hc-sc.gc.ca](mailto:info@hc-sc.gc.ca)

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2006

Cette publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou à l'interne  
seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction multiple  
de cette publication en tout ou en partie à des fins commerciales ou de redistribution nécessite  
l'obtention au préalable d'une autorisation du ministre des Travaux publics et Services  
gouvernementaux Canada, Ottawa, Ontario K1A 0S5 ou [copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca](mailto:copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca).

SC Pub. : 4659

Cat. : H128-1/06-460F

ISBN: 0-662-71328-1

# Remerciements

---

Le présent rapport a été préparé grâce la collaboration de Santé Canada et de W. Morrison et Associates, Inc. Nous aimerions remercier les membres du Groupe de travail pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (Groupe de travail TRAT) et autres experts qui ont passé en revue les ébauches du document, les personnes-ressources clés qui ont pris part aux entrevues et les participantes aux groupes de discussion qui ont donné de leur temps pour faire avancer la recherche sur les meilleures pratiques liées à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires à l'intention des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

## **Membres de l'équipe du projet de W. Morrison et Associates, Inc.**

D<sup>r</sup> William Morrison, directeur du projet

D<sup>r</sup> Cynthia Doucet, coordonnatrice de la recherche

Nancy Hicks, animatrice des groupes de discussion

Maurice LeBlanc, spécialiste du contenu et consultant en recherche

Julie Hall, chercheuse et employée des services administratifs



# Table des matières

---

<b>Sommaire</b> .....	1
<b>1. Introduction</b> .....	9
1.1 Méthodologie .....	10
1.2 Portée et limites .....	12
<b>2. Recension de la documentation</b> .....	13
2.1 Introduction .....	13
2.2 Différences entre les sexes .....	14
2.2.1 Différences physiologiques .....	14
2.2.2 Profils de consommation .....	15
2.2.3 Contexte social et relations .....	15
2.3 Obstacles à l'accès aux services d'intervention pour la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues .....	16
2.3.1 Expérience de la violence .....	17
2.3.2 Stigmatisation .....	17
2.3.3 Honte et culpabilité .....	17
2.3.4 Manque de soutien social .....	18
2.3.5 Peur des répercussions .....	18
2.3.6 Diminution de l'espoir .....	18
2.4 Questions et besoins précis liés aux clientes .....	19
2.4.1 Femmes enceintes .....	19
2.4.2 Femmes ayant des enfants .....	20
2.4.3 Femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale .....	20
2.4.4 Femmes sans abri ou nomades .....	21
2.4.5 Femmes en milieu rural .....	21



2.4.6	Usage de drogues par injection . . . . .	22
2.4.7	Femmes autochtones . . . . .	22
2.4.8	Femmes provenant de minorités ethniques . . . . .	23
2.4.9	Femmes âgées . . . . .	24
2.4.10	Femmes s'adonnant au commerce du sexe . . . . .	24
2.4.11	Femmes ayant des démêlés avec la justice . . . . .	25
2.5	Intervention précoce . . . . .	26
2.5.1	Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues . . . . .	27
2.5.2	Dépistage en vue de la réceptivité au changement . . . . .	32
2.5.3	Interventions brèves . . . . .	34
2.5.4	Techniques d'entrevue motivationnelle . . . . .	36
2.5.5	Entrevue de négociation brève . . . . .	38
2.5.6	Participation de la famille aux approches d'intervention précoce . . . . .	38
2.5.7	Ressources d'autothérapie . . . . .	39
2.5.8	Emplacement de l'intervention précoce . . . . .	40
2.5.9	Consultation et formation spécialisées destinées aux fournisseurs de soins de santé . . . . .	43
2.6	Services d'approche . . . . .	44
2.6.1	Emplacement des services d'approche . . . . .	45
2.6.2	Organisation des interventions d'approche . . . . .	46
2.6.3	Personnel des services d'approche . . . . .	46
2.6.4	Principales activités d'approche . . . . .	48
2.6.5	Recherches liées aux services d'approche destinés aux femmes . . . . .	49
2.7	Liens communautaires . . . . .	51
2.7.1	Liens communautaires pertinents destinés aux femmes . . . . .	52
2.7.2	Avantages liés à la création de liens communautaires . . . . .	54
2.7.3	Modèles de liens entre les services . . . . .	56

2.7.4	Établir des liens avec les fournisseurs de soins de santé . . . . .	57
2.7.5	Établir des liens avec d'autres services communautaires . . . . .	58
2.7.6	Principaux défis de la création de liens communautaires . . . . .	59
<b>3.</b>	<b>Entrevues avec des experts clés . . . . .</b>	<b>61</b>
3.1.	Sélection des experts clés . . . . .	61
3.2	Processus d'entrevue des experts clés . . . . .	63
3.3	Questions propres aux clientes principales . . . . .	64
3.3.1	Situation et besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues . . . . .	64
3.3.2	Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes . . . . .	65
3.4	Approches d'intervention précoce et services d'approche . . . . .	68
3.4.1	Orientations théoriques ou appliquées de l'intervention précoce et des services d'approche . . . . .	68
3.4.2	Approches d'intervention précoce . . . . .	68
3.4.3	Services d'approche . . . . .	71
3.4.4	Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche . . . . .	73
3.4.5	Évaluation des stratégies d'intervention précoce et des services d'approche . . .	75
3.5	Liens communautaires . . . . .	76
3.5.1	Services et soutien communautaires essentiels . . . . .	76
3.5.2	Obstacles aux liens entre les programmes communautaires et les services de traitement . . . . .	76
3.5.3	Travailler en vue d'offrir un service coordonné . . . . .	77
3.5.4	Stratégies pour promouvoir la consultation et la création efficaces des liens communautaires . . . . .	77
3.5.5	Lacunes et incompatibilités des services ou des politiques . . . . .	78
3.5.6	Défis et points forts des approches intégratives . . . . .	78

<b>4. Groupes de discussion</b> .....	79
4.1 Introduction .....	79
4.2 Données démographiques sur les participantes .....	80
4.3 Les principaux défis : les préoccupations prioritaires .....	81
4.3.1 Accéder à des services de traitement .....	82
4.3.2 Reconnaître la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ...	82
4.3.3 Garantir des mesures de soutien personnel .....	82
4.3.4 Venir à bout des émotions difficiles .....	83
4.3.5 Obtenir du soutien et de l'information essentielle sur le traitement .....	83
4.3.6 Conserver les gains obtenus grâce au traitement .....	83
4.3.7 Avoir peur de perdre ses enfants .....	84
4.3.8 Garantir la confidentialité .....	84
4.4 Autres défis .....	84
4.4.1 Réagir aux stéréotypes négatifs .....	84
4.4.2 Régler les problèmes d'emploi et surmonter les défis financiers .....	85
4.4.3 Être victime de manque de respect .....	85
4.4.4 Vivre avec des inquiétudes liées à la santé et à la sécurité .....	85
4.5 Intervention précoce .....	85
4.5.1 Intervenir tôt auprès des adolescentes .....	86
4.5.2 Améliorer la sensibilisation et les connaissances de la collectivité .....	86
4.5.3 Fournir et maintenir les sources de soutien .....	86
4.5.4 Fournir des services de counselling individuel .....	87
4.5.5 Mettre en œuvre des programmes communautaires d'intervention précoce ..	87
4.5.6 Maintenir les liens avec les parents .....	87
4.5.7 Offrir des lignes d'assistance sans frais .....	87
4.5.8 Poser des questions de dépistage .....	87

4.6	Services d'approche .....	88
4.6.1	Améliorer la capacité des fournisseurs de services communautaires d'aborder les femmes .....	88
4.6.2	Augmenter la connaissance des ressources communautaires et des processus d'aiguillage .....	89
4.6.3	Améliorer l'accessibilité des services .....	89
4.6.4	Préconiser des mesures de collaboration .....	89
4.6.5	Renforcer la défense des approches propres à chaque sexe .....	89
4.7	Services et liens communautaires .....	90
4.7.1	Groupes de soutien .....	90
4.7.2	Services de garde d'enfants .....	90
4.7.3	Description des services .....	90
4.7.4	Services d'intervention d'urgence .....	91
4.7.5	Hébergement et refuge .....	91
4.7.6	Programmes éducatifs communautaires .....	91
4.7.7	Soutien pendant une transition et programmes de suivi .....	91
<b>5.</b>	<b>Énoncés des meilleures pratiques .....</b>	<b>93</b>
5.1	Introduction .....	93
5.2	Questions générales .....	94
5.3	Processus de dépistage .....	95
5.4	Stratégies d'intervention précoce .....	96
5.5	Services d'approche .....	97
5.6	Programmes de soutien communautaires pertinents .....	98
5.7	Liens communautaires et approches intégratives .....	99

<b>6. Recherches futures</b> .....	101
<b>Références</b> .....	103
<b>Annexes</b> .....	111
Annexe A Sections du document appuyant les énoncés des meilleures pratiques .....	111

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Questions pratiques sur la consommation d'alcool et d'autres drogues .....	31
Tableau 2 : La preuve de l'intervention brève .....	35
Tableau 3 : Menu des stratégies d'entrevue .....	37
Tableau 4 : Avantages possibles des liens entre les services de soins primaires et les services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues .....	55
Tableau 5 : Répartition géographique des experts clés .....	61
Tableau 6 : Rôle professionnel des experts clés .....	62
Tableau 7 : Antécédents scolaires des experts clés .....	62
Tableau 8 : Données démographiques sur les participantes aux groupes de discussion ....	80

# Sommaire

---

Le but du présent projet est de présenter des lignes directrices sur les meilleures pratiques liées à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires à l'intention des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Le projet a été instauré par Santé Canada dans le cadre du plan de recherche élaboré par le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation (Groupe de travail TRAT).

Le rapport se divise en cinq grandes parties :

- *Introduction* : Contexte, méthodologie et activités de recherche.
  - *Recension de la documentation* : Analyse critique des recherches, publiées ou non, sur l'intervention précoce, les services d'approche et les liens communautaire à l'intention des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
  - *Entrevues avec des experts clés* : Résumé des principales réflexions des experts dans divers domaines, notamment des consultants en traitement, des gestionnaires et des professionnels cliniques des secteurs de compétence provinciaux et territoriaux.
  - *Groupes de discussion* : Résumé des points de vue des femmes qui ont des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et qui ont ou qui ont eu besoin d'intervention précoce, de services d'approche et de liens communautaires.
- *Meilleures pratiques* : Énoncés formulés grâce à la synthèse de la recension de la documentation, des entrevues avec les personnes-ressources clés et des séances des groupes de discussion.

## Femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Les cliniciens et les chercheurs reconnaissent qu'il est important d'être sensible aux différences entre les sexes et à leurs besoins particuliers pendant l'élaboration et la prestation de services de traitement destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les femmes sont différentes des hommes de par leur profil et le moment où elles commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues.

D'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) (Adlaf, Begin et Sawka, 2005), entreprise en 2004 auprès de Canadiens et Canadiennes âgés de plus de quinze ans, les hommes continuent à avoir des taux de consommation d'alcool et drogues illicites plus élevés que les femmes. Néanmoins, les indicateurs suivants démontrent que la consommation d'alcool demeure une préoccupation pour les femmes : 76.8% des femmes ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois (comparativement à 82% des hommes); 32.8% des femmes ont bu de l'alcool au moins une fois par semaine (comparativement à 55.2% des hommes);

8.8% des femmes ont bu au moins cinq verres d'alcool par occasion (comparativement à 23.2% des hommes); et 3.3% des femmes ont bu un minimum de cinq verres par occasion au moins une fois par semaine (comparativement à 9.2% des hommes). De plus, 7.1% des femmes ont rapporté avoir subi, au cours des douze mois précédents, au moins un méfait de leur propre consommation d'alcool et 32.6% des femmes ont rapporté avoir subi au moins un méfait de la consommation d'alcool par les tiers.

En ce qui a trait aux substances illicites, 10.2% des femmes ont déclaré avoir fait l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois (comparativement à 18.2% des hommes) et 1.8% des femmes ont déclaré avoir consommé l'une des cinq drogues illicites (cocaïne, speed, hallucinogènes, ecstasy et héroïne) au cours des douze derniers mois (comparativement à 4.3% des hommes) (Adlaf et al., 2005).

- En raison des différences dans le métabolisme de l'alcool, les femmes sont plus touchées que les hommes par la même quantité d'alcool, même après correction du poids corporel.
- Les femmes disent souvent qu'elles ont soudainement commencé à consommer beaucoup d'alcool et de drogues, souvent après un événement traumatisant.
- Les problèmes relationnels ont des liens complexes avec l'apparition et la progression des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes. La famille peut favoriser ou entraver la recherche d'un traitement, mais elle a rarement une incidence neutre.

- Les femmes ayant des enfants peuvent délaissé ou reporter l'admission à un traitement parce qu'elles n'ont aucune personne de confiance qui pourrait s'occuper de leurs enfants en leur absence.
- La peur de perdre la garde de leurs enfants peut être un obstacle important à la recherche de services de traitement chez les femmes.

## **Intervention précoce**

L'intervention précoce comprend à la fois l'identification initiale des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et des activités d'intervention précises visant à éliminer les obstacles éventuels à la prestation de services essentiels. Pour concevoir des stratégies d'intervention, il faut comprendre la situation propre à chaque cliente et adapter les services pour favoriser l'accès rapide au traitement dont elle a besoin.

- Les interventions brèves et les techniques d'entrevue motivationnelle sont des méthodes utiles pour améliorer la réceptivité au changement.
- Les fournisseurs de soins de santé et d'autres services sont bien placés pour appliquer des stratégies d'intervention précoce, notamment le dépistage initial et l'identification de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues; la diffusion de renseignements éducatifs et sur l'aiguillage; la prestation de services de counselling par encouragement; et la coordination de l'aiguillage vers les bons services de soutien et de traitement.

- Les efforts en intervention précoce devraient intégrer des stratégies axées et basées sur les points forts des clientes qui amènent les clientes à chercher à obtenir un changement positif.
- Les recherches récentes appuient le recours à des stratégies d'intervention précoce dans les programmes de santé en milieu de travail. Ceux-ci peuvent comprendre des messages éducatifs sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ainsi que des renseignements généraux sur la santé, le régime alimentaire et l'exercice.

## Services d'approche

Les services d'approche destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues comprennent la rencontre des clientes dans leur propre milieu pour les inciter à participer à un traitement ou les aider à accéder à d'autres services dont elles ont besoin. Les activités d'approche cherchent à établir des liens avec les femmes qui sont connues comme ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou qui sont à risque de développer de tels problèmes.

- Les services d'approche fournis grâce à des programmes d'accueil, des services de traitement mobiles et des travailleurs de rue peuvent augmenter l'accès aux services nécessaires en offrant des heures d'ouverture flexibles dans des emplacements accessibles.
- Les services d'approche sont plus efficaces lorsque la confiance a été établie et qu'elle est maintenue pendant de nombreuses rencontres ou séances brèves.

- Les travailleurs des services d'approche doivent être déterminés à faire participer les femmes à une évaluation personnalisée de leur propre comportement à risque et à des discussions réalistes sur les ressources qui leur sont offertes pour appuyer des changements durables.

## Liens communautaires

Il faut tenir compte des liens communautaires tant au niveau de la cliente que du système. Au niveau de la cliente, il s'agit d'assurer l'aiguillage vers des services qui répondent aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à d'autres besoins de base et de santé connexes. Les applications systémiques comprennent la collaboration et la coordination accrues entre les fournisseurs de services pour optimiser l'utilisation des ressources limitées et assurer la prestation de services multidisciplinaires afin de répondre aux besoins des femmes et des membres de leur famille.

- L'application de stratégies de gestion de cas aide à organiser les services destinés aux femmes et à les amener à être des collaboratrices actives pendant l'élaboration et la mise en œuvre des priorités de leur plan de gestion de cas.
- Assurer la disponibilité de services de garde d'enfants favorise l'accès des femmes aux services communautaires essentiels et aux possibilités de traitement.
- Les fournisseurs de services devraient connaître la gamme des services et des programmes qui sont offerts dans la collectivité et savoir comment y avoir accès.



- Les ententes de services liées aux protocoles de traitement et d'aiguillage entre plusieurs organismes ont été mentionnées comme des moyens utiles d'augmenter la collaboration et la coordination entre les fournisseurs de services.

## Énoncés des meilleures pratiques

### Questions générales

#### *Situation des clientes*

Les stratégies d'intervention précoce et des services d'approche nécessitent la compréhension de la situation et des besoins de chaque cliente ou groupe de clientes pour adapter les services et inclure des mesures de soutien pertinentes. Le but est de réduire les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et d'améliorer la santé générale et le fonctionnement social.

#### *Besoins de base*

Les besoins de base, notamment des ressources suffisantes prenant la forme d'aliments, de vêtements ou de logement, doivent être comblés en conjonction avec les efforts d'approche et d'intervention précoce.

#### *Inquiétudes au sujet de la garde des enfants*

La peur de perdre la garde de leurs enfants est un obstacle important à la recherche de services de traitement dont les femmes ont besoin. Cette inquiétude devrait être prise en compte en fonction des différences entre les sexes dans les efforts d'intervention précoce et d'approche.

### *Défis des régions rurales*

Les services destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont souvent limités dans les collectivités rurales. Les groupes de soutien locaux, les lignes d'assistance et les services Internet pourraient être une façon viable d'établir des liens avec les femmes en région éloignée et de les relier par la suite à des services d'intervention précoce.

### *Mauvais usage des médicaments sur ordonnance*

Des psychotropes, notamment des tranquillisants et des analgésiques, sont prescrits à des femmes plus souvent qu'à des hommes et le risque d'éprouver des problèmes liés à la prise de médicaments sur ordonnance est plus grand chez les femmes. Les fournisseurs de soins de santé devraient tenir compte de la vulnérabilité possible des femmes au mauvais usage des médicaments sur ordonnance. Le cas échéant, d'autres approches de gestion du stress et de l'anxiété, sans médicaments, devraient être adoptées.

### *Sensibilisation aux cultures*

Il faudrait être sensible aux cultures au moment d'élaborer des stratégies d'approche et d'intervention précoce. Pour les femmes autochtones, les membres de la collectivité, les dirigeants et les professionnels peuvent être des sources importantes de soutien et ils peuvent jouer un rôle inestimable dans la prestation des services.

## Processus de dépistage

### *Processus de dépistage axés sur les clientes*

Les questions de dépistage devraient être remplies en collaboration avec les clientes de manière à ce qu'elles se sentent à l'aise et en sécurité. Les fournisseurs de services communautaires et de soins de santé devraient aborder ces questions sans jugement, en faisant preuve de respect et d'ouverture pour discuter des questions de santé et des inquiétudes sociales liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.

### *Niveaux d'alphabétisation*

Au moment de remplir des questionnaires de dépistage, les fournisseurs de services devraient être attentifs aux niveaux d'alphabétisation des clientes, leur accorder plus de temps et apporter des mesures d'ajustement, le cas échéant.

### *Domaines d'enquête*

Les domaines d'enquête des entrevues d'approche ou d'évaluation devraient comprendre : le début, les types d'alcool ou d'autres drogues consommés et les profils de consommation; la situation et les conséquences liées à la consommation; la connaissance du niveau de consommation et la réceptivité des clientes au changement; ainsi que les liens des clientes avec les services communautaires et les programmes d'intervention.

## *Rôle des fournisseurs de services communautaires et de santé*

Ce sont souvent les fournisseurs de services communautaires et les professionnels de soins de santé, plutôt que les spécialistes de la toxicomanie, qui identifient au départ les femmes qui éprouvent, ou qui risquent d'éprouver, des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les infirmières de la santé publique, les obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, le personnel chargé de la santé mentale et d'autres fournisseurs de services, qui conseillent les femmes sur la santé ou les soins personnels, sont bien placés pour faire le dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Ils constituent donc une ressource inestimable pour favoriser l'accès aux services nécessaires.

## Stratégies d'intervention précoce

### *Modèles théoriques de la réceptivité au traitement*

La théorie sur les étapes du changement de Prochaska et DiClemente est un cadre pratique pour comprendre et évaluer la réceptivité au traitement. Ce modèle appuie la création d'alliances de collaboration avec les clientes qui sont à divers niveaux de réceptivité au changement et il est souvent appliqué en conjonction avec des stratégies d'interventions brèves et d'entrevue motivationnelle.

### *Interventions brèves*

Les interventions brèves et les techniques d'entrevue motivationnelle sont des méthodes utiles pour améliorer la réceptivité au changement. Étant donné les preuves de l'efficacité possible des interventions brèves et le peu de temps qu'il faut pour les mettre en œuvre, les fournisseurs de soins de santé et d'autres services sont bien placés pour appliquer ces stratégies. Bien que les interventions brèves ne doivent pas être utilisées pour remplacer des services de traitement plus intensifs, il peut s'agir de stratégies initiales efficaces pour faire participer les clientes ayant une dépendance plus grave.

### *Applications de l'intervention précoce en milieu de travail*

Des recherches récentes appuient l'utilisation des stratégies d'intervention précoce dans les programmes de santé en milieu de travail. Celles-ci peuvent inclure des messages éducatifs sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, ainsi que des renseignements généraux sur la santé, le régime alimentaire et l'exercice.

## **Services d'approche**

### *Emplacements*

Il est capital de tenir compte du milieu de vie naturel des clientes lorsqu'on planifie et met en œuvre des programmes d'approche. L'emplacement ou le milieu possible peut inclure les maisons d'hébergement, les programmes d'aide aux employés, les centres de santé, les centres communautaires, les prisons, les établissements psychiatriques, les cabinets de médecin et les programmes éducatifs communautaires.

Des services d'approche peuvent également être donnés en collaboration avec des programmes d'éducation communautaires, comme le perfectionnement personnel, le rôle parental, la préparation à l'emploi, l'établissement du budget, l'estime de soi, l'alimentation, la gestion du stress, l'affirmation de soi et les relations interpersonnelles.

### *Accessibilité*

Les services d'approche fournis grâce à des programmes d'accueil, des services de traitement mobiles et des travailleurs de rue augmentent l'accès aux services en offrant des heures d'ouverture flexibles dans des endroits accessibles. Ils peuvent être tout particulièrement importants pour les femmes qui travaillent dans la rue, qui sont sans abri ou qui utilisent des drogues par injection.

### *Établir la confiance*

Les services d'approche sont plus efficaces lorsque la confiance a été établie et maintenue pendant plusieurs rencontres ou séances brèves. Cela peut être un élément tout particulièrement important pour les groupes qui posent un risque élevé, comme les femmes s'adonnant au commerce du sexe.

### *Activités d'approche*

Les activités d'approche devraient inclure la diffusion de renseignements sur la santé, de l'éducation sur les stratégies de réduction des méfaits, de l'information sur les ressources et programmes communautaires, l'identification des stratégies d'accès à ces services et, le cas échéant, l'accompagnement des clientes à leur premier rendez-vous.

## **Programmes de soutien communautaires pertinents**

### *Programmes propres à chaque sexe*

Des recherches récentes ont fait ressortir l'importance de mettre à la disposition des femmes des approches de programmes propres à chaque sexe. Ces programmes peuvent offrir aux femmes la possibilité de partager leur expérience dans un milieu où elles se sentent en sécurité sur le plan affectif, d'interagir avec des modèles de rôle positifs et d'établir des réseaux de soutien.

### *Soutien grâce au counselling*

Les femmes éprouvent souvent de la honte et de la culpabilité au sujet de leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, ce qui mine leur estime de soi, réduit leur espoir et les pousse à continuer à consommer. Les services de counselling devraient tenir compte de ces sentiments lorsqu'une intervention précoce est offerte aux femmes.

### *Services de garde d'enfants*

L'absence de réseaux sociaux pour aider les femmes ayant des responsabilités familiales et la garde d'enfants peuvent les empêcher d'entrer en contact avec des programmes de traitement, même lorsque ceux-ci sont offerts dans la collectivité. Selon des recherches, l'accès à des services de garde favorise la participation au traitement et améliore les résultats.

### *Thérapie et soutien de la famille*

Les inquiétudes des membres de la famille peuvent être un important facteur qui pousse les femmes à chercher à se faire traiter. La thérapie familiale peut être bonne pour éduquer et appuyer les membres de la famille afin qu'ils apprennent des façons de réagir qui aident les femmes pendant le processus de traitement. Les membres des familles peuvent également être en mesure d'apporter des ressources réelles, comme le transport et la garde des enfants.

## **Liens communautaires et approches intégratives**

### *Sensibilisation de la collectivité*

Les perceptions sociales et la désapprobation de la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes peuvent réduire le désir des clientes de chercher à obtenir des services de réadaptation. Le fait de sensibiliser les employeurs, les membres de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé primaires et d'augmenter leur compréhension peuvent réduire les obstacles sociaux perçus qui sont liés à l'accès au traitement.

### *Connaissance des services*

Pour faire un bon aiguillage, les fournisseurs de services doivent connaître la gamme des services et des programmes qui sont offerts dans la collectivité et savoir comment y avoir accès. Les centres de traitement qui offrent des services aux femmes devraient établir de solides liens d'aiguillage et de collaboration avec les refuges communautaires et les services de counselling en violence familiale.

### *Ententes entre les fournisseurs de services communautaires*

Les ententes de services ou les protocoles d'entente liés à l'aiguillage interorganismes et les protocoles de traitement sont jugés utiles pour améliorer la collaboration et la coordination entre les fournisseurs de services. Ces efforts aident à optimiser l'utilisation des ressources limitées et garantissent que la prestation des services continue de répondre aux besoins des femmes et des membres de leur famille.

### *Rôle consultatif des experts de la toxicomanie*

Les experts de la toxicomanie jouent un rôle consultatif capital auprès des fournisseurs de services et de soins de santé communautaires. La consultation peut comprendre la diffusion de renseignements éducatifs ou des séances de formation officielle sur les approches de dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et des stratégies sur la réduction des méfaits.

### *Gestion de cas*

Les stratégies de gestion de cas aident à organiser et à intégrer les services destinés aux femmes. Les approches devraient amener les clientes à être des collaboratrices actives de l'élaboration et de la mise en œuvre des priorités de leur plan de gestion de cas.

### *Transition entre des traitements*

Pendant les périodes de transition entre des traitements, les femmes éprouvent plus de stress et sont plus sensibles à la rechute, ce qui les ramènerait à leurs anciens profils de consommation d'alcool et d'autres drogues. Les services de soutien qui pourraient être utiles pendant les périodes de changement comprennent les centres d'accueil, le counselling externe, les possibilités de réadaptation à long terme, les maisons de soutien de « transition », les programmes de logement de transition, les services de soutien à domicile et les programmes familiaux.

### **Recherches futures**

La présente recherche fait ressortir les domaines liés à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires qui justifient des recherches plus poussées. Ces domaines comprennent : 1) l'origine ethnique et la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues; 2) l'efficacité des stratégies de rétablissement sur Internet; 3) l'évaluation des modèles de prestation de services intégrés et de leur rentabilité.

# Introduction

---

Le but du présent projet est d'élaborer des lignes directrices sur les meilleures pratiques liées à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires à l'intention des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les recherches présentent des renseignements à jour sur les défis particuliers et les stratégies de compensation liées à ces domaines et devraient inciter à poursuivre les recherches sur les meilleures pratiques.

Le projet a été instauré par Santé Canada dans le cadre d'un plan de recherche élaboré par le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial pour le Cadre de responsabilisation et d'évaluation et pour le Plan de recherche (Groupe de travail TRAT). Une partie du mandat de ce groupe consiste à superviser l'élaboration et la mise en œuvre de projets de recherche proposant des programmes de traitement et de réadaptation efficaces et innovateurs contre les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues en cernant les meilleures pratiques, en évaluant les programmes modèles de réadaptation et de traitement, en indiquant les nouveaux enjeux et en diffusant les connaissances à la grandeur du pays.

Ce projet s'inspire d'une série de publications sur les meilleures pratiques, notamment *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie –*

*Traitement et réadaptation* (Santé Canada, 1999); *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie* (Santé Canada, 2001a); *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* (Santé Canada, 2001b); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001c); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada, 2001d); *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone* (Santé Canada, 2002a); *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (Santé Canada 2002b) et *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des contrevenants dans le cas de conduite avec facultés affaiblies* (Santé Canada 2004).

Le but est de mettre les lignes directrices sur les meilleures pratiques à la disposition des fournisseurs de services, des planificateurs de programmes, des décideurs et d'autres professionnels communautaires et de la santé connexes qui s'occupent de la prestation de programmes ou de services destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables

à la consommation d'alcool et d'autres drogues. De même, cette publication sera une ressource pour les clientes de ces services, les membres de leur famille et la collectivité.

Le rapport se divise en cinq parties principales :

- *Introduction* : Contexte, méthodologie et activités de recherche.
- *Recension de la documentation* : Analyse critique des recherches, publiées ou non, sur l'intervention précoce, les services d'approche et les liens communautaires à l'intention des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- *Entrevues avec des experts clés* : Résumé des principales réflexions des experts représentant des consultants en traitement, des gestionnaires et des professionnels cliniques des secteurs de compétence provinciaux et territoriaux.

- *Groupes de discussion* : Point de vue des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues qui ont ou qui ont eu besoin d'intervention précoce, de services d'approche et de liens communautaires.
- *Meilleures pratiques* : Énoncés formulés grâce à la synthèse de la recension de la documentation, des entrevues avec les personnes-ressources clés et des séances des groupes de discussion.

Pour ceux et celles intéressés à un sujet particulier, les résultats connexes à d'autres sections du document sont indiqués sous chaque en-tête.

## 1.1 Méthodologie

### Recension de la documentation

La recension de la documentation a permis de repérer des documents professionnels et de recherche provenant de sources canadiennes et internationales et comprend :

- des publications après 1998, les exceptions étant des documents exceptionnels;
- des documents de recherche revus par des professionnels ou sanctionnés par des experts;
- des sommaires et des articles de recension de la documentation;
- des études comparatives des différentes approches ou méthodes;
- des essais cliniques comparatifs ou des recherches quasi expérimentales;
- des rapports d'évaluation de programmes;
- des documents théoriques directement reliés à la recherche sur les meilleures pratiques.

Des documents fondés sur des preuves ont été tirés des renseignements et des articles publiés dans des ouvrages reconnus et respectés, ainsi que des examens récents, non publiés et réalisés par des experts clés. La recherche s'est limitée aux bases de données suivantes et aux documents publiés ou rédigés entre 1998 et 2004 :

- Medline (base de données sur les études médicales);
- CINAHL (base de données des ouvrages sur les soins infirmiers et les soins de santé connexes);
- PsycInfo (base de données sur la recherche psychologique);
- CCSADOCS (base de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies);
- CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews);
- ETOH (base de données sur le site Web du National Institute for Drug Abuse);
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – US Department of Health and Human Services).

La recension est une analyse critique des ouvrages, elle fait ressortir les principales questions liées à l'intervention précoce, aux services d'approche et à la création de liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Elle comprend des questions telles que les différences entre les sexes, les obstacles à l'accès aux interventions,

le dépistage et les interventions brèves, la consultation et la formation des cliniciens, ainsi que l'organisation de modèles d'intervention précoce, d'interventions d'approche et de liens entre les services.

## **Entrevues avec des experts clés**

En consultation avec des membres du Groupe de travail TRAT, des experts clés possédant des connaissances approfondies du domaine et représentant chaque province et territoire ont été repérés (voir le tableau 5). Les 19 experts clés qui ont participé à l'étude possédaient une formation, de l'expérience et des antécédents variés (voir les tableaux 6 et 7). Tous les répondants ont eu le temps et l'occasion de fournir des détails sur chaque question. La plupart des entrevues ont été réalisées au téléphone mais certains répondants ont préféré répondre par écrit. Les entrevues ont été effectuées en français ou en anglais, selon la langue de choix de la personne interrogée.

## **Groupes de discussion**

Huit séances de groupes de discussion dans quatre régions du Canada ont fait partie de la recherche. Le premier contact avec les participantes a été fait en collaboration avec les fournisseurs de services de traitement locaux et régionaux. Soixante femmes ont pris part aux séances; soit de cinq à onze par groupe, pour une moyenne de huit (voir les données démographiques dans le tableau 8).



## Définition des meilleures pratiques

La définition des meilleures pratiques en ce qui concerne la prestation des programmes dans le domaine de la santé a été abordée avec une rigueur variable.

*Dans le domaine des soins de santé, l'application de l'idée des « meilleures pratiques » va de la simple publication de pratiques particulières sous la rubrique « les meilleures »... à la participation à l'identification systématique de ce qui constituerait « le meilleur » d'une question de santé précise ou d'un domaine de pratique, ...jusqu'à une enquête rigoureuse fondée sur des recherches pour déceler des preuves liées à des pratiques particulières (Varcoe, 1998, p. 4).  
[TRADUCTION LIBRE]*

Aux fins du présent projet, les meilleures pratiques sont des lignes directrices nouvelles, recueillies à partir du point de vue des experts clés et de groupes de discussion composés de clientes, appuyées par des documents et portant sur les approches et les éléments du traitement qui semblent donner de bons résultats. Selon cette définition, les meilleures pratiques sont des recommandations qui pourraient évoluer, selon l'expérience continue des experts clés, leur bon sens, leur point de vue et les recherches continues. Les lignes directrices sur les meilleures pratiques décrites dans le présent rapport devraient donc être révisées à mesure que les recherches dans ce domaine se poursuivent.

## 1.2 Portée et limites

Le présent rapport s'attache à l'intervention précoce, aux services d'approche et aux liens communautaires destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les auteurs ont jugé que les recherches sur les adolescentes et d'autres activités et drogues, comme le

tabagisme et le jeu, débordaient de la portée du présent projet. L'expression « toxicomanie » comprend la consommation l'alcool, de médicaments sur ordonnance et de drogues illicites.

# Recension de la documentation

---

## 2.1 Introduction

Les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont différentes des hommes de par leur profil et le moment où elles commencent à consommer (Zilberman, Tavares, Blume et el-Guebaly, 2002). D'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) (Adlaf, Begin et Sawka, 2005), entreprise en 2004 auprès de Canadiens et Canadiennes âgés de plus de quinze ans, les hommes continuent à avoir des taux de consommation d'alcool et drogues illicites plus élevés que les femmes. Néanmoins, les indicateurs suivants démontrent que la consommation d'alcool demeure une préoccupation pour les femmes : 76.8% des femmes ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois (comparativement à 82% des hommes); 32.8% des femmes ont bu de l'alcool au moins une fois par semaine (comparativement à 55.2% des hommes); 8.8% des femmes ont bu au moins cinq verres d'alcool par occasion (comparativement à 23.2% des hommes); et 3.3% des femmes ont bu un minimum de cinq verres par occasion au moins une fois par semaine (comparativement à 9.2% des hommes). De plus, 7.1% des femmes ont rapporté avoir subi, au cours des douze mois précédents, au moins un méfait de leur propre consommation d'alcool et 32.6% des femmes ont rapporté avoir subi au moins un méfait de la consommation d'alcool par les tiers.

En ce qui a trait aux substances illicites, 10.2% des femmes ont déclaré avoir fait l'usage de cannabis au cours des douze derniers mois (comparativement à 18.2% des hommes) et 1.8% des femmes ont déclaré avoir consommé l'une des cinq drogues illicites (cocaïne, speed, hallucinogènes, ecstasy et héroïne) au cours des douze derniers mois (comparativement à 4.3% des hommes) (Adlaf et al., 2005).

Les cliniciens et les chercheurs admettent qu'il est important d'être sensible aux différences entre les sexes et à leurs besoins particuliers pendant l'élaboration et la prestation de services de traitement destinés aux femmes (Covington, 1998). Les femmes composent néanmoins un groupe hétérogène, marqué par des différences entre elles, différences qui influent sur leurs besoins et leurs points forts, ainsi que sur la pertinence et l'efficacité des interventions.

## 2.2 Différences entre les sexes

### PRINCIPAUX POINTS

- En raison des différences dans le métabolisme de l'alcool, les femmes sont plus touchées que les hommes par la même quantité d'alcool, même après correction du poids corporel.
- Les femmes disent souvent qu'elles ont soudainement commencé à consommer beaucoup d'alcool et d'autres drogues, souvent après un traumatisme.
- Les femmes peuvent consommer de l'alcool et d'autres drogues pour atténuer la douleur émotionnelle due à de mauvais traitements, le chagrin causé par le décès d'un être cher ou la culpabilité qu'elles ressentent après avoir blessé un être cher, notamment un enfant.
- Les problèmes relationnels ont des liens complexes avec l'apparition et la progression des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes. La famille peut favoriser ou entraver la recherche d'un traitement, mais elle a rarement une incidence neutre.
- Les femmes ayant des enfants peuvent délaissier ou reporter l'admission à un traitement parce qu'elles n'ont aucune personne de confiance qui pourrait s'occuper de leurs enfants en leur absence.

### 2.2.1 Différences physiologiques

Les différences métaboliques entre les hommes et les femmes ont été bien étudiées en ce qui concerne l'alcool mais pas d'autres drogues (Zilberman et al., 2002). Les femmes sont plus touchées que les hommes par la même quantité d'alcool, même après correction du poids

corporel (Mumenthaler, Taylor, O'Hara et Yesavage, 1999; van der Walde, Urgenson, Weltz et Hanna, 2002; Zilberman et al.). Il a été démontré que cela est dû en partie au fait que l'alcool est hydrosoluble et que les femmes ont moins d'eau dans le corps que les hommes. Par ailleurs, une enzyme de la muqueuse gastrique qui décompose l'alcool est moins active chez la femme. Ces deux différences entraînent des concentrations d'alcool dans le sang plus élevées chez les femmes que chez les hommes, lorsque la quantité d'alcool est équivalente (Baraona, Abittan, Dohmen et al., 2001, cités dans Zilberman et al.; van der Walde et al.). En raison de cette plus grande sensibilité, la dépendance se développe plus rapidement chez les femmes (Hernandez-Avila, Poling, Rounsaville et Kranzler, 2002; Smith et Weisner, 2000). Les femmes sont également plus sensibles que les hommes aux dommages organiques causés par la consommation d'alcool (Mumenthaler et al., NIAAA, 1999; van der Walde et al.). Par exemple, les femmes ont une plus grande incidence d'atteinte hépatique, en partie parce que l'alcool augmente les niveaux d'œstrogènes, ce qui peut aggraver une atteinte hépatique (Brady et Randall, 1999, cités dans Zilberman et al.; van der Walde et al.).

En ce qui concerne les drogues autres que l'alcool, les femmes ont démontré une progression accélérée à la dépendance à l'héroïne et au cannabis (Hernandez-Avila, Poling, Rounsaville et Kranzler, 2002). Les études sur la dépendance à la cocaïne fondées sur les deux sexes se sont soldées par des conclusions contradictoires (Zilberman et al., 2002).

### 2.2.2 Profils de consommation

Les femmes disent souvent qu'elles ont soudainement commencé à consommer beaucoup d'alcool et d'autres drogues après un traumatisme (Woolis, 1998). Par opposition, les profils de consommation d'alcool et d'autres drogues des hommes sont souvent décrits comme étant graduels et progressifs (van der Walde et al., 2002). Ainsi, la plage de temps pendant laquelle il est possible de faire une intervention précoce chez les femmes est moins longue (Zilberman et al., 2002).

Les femmes disent consommer de l'alcool et d'autres drogues pour atténuer la douleur émotionnelle causée par des problèmes tels que les mauvais traitements, le travail du sexe, le chagrin après le décès d'un être cher ou la culpabilité découlant des blessures causées à des êtres chers, surtout des enfants (Peterson, Berkowitz, Cart et Brindis, 2002; Poole et Isaac, 2001; van der Walde et al., 2002). La consommation d'alcool et d'autres drogues augmente souvent en réaction à une crise de la vie, notamment la perte de relations significatives, le décès d'un être cher et le départ des enfants du foyer (AADAC, 2003; Poole et Isaac). Ces pertes peuvent également pousser certaines femmes à chercher à se faire traiter (Poole et Isaac).

Des psychotropes, notamment des tranquillisants et des analgésiques, sont prescrits plus souvent à des femmes qu'à des hommes et les médicaments sur ordonnance risquent davantage de causer des problèmes aux femmes (AADAC, 2003; Vines et Mandell, 1999; Zilberman et al., 2002). Ces profils correspondent aux femmes qui cherchent à se faire traiter par des fournisseurs de soins de santé au lieu de

s'orienter vers un centre de traitement de la toxicomanie, pour des symptômes de dépression, d'anxiété, de douleur et d'insomnie (van der Walde et al., 2002; Vines et Mandell; Zilberman et al.). Les femmes âgées risquent tout particulièrement d'avoir des problèmes causés par les médicaments sur ordonnance (Zilberman et al.).

Certaines recherches donnent à penser que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues pourraient être exposées plus souvent que les hommes à des pratiques sexuelles et à des comportements liés à l'injection de drogues qui ne sont pas sécuritaires. Ces comportements augmentent le risque que les femmes aient une maladie transmise sexuellement et des pathogènes à diffusion hématogène, comme le virus de l'hépatite B, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Zilberman et al., 2002) et le virus de l'hépatite C.

### 2.2.3 Contexte social et relations

Les problèmes relationnels ont des liens complexes avec l'apparition et la progression des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes (Poole et Isaac, 2001; Zelvin, 1999). La famille des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues peut favoriser ou entraver la recherche d'un traitement, mais elle a rarement une incidence neutre (Poole et Isaac). Les profils de consommation d'alcool et d'autres drogues des femmes subissent l'influence de leur partenaire ou de leur conjoint, ainsi que du fonctionnement et du bien-être de leurs enfants (Zilberman et al.,

2002). Si les problèmes liés à ces relations ne sont pas réglés, il est difficile pour les femmes de poursuivre les progrès obtenus grâce à un traitement (Poole et Isaac; Zilberman et al.).

Les femmes sont plus enclines que les hommes à consommer des drogues lorsqu'elles sont seules et à être en relation avec un partenaire qui en consomme régulièrement (Woolis, 1998; van der Walde et al., 2002). Les femmes ayant peu d'habiletés d'adaptation et une faible estime de soi ont tendance à avoir une faible autoefficacité à gérer la consommation d'alcool et d'autres drogues (Poole et Isaac, 2001; van der Walde et al.; Zilberman et al., 2002).

Certaines femmes peuvent trouver que leur rôle de dispensatrice de soins est incompatible avec la recherche d'un traitement (AADAC, 2003). Un thème important revient souvent dans la documentation : les femmes délaissent ou reportent un traitement parce qu'elles n'ont aucune personne de confiance qui pourrait s'occuper de leurs enfants en leur absence (Poole et Isaac, 2001). Les femmes craignent souvent de perdre la garde de leurs enfants si elles font savoir qu'elles ont besoin de se faire traiter pour la toxicomanie. Dans certains cas, les femmes débute un traitement afin de regagner la garde de leurs enfants (Poole et Isaac).

## 2.3 Obstacles à l'accès aux services d'intervention pour la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues

Voir la section 3.3 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés  
Voir les sections 4.3 et 4.4 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### PRINCIPAUX POINTS

- Les femmes qui ont des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues font souvent l'objet de stéréotypes négatifs.
- L'expérience de la négligence, de la violence et des mauvais traitements contribue à la probabilité de développer des problèmes attribuables à la consommation d'alcool chez les femmes.
- Certaines femmes disent que la honte et la culpabilité sont des facteurs qui les poussent à continuer de consommer de l'alcool et d'autres drogues et qui les empêchent de chercher à se faire traiter.

- Les femmes qui ont l'impression d'avoir peu de soutien dans leurs relations significatives ont moins tendance à suivre un traitement ou y avoir accès.
- La peur des répercussions pourrait également influencer sur les décisions des femmes de ne pas accéder à un traitement ou de ne pas chercher à en suivre.

Les femmes sont reconnues comme ayant des taux de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues s'apparentant à ceux des hommes mais leur présence au traitement est d'environ le tiers du taux des hommes, ce qui fait ressortir les divers problèmes et obstacles

qui les empêchent d'avoir accès à des services de réadaptation ou de chercher à en obtenir (BOLT, 1996; van der Walde et al., 2002).

### **2.3.1 Expérience de la violence**

L'expérience de la négligence, de la violence et des mauvais traitements chez les femmes contribue à leur probabilité de développer des problèmes attribuables à la consommation d'alcool (Jarvis, Copeland et Walton, 1998; Langeland et Hartgers, 1998, cités dans Zilberman et al., 2002; MacMillan et al., 2001, cités dans Zilberman et al., 2002; NIAAA, 1999). Les femmes disent consommer de l'alcool et d'autres drogues pour surmonter des sentiments de dépression, de dévalorisation et de faible estime de soi, et pour atténuer la douleur émotionnelle causée par des rencontres marquées par la violence (Bush-Baskette, 2000; Yahne, Miller, Irvin Vitela et Tonigan, 2002). En outre, l'expérience de la violence familiale peut les porter à prendre de mauvaises décisions ou à hésiter à en prendre (Brown, Melchior, Panter, Slaughter et Huba, 2000).

### **2.3.2 Stigmatisation**

Les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont tendance à faire l'objet de stéréotypes négatifs (AADAC, 2003; van der Walde et al., 2002; Zilberman et al., 2002), ce qui peut les empêcher de prendre conscience que leur propre consommation est un problème (BOLT, 1996). Des chercheurs ont interprété les liens directs entre l'image de soi des femmes, la stigmatisation et leur déni de la réalité (Poole et Isaac, 2001). La stigmatisation augmente la

probabilité que les besoins personnels ne soient pas reconnus ou communiqués à d'autres (Santé Canada, 2001c). Selon les spécialistes du traitement, la désapprobation de la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes dans la société diminue leur désir de chercher à obtenir des services de réadaptation (Santé Canada, 2001c; Swift et Copeland, 1998; Zilberman et al., 2002).

Lorsque les professionnels de la santé et d'autres domaines d'aide entretiennent des stéréotypes négatifs, ils ont plus tendance à hésiter à demander aux femmes si elles consomment de l'alcool et d'autres drogues. La stigmatisation peut donc mener à des occasions ratées d'intervention précoce ou d'aiguillage adapté (Zilberman et al., 2002).

### **2.3.3 Honte et culpabilité**

Certaines femmes signalent que la honte et la culpabilité sont des facteurs qui les poussent à continuer de consommer de l'alcool et d'autres drogues et qui les empêchent de chercher à se faire traiter (Tait, 2000; van der Walde et al., 2002). Les femmes, plus souvent que les hommes, prennent des médicaments sur ordonnance pour réduire leur sentiment de honte et de découragement (Vines et Mandell, 1999). La honte et la culpabilité sont souvent liées à leur rôle de mère et de dispensatrice de soins (Poole et Isaac, 2001). Les femmes en milieu rural disent que les sentiments de honte sont des obstacles puissants, étant donné qu'il peut être plus difficile de garder l'anonymat dans de petites collectivités étroitement liées (Poole et Isaac, 2001).

### 2.3.4 Manque de soutien social

Les femmes sont très influencées par leurs pairs, leurs proches et les membres de leur famille (Poole et Isaac, 2001; van der Walde et al., 2002; Zilberman et al., 2002). Les femmes qui ont l'impression d'avoir peu de soutien dans leurs relations significatives sont moins susceptibles d'entreprendre un traitement ou d'y avoir accès (Riehmman, Hser et Zeller, 2000). Dans une étude, les femmes qui n'avaient du soutien que d'autres toxicomanes ont éprouvé tout autant de difficultés à accéder à des services communautaires que celles qui avaient peu de soutien social ou aucun soutien social (Nyamathi, Leake, Keenan et Gelberg, 2000).

Dans certains cas, il se peut qu'un partenaire ou qu'un autre proche n'appuie pas une femme qui essaie d'accéder à un traitement et qu'il cherche activement à l'en dissuader (BOLT, 1996; Zilberman et al., 2002). La résistance des partenaires de sexe masculin qui consomment des drogues est citée comme un obstacle important chez les femmes qui cherchent à se faire traiter. La résistance d'un partenaire ou d'un proche pourrait pousser les femmes à se retirer des services après avoir débuté un traitement (Poole et Isaac, 2001; Riehmman et al., 2000).

### 2.3.5 Peur des répercussions

La peur des répercussions pourrait influencer sur la décision des femmes de ne pas chercher à se faire traiter. La peur de perdre leurs enfants en faveur d'un conjoint ou d'un organisme de services sociaux peut porter les femmes à hésiter

à chercher à se faire traiter (Santé Canada, 2001c; Poole et Isaac, 2001; Powis, Gossop, Bury, Payne et Griffiths, 2000). Les amis et les employeurs peuvent également devenir conscients du problème, alors qu'il était caché auparavant. Les personnes qui consomment des drogues illicites peuvent être confrontées à des poursuites judiciaires si leur consommation est déclarée (Kearney, 1998).

### 2.3.6 Diminution de l'espoir

Le désespoir est un obstacle possible de la recherche d'un traitement et de la participation à un traitement (Santé Canada, 2001c). Kearney (1998) a constaté que les femmes continuaient de consommer de l'alcool et d'autres drogues si elles ne voyaient « aucune raison contraignante de ne pas le faire, aucune preuve convaincante qu'un autre mode de vie est possible et toutes les raisons d'atténuer la douleur et de poursuivre une situation triste mais familière » [TRADUCTION LIBRE] (Kearney, 1998, p. 499). Les femmes enceintes qui n'ont pas pu arrêter de consommer disent également se sentir désespérées (Ehrmin, 2001).

## 2.4 Questions et besoins précis liés aux clientes

Voir la section 3.3 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

Voir les sections 4.3 et 4.4 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### PRINCIPAUX POINTS

- Il peut être essentiel que les efforts d'intervention précoce et des services d'approche répondent aux besoins de base liés au logement et aux services de soins de santé ou qu'ils incitent les femmes à poursuivre un traitement.
- La grossesse peut être une bonne occasion d'aborder de nombreuses femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues en raison de leur désir d'avoir un enfant en santé.
- Les responsabilités familiales et les soins aux enfants sont des questions capitales dont les femmes tiennent compte lorsqu'elles prennent des décisions au sujet d'un traitement. Les soins prodigués à leurs enfants peuvent être un facteur qui les empêche de chercher à se faire traiter ou une source de motivation qui les pousse à chercher un traitement.
- Il est difficile pour les femmes de poursuivre leur rétablissement si la collectivité ou le milieu où elles retournent a facilement accès à de l'alcool et d'autres drogues ou qu'il en favorise la consommation.

L'expérience de vie et la situation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont variées et peuvent dépasser la consommation problématique. Pour aider ces femmes, il faut comprendre leur situation actuelle et y être sensible.

Les descriptions suivantes présentent des questions importantes propres à des sous-populations de femmes et doivent être prises en compte au moment de concevoir des stratégies d'intervention précoce, d'approche et des liens communautaires. Il peut y avoir des chevauchements entre les groupes.

### 2.4.1 Femmes enceintes

Les femmes enceintes ont des besoins qui dépassent leur consommation actuelle d'alcool et d'autres drogues. Elles peuvent, par exemple, avoir besoin de soins médicaux, de services d'éducation sur les soins à prodiguer à l'enfant ou d'éducation sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) (Santé Canada, 2001c). Des recherches donnent à penser que l'intervention précoce est un facteur déterminant de la réduction des effets physiologiques chez la mère et l'enfant (ministère de l'Enfance et de la Famille de la Colombie-Britannique, 1998). Zilberman et al. (2002) mentionnent que la grossesse peut être une bonne occasion d'aborder des femmes parce qu'elles désirent avoir un enfant en santé. Tait (2000) fait toutefois une mise en garde : certaines femmes enceintes, confrontées aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, peuvent éprouver plus de honte et pourraient chercher à s'éloigner encore plus du soutien.



### 2.4.2 Femmes ayant des enfants

Les responsabilités familiales et les soins aux enfants sont des questions capitales dont les femmes tiennent compte lorsqu'elles prennent des décisions au sujet d'un traitement (Santé Canada, 1999, 2001c). Le traitement peut être reporté parce qu'elles sont les principaux dispensateurs de soins à leurs enfants. Leur hésitation à accéder à des services peut être renforcée par la crainte de perdre la garde de leurs enfants au profit d'un conjoint en qui elles n'ont pas confiance ou d'organismes de services sociaux (Santé Canada, 2001c; Poole et Isaac, 2001; Powis et al., 2000). De nombreux services n'apportent pas le soutien nécessaire pour répondre aux besoins des enfants pendant la période de traitement (Santé Canada, 1999, 2001c; Poole et Isaac).

Les femmes peuvent également reporter leur décision d'adhérer à des services en raison de l'absence de soutien nécessaire ou des moyens financiers requis pour la garde des enfants (Santé Canada, 2001c; Marsh, D'Aunno et Smith, 2000; Powis et al., 2000). Bien que le traitement ne doive souvent pas être payé, les autres frais indirects, comme le transport ou une perte de salaire, peuvent nuire à l'accès (Santé Canada, 2001c).

Outre être un facteur qui empêche les femmes de chercher à se faire traiter, la garde des enfants peut être un élément qui les pousse à rechercher de tels services (Poole et Isaac, 2001; Powis et al., 2000). Les mères, qu'elles consomment ou non, entretiennent des croyances et des attitudes semblables au sujet du rôle maternel et de l'importance de son sens et de sa valeur pour elles (Ehrmin, 2001).

### 2.4.3 Femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale

Les estimations des troubles concomitants sont plus élevées pour les femmes que pour les hommes et les clients admis aux programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont souvent d'autres problèmes de santé mentale (Sacks, 2000). Les femmes ayant des problèmes de consommation d'alcool sont plus susceptibles que les hommes (65 % c. 46 %) d'avoir un diagnostic de problèmes de santé mentale de comorbidité et des antécédents de mauvais traitements, de négligence et de traumatisme (Brown, Melchior and Huba, 1999). Dans le résumé de la documentation de Zilberman et al., une gamme de maladies de comorbidité est associée à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes, notamment la dépression, l'anxiété et des troubles de l'alimentation. La maladie psychiatrique de comorbidité précède plus souvent les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes, tandis que ces problèmes surviennent en premier lieu chez les hommes (Zilberman et al., 2002).

Les caractéristiques émotionnelles et comportementales à long terme des clientes ayant des troubles mentaux concomitants nécessitent une approche complète et intégrée des services et de la planification du traitement (Santé Canada, 2001a; Sacks). Cette population pourrait être facilement dépassée par les modifications du comportement qu'exige le processus de traitement, comme l'interaction de groupe ou le respect de routines et de structures de programmes non familiaux. Une stratégie clé qui

permet de réagir à ces problèmes consiste à insister sur l'importance de la préparation au traitement. On peut le faire grâce à des services d'approche ou à des visites préalables du programme et des protocoles de traitement personnalisés (Brown et al., 1999). Il est bon que les fournisseurs de services suivent une formation spécialisée sur les principaux aspects des problèmes de santé mentale concomitants et des stratégies nécessaires pour faire participer les clientes au traitement (Maslin et al., 2001).

#### **2.4.4 Femmes sans abri ou nomades**

Des taux élevés de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les sans-abri ont été bien documentés dans les écrits (Wenzel et al., 2001). Les problèmes courants de l'itinérance et de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues peuvent comprendre la perte de relations significatives et des liens avec la famille, les mauvais traitements et des inquiétudes au sujet de la santé mentale (Neale, 2001).

Il est plus difficile pour les femmes sans abri d'avoir accès à des services de traitement. Par exemple, les fournisseurs de services communautaires peuvent hésiter à offrir des services à des personnes qui n'ont pas de domicile fixe. De même, les femmes sans abri peuvent hésiter à suivre un traitement parce qu'elles n'ont pas confiance ou qu'elles craignent d'être étiquetées par d'autres personnes (Neal, 2004). Il est important d'offrir un traitement propre à chaque sexe et un suivi aux femmes sans abri, puisqu'elles sont plus susceptibles que les

hommes d'avoir été victimes de mauvais traitements et de violence, problèmes dont il est difficile de discuter dans des groupes mixtes (Brunette et Drake, 1998; Coughy, Feighan, Cheney et Klein, 1998). Les femmes sans abri ont tout spécialement besoin d'approches favorisant l'autonomie et offrant des ressources réelles en réaction à l'itinérance (Galaif, Nyamathi et Stein, 1999).

Des services souples et offerts grâce à des programmes d'accueil ou d'approche peuvent augmenter l'accès des femmes sans abri. Des services tels que des centres de traitement mobiles ou des travailleurs de rue peuvent être nécessaires pour aider les clientes à accéder à des programmes de traitement ou des services communautaires et à y participer (Santé Canada, 2001c). Les femmes sans abri ayant des enfants sont susceptibles d'être plus pauvres que les femmes sans abri sans enfants et ont besoin de services variés (Roll, Toro et Ortola, 1999).

#### **2.4.5 Femmes en milieu rural**

Il se peut que les femmes vivant en milieu rural ne puissent pas avoir accès à des services en raison d'obstacles préexistants, comme les frais de déplacement (Poole et Isaac, 2001). Le manque perçu de confidentialité dans les petites collectivités étroitement liées pourrait empêcher certaines d'entre elles de chercher à obtenir des services (Santé Canada, 1996b, 1996c, 2001c; Poole et Isaac).

## 2.4.6 Usage de drogues par injection

Les personnes qui prennent des drogues par injection ont un risque élevé d'avoir un pathogène à diffusion hématogène, comme le VIH et les virus de l'hépatite B et C. Les femmes sont moins susceptibles d'utiliser des drogues illicites ou de s'injecter des drogues mais elles sont physiologiquement plus vulnérables à la transmission du VIH et d'autres maladies que les hommes et peuvent transmettre les pathogènes à diffusion hématogène au fœtus. L'isolement social, la pauvreté et le manque d'accès à des soins de santé prénatale donnent de mauvais résultats. Des chercheurs recommandent que les services d'approche destinés aux femmes qui utilisent des drogues par injection comprennent l'éducation sur le nettoyage du matériel et les dangers de l'échange, même indirect, de l'attirail (p. ex., utiliser des filtres de coton ou de l'eau de rinçage) (Wechsberg et Cavanaugh, 1998). Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de s'injecter des drogues lorsqu'elles sont seules et plus susceptibles de subir des pressions de leur partenaire pour échanger du matériel (Whynot, 1998). Étant donné la dynamique du pouvoir entre les hommes et les femmes qui échangent du matériel, les interventions devraient aider les femmes à négocier la réduction des risques sans les rendre plus vulnérables (Wechsberg et Cavanaugh).

## 2.4.7 Femmes autochtones

Les Autochtones représentent de nombreuses cultures et des langues d'origine, des traditions, des coutumes et des antécédents historiques et politiques variés. En tant que groupe, ils sont confrontés à l'obstacle du manque de sensibilisation culturelle dans les programmes de traitement actuels (Jacobs et Gill, 2002; NNADAP, 1998). Par exemple, il manque de services dans la langue des clients et on n'insiste pas assez sur les croyances et pratiques culturelles dans le processus de traitement (Santé Canada, 1996a, 2002b). Des chercheurs ont laissé entendre que l'accès aux services pourrait être amélioré si l'on avait recours à des aînés autochtones et si l'on accordait plus d'attention aux valeurs et aux traditions spirituelles (Poonwassie et Charter, 2001; Stevens, Estrada, Glider et McGrath, 1998).

Les femmes autochtones mentionnent qu'il leur est difficile de poursuivre leur rétablissement lorsqu'elles retournent dans une collectivité ou un milieu où les drogues et l'alcool sont faciles d'accès et où la consommation est acceptable ou encouragée (Peterson et al., 2002). L'alcool est habituellement la substance qui pose le plus de problèmes. Dans un échantillon, environ 10 % des femmes autochtones ont dit que des produits pour inhalation étaient souvent leur deuxième drogue de choix (Peterson et al.).

Certaines preuves indiquent que les problèmes liés à la consommation d'alcool chez les femmes autochtones s'apparentent à ceux des Afro-Américains et des Euro-Américains, en ce qui concerne l'âge où elles ont commencé, les caractéristiques psychologiques et les problèmes physiques. Comme pour d'autres sous-groupes de femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, elles signalent souvent des incidences élevées de démêlés avec la justice et de mauvais traitements, de violence et de négligence (Stevens et al., 1998), et mentionnent des obstacles semblables, comme le besoin de services de garde d'enfants et de transport, et la résistance des partenaires. Les femmes autochtones sont plus susceptibles que les femmes non autochtones de dire que le déni de la réalité est un obstacle (Poole et Isaac, 2001).

Les femmes autochtones sont moins susceptibles que celles vivant dans des collectivités non autochtones de se sentir jugées par les membres de leur famille (Poole et Isaac, 2001). Les styles de confrontation, surtout dans des discussions dynamiques de groupe, ne sont pas bien vues dans cette population, puisque la tendance culturelle consiste à ne pas parler fort, à ne pas s'affirmer, à regarder peu dans les yeux et à parler peu de soi (Stevens et al., 1998). Dans une étude sur l'expérience des femmes autochtones dans plusieurs centres de traitement, celles-ci disent apprécier les programmes adaptés à leur culture, qui sont offerts par des femmes autochtones et qui portent sur des attitudes traditionnelles, des croyances et des activités spirituelles (Peterson et al., 2002). Puisque leurs niveaux d'instruction varient, il est nécessaire de

concevoir des programmes qui sont adaptés au niveau d'alphabétisation et qui favorisent l'avancement (Stevens et al., 1998).

#### **2.4.8 Femmes provenant de minorités ethniques**

L'origine ethnique est décrite comme un « concept complexe » qui définit des groupes selon des points de vue culturels et un sentiment d'identité commune. L'origine ethnique peut également donner lieu à des croyances religieuses et à des traditions qui accordent des valeurs différentes à la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes et les hommes (Collins et McNair, 2002). Karuntzos, Dunlap, Zarkin et French (1998) ont constaté que, dans bien des groupes ethniques, la consommation, par les femmes, d'alcool et d'autres drogues, tout particulièrement la consommation d'alcool, n'était pas acceptable, ce qui créait un obstacle important à la recherche de soutien ou de traitement. Karuntzos et al. proposent d'utiliser des illustrations présentant des sujets pertinents de la vie pour aborder des femmes de divers groupes ethniques. Pour ce faire, il faut être sensible à la culture et, possiblement, avoir une formation spécialisée.

Les recherches sur l'origine ethnique et son influence sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes sont limitées. Il faudrait en réaliser d'autres pour mieux comprendre les approches de meilleures pratiques qui permettraient d'organiser les efforts de prévention et d'intervention (Collins et McNair, 2002).

### 2.4.9 Femmes âgées

La plupart des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues observés chez les personnes âgées ont trait à l'alcool, notamment ses interactions avec les médicaments sur ordonnance et en vente libre. Plus de médicaments sont prescrits aux femmes âgées qu'aux hommes âgés, surtout des benzodiazépines (Santé Canada, 2002b). Les femmes âgées sont plus sensibles à l'alcool et aux médicaments que les femmes plus jeunes et les hommes âgés (Blow et Barry, 2002). La consommation d'alcool peut accélérer le processus de vieillissement physiologique et imposer aux personnes âgées un plus grand risque de perdre des facultés dans d'autres domaines du fonctionnement de la vie (Blow, 1998).

Le Centre for Substance Abuse Treatment (SAT) recommande que les milieux de soins de santé fassent le dépistage du mauvais usage de l'alcool et des médicaments chez les personnes ayant 60 ans ou plus (Blow, 1998). On néglige souvent ce dépistage lorsque les personnes âgées rendent visite à un médecin de soins primaires (Blow, 1998; Millar, 1998). Il se peut qu'on accorde moins d'importance à la discussion des problèmes de consommation d'alcool qu'aux autres problèmes de santé. Les symptômes peuvent être attribués à d'autres problèmes médicaux et comportementaux observés dans cette population (p. ex., dépression, chagrin, diabète, blessures dues à une chute et démence) (Blow, 1998; Santé Canada, 2002b). Des interventions brèves se sont avérées utiles auprès d'adultes âgés, même si peu de recherches ont été réalisées sur les effets propres à chaque sexe (Blow et Barry, 2002).

La discrimination fondée sur l'âge peut être un autre obstacle pour les femmes âgées lorsque leurs problèmes sont rejetés en raison de l'âge. Il se peut que les personnes âgées soient traitées différemment puisque les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ne sont pas perçus comme ayant la même urgence qu'ils auraient chez des adultes plus jeunes et que le traitement ne serait pas une bonne utilisation des ressources (Blow, 1998).

Peu de femmes âgées cherchent de l'aide dans des milieux établis de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues (Blow et Barry, 2002). Les membres de la famille ou les proches peuvent avoir honte de reconnaître le problème et éviter d'y faire face (Blow, 1998). Les femmes âgées sont confrontées à un plus grand stigmate que les hommes âgés et peuvent tâcher davantage de cacher leur consommation (Blow).

### 2.4.10 Femmes s'adonnant au commerce du sexe

Les femmes s'adonnant au commerce du sexe ont un risque élevé de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, de victimisation et de maladie. Bien que des recherches appuient le recours à des services d'approche pour les relier à des services de traitement et de santé, elles sont largement sous-représentées dans les systèmes de traitement communautaires ou de l'appareil de justice (Koss, 2000). Les services d'approche destinés à cette population sont perçus comme étant plus efficaces lorsque la confiance est établie et maintenue

pendant de nombreuses séances brèves. Il peut être essentiel de répondre aux besoins de base liés à l'hébergement et aux services de soins de santé dans les efforts d'approche pour inciter ces femmes à poursuivre leur traitement (Yahne et al., 2002).

#### **2.4.11 Femmes ayant des démêlés avec la justice**

Covington (1998) mentionne que les besoins des femmes dans le système de justice sont souvent « négligés » ou « très invisibles ». De nombreuses détenues ont tendance à avoir peu d'instruction, peu de compétences professionnelles, la responsabilité accrue des soins des enfants ou d'autres personnes à charge, et des antécédents de traumatisme ou de mauvais traitements (Byrne et Howells, 2002; Koss, 2000). En outre, il existe un lien important entre l'incarcération et la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (Covington; van Wormer, 2002). Covington mentionne que les programmes de lutte contre la consommation qui sont destinés aux femmes devraient faire appel à un modèle intégré incorporant des théories sur l'accoutumance, le traumatisme et le développement des femmes. Dans de telles approches, quatre domaines

principaux doivent être pris en compte : la relation avec soi, les relations avec d'autres, la sexualité et la spiritualité. van Wormer (2002) propose d'autres éléments, notamment l'apprentissage de techniques d'affirmation de soi, la compréhension de l'interaction entre la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et la vulnérabilité émotionnelle et physique continue, ainsi que l'acquisition d'habiletés d'adaptation pour remplacer la consommation problématique.

En plus des programmes offerts dans des établissements de garde en milieu fermé, il faut des services qui relèvent les défis que posent les transitions, comme le passage de la prison à la collectivité. Les maisons de transition doivent apporter une aide, surtout aux femmes ayant des enfants. Si ce genre de soutien n'est pas en place, il y a des risques que le profil de consommation problématique et des démêlés avec la justice se poursuive (van Wormer, 2002).

## 2.5 Intervention précoce

Voir la section 3.4 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

Voir la section 4.5 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### PRINCIPAUX POINTS

- L'intervention précoce comprend à la fois l'identification initiale des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et des activités d'intervention précises visant à éliminer les obstacles à la prestation des services.
- L'intervention précoce est souvent offerte à l'extérieur des programmes ou des centres bien établis de traitement de la toxicomanie. La reconnaissance de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues devient souvent évidente lorsque les femmes ont accès au soutien des fournisseurs de services communautaires ou de soins de santé.
- Le fait qu'un professionnel de la santé entame une discussion sur les comportements toxicomanes est une bonne occasion d'apporter un changement positif.
- Des techniques d'entrevue brève sont utiles pour améliorer la réceptivité au changement parce qu'elles favorisent la collaboration avec les clientes et les font participer au changement.
- Des techniques d'entrevue motivationnelle sont souvent employées pour améliorer des approches d'intervention brève. Le but de ces techniques est d'aider les clientes à examiner leur ambivalence au sujet de leur consommation d'alcool et d'autres drogues.

- Favoriser la collaboration des membres de la famille et des proches peut être capital pour inciter les clientes à entreprendre des services et à continuer d'y participer.

L'intervention précoce est appliquée aux premières étapes d'une « carrière de toxicomane » (Tait, 2000) et comprend l'identification initiale des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et des activités visant à éliminer les obstacles à la prestation de services essentiels (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1992; van der Walde et al., 2002). Bien que les efforts de prévention visent à éviter l'apparition de comportements à risque, l'intervention précoce vise à déterminer et cibler les personnes qui posent un risque mais qui ne démontrent pas de problèmes de dépendance (D'Onofrio et al., 1998b). Ces stratégies peuvent réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues et les comportements à risque connexes avant qu'ils ne portent gravement atteinte aux principaux domaines de fonctionnement de la vie (D'Onofrio et al.; Tait), en s'attachant aux problèmes attribuables à la consommation et à d'autres problèmes de santé ou à des domaines psychosociaux de comorbidité d'intérêt (Tait; Brown, Parker et Godding, 2002). Des preuves donnent à penser que l'intervention précoce pourrait être plus efficace chez les personnes qui n'ont pas de

longs antécédents de traitement puisqu'elle s'attache aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues avant qu'ils ne deviennent chroniques ou graves (Friedmann, Lemon, Stein et D'Aunno, 2003).

Pour concevoir des stratégies d'intervention précoce, il faut comprendre la situation propre à chaque cliente et adapter les services afin de favoriser l'accès rapide à un traitement. Étant donné la gamme des situations auxquelles les femmes à risque sont confrontées, il faut bien cibler leurs points forts ou leurs possibilités et entreprendre des interventions fondées sur les points forts, axées sur la recherche d'une solution et qui amènent la cliente à chercher à obtenir un changement positif. Les techniques d'entrevue brève sont utiles pour améliorer la réceptivité au changement parce qu'elles font collaborer les clientes, qu'elles les incitent à participer au changement et qu'elles les amènent à adopter des stratégies de réduction des méfaits (van den Bergh, 2000; van Wormer, 2002).

Dans bien des cas, la reconnaissance de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues devient évidente lorsque les femmes ont accès au soutien d'autres fournisseurs de services communautaires dans des organismes de services sociaux et de santé (D'Onofrio et al., 1998a, 1998b; Tait, 2000). Ce sont souvent des professionnels communautaires et non des spécialistes de la toxicomanie, qui identifient au départ les femmes qui éprouvent ou qui risquent d'éprouver des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les professionnels communautaires sont donc une ressource essentielle pour favoriser l'accès des femmes aux services dont elles ont besoin et

ils jouent un rôle important dans la prestation d'une foule d'activités d'intervention précoce, notamment :

- le dépistage et l'identification de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues;
- la diffusion de renseignements éducatifs et sur l'aiguillage;
- la prestation de services de counselling par encouragement et d'interventions;
- la coordination de l'aiguillage vers les bons programmes de traitement de la consommation (D'Onofrio et al.; Tait).

### **2.5.1 Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues**

Les profils de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ne sont souvent pas faciles à déceler. Il se peut que les femmes ne saisissent pas bien la gravité de leur comportement de consommation actuel ou qu'elles ne soient pas au courant des conséquences et des risques connexes et qu'elles attendent qu'on leur pose des questions avant de fournir de l'information sur leur situation courante. Comme Haver et Franck (1997) l'ont constaté : « La consommation d'alcool devient une automédication. Parce qu'elles continuent à cacher leur problème d'alcoolisme – et que leur médecin ne leur pose habituellement pas de questions, ces femmes peuvent recevoir un traitement mal adapté ou aucun traitement » [TRADUCTION LIBRE ] (p. 31).



Un professionnel de la santé qui entame une discussion sur la consommation d'alcool et d'autres drogues donne à la personne l'occasion de réfléchir à la situation ou de modifier son comportement (Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999). Une vaste gamme de professionnels de la santé peuvent offrir des services de dépistage, notamment des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des obstétriciens, des pédiatres, des sages-femmes, des infirmières de la santé publique, des membres du personnel offrant des services en santé mentale et d'autres fournisseurs de services qui conseillent les femmes dans le domaine de la santé ou des soins personnels (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio et al., 1998a; Royal New Zealand College of General Practitioners). Les établissements correctionnels et de bien-être social sont aussi de bons endroits pour faire du dépistage (Zilberman et al., 2002).

### *Avantages du dépistage*

Les programmes de dépistage constituent un aspect important d'une intervention précoce efficace. Il s'agit souvent de la principale méthode pour déceler les principaux facteurs qui sont liés à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Les processus de dépistage sont utiles pour :

- sensibiliser aux problèmes de santé et de consommation d'alcool et d'autres drogues;
- donner des conseils sur les dangers liés aux niveaux de consommation;

- aider la femme à identifier la consommation possiblement problématique d'alcool et d'autres drogues;
- favoriser la discussion sur la nécessité de chercher un changement positif;
- aiguiller la personne vers des services de traitement (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998).

### *Processus de dépistage*

Les procédures de dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent être incluses dans le processus d'accueil ordinaire ou s'ajouter aux entrevues d'admission initiale. Les questions de dépistage peuvent être aussi incorporées dans les entrevues d'évaluation de routine pour donner de l'information sur les antécédents médicaux ou le mode de vie (p. ex., régime alimentaire et exercice) (Heirich et Sieck, 2000; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999). Il est impératif de répondre aux questions de dépistage en collaboration avec les clientes pour qu'elles se sentent à l'aise et en sécurité (SAMHSA, 2003).

Il faut expliquer aux femmes pourquoi ces questions sont posées et les informer des limites de la confidentialité. Les fournisseurs de services devraient aborder ces tâches sans poser de jugement et dans le but d'inciter et d'amener les femmes à chercher à faire des changements positifs dans leur vie (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998). Les fournisseurs de services devraient prendre soin de ne pas formuler les questions de manière à

transmettre une évaluation morale du comportement ou des choix des clientes. Les questions devraient être formulées de manière à les respecter et être ouvertes afin d'encourager la discussion des problèmes de santé et des inquiétudes liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999).

### *Mesures de dépistage standardisées*

Plusieurs tests de dépistage standardisés et brefs se sont avérés utiles pour déterminer la consommation d'alcool et d'autres drogues courante et/ou antérieure. Ils nécessitent moins de temps que ceux des programmes d'évaluation plus complets (D'Onofrio 1998a) et comprennent :

- CAGE : Abréviation de quatre questions clés : « cut down, annoyed, guilty, eye-opener » (réduire, agacé, coupable, révélateur). Ce test est conçu pour évaluer la consommation problématique d'alcool. L'outil CAGE-AID est propre à la consommation d'autres drogues.
- Brief MAST – Michigan Alcohol Screening Test : Composé de 10 questions donnant un indice de la consommation abusive d'alcool ou de la dépendance à l'alcool.
- AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test : Questionnaire comportant 10 éléments conçus pour dépister la « consommation dangereuse ou nuisible d'alcool ».

- TWEAK : Abréviation de cinq questions clés : « tolerance, worried, eye-opener, amnesia, 'kut' down » (tolérance, inquiet, révélateur, amnésie, réduire).

Zilberman et al. (2002) signalent que les tests AUDIT, TWEAK et T-ACE (abréviation pour « tolerance, annoyed, cut-down, eye-opener » ou tolérance, agacé, réduire, révélateur) sont des outils plus sensibles pour les femmes, surtout lorsque l'on a recours à des scores-seuils plus bas. Le test TWEAK est particulièrement sensible au dépistage des femmes pendant la période périnatale et il a été conçu au départ comme une mesure d'évaluation servant à identifier les « alcooliques enceintes et à risque » (D'Onofrio, 1998a; Zilberman et al.). Le test CAGE n'est pas valable auprès des adultes âgés, tout spécialement les femmes âgées (Adams, Barry et Fleming, 1996, cités dans Blow et Barry, 2002).

Dans un examen systématique des instruments servant au dépistage et aux évaluations brèves, Wild, Hodgins, Curtis et Thygesen (2003) recommandent que les instruments de dépistage communautaire comprennent les éléments du test TWEAK et du test AUDIT liés à la quantité et à la fréquence si ces renseignements sont voulus, des éléments du test CAGE-AID et des questions spécifiques de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).

Le Fagerstrom Tolerance Questionnaire peut également être utilisé pour évaluer la dépendance à la nicotine (Grigsby et Cheever, 2004).

### *Organisation des approches de dépistage*

D'Onofrio et al. (1998a) avancent qu'il n'existe pas de mesure de dépistage « idéale » de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Les pratiques de dépistage devraient incorporer des mesures qui sont suffisamment sensibles pour identifier le plus grand nombre possible de personnes qui profiteraient d'interventions brèves ou plus intensives. L'élaboration d'approches de dépistage doit tenir compte des différences entre les sexes et être sensible aux groupes culturels ou raciaux. Les fournisseurs de services devraient également être sensibles aux divers niveaux d'alphabétisation des clientes. Il se peut qu'il faille accorder plus de temps et apporter des mesures d'ajustement pour appuyer certaines clientes pendant les processus d'évaluation (Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999).

Les approches de dépistage doivent inclure des renseignements liés à la consommation problématique actuelle d'alcool et d'autres drogues. Les domaines d'enquête à examiner pendant l'accueil ou les entrevues d'évaluation sont :

- le genre de drogues qui sont consommées;
- la quantité et la fréquence de la consommation;
- la possibilité de dépendance;

- les problèmes découlant de la consommation d'alcool et d'autres drogues (Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999).

Selon d'autres lignes directrices liées à l'utilisation de questions sur le dépistage, il est important d'inclure des questions pratiques lorsqu'on parle avec les clientes. Le tableau 1 présente la liste de questions informelles qui pourraient être utiles pour obtenir des renseignements sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.

### *Dépistage des femmes enceintes*

Tait (2000) souligne qu'il est important de vérifier les stratégies de dépistage de la consommation problématique spécifique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes enceintes. Il est capital d'offrir une intervention précoce pour réduire ou éviter les effets physiologiques liés à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues tant chez la mère que chez l'enfant. La grossesse est une occasion exceptionnelle d'aborder les femmes, étant donné qu'elles souhaitent appuyer le développement sain de leur enfant (Zilberman et al., 2002). Des preuves démontrent que des interventions, même brèves, sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes enceintes (Manwell, Fleming, Mundt et al., 2000, cités dans Zilberman et al.).

Tableau 1 : Questions pratiques sur la consommation d'alcool et d'autres drogues

Outre les outils de dépistage, les questions suivantes sont des exemples qui illustrent une approche pratique des questions à poser sur la consommation d'alcool et d'autres drogues.

- Combien de fois prenez-vous un verre contenant de l'alcool? Combien de verres contenant de l'alcool prenez-vous pendant une journée?
- Y a-t-il des jours ou des moments de la semaine où vous buvez plus que d'habitude? Avez-vous déjà conduit après avoir bu?
- Avez-vous déjà pris des drogues illégales?
- Combien de fois avez-vous pris des drogues illégales pendant la dernière année?
- Prévoyez-vous prendre encore des drogues illégales?
- Avez-vous déjà pris des inhalants?
- Combien de fois avez-vous pris des inhalants pendant la dernière année?
- Prévoyez-vous prendre à nouveau des inhalants?
- Prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir, contre l'anxiété ou la dépression, ou pour soulager la douleur? Depuis combien de temps prenez-vous ces médicaments? Les prenez-vous souvent? Prenez-vous habituellement la quantité de médicaments prescrite ou en prenez-vous parfois plus ou parfois moins?
- Prenez-vous parfois des médicaments qui ont été prescrits à quelqu'un d'autre? Vous arrive-t-il d'échanger vos médicaments avec quelqu'un d'autre?
- Avez-vous déjà obtenu un médicament sur ordonnance de plus d'un médecin sans que l'autre médecin le sache? Est-ce qu'un médecin est au courant de tous les médicaments que vous prenez, même si plusieurs médecins vous prescrivent des médicaments?
- Vous arrive-t-il de prendre de l'alcool pendant que vous prenez aussi un médicament sans vérifier auprès d'un médecin?
- Avez-vous des questions ou des inquiétudes au sujet de votre consommation d'alcool ou d'autres drogues?
- Pensez-vous que vous prenez de l'alcool ou d'autres drogues pour faire face à des problèmes dans votre vie (stress, sentiments négatifs, relations)?
- Avez-vous eu des problèmes ou subi des conséquences négatives (p. ex., dans vos relations, votre famille, au travail, au niveau de la santé ou de l'énergie) en raison de la consommation d'alcool ou d'autres drogues?
- Est-ce que quelqu'un est inquiet au sujet de votre consommation d'alcool ou d'autres drogues?
- Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter de consommer? Comment vous sentiez-vous?
- Aimerez-vous apporter des changements à votre consommation d'alcool ou d'autres drogues?

\* Adaptation et traduction libre de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1996)

Les processus de dépistage chez les femmes sont souvent plus efficaces lorsqu'ils accompagnent des programmes communautaires offrant des services de soutien social et de santé (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999). Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande que des services de dépistage soient incorporés dans les examens de santé ordinaires des femmes enceintes ou de celles qui prévoient devenir enceintes (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2004). Selon la Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme foetal et des effets de l'alcool sur le fœtus au Canada, les professionnels communautaires sont chargés du dépistage et de l'éducation des femmes et de leurs partenaires sur les conséquences éventuelles de la consommation d'alcool pendant la grossesse (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998).

### **2.5.2 Dépistage en vue de la réceptivité au changement**

Le processus de dépistage des organismes de santé donne aux fournisseurs de services l'occasion de discuter de la consommation actuelle d'alcool et d'autres drogues et de son incidence sur divers aspects du fonctionnement de la vie des clientes. Haver et Franck (1997) ont remarqué que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool cherchent souvent à obtenir du soutien pour des problèmes de santé liés à leur dépendance, comme les troubles du sommeil, de l'alimentation et de l'humeur, ainsi que des maladies psychosomatiques. Les femmes qui sont identifiées

pendant des entrevues de dépistage de la santé peuvent ne pas vouloir obtenir ou ne pas s'attendre à obtenir un soutien en ce qui touche leur consommation d'alcool ou d'autres drogues. Elles peuvent également être peu enclines à envisager les problèmes liés à leur consommation ou à la considérer comme étant problématique. Toutefois, certaines peuvent démontrer une certaine connaissance ou inquiétude quant à leur profil de consommation d'alcool et d'autres drogues.

Pendant les processus de dépistage, il faut recueillir de l'information sur la nature et la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues et la réceptivité au changement de la cliente (D'Onofrio 1998b; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999). La réceptivité au changement est utile pour organiser les interventions visant la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (D'Onofrio et al.). Un modèle largement utilisé pour comprendre et évaluer la réceptivité au traitement, les étapes du changement, a été conçu par Prochaska et DiClemente en 1986 (D'Onofrio et al.). Ces auteurs ont conceptualisé une série d'étapes que suit une personne pour régler divers problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

*Étape antérieure à la prise de conscience :* Pendant cette étape, il se peut que la personne ne soit pas consciente que sa consommation d'alcool et d'autres drogues est problématique ou qu'un changement est nécessaire. Les fournisseurs de services communautaires ou les membres de la famille peuvent également remarquer les effets négatifs découlant des profils de consommation actuelle ou en prendre conscience. Pour que la

personne fasse des démarches afin d'apporter un changement significatif, elle peut avoir besoin de plus de rétroaction et de sensibilisation avant de reconnaître les conséquences liées à la consommation continue d'alcool et d'autres drogues (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio et al., 1998b; SAMHSA, 2003).

*Étape de la prise de conscience* : Cette étape comprend une période d'ambivalence au cours de laquelle la personne saisit les raisons éventuelles en faveur de la réduction ou de l'arrêt de la consommation d'alcool ou d'autres drogues ou contre cette réduction ou cet arrêt. C'est à ce moment du processus de réceptivité au changement que les techniques d'entrevue motivationnelle et d'intervention brève servent à renforcer son engagement et sa transition ultérieure vers un changement positif (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio et al., 1998b; SAMHSA, 2003).

*Étape de la préparation* : Pendant cette étape, les fournisseurs de services communautaires ou les professionnels de la santé aident la personne à identifier des stratégies précises pour en venir à un changement positif. Ces approches peuvent comprendre l'aiguillage vers des services communautaires clés et l'identification d'approches fondées sur des preuves qui répondent à ses besoins en traitement particuliers (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B.; 1998; D'Onofrio et al., 1998b; SAMHSA, 2003).

*Étape de l'action* : Pendant cette étape, la personne prend des mesures particulières pour faire un changement et modifier son profil de consommation d'alcool et d'autres drogues. Bien que les activités liées à cette étape comprennent

un engagement envers un changement positif, ces efforts ne garantissent pas qu'ils seront maintenus pendant de longues périodes (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio, et al., 1998b; SAMHSA, 2003).

*Étape du maintien* : Pendant cette étape, des mesures précises sont prises pour appuyer et maintenir les efforts positifs entrepris pendant l'étape de l'action. C'est pendant cette période que des stratégies de prévention des rechutes sont élaborées (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio et al., 1998b, SAMHSA, 2003).

Le modèle des étapes du changement est un cadre de collaboration avec les clientes qui sont réceptives au changement ou qui ne sont pas encore ouvertes au changement. Bien que la prise de mesures ne soit décrite qu'à une étape, les répercussions découlant de l'amélioration de la motivation à apporter un changement positif sont évidentes à chaque étape. Babor et Higgins-Biddle (2001) soulignent l'importance de faire correspondre les niveaux de motivation des clientes à des stratégies d'intervention connexes pour faciliter leur engagement et leur action ultérieure envers le changement. D'Onofrio et al. (1998b) recommandent le recours à la « règle de la réceptivité », soit demander à la cliente de classer, sur une échelle de « 1 » à « 10 », l'importance qu'elle accorde au changement de sa consommation actuelle d'alcool et d'autres drogues. Sur cette échelle, « 1 » signifie non important et « 10 », très important. Les personnes qui obtiennent une note entre « 1 » et « 3 » sont identifiées comme étant à l'étape « antérieure à la prise de conscience », tandis que celles qui obtiennent de

« 4 » à « 6 » sont considérées être à l'étape de la « prise de conscience ». Celles qui obtiennent plus de « 6 » sont considérées être prêtes au changement. D'autres théoriciens disent utiliser des questions multiples dans un questionnaire conçu pour des problèmes précis attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999). Après l'évaluation du niveau de réceptivité au changement et du degré de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, une stratégie d'intervention peut être formulée et appliquée (D'Onofrio et al., 1998b; Miller, 1999).

### 2.5.3 Interventions brèves

Des interventions brèves sont utilisées de façon stratégique selon le niveau de motivation courant de la cliente. Ces interventions sont définies comme une « force d'influence entre » les clientes et leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Elles visent à « se situer entre la personne et sa consommation » en l'aidant à reconnaître et à évaluer les effets négatifs de la consommation continue d'alcool et d'autres drogues. Comparativement aux approches de traitement traditionnelles selon lesquelles les clientes doivent s'auto-aiguiller et indiquer qu'elles ont besoin d'un traitement, les approches d'intervention brève comprennent des processus permettant d'identifier la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et d'en envisager les conséquences dans une multitude de milieux communautaires liés à la santé (D'Onofrio et al., 1998b).

Les interventions peuvent durer de 5 à 15 minutes. Habituellement, elles comprennent une brève évaluation du niveau de consommation de la cliente, des données sur sa consommation actuelle comparativement à d'autres et des conseils simples ou des discussions sur les conséquences de la consommation continue et sur des stratégies éventuelles de réduction des méfaits. L'application d'interventions brèves est généralement adaptée aux divers niveaux de réceptivité au changement. On reconnaît les avantages de cette méthode parce qu'elle peut être employée sans nécessiter un grand engagement envers le changement (ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., 1998; D'Onofrio, et al., 1998b; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999).

Des études cliniques appuyant l'efficacité des interventions brèves ont été documentées en Amérique du Nord et à l'échelle internationale. Bon nombre sont axées sur l'utilité des interventions brèves pour réduire la consommation problématique d'alcool dans une foule de milieux communautaires et de la santé (Babor et Higgins-Biddle, 2001). Le tableau 2 présente un résumé de plusieurs études qui appuient l'efficacité des interventions brèves.

Tableau 2 : La preuve de l'intervention brève

### La preuve de l'intervention brève

Au cours des 20 dernières années, plusieurs essais cliniques sur échantillon aléatoire des interventions brèves ont été réalisés dans une foule de milieux de soins de santé. Des études ont été effectuées en Australie, en Bulgarie, au Mexique, au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède, aux États-Unis et dans de nombreux autres pays. La preuve de l'efficacité des interventions brèves est résumée dans plusieurs exposés de synthèse, notamment les suivants :

Dans l'un des premiers exposés de synthèse, Bien et al. (1993) ont examiné 32 études cliniques réalisées auprès de plus de 6 000 patients et ont constaté que les interventions brèves étaient souvent aussi efficaces que des traitements plus longs. « Il est encourageant de constater qu'on peut réussir à modifier le cours de la consommation nuisible d'alcool grâce à des stratégies d'intervention bien conçues qui sont réalisables dans le contexte de contacts relativement brefs, comme dans les milieux de soins de santé primaires et les programmes d'aide aux employés. »

Kahan et al. (1995) ont examiné 11 essais d'interventions brèves et concluent que, bien que d'autres recherches sur des questions précises soient nécessaires, l'impact des interventions brèves sur la santé publique est possiblement énorme. « Étant donné la preuve de l'efficacité des interventions brèves ainsi que les heures et les efforts minimums qu'elles nécessitent, il est conseillé aux médecins de mettre en œuvre ces stratégies dans la pratique. »

Douze essais cliniques comparatifs sur échantillon aléatoire ont été examinés par Wilk et al. (1997), qui ont conclu que les buveurs recevant une intervention brève avaient deux fois plus de chances de réduire leur consommation d'alcool sur une période de 6 à 12 mois que ceux qui n'avaient reçu aucune intervention. « L'intervention brève est une mesure préventive efficace et peu coûteuse pour les buveurs excessifs en milieu externe. »

Moyer et al. (2002) ont examiné des études comparant l'intervention brève à des groupes témoins non traités et à des traitements prolongés. Ils ont constaté « une autre preuve positive » de l'efficacité de l'intervention brève, surtout chez les patients dont les problèmes étaient moins graves. Faisant la mise en garde que l'intervention brève ne devrait pas remplacer un traitement spécialisé, ils avancent qu'elle pourrait très bien être un traitement initial pour les patients très dépendants qui cherchent un traitement prolongé.

\* Traduction libre de Babor et Higgins-Biddle, 2001.



## 2.5.4 Techniques d'entrevue motivationnelle

Les techniques d'entrevue motivationnelle constituent une bonne méthode pour améliorer les approches d'intervention brève (Miller et Rollnick, 1991). Elles sont conçues pour intégrer les niveaux de motivation décrits dans le modèle des étapes du changement de Prochaska et DiClemente (1986). L'acronyme FRAMES sert à conceptualiser cette approche :

- **F** – Feedback : une rétroaction est donnée à la personne sur son état de santé actuel et sa consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.
- **R** – Responsibility : on met l'accent sur la responsabilité du changement de la part de la personne.
- **A** – Advice : des conseils sont donnés sur la réduction des méfaits ou la personne est aiguillée vers un traitement en services spécialisés.
- **M** – Menu : le menu renvoie à la prestation de solutions de rechange parmi lesquelles la personne peut faire un choix personnel et s'engager envers le changement.
- **E** – Empathy : l'empathie sert à créer un climat favorable qui amène la personne à entreprendre des changements positifs.
- **S** – Self-efficacy : l'autoefficacité, c.-à-d. lorsque les fournisseurs de services croient que la personne peut obtenir des gains positifs grâce au traitement.

Le but des techniques d'entrevue motivationnelle est d'aider les clientes à examiner leur ambivalence au sujet de la consommation d'alcool et d'autres drogues. En appliquant cette approche, les fournisseurs de services emploient des énoncés empathiques qui font ressortir les écarts entre le profil actuel de consommation d'alcool et d'autres drogues et les conséquences connexes. Les fournisseurs de services aident les clientes à examiner les coûts et les avantages de la consommation d'alcool et d'autres drogues et à tirer leurs propres conclusions au sujet de ses effets et conséquences. Contrairement à la « confrontation », les inquiétudes sont transmises, les clientes auto-évaluent leur situation actuelle et elles font des choix. Les fournisseurs de services les aident alors à examiner les étapes comportementales nécessaires pour faire des changements, le soutien requis, les défis prévus et les mesures du succès (Miller et Rollnick, 1991; Royal New Zealand College of General Practitioners, 1999; Yahne et al., 2002). Le tableau 3 présente des exemples de questions des techniques d'entrevue motivationnelle qui correspondent à diverses étapes de la réceptivité au changement (Burge et Schneider, 1999; Rollnick, Heather et Bell, 1992).

Tableau 3 : Menu des stratégies d'entrevue

<b>Stratégies d'entrevue destinées aux personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues</b>		
<b>Stratégie</b>	<b>Étape du changement</b>	<b>Description</b>
Mode de vie, stress et consommation d'alcool et d'autres drogues	Avant la prise de conscience et toutes les autres	Discutez du mode de vie et des stress causés par la vie « De quels aspects de votre vie votre consommation d'alcool/de drogues fait-elle partie? »
Santé et consommation d'alcool/d'autres drogues	Avant la prise de conscience et toutes les autres	Posez des questions sur la santé en général « Quel rôle joue votre consommation d'alcool/d'autres drogues dans votre santé? »
Journée typique	Avant la prise de conscience et toutes les autres	Décrivez une journée typique, du début à la fin. « Comment votre consommation d'alcool/d'autres drogues en fait-elle partie? »
Les « bonnes » choses et les « moins bonnes »	Prise de conscience, préparation et action	« Nommez des bonnes choses au sujet de votre consommation d'alcool/d'autres drogues. Nommez des choses moins bonnes. »
Donner des renseignements	Prise de conscience, préparation et action	Demandez la permission de fournir des renseignements. Donnez les renseignements de manière impersonnelle. « Que comprenez-vous dans tout cela? »
L'avenir et le présent	Prise de conscience, préparation et action	« Comment aimeriez-vous que les choses changent à l'avenir? »
Examiner les inquiétudes	Préparation et action	Obtenez les raisons pour lesquelles la personne s'inquiétait au sujet de sa consommation d'alcool/d'autres drogues. Dressez la liste de ses inquiétudes au sujet de son changement de comportement.
Aider à prendre des décisions	Préparation et action	« Étant donné vos inquiétudes au sujet de la consommation d'alcool/d'autres drogues, où vous situez-vous maintenant? »

\* Adaptation et traduction libre de Burge et Schneider (1999) et Rollnick, Heather et Bell (1992).

### 2.5.5 Entrevue de négociation brève

Selon D'Onofrio et al. (1998b), l'entrevue de négociation brève est le « prolongement » de l'entrevue motivationnelle. Cette stratégie vise à aider les clientes à reconnaître et à modifier les comportements liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues qui posent des risques importants pour leur santé. L'entrevue comprend une évaluation conjointe de leur motivation à changer. L'expression « négociation » représente les délibérations entre les clientes et les fournisseurs de services pour déterminer le niveau de réceptivité des clientes à des possibilités de traitement.

De même, les possibilités de traitement sont expliquées en détail et générées en collaboration avec les clientes. Le processus de négociation sert à adapter les possibilités de traitement aux besoins de chaque personne. La notion selon laquelle la cliente possède la capacité et les connaissances nécessaires, en raison de son expérience, pour préparer la voie au changement est un concept capital. La participation de la cliente à des changements dans son mode de vie est aussi importante que l'expérience et l'expertise du fournisseur de services pendant l'entrevue (D'Onofrio et al., 1998b).

Le processus de négociation est décrit comme une « rencontre entre des experts » et comprend les cinq étapes suivantes :

- établir une bonne relation;
- demander la permission de discuter du pour et du contre de la consommation continue d'alcool et d'autres drogues;

- être ouvert pour permettre aux clientes d'identifier elles-mêmes les preuves possibles de leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues;
- inviter les clientes à évaluer dans quelle mesure elles sont réceptives au changement;
- négocier une stratégie possible de changement, en tenant compte de la perception des clientes au sujet de leur réceptivité au changement (D'Onofrio et al., 1998b).

D'Onofrio, Bernstein et Rollnick (1996, cités dans D'Onofrio et al., 1998b) ont décrit une gamme de principes clés qui permettent d'utiliser efficacement des stratégies de négociation. Ces lignes directrices font ressortir l'importance du respect et de la promotion de l'autonomie des clientes et de leurs choix de la part des fournisseurs de services. Les clientes sont considérées être les expertes qui peuvent cerner les domaines dans lesquels elles ont des besoins et formuler des décisions, tandis que les fournisseurs de services sont actifs en offrant de l'information et un soutien verbal au sujet des mesures qu'entreprennent les clientes.

### 2.5.6 Participation de la famille aux approches d'intervention précoce

L'inquiétude des membres de la famille est un facteur important qui peut pousser les clientes à chercher à suivre un traitement. Le fait d'obtenir la collaboration des membres de la famille et des proches peut être capital pour inciter les clientes à chercher des services ou à suivre des programmes d'intervention et à les poursuivre (Copello et Orford, 2002).

La Community Reinforcement and Family Training Approach (CRAFT) met l'accent sur la création de relations de travail avec les membres de la famille des personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Meyers, Miller, Hill et Tonigan, 1999; Meyers, Miller et Smith, 2001; Miller, Meyers et Tonigan, 1999). Cette approche axée sur la famille vise trois objectifs principaux : améliorer la santé, la sécurité et le bien-être de la famille; faire participer le membre de la famille qui éprouve des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues à des services de traitement; réduire les méfaits associés à la consommation continue d'alcool et d'autres drogues. Lors d'une évaluation de six mois entreprise par Meyers et al. (1999) auprès de 62 conjoints, 87% d'entre eux ont complété leur traitement et 74% ont réussi à faire participer un membre de la famille qui n'était pas motivé. Des améliorations ont également été constatées chez les membres de la famille qui suivaient le programme CRAFT, que leurs proches participent ou non au traitement, tout comme des réductions marquées de l'intériorisation de caractéristiques cliniques (p. ex., anxiété et dépression) en plus d'une augmentation des journées d'abstinence aux drogues. Des résultats semblables ont été reproduits dans d'autres études cliniques sur échantillon aléatoire (Miller, Meyers et Tonigan, 1999).

Selon une étude effectuée par Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey et LaMonaca (1999), 32 membres de famille et conjoints furent recrutés par l'entremise d'annonces dans les journaux offrant des traitements gratuits aux familles de personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation de drogues. Les familles furent aléatoirement

affectées au programme CRAFT ou à une intervention dans un groupe de soutien en douze étapes. Les familles qui ont profité de l'approche CRAFT ont obtenu des gains de traitement équivalents à celles qui étaient affectées à une intervention dans un groupe de soutien en douze étapes. Le modèle CRAFT a toutefois beaucoup plus aidé les membres de la famille à continuer de participer au traitement (85.7% comparativement à 38.8% pour le groupe à douze étapes) et à favoriser l'admission des clientes dans des programmes de réadaptation (64% comparativement à 17% pour le groupe à douze étapes) (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey et LaMonaca, 1999).

Miller (2003) souligne que la participation des membres de la famille aux processus de traitement et d'intervention précoce et, lorsque les clientes n'ont pas un tel soutien, le rétablissement des liens avec leur famille ou avec des systèmes de soutien social positifs, peuvent être essentiels à la participation au traitement.

### **2.5.7 Ressources d'autothérapie**

Les ressources d'autothérapie peuvent être bonnes pour aborder la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Elles devraient être adaptées aux questions propres à la personne ou à chaque sexe. Les ressources écrites indiquées comme étant utiles font appel à des méthodologies comportementales cognitives et de réduction des méfaits. Les documents d'autothérapie offrent une foule de renseignements pertinents et de stratégies sur l'établissement de ses propres limites, le recours à l'autosurveillance, ainsi que la reconnaissance et la préparation aux situations où le risque de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues est grand (CAMH, s.d).

Les services de récupération sur Internet (SRI) peuvent être utilisés comme outil de communication pendant l'intervention précoce et peuvent comprendre :

- des courriels individuels ou des systèmes de messagerie instantanée;
- des babillards ou des pages Web interactives;
- des cybersalons;
- des vidéoconférences (Hall, Wendell et Tidwell, 2003).

Un sondage Internet de 1000 usagers, 928 d'entre eux représentant l'échantillon d'analyse de données utilisables, s'est porté sur le profil démographique des clients ayant une consommation problématique d'alcool et d'autres drogues qui avaient accès à des SRI. Il fut constaté qu'à partir de 70 différents programmes de récupération, deux fois plus de femmes que d'hommes avaient accès à des services Internet et la plupart des utilisatrices (76 %) avaient moins de 51 ans. De plus, l'étude a pu préciser la diversité des gens utilisant l'Internet y compris tout groupe ethnique et niveau d'âge. Les options Internet peuvent être pratiques pour les personnes qui ont accès à Internet et qui ne se sentent pas à l'aise pour discuter de leurs problèmes en personne avec un professionnel de la santé. D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des SRI comme traitement ou stratégie d'intervention précoce (Hall, Wendell et Tidwell, 2003).

## 2.5.8 Emplacement de l'intervention précoce

L'intervention précoce a souvent lieu à l'extérieur des programmes ou des centres bien établis de traitement de la toxicomanie. Haver et Franck (1997) signalent que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues cherchent souvent de l'aide pour d'autres problèmes liés à leur consommation. Elles peuvent en chercher dans une foule de milieux communautaires, notamment les centres de soins de santé primaires et les programmes en milieu de travail (Samet, Friedmann et Saitz, 2001). Selon des recherches antérieures, entre 2 % et 18 % des femmes qui cherchent de l'aide auprès de services médicaux ou dans des milieux de la santé affichent des niveaux dangereux de consommation d'alcool. En outre, les femmes qui développent des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont souvent des caractéristiques de comorbidité, comme l'anxiété et la dépression, qui les poussent à chercher du soutien auprès d'autres centres de counselling ou établissements psychiatriques. Dans bien des cas, les femmes peuvent cacher leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues pendant leurs rendez-vous de santé ou lorsqu'elles rencontrent des fournisseurs de soins de santé communautaires. Si les professionnels de la santé n'incluent pas des questions sur les pratiques de dépistage liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, il se pourrait que de nombreuses femmes ne reçoivent pas le traitement adéquat, ou qu'elles ne reçoivent aucun traitement (Haver et Franck, 1997).

Dans une étude suédoise, notamment le projet Karolinska pour Early Treatment of Women with Alcohol Addiction (EWA), des femmes n'ayant jamais suivi de traitement étaient incitées à demander de l'aide pour leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Les participantes à l'étude ont été contactées par des organismes et des services de santé dans la collectivité. L'intervention du traitement comprenait un court séjour suivi de consultations externes fréquentes, durant une période minimale de six mois, pour maintenir une relation cliente-thérapeute stable pendant le programme. Ces consultations comprenaient des évaluations médicales, des services thérapeutiques et de counselling, ainsi que l'établissement d'un contrat de traitement « pendant toute la vie » portant sur le soutien social, les inquiétudes professionnelles et une gamme de questions de santé physique et mentale. Un programme de recherche relié au EWA ainsi qu'une étude de deux ans portant sur les résultats, impliquant 84 des 100 premières femmes traitées, ont démontré que les deux tiers des participantes ont obtenu des résultats positifs, notamment elles consommaient de l'alcool selon les lignes directrices recommandées, leurs relations sociales et leur fonctionnement professionnel s'étaient améliorés (Haver et Franck, 1997).

Les rendez-vous médicaux avec des médecins de premier recours sont une bonne occasion de faire du dépistage et des interventions brèves au sujet de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (Welte, Perry, Longabaugh et Clifford, 1998). Afin de déterminer l'efficacité du Health Care Intervention Services (HIS), 613 patients hospitalisés qui avaient une dépendance à l'alcool ou qui

risquaient d'en avoir une furent recrutés pour une tentative de suivi. Deux groupes d'intervention et un groupe témoin furent formés. 6 mois suivant l'intervention, avec un taux de suivi de 75%, le groupe ayant reçu une intervention complète a démontré une réduction de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et une probabilité accrue d'acceptation de l'aiguillage en vue d'obtenir une aide supplémentaire. Ceux ayant reçu l'intervention brève axée sur la réduction des risques ont également démontré des résultats positifs, soit la réduction de la consommation d'alcool et d'autres drogues comparativement au groupe témoin. Les résultats appuient la notion voulant que des « interventions moins intensives » pourraient aider à modifier les comportements liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et que même les gens qui présentent des caractéristiques de dépendance pourraient profiter de telles interventions (Welte et al.).

Le dépistage des patients qui ont accès aux services hospitaliers d'urgence peut être bénéfique (D'Onofrio et al., 1998a). Dans une étude sur les services d'urgence, 38 % des patients étaient sous l'emprise d'une drogue ou de l'alcool d'un point de vue légal lorsqu'ils ont demandé de l'aide. Étant donné cette grande prévalence, les services efficaces de dépistage et d'aiguillage dans les services d'urgence pourraient réduire la morbidité et la mortalité qui découlent de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Selon les auteurs, il se pourrait qu'aucun service de dépistage et d'intervention ne soit offert dans les services d'urgence par manque de temps, de ressources, d'éducation et en raison d'une lacune dans la formation du personnel.

Des preuves appuient l'efficacité des programmes en milieu de travail pour améliorer la santé (Lapham, Gregory et McMillan, 2003). On peut établir un lien entre les messages reçus en milieu de travail au sujet de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et la santé en général, le régime alimentaire et l'exercice. Les programmes efficaces de santé en milieu de travail ont recours à des approches générales de dépistage et d'intervention qui s'adressent à tous les employés, accordant une attention particulière à ceux qui posent un risque (Pelletier, 1999, cité dans Lapham et al., 2003). Les résultats positifs comprennent la réduction des taux d'absentéisme (Stein, Shakour et Zuidema, 2000), la réduction des frais médicaux et l'augmentation des comportements sains chez les employés (Goetzel et al., 1998).

Lapham et al. (2003) ont effectué une enquête clinique de trois ans sur un programme d'intervention précoce en milieu de travail destiné à des professionnels de la santé qui s'attardaient à la consommation occasionnelle et excessive d'alcool et à l'intention de réduire la consommation d'alcool. Le projet, intitulé WISE (Workplace Initiative in Substance Education), comprenait une formation de sensibilisation au mauvais usage de l'alcool et d'autres drogues à l'intention des gestionnaires et l'application de diverses évaluations du risque pour la santé auprès des employés. Ces mesures étaient appuyées par la présentation de vidéos éducatives sur la santé portant sur des questions liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. L'étude comparait 3442 participants qui suivaient le projet WISE à un endroit à 2032 autres participants qui étaient

situés dans des locaux satellites et qui ne recevaient pas l'intervention. Selon l'analyse des résultats, après trois ans, les taux de consommation occasionnelle et excessive d'alcool n'ont pas beaucoup changé dans l'un ou l'autre groupe. Des changements ont toutefois été signalés quant à la motivation à réduire la consommation d'alcool, les buveurs excessifs qui suivaient le projet WISE étant deux fois plus susceptibles que ceux des sites témoins de dire qu'ils souhaitaient réduire leur consommation d'alcool.

Les employés participent souvent en grand nombre aux programmes de prévention des risques de maladie cardiovasculaire mis en œuvre en milieu de travail et ceux-ci peuvent être une excellente occasion de parler de la consommation d'alcool dans le contexte de la santé en général. Heirich et Sieck (2000) ont réalisé un essai clinique, dans le cadre d'un programme de prévention de la consommation excessive d'alcool en milieu de travail, comparant 2000 employés qui recevaient des services d'approche individuels et de counselling personnels à un groupe témoin qui suivait des cours collectifs d'éducation sur la santé. Selon le dépistage effectué après trois ans, on a constaté des réductions des comportements posant un risque de maladie cardiovasculaire, y compris la consommation d'alcool, dans les deux groupes mais plus de clients ont amélioré leur comportement dans le groupe qui recevait des services de counselling individualisés que ceux qui participaient aux cours. Lors du nouveau dépistage, 43 % des buveurs à risque s'abstenaient ou avaient réduit leur consommation pour la ramener à des niveaux sains.

Richmond, Kehoe, Heather et Wodak (2000) ont évalué un programme d'intervention brève en milieu de travail sur la consommation excessive d'alcool où 1206 employés autosélectionnés ont été évalués et affectés au hasard à un groupe témoin ou à l'intervention brève. Cette intervention en milieu de travail a été donnée dans le contexte d'un programme plus large sur la santé et le mieux-être. Après dix mois, des réductions importantes de la consommation d'alcool ont été signalées chez les femmes qui avaient reçu l'intervention mais non chez les hommes. Richmond et al. ont indiqué que, dans de nombreuses études, les interventions brèves donnent des résultats positifs chez les hommes et non chez les femmes. Dans cette étude, des réductions de la consommation d'alcool pendant la séance de suivi ont été enregistrées chez les femmes, qu'elles aient pris part à l'intervention ou au groupe témoin. Les auteurs supposent que le processus de dépistage et d'évaluation chez les femmes a peut-être favorisé leur réflexion sur leur consommation d'alcool et d'autres drogues, ce qui les a amenées à décider de réduire cette consommation.

### **2.5.9 Consultation et formation spécialisées destinées aux fournisseurs de soins de santé**

Il est important d'avoir des spécialistes de la toxicomanie qui peuvent informer les professionnels de la santé sur la vaste gamme de caractéristiques liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (Haver et Franck, 1997). Les conseillers spécialisés en toxicomanie peuvent agir à titre de consultants

afin de sensibiliser une foule de fournisseurs de services de soins de santé destinés aux femmes dans les domaines liés à ce qui suit :

- la grossesse et le développement du jeune enfant;
- la pratique générale de la médecine;
- la psychiatrie;
- la gynécologie;
- les services de santé en milieu de travail.

Welte et al. (1998) ont constaté que, pour garantir la mise en œuvre réussie des programmes d'intervention précoce dans les milieux médicaux et de soins de santé, il fallait que les organismes de santé et les cadres supérieurs s'engagent à fournir une formation en cours d'emploi au personnel de la santé. Les professionnels de la santé qui reçoivent une formation spécialisée décèlent mieux la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et offrent aux clientes des interventions centrées.

Il faut encore beaucoup de recherches pour améliorer l'efficacité des programmes de dépistage et d'intervention précoce destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans les centres des soins de santé ou les milieux connexes. Par ailleurs, il faut que des recherches examinent l'incidence de la détection et de l'aiguillage des femmes vers des services de traitement par les centres de soins de santé (Haver et Franck, 1997).



## 2.6 Services d'approche

Voir la section 3.4 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

Voir la section 4.6 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### PRINCIPAUX POINTS

- Les services d'approche comprennent la rencontre des clientes dans leur milieu pour les faire participer au traitement ou les aider à accéder à d'autres services dont elles ont besoin.
- Les services d'approche sont plus efficaces lorsqu'ils sont situés dans des endroits accessibles.
- Les fonctions d'approche consistent à gagner la confiance des clientes et à les faire participer graduellement pendant de courtes rencontres.
- Les travailleurs doivent être déterminés à faire participer les femmes à l'évaluation de leur comportement à risque et à discuter de façon réaliste des ressources qui pourraient être disponibles et qui les aideraient à apporter des changements durables dans leur comportement ou leur mode de vie.
- La prestation de services d'approche, de transport et de garde d'enfants peut entraîner une meilleure utilisation des services communautaires, ce qui peut réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Les services d'approche constituent une partie capitale du continuum des soins. Ils comprennent la rencontre des clientes dans leur propre milieu pour les faire participer au traitement ou les aider à accéder à d'autres services dont elles ont besoin (van der Walde et al., 2002). Les

activités d'approche sont utiles pour établir des liens avec des femmes reconnues comme ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ou qui posent un risque de tels problèmes. Ces efforts peuvent porter sur les questions touchant la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues qui sont récentes ou de longue date (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1992). De nombreuses stratégies d'intervention précoce décrites dans la partie précédente peuvent être appliquées aux programmes d'approche. Par exemple, les techniques d'entrevue motivationnelle et les interventions brèves sont des techniques importantes que l'on peut employer pendant des interventions d'approche.

Les clientes qui ont besoin de services d'approche pour avoir plus facilement accès au traitement ont tendance à moins participer aux systèmes de soutien informels, officiels et de la famille (Tommasello, Myers, Gillis, Treherne et Plumhoff, 1999). Marsh et al. (2000) ont constaté que les femmes qui avaient besoin de services d'approche comptaient parmi les plus importants consommateurs d'alcool et d'autres drogues et qu'elles avaient une gamme d'autres problèmes de santé de comorbidité et des défis psychosociaux. Les services d'approche communautaires pourraient être tout particulièrement utiles pour faire participer les clientes ayant des défis ou des problèmes tels que l'itinérance, l'usage de drogues par injection, le VIH et

d'autres infections à diffusion hématogène, des troubles concomitants de santé mentale, le chômage, des antécédents de mauvais traitements et de démêlés avec la justice (Melchior, Huba, Brown et Slaughter, 1999; Rowe, Fisk, Frey et Davidson, 2002; Tinsman, Bullman, Chen, Burgdorf et Herrell, 2001; Tommasello et al.; Yahne et al., 2002).

Les programmes d'approche peuvent être conçus à l'intérieur de programmes de traitement plus larges qui offrent une gamme de services ou à l'intérieur de programmes indépendants associés à d'autres fournisseurs de services communautaires. Ils peuvent également être liés à une vaste gamme de centres de santé communautaires qui font le dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et qui offrent des services d'aiguillage vers le traitement approprié (NIDA, 2000).

### **2.6.1 Emplacement des services d'approche**

Les services d'approche sont souvent plus efficaces lorsqu'ils sont accessibles dans une foule d'endroits. Étant donné que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues se retrouvent partout dans la collectivité, les programmes d'approche doivent tenir compte du milieu de vie naturel des personnes qui peuvent profiter du traitement. Les bureaux traditionnels, où les clientes doivent prévoir un moyen de transport et assister à des rendez-vous, peuvent être difficiles pour certaines. Les clientes qui perdent confiance dans le système actuel de soins peuvent avoir besoin de services

d'approche personnalisés pour y participer (Tinsman et al., 2001; Tommasello et al., 1999). Les milieux communautaires ou plus naturels peuvent offrir un meilleur accès et être plus pratiques pour aborder les clientes. Le modèle d'approche communautaire du NIDA (2000) fait ressortir l'importance du contact d'approche en personne avec les clientes dans une multitude d'endroits possibles, notamment :

- les services au comptoir;
- les soupes populaires et les banques d'alimentation;
- les refuges pour itinérants;
- les emplacements temporaires dans des chambres d'hôtel ou de motel;
- les services d'urgence en milieu hospitalier;
- des bureaux accessibles dans des édifices offrant des services de santé communautaires.

Les autres emplacements peuvent comprendre des endroits où l'alcool et les autres drogues sont achetés et consommés régulièrement. Le bon emplacement des services d'approche peut être déterminé en consultation avec les fournisseurs de services communautaires (p. ex., policiers et organismes de santé) et des organismes locaux qui savent où et quand les personnes à risque passent leur temps (NIDA, 2000; Rowe et al., 2002; Witbeck, Hornfeld et Dalack, 2000).

## 2.6.2 Organisation des interventions d'approche

Les efforts d'intervention et les programmes d'approche devraient répondre aux besoins exceptionnels et à la situation propre à celles qui ont besoin de services de traitement. Les travailleurs doivent être déterminés à faire participer les clientes à l'évaluation personnelle de leur comportement à risque et à des discussions réalistes sur les ressources qui sont offertes pour appuyer des changements (NIDA, 2000; Yahne et al., 2002).

L'organisation des services d'approche pour répondre aux inquiétudes opérationnelles et aux besoins des clientes varie quelque peu. Ces services peuvent être offerts par des travailleurs de rue ou être exploités par des centres d'accueil qui facilitent l'accès des clientes afin qu'elles rencontrent des travailleurs et d'autres professionnels de la santé. Des unités mobiles combinant la prestation de programmes de santé peuvent également aider à aborder des personnes qui ne chercheraient pas à obtenir des services plus organisés (Rowe et al., 2002; Tinsman et al., 2001).

Les heures d'ouverture devraient être fonction du moment où il est facile de communiquer avec les clientes. Il faudrait créer des protocoles sur appel de soutien des superviseurs afin qu'ils aident les travailleurs des services d'approche lorsqu'ils sont sur le terrain. Il peut être bon que le personnel des services d'approche travaille en équipe de deux. À mesure que le personnel change, les équipes peuvent assurer la continuité et garantir la stabilité des relations avec les clientes (NIDA, 2000).

Les programmes d'approche devraient obtenir des renseignements qui favorisent les contacts ultérieurs avec les clientes. Pour les nouvelles clientes, il faudrait tenter d'obtenir des renseignements personnels, notamment leur nom, le nom de leur rue, leur adresse, leur numéro de téléphone, les coordonnées d'une autre personne (ami ou membre de la famille) et les endroits dans la collectivité où elles passent habituellement du temps (NIDA, 2000; Yahne et al., 2002).

## 2.6.3 Personnel des services d'approche

Les travailleurs des services d'approche jouent un rôle capital dans la participation et la rétention des clientes. Ils les appuient en les aidant à prendre conscience de leur comportement, en leur donnant des conseils sur la planification du traitement et en agissant comme agents de liaison avec d'autres fournisseurs de services (Rowe et al., 2002).

La prestation de services par des travailleurs de services d'approche qui vivent dans le secteur pourrait être utile. Ils connaissent la collectivité locale et peuvent être au courant des sous-cultures de consommation de drogues qui ont cours (NIDA, 2000). Ils peuvent avoir une meilleure chance d'être un modèle de rôle crédible, des éducateurs et des défenseurs. Ils peuvent également être mieux placés pour surveiller les activités dans la collectivité qui sont liées aux milieux locaux de consommation de drogues et pour sensibiliser les autres membres du personnel du programme aux questions naissantes qui ont une incidence sur les clientes

ou sur la prestation des services d'approche. Ils peuvent être bien placés pour :

- reconnaître les obstacles conjoncturels qui pourraient restreindre les progrès réalisés en vue d'atteindre des mesures de réduction des risques;
- comprendre les valeurs et les normes de groupes particuliers de clientes;
- obtenir la confiance de groupes identifiés de clientes;
- déterminer les endroits où le risque est élevé et y avoir accès;
- améliorer l'acceptation dans la collectivité des programmes d'approche et des efforts d'intervention organisée (NIDA, 2000).

Il est bon que les travailleurs des services d'approche soient représentatifs des profils ethniques, culturels ou des deux sexes pour les groupes identifiés de clients afin de réduire les obstacles linguistiques et garantir que les services d'approche répondent aux besoins propres aux clients et aux groupes (Santé Canada, 1996a).

Une gamme de compétences et d'attitudes sont liées à des services d'approche efficaces, notamment :

- transmettre la compassion et le respect inconditionnels des clients;
- appliquer les connaissances des ressources locales aux besoins des consommateurs problématiques;

- créer un réseau à l'intérieur des groupes de personnes à risque;
- organiser et tenir des registres exacts;
- travailler dans des milieux de services organisés et non organisés;
- obtenir et donner des services d'aiguillage vers une gamme complète de services et d'installations (NIDA, 2000).

Le NIDA (2000) signale que certains programmes d'approche ont trouvé qu'il était avantageux d'embaucher des travailleurs des services d'approche qui avaient personnellement consommé de l'alcool et d'autres drogues. Ils peuvent partager leur expérience en toute crédibilité au sujet des principales mesures qui doivent être prises pour entreprendre un changement et le maintenir. Ces travailleurs sont souvent en mesure de communiquer dans des termes que connaît bien le groupe de clientes cibles. Les exemples qu'ils donnent de leur propre expérience peuvent être un modèle pour les clientes. Si les membres du personnel sont d'anciens consommateurs, il est recommandé qu'ils ne consomment plus depuis au moins deux ans. Le recours à des groupes de soutien aide le personnel qui juge être en période de rétablissement au sujet de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (NIDA, 2000).

Le personnel devrait recevoir une formation spécialisée en cours d'emploi et des séances de mentorat qui favorisent l'autonomie nécessaire pour être un travailleur de services d'approche. De nombreux programmes font appel à une

approche de formation en deux étapes, comprenant des séances de cours en cabinet ou en classe, suivies d'une formation supervisée sur le terrain. Le contenu des programmes de formation en cours d'emploi pourrait inclure des enseignements sur :

- la reconnaissance et les contacts avec les membres de groupes cibles;
- des explications du but du programme d'approche et la création d'un climat de confiance;
- l'identification de l'emplacement des contacts de suivi et des rencontres avec les clientes;
- la collaboration avec d'autres fournisseurs de services communautaires;
- la réaction aux inquiétudes personnelles au sujet de la sécurité;
- l'organisation d'interventions brèves et de l'aide aux clientes pour qu'elles aient accès aux services (NIDA, 2000; Rowe et al., 2002).

#### **2.6.4 Principales activités d'approche**

Les interactions entre les travailleurs des services d'approche et les femmes posant un risque peuvent être brèves ou plus longues. Ces réunions peuvent porter sur ce qui suit :

- l'examen des comportements à risque;
- l'identification de stratégies réalistes de réduction des méfaits;

- de l'information pour appuyer les efforts de réduction des risques;
- l'aiguillage vers les services nécessaires (NIDA, 2000).

Pendant des séances informelles, les travailleurs des services d'approche peuvent utiliser une gamme de stratégies ou d'approches pour faire participer les clientes, notamment :

- utiliser l'écoute active pour inciter les clientes à examiner les sujets d'inquiétude;
- envisager le pour et le contre de la consommation continue d'alcool et d'autres drogues;
- formuler des plans afin de réagir aux obstacles éventuels liés à l'accès aux services nécessaires;
- identifier les réseaux de soutien social possibles;
- confirmer que les clientes sont en mesure d'entreprendre un changement et qu'elles s'y engagent.

Les services d'approche comprennent habituellement la création d'un climat de confiance et la participation graduelle des clientes au cours de brèves rencontres. Bon nombre des stratégies susmentionnées ont recours à des modalités d'intervention brève, notamment des techniques d'entrevue motivationnelle et des processus de négociation appliquée (NIDA, 2000; Rowe et al., 2002).

Outre fournir un soutien pour réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues, les travailleurs des services d'approche sont bien

placés pour aider les clientes à accéder aux services dont elles ont immédiatement besoin, comme l'hébergement, la nourriture, le soutien du revenu, l'aiguillage vers des soins médicaux et des liens avec des réseaux sociaux officiels ou non officiels. On a dit que le personnel des services d'approche était la « colle » entre le système de services et les personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Rowe et al., 2002; Tinsman et al., 2001).

### **2.6.5 Recherches liées aux services d'approche destinés aux femmes**

Melchior et al.(1999) ont poursuivi une étude auprès de 665 femmes participant à un programme amélioré visant la préparation et la réceptivité aux services d'approche et de traitement afin de déterminer s'il existe une tendance pour l'admission aux programmes de traitement pour l'alcool et d'autres drogues. Après quatre ans, ils ont constaté que 82.9% des femmes ont reçu un aiguillage vers des programmes de traitement pour l'alcool ou d'autres drogues et que parmi celles-ci, 51.4% s'y étaient inscrites. En outre, la fréquence des services d'approche était inversement liée à la probabilité que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues soient aiguillées vers des services. Les femmes qui ont reçu et accepté un aiguillage avaient moins tendance à rester dans la rue pour entrer en rapport avec des travailleurs des services d'approche. Le contact continu est essentiel pour faire participer les femmes qui ne sont pas encore prêtes à accepter un traitement. Les auteurs soulignent l'importance d'améliorer la

motivation des clientes à changer en appliquant des techniques d'intervention brève et d'entrevue motivationnelle. Tinsman et al. (2001) ont remarqué que les femmes qui recevaient une intervention antérieure au traitement grâce à des services d'approche étaient plus susceptibles d'adhérer à un traitement dans des centres destinés aux femmes.

Les femmes vivant dans un milieu empreint de violence familiale ou dont le comportement à risque est plus élevé sont moins susceptibles de mener à bonnes fins l'aiguillage vers des services d'approche en vue de suivre un traitement (Melchior et al., 1999). Pour ces femmes, la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues n'est peut-être pas l'inquiétude ou le défi le plus pressant auquel elles sont confrontées. Elles peuvent s'inquiéter davantage de leur propre sécurité personnelle ou de celle de leurs enfants. Les femmes ayant de nombreuses sources de vulnérabilité ont plus d'inquiétudes et de défis, ce qui peut renforcer la croyance qu'un changement significatif n'est pas possible. Les services d'approche doivent travailler dans le contexte de la situation immédiate et fournir un soutien supplémentaire en cas de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et dans d'autres domaines d'inquiétude. Des approches de soutien complètes peuvent être essentielles pour améliorer le désir des femmes de régler leurs problèmes et de s'engager en ce sens.

Dans une étude effectuée sur un programme d'approche destiné aux femmes s'adonnant au commerce du sexe, on a employé une approche d'intervention brève en ayant recours à des techniques d'entrevue motivationnelle (Yahne et al., 2002). Vingt-sept femmes ont

été interrogées au sujet de leur consommation d'alcool et d'autres drogues, de leurs risques de santé et de leurs projets de changement. Cette technique d'entrevue était axée sur la transmission d'une inquiétude réelle, on a posé des questions directes et on a obtenu des déclarations d'automotivation. Les travailleurs des services d'approche ont demandé aux clientes si elles étaient prêtes à réduire leur consommation et ils les ont invitées à songer au soutien dont elles auraient besoin pour apporter des changements positifs. Quatre mois après le premier contact, les participantes ont été interrogées à nouveau. À la fin de l'étude, les femmes ont signalé une augmentation du nombre de jours où elles ne consommaient pas de drogues, soit de 15 % à 51 %. Elles ont également dit qu'elles s'adonnaient moins au commerce du sexe pendant la même période. Les auteurs de l'étude ont également examiné les priorités établies par les femmes au début de l'enquête. Il est significatif que, sans logement fiable, peu de ces femmes auraient eu les ressources nécessaires pour s'échapper du cycle de la prostitution et de la consommation d'alcool et d'autres drogues (Yahne et al.).

Marsh et al. (2000) ont comparé un programme amélioré de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues à un programme de réadaptation ordinaire dans une étude quasi expérimentale axée sur les femmes ayant des enfants. Sur un échantillon total de 468 clientes, 148 ont accepté de participer à l'étude : 73 furent aléatoirement affectées au programme amélioré offrant des « services d'accès » d'approche, de transport, de garde d'enfants sur place et de garde d'enfants à domicile. Selon les résultats mesurés quatorze mois suivant leur admission au programme de traitement, la participation au programme amélioré est négativement liée à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. En outre, la prestation de services d'accès a entraîné la plus grande utilisation des services sociaux communautaires qui, à son tour, est liée à la diminution de la consommation. Cette étude appuie la notion voulant que l'accès à des services sociaux et de santé puisse être utile pour les femmes ayant des enfants.

## 2.7 Liens communautaires

Voir la section 3.5 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

Voir la section 4.7 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### PRINCIPAUX POINTS

- Il faut envisager des liens communautaires tant au niveau de la cliente que du système.
- Les liens avec les services communautaires répondent aux besoins des femmes ayant plusieurs facteurs de risque en coordonnant l'accès à une gamme de programmes médicaux, sociaux, juridiques, de logement et autres.
- Le personnel de liaison, les gestionnaires de cas, les défenseurs du traitement et les processus de consultation des cas peuvent établir et maintenir des liens afin de répondre aux besoins et à la situation propres aux clientes.
- La collaboration entre les organismes optimise l'utilisation des ressources limitées et garantit que la prestation de services multidisciplinaires répond aux besoins des femmes et de leur famille.
- L'amélioration des liens communautaires offre des avantages particuliers, notamment l'identification précoce de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et la possibilité de prendre des mesures proactives pour éviter la rechute des clientes qui suivent déjà un traitement.
- Les liens avec les professionnels des soins de santé primaires sont de bonnes occasions d'éviter ou de traiter les complications médicales causées par la consommation d'alcool et d'autres drogues et d'offrir une intervention précoce et des services de prévention des rechutes.

Les liens communautaires doivent être envisagés tant au niveau de la cliente que du système. Au niveau de la cliente, il faut assurer l'aiguillage vers des services qui répondent aux problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, ainsi qu'aux besoins de base ou de santé connexes. Le personnel de liaison, les gestionnaires de cas, les défenseurs du traitement et les processus de consultation des cas aident à établir et à maintenir des liens (Grant, Ernst et Streissguth, 1999). Le processus est amélioré lorsque la planification du cas est coordonnée et qu'elle répond aux besoins et à la situation propres à la cliente.

Au niveau du système, les liens communautaires sont des services intersectoriels qui fonctionnent ensemble pour offrir des systèmes de prestation intégrés aux clientes ayant une vaste gamme de besoins psychosociaux. À l'intérieur des modèles communautaires de soutien social de ce genre, le continuum des soins répond aux niveaux primaires, secondaires et tertiaires d'intervention et les applique aux besoins de la personne, de la famille et de la collectivité. Pour favoriser les liens communautaires, il faut assurer la collaboration et la coordination entre les fournisseurs de services afin d'optimiser l'utilisation des ressources limitées et de garantir que la prestation de services multidisciplinaires répond aux besoins des femmes et de leur famille (Friedmann et al., 2003; Samet et al., 2001). Des protocoles d'entente sont utiles



pour présenter de nouveaux programmes dans la collectivité et préciser le rôle des organismes (Grant et al., 1999).

Les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent être aux prises avec une foule d'obstacles qui les empêchent d'accéder à des services ou qui en restreignent l'accès. Par exemple, le manque de transport, des services d'approche inadéquats, l'absence de réseaux sociaux qui les aideraient à faire garder les enfants et à s'acquitter de leurs responsabilités familiales peuvent les empêcher d'établir un contact avec des programmes de traitement, même lorsqu'ils sont disponibles dans la collectivité. Lorsque les femmes établissent un contact avec des programmes de traitement, il se peut que d'autres questions doivent être réglées dans le cadre d'un plan de soins complet, comme des conditions de vie non sécuritaires, des ressources financières insuffisantes, un problème de santé physique ou mentale. Selon des ouvrages récents, il est important d'intégrer une plus grande variété de services pour répondre à la gamme complexe des besoins de nombreuses femmes. Il est important de créer et de maintenir des liens communautaires solides entre les fournisseurs de services afin d'améliorer le soutien destiné aux femmes (Marsh et al., 2000).

### **2.7.1 Liens communautaires pertinents destinés aux femmes**

Les liens avec des services communautaires aident à répondre aux besoins des femmes ayant plusieurs sources de vulnérabilité en coordonnant l'accès à une gamme de programmes

médicaux, sociaux, juridiques, de logement et autres (Brown et al., 2000; Vines et Mandell, 1999). Zilberman et al. (2002) recommandent que les centres de traitement qui offrent des services aux femmes établissent des liens de collaboration et des services d'aiguillage solides avec les refuges de la collectivité qui sont destinés aux femmes et les services de counselling en cas de violence familiale. Il est également suggéré d'établir des relations de travail avec des services de soins prénatals et d'autres services gynécologiques connexes.

La création de liens communautaires pertinents comprend la prise en compte de la situation de vie actuelle des femmes, en conjonction avec des services de traitement de la toxicomanie, pour garantir l'accès à une gamme d'autres services de soutien nécessaires pour que les femmes participent à un traitement et qu'elles continuent d'y participer, notamment :

- des réseaux de soutien propres à chaque sexe;
- des services de garde d'enfants;
- la thérapie du partenaire ou de la famille;
- des programmes sur le rôle parental;
- la préparation aux études et à l'emploi;
- des services de counselling sur les inquiétudes en santé mentale.

#### *Réseaux de soutien propres à chaque sexe*

Des recherches ont fait ressortir l'importance des réseaux de soutien propres à chaque sexe (Swift et Copeland, 1998; van der Walde et al., 2002), réseaux où les femmes ont l'occasion de faire part de leur expérience et d'exprimer leurs

sentiments dans un milieu où elles se sentent en sécurité sur le plan affectif. Les approches propres à chaque sexe offrent des possibilités d'interactions avec des modèles de rôle positifs et appuient les réseaux de soutien (Coughney et al., 1998; Santé Canada, 2001c; Sterk, Elifson et Theall, 2000; Swift et Copeland; van der Walde et al.). Certains chercheurs font une mise en garde : les approches destinées uniquement aux femmes peuvent ne pas exposer les femmes à des modèles de rôle masculin positifs (Swift et Copeland).

### *Prestation de services de garde d'enfants*

Des données convergentes indiquent qu'il est essentiel de fournir des services de garde d'enfants pour permettre aux femmes d'adhérer à un traitement et d'y rester (Trepper, McCollum, Dankoski, Davis et LaFazia, 2000; van der Walde et al., 2002). L'accès à des services de garde d'enfants favorise le traitement et améliore l'accès à d'autres services et activités de programme qui répondent aux besoins des femmes (Marsh et al., 2000).

### *Thérapie du partenaire ou de la famille*

Les relations intimes exercent une influence sur les résultats du traitement des femmes (Riehmman et al., 2000). La thérapie familiale est utile parce qu'elle appuie les membres de la famille des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Grâce à un soutien thérapeutique, les membres de la famille peuvent apprendre à réagir de manière à aider le processus de traitement (Meyers et al., 2001; van der Walde et al., 2002).

Trepper et al. (2000) ont examiné des études sur les thérapies familiales dans le cadre de programmes de traitement de la toxicomanie auxquels les deux partenaires participaient. Ils ont constaté des taux de rétention plus élevés et de plus longues périodes de progrès soutenus du traitement chez les clientes qui suivaient une thérapie familiale que chez celles qui assistaient à un programme axé sur la personne. Trepper et al. ont également réalisé une étude pilote, comprenant un échantillon de 38 femmes en traitement résidentiel, où ils ont comparé des femmes qui suivaient un traitement axé sur le couple et sur la personne à des femmes qui suivaient uniquement un traitement axé sur la personne. Seulement 21% des femmes furent disponibles pour l'évaluation après le traitement. Par contre, les résultats ont pu démontrer que les femmes qui suivaient aussi le traitement axé sur le couple s'abstenaient de consommer pendant un plus grand nombre de jours et les mesures d'engagement du couple, de bonheur du couple, de fonctionnement familial en général et de communications dans la famille s'étaient bien plus améliorées. L'engagement des partenaires significatifs pourrait offrir un milieu de soutien où les gains du traitement peuvent être maintenus.

### *Programmes sur le rôle parental*

Les cours sur le rôle parental sont considérés être un ajout positif chez les femmes qui suivent un traitement pour des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ils peuvent améliorer les compétences parentales, augmenter le sentiment de compétence dans l'éducation des enfants,

réagir aux sentiments de honte et de culpabilité et renforcer les liens entre le parent et l'enfant (van der Walde et al., 2002).

### *Préparation aux études et à l'emploi*

Les problèmes liés à l'accès aux services de traitement de la toxicomanie sont amplifiés par la pauvreté, le manque d'instruction et le faible revenu (van der Walde et al., 2002; Zilberman et al., 2002). L'inclusion d'une formation sur les études et l'emploi dans le plan de traitement s'est avérée améliorer les résultats liés à la sécurité psychologique et économique (Vines et Mandell, 1999). Outre acquérir des compétences professionnelles essentielles, les femmes ressentent davantage que leur vie a un sens, elles sont plus autonomes et elles participent davantage aux activités de la collectivité (Woolis, 1998). Les programmes professionnels ont également une incidence positive parce qu'ils sont axés sur les points forts et non sur les lacunes et qu'ils favorisent un sentiment de responsabilisation (van der Walde et al.).

### *Services de counselling sur les inquiétudes en santé mentale*

Les services de counselling destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues devraient porter sur les inquiétudes liées à la santé mentale, comme la dépression, l'anxiété, les sentiments d'impuissance ou les difficultés à créer un climat de confiance, et examiner comment ces questions sont liées aux antécédents personnels de consommation, de traumatisme ou de perte (Santé Canada, 1999; Thompson et al., 1998).

## **2.7.2 Avantages liés à la création de liens communautaires**

La création de liens communautaires revêt des avantages pour les clientes, les fournisseurs de services et la collectivité dans l'ensemble. Pour la cliente, il est essentiel de relier les systèmes ou services communautaires afin d'améliorer le traitement et les soins en général. Idéalement, la prestation de services coordonnés et améliorés entraîne la réduction de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, ainsi que des conséquences sociales et sur la santé connexes (Samet et al., 2001; Thompson et al., 1998). Pour les fournisseurs de services communautaires, les avantages comprennent la possibilité d'identifier tôt la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et la possibilité de prendre des mesures proactives afin d'éviter la rechute des personnes qui suivent un traitement. Des théoriciens constatent également que la création de liens communautaires pourrait réduire le stigmate lié à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Du point de vue communautaire, les coûts sont moindres puisque les dépenses liées aux risques pour la santé et aux mesures judiciaires sont réduites. Voir le résumé des avantages éventuels liés aux liens communautaires dans le tableau 4. Toutefois, d'autres recherches devraient être effectuées pour apporter plus de preuves de ces avantages et des économies (Samet et al.).

Tableau 4 : Avantages possibles des liens entre les services de soins primaires et les services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues

Du point de vue de la personne

Bon pour l'ensemble des soins

Favorise l'accès au traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues dans des milieux de soins médicaux

Améliore l'accès aux soins médicaux primaires chez les personnes qui suivent un traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Améliore le bien-être en ce qui concerne la gravité de la consommation et les problèmes médicaux

Fournit des soins qui sont plus pratiques

Améliore la satisfaction de la personne à l'égard des soins de santé

Du point de vue des fournisseurs de soins primaires et de soins de santé mentale

Favorise le dépistage de l'alcoolisme

Favorise l'inclusion de la consommation d'alcool et d'autres drogues lorsqu'un diagnostic différentiel est envisagé

Élargit l'accès au système global de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues

Améliore la prévention des rechutes en cas d'alcoolisme et de toxicomanie

Favorise les services de santé mentale destinés aux personnes qui reçoivent des soins primaires

Améliore le respect des rendez-vous et des traitements curatifs médicaux

Offre au personnel une formation sur la consommation d'alcool et d'autres drogues

Du point de vue des fournisseurs de services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues

Améliore les résultats du traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues

Réduit les stigmates associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues qui sont perçus par les fournisseurs de soins

Offre une formation sur les troubles médicaux liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Favorise un comportement plus sain en général (c.-à-d. réduit le tabagisme et améliore les habitudes sexuelles)

Améliore l'évaluation du traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les fournisseurs de soins médicaux

Favorise le soutien de la parité du remboursement des frais de services de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues

Améliore constamment la qualité des programmes de lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues

Du point de vue de la société

Réduit les frais des soins de santé et les frais généraux à long terme

Réduit le dédoublement des services et des frais administratifs

Améliore les résultats de santé dans des populations précises

\* Traduction libre de Samet et al., 2001

### 2.7.3 Modèles de liens entre les services

Deux modèles qui permettent de relier les services offerts dans la collectivité ont été conceptualisés : les modèles centralisés et distributifs. L'approche centralisée consiste à relier deux services de soins primaires en un seul endroit. Elle peut comprendre la fusion des services de santé mentale et de lutte contre la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues afin de les rationaliser. Dans les modèles centralisés, les professionnels de la santé doivent suivre une formation sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues pour offrir des services de façon efficace (Samet et al., 2001, 2003).

On a qualifié l'approche centralisée de « modèle à guichet unique » et cette approche s'attarde aux obstacles évidents des systèmes de prestation de services complexes qui obligent les clientes à se rendre à de nombreux points d'admission (Samet et al., 2001). Friedmann, D'Aunno, Jin et Alexander (2000) font ressortir l'importance d'offrir aux clientes l'accès sur place et des services de prestation de santé directs. Ils ont constaté que l'utilisation de services de santé était plus grande chez les clientes qui y avaient accès sur place que chez celles qui étaient aiguillées vers des services officiels entre des fournisseurs de services.

Willenbring et Olson (1999) signalent des résultats positifs pour ce modèle lorsque l'on intègre le traitement de l'alcoolisme chez les hommes dans un milieu de soins de santé primaires. Ce modèle comprend :

- un nombre minimal de rendez-vous mensuels en clinique;

- des services d'approche pour les clients qui manquent les rendez-vous;
- la rédaction de notes cliniques invitant les médecins de premier recours à surveiller la consommation d'alcool par les clients;
- des conseils aux praticiens de soins de santé sur les conséquences liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et sur les approches de réduction des méfaits;
- des services de counselling en santé mentale sur place.

L'un des principaux défis des modèles centralisés consiste à fusionner les modalités de traitement, les cadres de prestation des services et l'affectation des ressources des services existants afin de créer un seul service intégré. Le manque d'engagement et de ressources nuit à l'élaboration d'un service complet et centralisé.

Les modèles distributifs nécessitent des pratiques de consultation et de collaboration efficaces entre les fournisseurs de services et les secteurs offrant des services. Des protocoles d'aiguillage solides entre les organismes et des pratiques de gestion des cas efficaces sont considérés être des éléments clés de ce modèle. Le modèle distributif est un engagement à collaborer en vue de créer un système de prestation de services intégrés (Samet et al., 2001; 2003; Tinsman et al., 2001). L'un des points forts de ce modèle vient du fait qu'il s'inspire de la capacité actuelle de prestation de services des collectivités. Il faut néanmoins préconiser la collaboration entre les fournisseurs de services.

D'autres recherches doivent être faites sur l'impact de ces types de modèles de prestation de services. Elles devraient évaluer les avantages thérapeutiques et les coûts réels de ces systèmes dans le temps (Samet et al., 2001).

#### **2.7.4 Établir des liens avec les fournisseurs de soins de santé**

Il est très difficile pour les femmes qui ont des problèmes de santé physique et mentale, en plus des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, d'accéder à des soins de santé. Elles peuvent ne pas avoir de transport, avoir besoin de services de garde d'enfants pour assister à des rendez-vous ou ne pas savoir quelles étapes suivre pour entreprendre un aiguillage dans le domaine de la santé (Anderson et al.; Friedmann, Lemon, Stein, Etheridge et D'Aunno, 2001). Anderson et al. (2003) décrivent un modèle intégré de santé et de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues destiné aux femmes qui a recours à une approche de gestion de cas pour organiser et intégrer les services destinés aux femmes. Entre autres, cette approche :

- fournit des services d'approche;
- établit des liens entre les fournisseurs de soins de santé et les clientes;
- favorise l'intégration des services de soins entre les fournisseurs de services communautaires;
- met en œuvre des stratégies qui favorisent la rétention des clientes dans les soins de santé.

Ce modèle de soins personnalisés favorise la création de relations de collaboration avec les clientes parce qu'elles sont des participantes actives de la définition de leurs propres domaines d'inquiétude et de la conception de leur propre plan d'action. Les liens avec les services pertinents sont favorisés par des activités de soutien, notamment :

- le transport aux rendez-vous médicaux;
- des services de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux;
- l'accompagnement des femmes aux rendez-vous préliminaires pour favoriser leur compréhension des recommandations du traitement (Anderson et al., 2003).

Ce programme a donné des améliorations remarquables du calendrier des services médicaux externes destinés aux clientes. En outre, la consommation de drogues a diminué, on a constaté une diminution de la dépression psychologique et les femmes ont signalé une amélioration de leur sentiment de bien-être (Andersen et al., 2003).

Dans une autre étude établissant un lien entre les services de soins de santé et le traitement de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, Samet et al. (2003) signalent les résultats d'un essai clinique de clients ayant des troubles d'alcool, d'héroïne ou de cocaïne dans un centre de désintoxication. Parmi les 470 sujets inscrits, 235 d'entre eux furent aléatoirement affectés à la clinique d'intervention pour l'évaluation de la santé et de la liaison avec les médecins de soins primaires (HELP) tandis

que les 235 autres sujets faisant partie du groupe témoin furent affectés à la clinique de désintoxication standard. Les membres du personnel faisant partie de l'intervention clinique HELP ont reçu une formation afin de se concentrer sur l'indifférence des clientes à participer aux soins médicaux et le recours à des techniques d'entrevue motivationnelle pour renforcer leur désir de participer au processus de traitement. Selon le suivi après douze mois, les clientes qui avaient reçu le traitement étaient bien plus susceptibles d'avoir des relations efficaces avec des fournisseurs de soins de santé que les participantes au groupe témoin qui n'ont pas reçu l'intervention HELP (69 % par rapport à 53 %).

Les relations avec des fournisseurs de soins de santé primaires sont de bonnes occasions d'éviter ou de traiter les complications médicales causées par la consommation d'alcool et d'autres drogues et pour offrir des interventions précoces et des services de prévention des rechutes (Friedmann, Saitz et Samet, 1998; Samet et al., 2003). Lorsqu'il existe un lien entre les fournisseurs de soins de santé et les spécialistes du traitement de la toxicomanie, les praticiens sont en mesure d'être plus efficaces lorsqu'ils font le dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et d'orienter les clientes vers les services dont elles ont besoin (Friedmann et al., 2000; Samet et al., 2001).

## 2.7.5 Établir des liens avec d'autres services communautaires

Marsh et al. (2000) (voir la section 2.6.5) ont constaté que l'utilisation des services d'accès spéciaux (services d'approche, de transport et de garde d'enfants), les services communautaires de santé et de soutien social reçus, ainsi que les services de santé, étaient négativement liés à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes ayant des enfants. Le soutien social de cette étude comprenait des cours sur le rôle parental, le counselling familial, le counselling sur la violence familiale, la formation à l'emploi et aux études, des services juridiques, une aide au logement et des avantages publics.

Dans une autre enquête, des défenseurs paraprofessionnels étaient employés pour établir des liens entre les femmes enceintes et les nouvelles mères ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et les services communautaires. Parmi les 103 femmes qui furent demandées de participer à l'enquête, 65 furent inscrites comme clientes, 31 furent affectées au groupe témoin et 7 ont refusé de participer. Le taux de suivi à 36 mois était de 92% pour les clientes et 83% pour le groupe témoin. Comparativement aux participantes du groupe témoin, celles qui recevaient l'intervention ont fait de plus grands progrès dans le traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues, la planification familiale et la participation aux services communautaires. 14 des clientes ont adhéré et complété leur

traitement durant l'intervention de trois ans comparativement à aucune parmi le groupe témoin. Les résultats généraux présentent des preuves de l'utilisation des services de défense des droits à plus long terme pour favoriser les liens communautaires destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Ernst, Grant, Streissguth et Sampson, 1999).

McLellan et al. (1998) ont comparé un programme amélioré de traitement externe offrant des services de gestion de cas cliniques à des programmes de traitement externes standard. Les gestionnaires de cas devaient évaluer les besoins sociaux et de santé des clients et établir des liens entre ces personnes et les services communautaires, comme l'éducation, l'emploi, le logement, les loisirs et les ressources parentales. Après six mois, les personnes qui avaient reçu des services de gestion de cas présentaient des améliorations significatives comparativement aux participants du groupe témoin quant à la consommation d'alcool et d'autres drogues, à leur santé personnelle et à leur fonctionnement social. Les chercheurs reconnaissent que les personnes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont souvent de nombreux problèmes et qu'il faut ajouter des services de soutien social aux efforts axés sur la consommation pour obtenir des améliorations dans les domaines de la santé, de la consommation d'alcool et d'autres drogues et du fonctionnement social.

## 2.7.6 Principaux défis de la création de liens communautaires

Lorsqu'ils cherchent des moyens novateurs pour établir des liens avec d'autres services, les fournisseurs de services communautaires sont souvent confrontés aux défis des contraintes du mandat de leur organisme respectif. Bien que des relations de travail étroites entre les fournisseurs de services, dans les milieux ruraux ou urbains, appuient les efforts de prestation de services intégrés, des politiques incompatibles peuvent poser des défis pour le reste des services axés sur les clientes. Certaines systèmes de prestation de services incluent des mécanismes interorganismes ou des comités composés de gestionnaires supérieurs ou de représentants provinciaux chargés d'enquêter sur les domaines où les politiques ne sont pas efficaces et de cerner des solutions. On a avancé que les stratégies d'examen des politiques ne portent fruit que s'ils ont les ressources et le soutien nécessaires pour entraîner un changement significatif des politiques et de leur application (Loeber, Farrington et Petechuk, 2003).





# Entrevues avec des experts clés

## 3.1 Sélection des experts clés

Des experts clés ont été identifiés en consultation avec les membres du Groupe de travail TRAT de Santé Canada. La liste comprend le nom de ceux qui possèdent des connaissances en prestation de services d'approche et intervention précoce ou qui favorisent les liens commu-

nautaires destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les tableaux 5, 6 et 7 présentent respectivement l'emplacement, le rôle professionnel et les antécédents des experts interviewés.

Tableau 5 : Répartition géographique des experts clés

Emplacement (nombre)	Nombre d'experts clés
Nord Territoires du Nord-Ouest (1) Yukon (1)	2
Est Nouvelle-Écosse (2) Nouveau-Brunswick (2)	4
Centre Québec (2) Ontario (5)	7
Ouest Saskatchewan (3) Alberta (2) Colombie-Britannique (1)	6

Tableau 6 : Rôle professionnel des experts clés

Rôle professionnel	Nombre d'experts clés
Gestionnaire de programme, coordonnateur de services	9
Travailleur de première ligne participant aux services d'approche, au counselling et à la prestation des traitements	5
Directeur d'organisme	4
Conseiller des politiques gouvernementales	2
Chercheur	1

Tableau 7 : Antécédents scolaires des experts clés

Antécédents scolaires	Nombre d'experts clés*
Counselling en toxicomanie	6
Travail social	6
Soins infirmiers	4
Médecine	1
Psychologie, santé mentale	4
Éducation	2
Administration	1

\* Certains experts clés possèdent des antécédents dans plus d'un domaine.

## 3.2 Processus d'entrevue des experts clés

Les experts clés, représentant chaque province et territoire au Canada, ont été contactés à l'été et à l'automne 2004. Dix-neuf entrevues ont été réalisées au pays et deux ont été faites avec plus d'une personne-ressource clé. Les principaux domaines d'intérêt sont les suivants :

- la situation et les besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ;
- les questions touchant la prestation de services destinés à des groupes particuliers de femmes;
- les orientations théoriques ou appliquées des interventions précoces et des services d'approche;
- les approches des interventions précoces et des services d'approche;
- les rôles possibles des membres de la famille, des fournisseurs de services et des spécialistes de la toxicomanie;
- l'évaluation des stratégies d'intervention précoce et des services d'approche;
- les services et le soutien communautaires essentiels;

- les obstacles aux liens entre les programmes communautaires et les services de traitement;
- le travail nécessaire pour offrir des services coordonnés;
- les stratégies visant à promouvoir la consultation efficace et la création de liens communautaires;
- les approches visant à combler les lacunes ou à éliminer les incohérences des services ou des politiques;
- les défis et les points forts des approches intégratives.

Les données recueillies auprès des experts clés ont été consignées et ont donné 19 protocoles d'entrevue écrits. Ceux-ci ont ensuite été fusionnés en un ensemble de données unifié. L'analyse du contenu a permis de déterminer des catégories de thèmes naissants. Les constatations de chaque domaine d'enquête sont présentées dans les parties suivantes.

## 3.3 Questions propres aux clientes principales

Voir les sections 2.3 et 2.4 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir les sections 4.3 et 4.4 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### 3.3.1 Situation et besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues

Les participants étaient priés de décrire les principales circonstances auxquelles les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues étaient confrontées. Les répondants ont décrit une gamme de défis principaux liés à la situation de vie courante de nombreuses femmes, notamment :

- *Des antécédents de traumatisme, de violence et de victimisation* : Les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont souvent des antécédents de traumatisme et de mauvais traitements. Dans bien des cas, elles sont actuellement victimes de violence familiale ou d'agressions sexuelles et vivent beaucoup de stress lié à la sécurité familiale et personnelle.
- *Les stigmates et les risques liés à la recherche d'un traitement* : De nombreuses femmes évitent de chercher un traitement en raison des répercussions possibles de la divulgation de leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Les conséquences perçues liées à l'accès à un soutien sous la forme de traitement peuvent comprendre la perte de la garde de leurs enfants, l'éloignement des membres de la famille et des relations sociales, ainsi que le risque d'augmenter la violence familiale.
- *Les nombreuses responsabilités familiales et leur rôle de dispensatrice de soins* : Les femmes ont souvent d'autres responsabilités, incluant les soins de leurs enfants, de parents âgés ou d'autres membres de la famille. Dans bien des cas, elles peuvent être les principales ou les seules personnes qui prodiguent des soins dans le système familial actuel.
- *La pauvreté et le logement inadéquat* : En plus des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, les femmes peuvent entretenir des inquiétudes liées aux stressés financiers ainsi qu'à la réponse à leurs besoins de base et à ceux des membres de leur famille. Par conséquent, elles peuvent hésiter à participer à des services de traitement si d'autres besoins ne peuvent être comblés.
- *Moins de soutien social, l'isolement* : De nombreuses personnes-ressources clés croient que les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont souvent des réseaux de soutien social limités ou des liens positifs restreints dans leur collectivité. Le manque de services de garde d'enfants et de transport nuit davantage aux efforts faits pour accéder à du soutien ou pour participer à des activités de traitement.

- *Les troubles émotionnels et personnels* : Les femmes se sentent souvent coupables et entretiennent de la honte à l'égard de leur consommation problématique continue d'alcool et d'autres drogues. Ces troubles personnels réduisent l'estime de soi, entraînent un sentiment de tristesse et diminuent l'espoir.

### 3.3.2 Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes

Les personnes-ressources clés devaient déterminer les principales questions à prendre en compte pour des groupes particuliers de femmes lorsqu'on leur offre des services d'intervention précoce et d'approche dans la collectivité et pour améliorer les liens communautaires.

#### *Femmes enceintes*

- Les initiatives d'intervention précoce et des services d'approche doivent être des efforts concertés pour établir des relations d'aide positive avec les femmes enceintes. Cela est tout particulièrement important pour préserver la santé de l'enfant et de la mère et pour réduire les risques liés à l'ETCAF.
- Les activités de soutien devraient comprendre la diffusion d'information pertinente sur la santé portant sur les soins prénatals et la prestation de services médicaux de base.

- Plusieurs répondants croient aussi qu'il faut assurer la défense de ce groupe de clientes afin de les relier aux principaux services et user d'approches exemptes de jugement pour établir une alliance thérapeutique solide.

#### *Femmes ayant des enfants*

- Les craintes des femmes au sujet de la possibilité de perdre la garde de leurs enfants sont un obstacle important à la recherche d'un traitement. Il faut faire des efforts pour y réagir lorsqu'on offre des services d'approche et une intervention précoce.
- Les besoins de base, notamment des ressources suffisantes sous la forme de nourriture, de vêtements ou de logement, doivent être comblés en conjonction avec les efforts de traitement et les services d'approche.
- La prestation de services de garde d'enfants et de transport est une question importante à prendre en compte pour favoriser la participation initiale des femmes aux programmes.
- Des services d'approche des clientes peuvent être entrepris en collaboration avec des programmes d'éducation communautaire qui enseignent des attitudes nécessaires à la vie courante, comme les soins personnels, le rôle parental et l'établissement du budget.

### *Femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale*

- Il est important que les spécialistes de la santé mentale et de la toxicomanie collaborent lorsqu'ils fournissent des plans de services complets à ce groupe de clientes. Ces efforts devraient s'attacher aux problèmes de traitement tout en créant des liens communautaires positifs qui apportent un soutien constant après le traitement.
- Divers répondants pensent qu'il faut que les fournisseurs de soins de santé et les spécialistes de la toxicomanie reçoivent une formation spécialisée sur les stratégies précises qui sont nécessaires pour travailler avec des clientes ayant des troubles concomitants.

### *Femmes sans abri ou nomades*

- La réponse aux besoins de base, comme la nourriture, le logement et les vêtements, peut être une question capitale pour aborder les femmes sans abri ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- Les services d'approche devraient prévoir des heures de rencontre flexibles dans des endroits accessibles.

### *Résidentes rurales*

- Les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues en milieu rural disposent souvent de services peu accessibles. Le manque de transport peut être un obstacle important qui empêche les femmes de participer aux services ou aux programmes dans d'autres endroits.

- Dans les petites collectivités, l'importance de la confidentialité est jugée capitale pour favoriser le désir des clientes de chercher de l'aide pour leurs problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.
- Les groupes locaux de soutien ou les lignes d'aide peuvent être un moyen d'aborder les femmes en milieu rural et d'établir des liens avec des services d'intervention précoce.

### *Usagères de drogues par injection*

- Il faudrait fournir aux usagères de drogues par injection un milieu sûr où elles peuvent dévoiler leurs problèmes et discuter ouvertement de leurs inquiétudes sans avoir peur d'être jugées ou de subir les répercussions d'autres personnes.
- La meilleure sensibilisation et une plus grande compréhension de la part des employeurs, des membres de la collectivité et des fournisseurs de services pourraient réduire le stigmate lié à l'usage de drogues par injection et les obstacles associés à l'accès au traitement.

### *Femmes autochtones*

- Les fournisseurs de services de santé et de toxicomanie doivent être sensibles aux traditions et aux croyances des collectivités autochtones. Il faut faire preuve de sensibilisation aux cultures pour élaborer et adapter des approches afin de travailler avec les femmes autochtones.

- Les membres, les dirigeants et les professionnels des collectivités autochtones peuvent être de bonnes sources de soutien et jouer un rôle inestimable dans la prestation de services d’approche et d’intervention précoce.

### *Femmes âgées*

- Il est capital d’offrir des services d’approche pour fournir des traitements aux personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues.
- Le mauvais usage des médicaments sur ordonnance chez les personnes âgées est un sujet d’inquiétude qu’il faudrait cibler dans les efforts d’intervention précoce.

### *Femmes s’adonnant au commerce du sexe*

- Les femmes s’adonnant au commerce du sexe ont souvent de longs antécédents de violence physique et d’agression sexuelle et leur probabilité d’avoir des problèmes continus attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues est accrue.
- Il est capital d’avoir des programmes d’approche pour établir un lien avec les femmes s’adonnant au commerce du sexe. Ces services devraient être fournis dans des endroits accessibles et viser des moments où des contacts individuels peuvent être établis avec les clientes.

### *Femmes ayant des démêlés avec la justice*

- Plusieurs répondants soulignent l’importance des problèmes attribuables à la consommation d’alcool et d’autres drogues lorsque les femmes ont des démêlés avec la justice pour la première fois. Ces efforts devraient être une excellente occasion d’offrir des services d’intervention précoce.
- Les policiers et d’autres professionnels du domaine de la justice devraient recevoir une formation sur la consommation problématique d’alcool et d’autres drogues et sur les stratégies nécessaires pour établir des liens entre les femmes et les ressources et services communautaires.



## 3.4 Approches d'intervention précoce et services d'approche

Voir les sections 2.5 et 2.6 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir les sections 4.5 et 4.6 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### 3.4.1 Orientations théoriques ou appliquées de l'intervention précoce et des services d'approche

Les répondants devaient déterminer les orientations théoriques ou les cadres qui servent de base à l'organisation ou à la prestation des services d'intervention précoce et d'approche destinés aux femmes. La plupart utilisent une approche éclectique ou intégrative pour concevoir ces services. En ce qui concerne les perspectives théoriques centralisées, bon nombre mentionnent les avantages du modèle des étapes du changement de Prochaska et DiClemente, en conjonction avec les concepts liés aux techniques d'entrevue motivationnelle. D'autres soulignent l'importance des approches propres à chaque sexe qui sont axées sur le renforcement de l'autonomie en vue de planifier et de prendre les mesures nécessaires pour apporter un changement positif.

Plusieurs participants disent qu'il faut que les perspectives théoriques répondent à la situation de vie concomitante des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Il faut concevoir des programmes communautaires et des mesures de soutien qui répondent à une gamme de questions, notamment la résolution de problèmes, l'établissement du budget, la

garde des enfants, le logement et l'alimentation. La prestation de ces services est jugée essentielle.

Une orientation sur la réduction des méfaits est utile pour conceptualiser et concevoir des services d'approche et d'intervention précoce. Cette orientation préconise les approches exemptes de jugement et répond aux besoins des clientes selon leur réceptivité au changement.

D'autres parlent, mais moins souvent, de la thérapie de la réalité incluant les points de vue, des modèles fondés sur la communication, du traitement axé sur la recherche de solutions, de la thérapie rationnelle-émotive et des techniques rogériennes.

### 3.4.2 Approches d'intervention précoce

#### *Approches éducatives*

La stratégie d'intervention précoce la plus souvent citée consiste en des séances éducatives servant à diffuser des renseignements axés sur la prévention. Cette approche devrait inclure des stratégies de réduction des méfaits et de prévention de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues dans des programmes éducatifs généraux visant à améliorer la santé de

la personne ou de la famille. La forme des séances peut varier beaucoup et inclure des réunions en groupes de femmes, des maisons d'hébergement, des programmes d'aide aux employés, des centres de santé, des centres communautaires, des prisons, des établissements psychiatriques, des cabinets de médecin, des programmes sur le rôle parental, des présentoirs dans des centres commerciaux et des entrevues à la radio. Plusieurs répondants citent également des stratégies de soutien par les pairs pour les programmes d'intervention précoce.

Par opposition aux interventions axées sur un groupe, d'autres répondants ont souligné l'importance d'approches personnalisées qui favorisent la rencontre des femmes dans leur milieu communautaire respectif. Ces approches sont accessibles aux clientes, les heures des rencontres sont flexibles et elles offrent des services tels que l'éducation, le counselling et l'aiguillage vers des organismes communautaires indiqués où les femmes peuvent obtenir l'aide nécessaire.

Selon de nombreux répondants, l'organisation des stratégies d'intervention précoce nécessite la collaboration et la consultation constantes entre les fournisseurs de services communautaires de toxicomanie et de santé.

### *Approches et mesures de dépistage*

De nombreux répondants signalent que les méthodes de dépistage constituent une façon d'intervenir tôt auprès des clientes qui ont ou qui risquent d'avoir des problèmes continus attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Selon les participants, plusieurs organismes de leur secteur utilisent à la fois des approches standardisées et

informelles pour faire le dépistage initial des clientes au point d'aiguillage. En ce qui concerne les approches officielles, certains utilisent des questionnaires régionaux ou d'organismes standardisés, tandis que d'autres ont recours à des instruments tels que le CAGE et le TWEAK. Le fait que la plupart des approches de dépistage standardisées ont été testées sur le terrain et élaborées à partir de recherches significatives réalisées auprès de populations de clients particuliers est un point fort important de ces approches.

Selon la plupart des répondants, les discussions informelles avec les clientes servent souvent au dépistage ou à des évaluations de base. Cette approche consiste à adapter des questions ou des domaines d'enquête à partir d'instruments ou de questionnaires standardisés et à poser des questions de manière informelle et non structurée. Certains participants croient que les approches informelles aident à réduire l'anxiété des clientes et à créer un environnement propice à une relation thérapeutique de collaboration.

Les personnes-ressources clés ont également nommé divers domaines d'enquête liés à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues qui devraient être inclus dans les protocoles d'accueil et de dépistage, notamment :

- le début, les profils et les types de consommation d'alcool et d'autres drogues;
- les circonstances liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues;
- la sensibilisation des clientes à leur niveau de consommation et à leur réceptivité au changement;

- les conséquences liées à la consommation problématique continue d'alcool et d'autres drogues sur la santé personnelle, les relations et le fonctionnement professionnel;
- le mauvais usage des médicaments sur ordonnance;
- les besoins personnels et le changement possible;
- les liens actuels avec des services et d'autres interventions.

Selon plusieurs répondants, le dépistage et les évaluations de base sont utiles pour obtenir des renseignements généraux sur les clientes et leur consommation d'alcool et d'autres drogues, et constituent une bonne occasion de discuter des possibilités de changer. Ces discussions pourraient mener à l'examen par les clientes des conséquences liées à la consommation problématique prolongée d'alcool et d'autres drogues, aux avantages de la réduction de la consommation et aux sources possibles de soutien ou d'intervention qui pourraient les aider.

Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on met en oeuvre des approches de dépistage organisées ou informelles. Certains domaines d'enquête peuvent faire ressortir des sentiments de culpabilité et de honte chez les femmes et entraîner une sous-déclaration. Les femmes peuvent hésiter à s'attarder à certains domaines d'enquête étant donné les conséquences possibles de l'échange d'information (p. ex., la perte de la garde de leurs enfants). Dans d'autres cas, la manière dont les questions sont posées aux femmes peut susciter des souvenirs désagréables

ou leur donner l'impression qu'elles doivent répondre d'une manière précise. Les fournisseurs de soins doivent adopter une approche exempte de jugement et être sensibles aux besoins et à la situation propres aux femmes lorsqu'ils appliquent des protocoles et des procédures de dépistage.

### *Services Internet*

De nombreuses personnes-ressources clés jugent que les services Internet sont une ressource d'intervention précoce et d'autoassistance viable. Les clientes peuvent utiliser des services sur le Web pour accéder à des outils d'autoévaluation ou obtenir des renseignements clés liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et aux possibilités de traitement. Dans bien des cas, elles peuvent accéder à des sites Web de façon anonyme, ce qui peut éliminer les obstacles courants liés à l'accès aux services, comme le manque de transport ou des questions de confidentialité.

Divers répondants font cependant la mise en garde suivante : l'Internet peut être une source de mésinformation et de « mauvais conseils » si les recherches des clientes ou les activités sur le Web ne sont pas organisées ou dirigées vers des sites appropriés. Les inquiétudes comprennent les cybersalons non réglementés et la vulnérabilité parce que des personnes peuvent exploiter les femmes ayant besoin de soutien.

Pour recourir à des solutions sur le Web dans le cadre de stratégies d'intervention précoce, il faut avoir accès aux services Internet et savoir comment utiliser la ressource. Certaines

femmes n'ont peut-être pas les moyens financiers nécessaires pour accéder à des services Internet confidentiels ou peuvent ne pas savoir comment utiliser un ordinateur.

### 3.4.3 Services d'approche

#### *Partenariats*

Selon de nombreux répondants, les services d'approche efficaces pour les femmes dépendent souvent des efforts de collaboration entre les spécialistes de la toxicomanie et les organismes communautaires. Des partenariats sont essentiels parce que les femmes ont tendance à chercher d'abord du soutien pour répondre à leurs besoins de base et à des questions de santé auprès d'autres services dans leur collectivité. Les spécialistes du traitement de la toxicomanie jouent un rôle capital parce qu'ils aident les fournisseurs de services communautaires à identifier les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à les aborder.

#### *Types et emplacements*

Les services d'approche destinés aux clientes peuvent prendre une multitude de formes, notamment des rencontres individuelles, des visites à domicile et des programmes éducatifs ou de soutien en petits groupes. Selon les répondants, il est important de faire participer les clientes à leur propre milieu communautaire et d'augmenter leur possibilité d'accéder aux services nécessaires. En particulier, il peut être difficile pour les femmes âgées, enceintes, pauvres ou ayant des enfants de quitter leur

domicile pour accéder à des services. Il est capital dans ces cas que les services d'approche soient élargis à ces clientes.

Les experts clés ont également décrit une foule d'emplacements où les services d'approche sont offerts, notamment :

- les centres d'accueil ou les unités mobiles destinés aux personnes sans abri ou nomades;
- les banques d'alimentation, les soupes populaires, les organismes qui donnent des vêtements;
- les maisons de transition, les refuges et les maisons d'hébergement;
- les centres pour femmes, les garderies, les programmes sur le rôle parental;
- les centres de loisirs, les centres communautaires, les centres pour Autochtones, les salles de réunion de bande;
- les hôpitaux, les centres de soins de santé, les centres de mieux-être;
- les programmes d'échange de seringues, les cliniques de traitement à la méthadone, les arrêts d'autobus.

Plusieurs répondants ont également signalé les avantages possibles de stratégies de soutien par les pairs, soit une aide individuelle, soit le recours à des groupes communautaires d'autoassistance. D'autres ont souligné l'importance de la participation des aînés ou des leaders de la collectivité aux cercles de guérison ou à d'autres activités de soutien destinés aux Autochtones.

### *Heures de prestation des services*

De nombreux participants ont dit que les heures des services d'approche se limitaient souvent à celles comprises entre 8 h et 17 h, certains fournisseurs de services travaillant en début de soirée. Bien que les personnes-ressources clés aient mentionné que les fins de semaine soient un moment important pour offrir des services d'approche, ils ont aussi déclaré que, à l'exception des lignes d'écoute téléphonique, peu de services étaient facilement accessibles pendant ces heures. La flexibilité des heures de service est mentionnée comme un élément clé pour définir les heures des services d'approche.

### *Qualités des travailleurs des services d'approche*

Selon les personnes-ressources clés, les personnes qui s'occupent des services d'approche doivent pouvoir transmettre un message empreint de respect, de compassion et exempt de jugement à l'endroit des femmes. Elles devraient être faciles à aborder, à l'aise dans la communication directe et être douées pour transmettre de l'empathie lorsque les clientes leur font part de circonstances ou d'inquiétudes. Elles doivent faire preuve de créativité et être débrouillardes lorsqu'elles tentent d'établir des liens avec des femmes et des fournisseurs de services communautaires. Les travailleurs des services d'approche devraient :

- posséder de l'expérience personnelle ou familiale liée à la toxicomanie ou au rétablissement;
- être qualifiés dans les soins personnels;

- démontrer la capacité d'établir des limites personnelles et avec les clientes;
- posséder des compétences en counselling liées aux techniques d'entrevue motivationnelle et aux stratégies de planification des cas;
- connaître les approches propres à chaque sexe et les possibilités de traitement;
- être en mesure de travailler en collaboration avec les fournisseurs de services communautaires.

### *Activités et tâches*

La plupart des répondants conviennent que le rôle principal des travailleurs des services d'approche est d'établir des liens avec les clientes et, par la suite, de les orienter vers les services requis. Dans bien des cas, pendant les rencontres initiales avec les clientes, ils échangent de l'information sur les programmes et services communautaires disponibles. À mesure que les travailleurs et les clientes discutent, des étapes précises de l'accès aux services peuvent être identifiées et des mesures peuvent être prises. Par exemple, les travailleurs des services d'approche peuvent aider les clientes à obtenir les services dont elles ont besoin en veillant au transport et à la garde des enfants ou en les accompagnant à leur rendez-vous préliminaire.

En outre, selon les personnes-ressources clés, les travailleurs des services d'approche peuvent fournir aux clientes des renseignements pertinents et un soutien en counselling afin qu'elles prennent les mesures nécessaires pour réduire leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ou qu'elles fassent des choix

sains. Ces efforts peuvent comprendre le soutien dans l'acquisition et la pratique des aptitudes nécessaires à la vie courante liées à des domaines tels que l'établissement du budget, le rôle parental, la communication et la solution de problèmes.

Certains répondants ont souligné l'importance des activités de coordination des services et de planification de cas des travailleurs des services d'approche. Les activités d'approche devraient amener les clientes à devenir des collaboratrices actives de l'élaboration et de la mise en oeuvre des priorités identifiées dans le plan de gestion.

### **3.4.4 Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche**

Les répondants ont décrit le rôle que les principales personnes pouvaient jouer afin d'appuyer les efforts faits en intervention précoce et services d'approche. Des données ont été fournies sur la contribution possible des membres de la famille, des fournisseurs de services communautaires et de santé, ainsi que des spécialistes du traitement de la toxicomanie.

#### *Membres de la famille*

Les liens familiaux peuvent être d'excellentes sources de soutien durable et d'encouragement pour les femmes. Les membres de la famille peuvent également fournir des ressources réelles telles que le transport et la garde des enfants aux personnes qui cherchent à suivre un traitement. Les répondants ont également reconnu que la dynamique de certaines familles n'appuyait peut-être pas les efforts faits par

les femmes pour réduire leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Cela est tout spécialement évident lorsqu'il y a des antécédents communs de consommation d'alcool et d'autres drogues ou que le contexte familial est une source continue de traumatisme ou de mauvais traitements. Selon des répondants, les changements concomitants des liens familiaux peuvent avoir une incidence majeure qui pousse les femmes à apporter des changements positifs et à les maintenir.

Plusieurs participants ont souligné l'importance d'élargir les services de soutien et de counselling aux membres de la famille. En particulier, les enfants pourraient avoir besoin d'aide pour comprendre le comportement de leurs parents et pour réagir à de possibles sentiments de culpabilité et de responsabilité quant à leur situation familiale. Certaines personnes-ressources clés ont également avancé que les membres de la famille pouvaient profiter des services de counselling et de consultation qui les aidaient à comprendre les étapes du changement et les mesures qu'ils pouvaient prendre pour appuyer le rétablissement de l'être cher.

#### *Fournisseurs de services communautaires et de santé*

Selon les personnes-ressources clés, les fournisseurs de services de santé et d'autres services sont bien placés pour reconnaître les comportements à risque et participer à la prestation de services d'approche et d'intervention précoce. Les méthodes de dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ne sont toutefois pas utilisées de manière uniforme parmi les fournisseurs de soins de santé ou les organismes communautaires. Si de bonnes

méthodes de dépistage de cette consommation problématique sont en place, les fournisseurs de services de santé et d'autres services peuvent jouer un rôle important en établissant des liens entre les femmes et les services essentiels offerts dans la collectivité.

Pour être un bon agent d'aiguillage, un fournisseur de service doit connaître la gamme des services et des programmes qui sont disponibles dans la collectivité et savoir comment y avoir accès. Les fournisseurs de soins de santé sont également une source importante d'information sur la santé pour les clientes. Dans l'idéal, ils devraient avoir des connaissances de base sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et être en mesure de présenter ces renseignements dans le contexte d'une perspective de santé plus large. Les personnes-ressources ont également décrit l'importance du rôle des fournisseurs de services communautaires pour favoriser l'accès à de nombreux services répondant aux besoins concomitants des femmes. Il pourrait s'agir de leur offrir le transport ou de les aider à avoir accès à des services de garde d'enfants.

Diverses personnes-ressources clés ont souligné qu'il fallait que les fournisseurs de soins de santé communautaires reçoivent une formation continue sur les stratégies d'intervention précoce et des services d'approche. Les domaines de formation devraient inclure :

- la reconnaissance des facteurs de risque et des conséquences liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues;

- les différences entre les sexes en ce qui touche la prévention et les profils de consommation problématique d'alcool et d'autres drogues;
- des renseignements actuels sur le mauvais usage des médicaments sur ordonnance;
- des approches de travail avec les membres de la famille;
- des stratégies d'intervention brève et de réduction des méfaits;
- des techniques d'entrevue motivationnelle;
- des protocoles et des processus d'aiguillage.

### *Spécialistes du traitement de la toxicomanie*

Selon les personnes-ressources clés, les spécialistes de la toxicomanie jouent un rôle vital en ce qui concerne la consultation et la planification des cas pour les fournisseurs de services communautaires et de santé. La consultation devrait inclure la diffusion de renseignements éducatifs ou la prestation de séances de formation officielle sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et les approches de réduction des méfaits. Les participants ont dit qu'il fallait que ces spécialistes connaissent les pratiques fondées sur des preuves et les ouvrages traitant de l'intervention précoce.

De nombreux répondants soulignent l'importance des fonctions de planification des cas. Ces activités comprennent la promotion de la sensibilisation aux possibilités de traitement, la prestation de services de counselling et la collaboration ou la consultation avec d'autres services. La consultation sur les cas ainsi que les liens entre les femmes et les ressources communautaires sont jugés capitaux pour aider les clientes à répondre à leurs besoins et à atteindre leurs buts de traitement.

### **3.4.5 Évaluation des stratégies d'intervention précoce et des services d'approche**

Plusieurs répondants soulignent l'importance d'examiner l'efficacité continue des stratégies d'intervention précoce et des services d'approche. L'évaluation nécessite la collecte des données de base et de suivi auprès des clientes et des fournisseurs de services dans une gamme de domaines, notamment :

- le profil des besoins de base et le profil de base de la consommation d'alcool et d'autres drogues;
- les changements du profil de consommation;
- les changements dans des domaines précis de la vie;

- les niveaux de satisfaction des clientes;
- les services d'intervention précoce et d'approche qui ont été les plus efficaces;
- l'à-propos et la pertinence de l'information sur la prévention et l'éducation;
- le nombre, les sources et les types d'aiguillages réalisés;
- les défis et les leçons apprises.

En ce qui concerne l'évaluation continue des initiatives et services communautaires, les répondants ont mentionné plusieurs méthodes de collecte des données qui pourraient être employées, notamment des systèmes d'information sur les clientes, des questionnaires et des mesures d'autodéclaration, des sondages téléphoniques ou des entrevues, des mesures de la satisfaction à l'égard du service ou du programme, ainsi que des groupes de discussion.



## 3.5 Liens communautaires

Voir la section 2.7 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 4.7 pour les résultats connexes aux groupes de discussion

### 3.5.1 Services et soutien communautaires essentiels

Les personnes-ressources clés devaient déterminer les services communautaires ou le soutien qui aident les femmes à faire des choix sains et à avoir des comportements sains aux premières étapes de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Le soutien comprend :

- des possibilités de logement stable et sécuritaire et des services répondant aux besoins de base (p. ex., banques d'alimentation);
- des services médicaux et de santé de base;
- des possibilités de perfectionnement personnel pour acquérir des aptitudes efficaces dans des domaines tels que la communication, la gestion du stress, la maîtrise de la colère, l'établissement d'un budget et l'alimentation;
- des services de counselling et de santé mentale;
- des programmes d'éducation ou de préparation professionnelle;
- des loisirs communautaires.

Divers répondants croient que la participation à des activités et services communautaires est une mesure préventive importante pour réduire la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Bien que bon nombre de ces

services soient disponibles dans la collectivité, le manque de coordination dans la planification des cas et la prestation fragmentée des services empêchent les clientes d'y participer rapidement. Le manque de transport et de services de garde peut compliquer l'accès aux services communautaires.

Les répondants conviennent qu'il faudrait une meilleure intégration des services communautaires et qu'une plus vaste gamme de services de soutien devraient être offerts en collaboration avec les programmes de traitement ou d'intervention précoce. Tout spécialement, il faut renforcer les liens entre les spécialistes de la toxicomanie et les fournisseurs de soins de santé communautaires dans la prestation de services d'intervention précoce et d'approche.

### 3.5.2 Obstacles aux liens entre les programmes communautaires et les services de traitement

Les répondants devaient souligner les défis qui empêchent les fournisseurs de services communautaires de collaborer. Les défis les plus souvent mentionnés sont des points de vue différents sur les buts et priorités des traitements, ainsi que les limites imposées par le mandat de l'organisme et du service. Bien que l'on s'attende à ce qu'il y ait du réseautage entre les organismes communautaires, on ne consacre pas assez de temps à l'établissement d'alliances

de travail. Les fournisseurs de services travaillant seuls ou « en vase clos » sont jugés réduire la confiance chez les professionnels et entraîner des retards possibles dans le traitement de l'aiguillage entre les services. D'autres répondants mentionnent les restrictions financières, la concurrence entre les organismes, le manque de mécanismes d'échange d'information et les demandes de paperasse, qui sont tous des obstacles à la bonne collaboration et à la communication efficace.

### 3.5.3 Travailler en vue d'offrir un service coordonné

Plusieurs répondants disent que les fournisseurs de services communautaires doivent d'abord avoir une compréhension commune des services s'ils veulent travailler ensemble de manière efficace. Les fournisseurs d'autres services qui comprennent la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et les possibilités de traitement saisissent mieux les stratégies intégratives pouvant permettre de répondre aux besoins des clientes.

Dans l'idéal, les fournisseurs de services communautaires devraient travailler en partenariat afin d'améliorer l'accessibilité des services communautaires. Les mesures que les organismes communautaires ou les professionnels devraient prendre comprennent les suivantes :

- établir un seul point d'aiguillage vers les services communautaires;
- remplir des protocoles d'évaluation standardisés pour réduire les doublons;
- adopter des heures de services plus flexibles;

- favoriser la flexibilité des exigences d'admissibilité des principaux services;
- apporter un soutien essentiel pour favoriser l'accès ou la participation aux programmes communautaires (p. ex., services de garde, transport).

Selon de nombreuses personnes-ressources clés, il est également bon d'avoir des services accessibles et situés à proximité des clientes.

### 3.5.4 Stratégies pour promouvoir la consultation et les liens communautaires

Les répondants croient qu'il est important que les fournisseurs de services se réunissent souvent pour se consulter, organiser des conférences de cas et planifier des réactions intégrées afin de répondre aux besoins propres aux clientes. La plupart des participants disent qu'il est capital d'avoir suffisamment de temps pour faire du réseautage et dialoguer en personne afin de promouvoir l'établissement d'alliances de travail solides.

Les ententes de services entre des professionnels communautaires sur l'échange d'information et la collecte de données peuvent être utiles pour promouvoir la consultation efficace. En outre, la formation intersectorielle ou le perfectionnement professionnel commun sont utiles pour renforcer les liens entre les organismes de service. De même, des réunions interorganismes devraient être conçues pour améliorer la compréhension mutuelle entre les fournisseurs de services communautaires. Ces réunions pourraient comprendre la discussion de leurs responsabilités respectives en planification

de cas, ainsi que du mandat et du rôle des organismes.

Plusieurs personnes-ressources clés disent qu'il faut un engagement à collaborer avec d'autres professionnels communautaires afin d'élaborer des approches intégrées pour répondre aux besoins des clientes. Les interactions réussies dépendent du respect mutuel, de la compréhension du point de vue des autres fournisseurs de services et nécessitent de rester centré sur les clientes. Lorsque l'engagement envers la collaboration interorganismes n'est pas présente, il peut être nécessaire d'élaborer des politiques et des protocoles qui favorisent ou orientent la création de liens communautaires positifs entre les fournisseurs de services.

### **3.5.5 Lacunes et incompatibilités des services ou des politiques**

Bien des participants croient qu'il faut examiner et réviser les lignes directrices sur les services pour s'assurer qu'ils demeurent axés sur les clientes. Pour plusieurs, il est important d'élaborer des politiques et des procédures efficaces afin de conserver et de renforcer le système familial mère-enfant pendant les périodes de traitement ou de transition.

Pour combler les lacunes des services, les personnes-ressources clés croient que des comités interorganismes doivent examiner en collaboration les services pour discuter du fonctionnement des politiques en vigueur et en examiner l'incidence sur les processus de prestation des services. L'information nécessaire aux examens peut être recueillie efficacement grâce à des entrevues individuelles ou en groupes de

discussion avec les fournisseurs de services et les clientes. Les efforts d'examen devraient culminer par la formulation de recommandations clés à mettre à exécution pour améliorer les systèmes de prestation de services communautaires régionaux.

### **3.5.6 Défis et points forts des approches intégratives**

La plupart des répondants parlent des avantages des approches de prestation de services intégratives. Pour les clientes, le renforcement des liens communautaires peut entraîner :

- une plus grande sensibilisation à la gamme des services de soutien communautaires;
- un meilleur accès aux traitements et au soutien essentiels;
- la prestation de services d'intervention précoce.

Le renforcement des alliances de travail appuie la planification conjointe des cas et des approches conjointes de règlement des problèmes, ainsi que la formation et l'échange d'expertise avec d'autres professionnels communautaires. Toutefois, selon quelques répondants, même si le renforcement des liens communautaires peut élargir la capacité générale des services, il peut ne pas être suffisant pour surmonter les problèmes que posent les ressources financières limitées et l'inexistence de programmes de soutien direct.

# Groupes de discussion

---

## 4.1 Introduction

Le but des groupes de discussion était d'obtenir le point de vue des femmes qui avaient eu besoin d'intervention précoce et de services d'approche pour régler leurs problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les données ont été recueillies lors de huit séances de groupe de discussion organisées dans quatre régions du Canada. Les secteurs de compétence représentés dans l'échantillon incluaient le nord, l'ouest, le centre et l'est du Canada.

Le premier contact avec les participantes a été fait en collaboration avec les fournisseurs de services de traitement locaux et régionaux. Le but de la recherche et la nature de leur participation possible à l'étude ont été expliqués aux participantes. On les a également avisées que la séance durerait environ deux heures et qu'il y aurait un débriefing après l'exercice en groupe de discussion.

Un format semi-structuré a été employé pour favoriser la discussion dans chaque groupe. Les participantes avaient l'occasion, à la fin de chaque séance, de revoir leurs réponses et de souligner les thèmes qu'elles considéraient être les plus importants. Quatre domaines d'enquête principaux ont été examinés :

- À quels principaux défis les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont-elles confrontées?
- Quels services ou mesures de soutien pourraient avoir un impact positif tôt pendant la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues?
- Comment les services offerts dans votre collectivité peuvent-ils réussir à aborder les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à établir des liens avec elles?
- Quels genres de services communautaires sont les plus utiles ou nécessaires?

Des tableaux de papier, des notes descriptives et des résumés des séances sont à la base du protocole rédigé pour chaque groupe de discussion. À la fin des séances des huit groupes, les protocoles ont été fusionnés en un ensemble de données unifiées. L'analyse du contenu a aidé

à cerner les grands thèmes et tendances. Le regroupement des principaux thèmes a par la suite servi de base à l'élaboration des catégories importantes pour illustrer les divers domaines d'enquête.

## 4.2 Données démographiques sur les participantes

Soixante femmes, âgées de plus de 18 ans, ont participé aux séances des huit groupes de discussion. Le nombre de femmes dans chaque groupe était de 5 à 11, la moyenne étant de 8. Les données démographiques ont été recueillies auprès des participantes avant chaque séance. Le tableau suivant présente le profil des femmes

qui ont assisté aux séances en tenant compte de leur lieu de résidence, de leur origine ethnique, de leur situation de famille, du nombre de leurs enfants, de leur niveau d'instruction, de leur situation professionnelle et du niveau de soutien familial perçu.

Tableau 8 : Données démographiques sur les participantes aux groupes de discussion

Variable sur les participantes	Pourcentage de l'échantillon (%)
Lieu de résidence	
Urbain	75
Rural	25
Origine ethnique	
Caucasienne	82
Premières Nations	15
Autres	3
Situation de famille	
Mariée ou vivant en union libre	27
Célibataire	73
Nombre d'enfants	
Aucun enfant	31
Un enfant	20
Deux enfants	27
Trois enfants	19
Plus de trois enfants	

Tableau 8 : Données démographiques sur les participantes aux groupes de discussion (suite)

Variable sur les participantes	Pourcentage de l'échantillon (%)
Niveau d'instruction	
Moins d'une 10 <sup>e</sup> année	15
De la 10 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année (secondaire non achevé)	22
Diplôme d'études secondaires	17
Quelques années d'études universitaires/technique	27
Diplôme d'une université/école techniques	18
Aucune réponse	1
Situation professionnelle	
Emploi à plein temps	25
Emploi à temps partiel ou saisonnier	14
Reçoit des prestations d'assurance-emploi ou une pension	12
Reçoit une aide au revenu	42
Étudiante	7
Soutien familial perçu	
Important	38
Moyen	18
Faible	32
Aucun	12

### 4.3 Les principaux défis : les préoccupations prioritaires

Voir les sections 2.3 et 2.4 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 3.3 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

*« J'avais commencé à travailler à un plan de traitement. Mais mon travailleur a changé et ils m'ont enlevé mes enfants. Je suis devenue suicidaire. Mes enfants sont tout ce que j'ai. »*

*« La sécurité est un problème. Notre toxicomanie nous met parfois dans des situations très instables. »*

*« On a peur que notre mari nous laisse si on admet qu'on a un problème. »*

*« C'est une spirale descendante. Plus on consomme, plus notre santé physique se détériore. À mesure que notre apparence se dégrade, notre estime de soi en prend un coup. »*

Les participantes devaient d'abord décrire les principaux défis auxquels les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues étaient confrontées. Elles devaient également déterminer quels problèmes étaient plus inquiétants pour elles. Voici la liste prioritaire des défis, accompagnée du nombre de groupes de discussion qui ont approuvé chaque thème :

- accéder à des services de traitement (7);
- reconnaître les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues (7);
- garantir des mesures de soutien personnel (7);
- venir à bout des émotions négatives (6);
- obtenir du soutien et de l'information essentielle sur les traitements (6);
- conserver les gains acquis grâce au traitement (6);
- avoir peur de perdre ses enfants (5);
- garantir la confidentialité (3).

#### **4.3.1 Accéder à des services de traitement**

Les participantes ont mentionné plusieurs obstacles liés à l'accès aux services de traitement. En particulier, parce que le temps d'attente est souvent long, il y a des rechutes pendant qu'elles attendent un rendez-vous en vue d'un traitement initial. De même, elles ne sont pas toujours au courant des possibilités de

traitement qui sont offertes dans leur collectivité et les fournisseurs de services ne leur donnent pas toujours de suggestions pour obtenir de l'aide.

Même lorsqu'elles ont accès aux programmes, les services sont souvent insuffisants étant donné leurs besoins. Les défis particuliers des programmes comprennent des heures de traitement insuffisantes, des centres de désintoxication comblés et le rationnement des ressources pour répondre uniquement aux besoins des personnes vivant une crise. Les autres obstacles incluent le manque de transport, le besoin de services de garde d'enfants et des ressources insuffisantes dans les régions éloignées.

#### **4.3.2 Reconnaître la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues**

Un défi majeur est la reconnaissance initiale qu'elles ont un problème attribuable à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Elles disent nier leur problème à elles-mêmes et à d'autres. Certaines précisent que leur consommation continue est approuvée comme un comportement normal par d'autres personnes qui consomment.

#### **4.3.3 Garantir des mesures de soutien personnel**

Le fait de garantir des mesures de soutien personnel est indiqué comme un défi important. Bien des participantes ont parlé de leur peur d'être rejetées par des personnes qui comptaient à leurs yeux et de la nécessité de maintenir les relations familiales et professionnelles intactes.

Elles ont également souligné les avantages possibles du soutien par les pairs fourni pendant le processus de traitement et ont ajouté que ces interactions étaient d'importantes sources d'encouragement pour elles.

#### **4.3.4 Venir à bout des émotions difficiles**

De nombreuses participantes ont dit qu'elles continuaient de consommer de l'alcool ou d'autres drogues afin de surmonter ou d'éviter des sentiments accablants liés à leur passé ou à leur vie actuelle. Elles ont décrit des émotions liées à leur situation présente et antérieure, notamment la dépression, la faible estime de soi, la solitude, la perte et le désespoir. La honte et la culpabilité sont aussi des facteurs favorisant la poursuite de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Des cycles générationnels de relations de violence, tant physique qu'émotionnelle, sont aussi associés à la consommation prolongée.

#### **4.3.5 Obtenir du soutien et de l'information essentielle sur le traitement**

De nombreuses participantes ont dit entretenir des inquiétudes au sujet de la difficulté à accéder à de l'information essentielle sur les questions liées à l'accoutumance et à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Elles ont souligné l'importance de fournir de l'information exacte aux membres de leur famille, à leurs amis et aux organismes qui aident les femmes. Elles ont aussi mis l'accent sur la nécessité d'offrir une éducation sur la consommation problématique

d'alcool et d'autres drogues aux fournisseurs de services communautaires, aux organismes gouvernementaux, aux employeurs et aux écoles.

Dans plusieurs séances des groupes de discussion, des femmes ont également dit qu'il fallait un soutien accru de la part du personnel des organismes de services sociaux et de santé communautaires. À leur avis, leur lutte contre la consommation d'alcool et d'autres drogues n'est souvent pas bien comprise par les fournisseurs de services communautaires. Les médecins de famille sont jugés critiques lorsqu'il faut appuyer les femmes en leur fournissant de l'information, en assurant le dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et en faisant de l'aiguillage vers des services de traitement de base. De l'avis des participantes, les fournisseurs de soins de santé devaient reconnaître la vulnérabilité des femmes au mauvais usage des médicaments sur ordonnance et des approches de gestion du stress et de l'anxiété sans médicaments devraient être offertes plus souvent.

#### **4.3.6 Conserver les gains obtenus grâce au traitement**

Les femmes ont parlé des difficultés liées au maintien des changements positifs et de leurs gains personnels lorsqu'elles retournent dans leur milieu communautaire et familial après un traitement. Les relations qui ne changent pas peuvent les porter à consommer à nouveau. La présence et l'acceptation sociale de la consommation d'alcool et d'autres drogues dans leur milieu augmentent leur vulnérabilité à la rechute. Des services de suivi positif



accompagnés de la participation aux activités quotidiennes et aux opérations de travail sont jugés être essentiels pour conserver les gains obtenus grâce au traitement.

### 4.3.7 Avoir peur de perdre ses enfants

Les femmes ont décrit les craintes liées aux répercussions, surtout celle de perdre la garde de leurs enfants, si elles reconnaissaient leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues ou si elles cherchaient à suivre un traitement. Le fait de remplir des obligations parentales, tout en consommant et pendant le rétablissement, est considéré être un défi de taille.

## 4.4 Autres défis

Voir les sections 2.3 et 2.4 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 3.3 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

Les participantes ont mentionné d'autres défis importants. Voici les domaines d'inquiétude et le nombre de séances des groupes de discussion au cours desquelles chaque thème a été soulevé :

- réagir aux stéréotypes négatifs (8);
- régler les problèmes d'emploi et surmonter les défis financiers (5);
- être victime de manque de respect (5);
- vivre avec des inquiétudes liées à la santé et à la sécurité (3).

### 4.3.8 Garantir la confidentialité

La confidentialité est jugée capitale pour les participantes lorsqu'elles ont accès à des services pour la première fois. Dans les régions rurales ou éloignées, elles disent qu'il est souvent difficile d'avoir accès à des services ou à des groupes de soutien sans se faire remarquer par les autres ou sans qu'il y ait des discussions dans la collectivité.

### 4.4.1 Réagir aux stéréotypes négatifs

Dans leur collectivité et dans la société en général, les femmes ont dit percevoir, de la part des autres, des stéréotypes négatifs associés à leur sexe, à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et à leur participation à des activités liées à un traitement.

Le stigmate et les craintes liées aux attitudes empreintes de jugement sont considérés être un élément qui empêche de nombreuses femmes de reconnaître leur consommation problématique et de chercher à suivre un traitement.

#### 4.4.2 Régler les problèmes d'emploi et surmonter les défis financiers

Les participantes aux groupes de discussion ont exprimé des inquiétudes au sujet de leur situation professionnelle et de leur revenu. Pour certaines, les programmes en résidence ou internes ne sont pas accessibles, à moins de risquer de perdre leur emploi ou d'obtenir une aide financière suffisante. Elles croient que les employeurs ont besoin d'éducation sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'accoutumance et le rétablissement.

#### 4.4.3 Être victime de manque de respect

Diverses participantes ont dit que certains fournisseurs de services manquaient de respect à leur égard. Par conséquent, elles ont moins confiance dans certains organismes et éprouvent

plus de difficulté à établir des alliances de travail positives, tout particulièrement avec les services de protection de l'enfance et les représentants de la justice.

#### 4.4.4 Vivre avec des inquiétudes liées à la santé et à la sécurité

Les participantes ont parlé des interactions entre l'accoutumance et les relations marquées par la violence physique ou psychologique. La consommation d'alcool et d'autres drogues augmente en réaction aux mauvais traitements continus et à la violence dans les relations familiales, et les conséquences de la consommation problématique prolongée ont une incidence négative tant sur la santé physique qu'émotionnelle des femmes à long terme.

### 4.5 Intervention précoce

Voir la section 2.5 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 3.4 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

*« J'aurais tout dit à mon médecin. J'étais prête à être franche. »*

*« Si j'avais eu le courage de m'ouvrir... à mes parents quand j'étais jeune, je ne pense pas que j'aurais fini ici. »*

*« Il faut être en état de crise pour attirer l'attention. »*

Les participantes devaient déterminer les principaux services, mesures de soutien ou événements qui auraient pu avoir un impact positif sur elles tôt dans leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Voici un résumé des principaux thèmes et du nombre de groupes de discussion qui ont approuvé chacune des réponses majeures :

- intervenir tôt auprès des adolescentes (7);

- améliorer la sensibilisation et les connaissances de la collectivité (7);
- favoriser et conserver les sources de soutien (6);
- fournir des services de counselling individuel (5);
- mettre en oeuvre des programmes communautaires d'intervention précoce (4);
- maintenir les liens avec les parents (3);
- offrir des lignes d'assistance sans frais (3);
- poser des questions de dépistage (2).

#### **4.5.1 Intervenir tôt auprès des adolescentes**

Les participantes ont mentionné qu'il était important d'aborder les jeunes femmes grâce à des programmes d'éducation et de prévention faisant appel à des approches qui améliorent l'estime de soi et la force intérieure. La participation des jeunes à des activités organisées est considérée être un facteur de protection possible contre les comportements susceptibles d'entraîner la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.

Les enseignants devraient être au courant des problèmes attribuables à la consommation et connaître les services communautaires où renvoyer les étudiantes qui ont besoin d'aide. Les jeunes devraient avoir accès à des personnes-ressources confidentielles dans le système lorsqu'ils ont des inquiétudes ou des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. En général, les participantes

croient que les jeunes femmes n'ont pas facilement accès à des services de traitement et de soutien. Bon nombre pensent que la détection et l'intervention précoces pendant leur adolescence par des enseignants ou des membres de leur famille auraient pu éviter que leur consommation n'aille en augmentant.

#### **4.5.2 Améliorer la sensibilisation et les connaissances de la collectivité**

Bien des participantes ont avancé que des séances d'information sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues devraient être offertes aux membres de la famille, aux employeurs et aux fournisseurs de services dans les secteurs des soins de santé, des services sociaux, de l'éducation et de la justice. De même, les médecins jouent un rôle capital dans la sensibilisation des femmes au mauvais usage des médicaments sur ordonnance et des solutions de rechange pour gérer la douleur. Dans l'ensemble, les participantes croient que le fait d'avoir une collectivité mieux informée réduirait les stigmates et la honte liés à la recherche d'un traitement.

#### **4.5.3 Fournir et maintenir les sources de soutien**

Pour les participantes, le soutien familial est important dans les efforts d'intervention précoce. Les membres de la famille peuvent profiter du counselling pour régler des questions où ils ont des défis personnels et aider les clientes à réduire la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Il faut remettre aux employeurs de l'information

sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues pour qu'ils la comprennent et qu'ils apportent un soutien. Les groupes de soutien dirigés par des pairs ont aussi été mentionnés comme des sources possibles de soutien continu des femmes pendant le processus de traitement.

#### **4.5.4 Fournir des services de counselling individuel**

Les participantes ont souligné l'importance des services de counselling individuel destinés aux femmes. Le soutien devrait comprendre l'établissement d'un milieu sûr où elles peuvent discuter des difficultés de la vie. Des conseillers devraient travailler avec les membres de la famille et collaborer avec d'autres fournisseurs de services afin d'élaborer des plans de cas. De nombreuses femmes ont confirmé que ces services devraient être accessibles et non limités à la capacité de payer d'une personne. En plus des services de counselling, une formation aux aptitudes nécessaires à la vie est considérée être un élément utile des activités d'intervention précoce.

#### **4.5.5 Mettre en oeuvre des programmes communautaires d'intervention précoce**

Selon les femmes, il est important de mettre en oeuvre des programmes communautaires d'intervention précoce, tout particulièrement des programmes en milieu de travail.

#### **4.5.6 Maintenir les liens avec les parents**

Les participantes ont parlé des avantages de pouvoir maintenir des liens avec leurs enfants pendant le traitement. Par opposition, le retrait des enfants du domicile familial est perçu par bon nombre d'entre elles comme une pénalité qui leur est imposée pour avoir cherché à obtenir de l'aide.

#### **4.5.7 Offrir des lignes d'assistance sans frais**

Plusieurs groupes ont mentionné les avantages des lignes d'assistance sans frais qui sont un moyen de réagir aux inquiétudes ou de répondre aux questions liées à l'accoutumance, ainsi que donner de l'information essentielle sur les ressources et les programmes locaux.

#### **4.5.8 Poser des questions de dépistage**

De nombreuses participantes ont mentionné qu'il était important que les fournisseurs de services posent des questions clés de dépistage. Ces questions devraient être posées ouvertement, dans le respect et la compassion. Les médecins jouent un rôle inestimable, car ils offrent aux femmes de l'information exacte et ils favorisent leur accès aux services de traitement dont elles ont besoin.

## 4.6 Services d'approche

Voir la section 2.6 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 3.4 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

*« Il est difficile d'aller voir mon conseiller en ville parce que mes chances de rechute sont assez bonnes. Tout le monde que je connais consomme. »*

*« Il aurait été très utile que quelqu'un ne soit pas là uniquement pour m'aider à prendre mon premier rendez-vous mais aussi pour s'assurer que j'y aille la première fois. »*

Les participantes devaient décrire des mesures précises que les collectivités pourraient prendre pour aborder les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Voici un résumé des principales réponses qui sont ressorties, ainsi que le nombre de groupes de discussion qui ont approuvé chacun des thèmes :

- améliorer la capacité des fournisseurs de services communautaires d'aborder les femmes (7);
- améliorer la connaissance des ressources communautaires et des processus d'aiguillage (7);
- améliorer l'accessibilité aux services (6);
- préconiser des mesures de collaboration (6);
- renforcer la défense des approches propres à chaque sexe (6).

### 4.6.1 Améliorer la capacité des fournisseurs de services communautaires d'aborder les femmes

Selon les participantes, les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues ont souvent un premier contact avec des fournisseurs de services communautaires bien avant leur premier contact avec des programmes de traitement spécialisé. Elles indiquent que les organismes de services sont bien placés pour aborder ces femmes. Diverses participantes pensent qu'il est important d'offrir des séances d'information sur l'alcool et d'autres drogues à une vaste gamme de fournisseurs de services, notamment des professionnels de la santé, des cliniciens en santé mentale, des agents d'exécution de la loi, des travailleurs sociaux, des enseignants et des membres du clergé. En comprenant mieux ces questions, ces membres de la collectivité et ces professionnels peuvent jouer un rôle de défense capital pour établir des liens entre les femmes et les services dont elles ont besoin.

#### **4.6.2 Augmenter la connaissance des ressources communautaires et des processus d'aiguillage**

Les participantes croient que les fournisseurs de services communautaires et de soins de santé doivent posséder suffisamment de connaissances sur les ressources et les processus d'aiguillage locaux. Les professionnels des soins de santé, les agents de police et le personnel des refuges sont bien placés pour utiliser ces connaissances lorsqu'ils travaillent avec des femmes.

#### **4.6.3 Améliorer l'accessibilité des services**

De nombreuses femmes ont indiqué le manque d'accès rapide aux services nécessaires. Les obstacles particuliers à l'accès comprennent les longues périodes d'attente des programmes de désintoxication, les services d'approche insuffisants et le manque de services de traitement. Les cliniques sans rendez-vous ou les centres d'accueil peuvent être une bonne façon d'établir des liens avec des femmes. Ces approches ont l'avantage d'offrir un contact immédiat avec les fournisseurs de services et réduisent les difficultés liées à la prise de rendez-vous et aux périodes d'attente.

#### **4.6.4 Préconiser des mesures de collaboration**

Selon les participantes, il est important que les fournisseurs de services communautaires travaillent en collaboration afin de répondre aux besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et

d'autres drogues. La collaboration accrue devrait être entreprise par les intervenants clés des centres de traitement des toxicomanies, des refuges, des organismes de santé mentale et des agents d'exécution de la loi. La planification communautaire devrait comprendre des stratégies ou des procédures qui aident les femmes à avoir accès à un traitement sans avoir peur de perdre leurs enfants.

#### **4.6.5 Renforcer la défense des approches propres à chaque sexe**

Les répondantes ont mentionné qu'il fallait renforcer la défense des activités et des services conçus pour répondre aux besoins propres aux femmes. Elles ont fortement insisté sur le fait que les services de protection de l'enfance pourraient en faire plus pour aider les mères à conserver la garde de leurs enfants pendant leur processus de rétablissement. Elles ont aussi souligné qu'il fallait plus de centres résidentiels et de désintoxication conçus spécialement pour les femmes. De nombreuses répondantes ont dit apprécier les relations des intervenants en toxicomanie qui connaissent et comprennent les problèmes des femmes. Elles ont aussi souligné les avantages d'avoir des défenseurs désignés qui parlent au nom des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

## 4.7 Services et liens communautaires

Voir la section 2.7 pour les résultats connexes à la recension de la documentation

Voir la section 3.5 pour les résultats connexes aux entrevues avec les personnes-ressources clés

*« Beaucoup de programmes sont utiles. Mais ils ne vont pas assez loin. Ils doivent offrir de nous aider à nous relier à des services... »*

Les participantes devaient déterminer les genres de services communautaires dont les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues avaient le plus besoin ou qui leur étaient les plus utiles. Voici les principales réponses et le nombre de séances de groupe de discussion où chaque thème est ressorti :

- groupes de soutien (6);
- services de garde d'enfants (5);
- description des services (4);
- services d'intervention d'urgence (4);
- hébergement et refuge (4);
- programmes éducatifs communautaires (4);
- soutien pendant une transition et programmes de suivi (4).

### 4.7.1 Groupes de soutien

Les répondantes ont dit que des groupes de soutien tels que Marijuana Anonyme et Narcotiques Anonymes étaient utiles. Plusieurs ont fait ressortir les avantages des groupes de soutien axés sur le traitement qui sont animés par des spécialistes de la toxicomanie.

### 4.7.2 Services de garde d'enfants

Selon les participantes, il est important de fournir des services de garde d'enfants de qualité aux femmes qui suivent un traitement et il y a des avantages à ce qu'elles aient accès à leurs enfants pendant le processus de traitement.

### 4.7.3 Description des services

Certains membres des groupes de discussion ont indiqué qu'il fallait élaborer des ressources écrites décrivant en détail les principaux programmes et services de soutien qui sont mis à la disposition des femmes à l'échelle locale. Dans l'idéal, ces ressources devraient être facilement accessibles et faire l'objet de promotion. Il serait aussi utile de faire la description des services offerts dans des régions données pour améliorer la compréhension mutuelle des programmes et des services chez les fournisseurs de services communautaires.

#### **4.7.4 Services d'intervention d'urgence**

Selon les participantes, il est important de fournir aux femmes des services d'aide en toxicomanie et des lignes d'écoute téléphonique. Elles ont ajouté qu'il serait bon que les femmes aient accès à des services d'intervention d'urgence, comme ceux qui sont offerts par les centres d'accueil et les organismes qui répondent aux victimes d'agression sexuelle et de traumatisme.

#### **4.7.5 Hébergement et refuge**

Les participantes ont rappelé que les femmes avaient besoin de refuges sûrs et de logements abordables. Elles recommandent que le personnel des refuges reçoive une formation spécialisée sur les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et les approches propres à chaque sexe, et qu'il possède les compétences nécessaires pour relier les femmes à d'autres services dont elles ont besoin. Le fait que les femmes en milieu rural ont moins accès à ce genre de services et de programmes inquiète les participantes.

#### **4.7.6 Programmes éducatifs communautaires**

Outre les services de traitement, les participantes croient qu'il faut des programmes éducatifs communautaires qui portent sur une vaste gamme de sujets de perfectionnement personnel, comme l'estime de soi, l'apaisement de la douleur, l'établissement du budget, le rôle parental, les choix sains, l'alimentation, l'affirmation de soi et la gestion de la colère.

#### **4.7.7 Soutien pendant une transition et programmes de suivi**

Selon les femmes, pendant les périodes de transition d'un traitement, elles éprouvent souvent plus de stress et sont plus sensibles à la rechute. Plusieurs d'entre elles ont souligné qu'il était important d'offrir aux femmes des possibilités de réadaptation à long terme, comme des maisons de soutien de « transition » et des programmes de logement de transition. Les services de soutien à domicile et les programmes familiaux sont ressortis comme des sources de soutien essentiel pour les femmes pendant les périodes de changement. Certaines ont aussi mentionné que des renseignements sur la prévention devraient être fournis au moment de la sortie d'un centre de désintoxication et qu'il fallait offrir des services de suivi après des programmes de traitement initial et de désintoxication. Les plans de soins devraient inclure des activités liées à la surveillance et au soutien des gains acquis par les clientes pendant un traitement à long terme.





# Énoncés des meilleures pratiques

---

# 5

## 5.1 Introduction

Le but de cette section est de présenter les lignes directrices sur les meilleures pratiques liées à la prestation de services d'intervention précoce, d'approche et des liens communautaires aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les énoncés des meilleures pratiques représentent la convergence des principales réflexions tirées des recherches et des entrevues des experts clés avec les fournisseurs de services ou des séances des groupes de discussion avec des femmes qui éprouvent des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Une gamme de besoins des clientes et des problèmes touchant la prestation des services sont inclus dans les lignes directrices. Ces stratégies fondées sur des preuves devraient favoriser l'accès des femmes ayant besoin de services liés à la toxicomanie. À mesure que les recherches se poursuivent,

ces énoncés devront être revus et modifiés pour tenir compte des réflexions nouvelles et d'autres réflexions. Voici un résumé des principales catégories des énoncés des meilleures pratiques qui sont formulés dans la présente partie :

- questions générales;
- processus de dépistage;
- stratégies d'intervention précoce;
- services d'approche;
- programmes de soutien communautaires pertinents;
- liens communautaires et approches intégratives.

## 5.2 Questions générales

### **Situation des clientes**

Les stratégies d'intervention précoce et des services d'approche nécessitent la compréhension de la situation et des besoins de chaque cliente et/ou groupe de clientes pour adapter les services et inclure des mesures de soutien pertinentes. Le but est de réduire les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues et d'améliorer la santé générale et le fonctionnement social.

### **Besoins de base**

Les besoins de base, notamment des ressources suffisantes prenant la forme d'aliments, de vêtements ou de logement, doivent être comblés en conjonction avec les efforts d'approche et d'intervention précoce.

### **Inquiétudes au sujet de la garde des enfants**

La peur de perdre la garde de leurs enfants est un obstacle important à la recherche de services de traitement dont les femmes ont besoin. Cette inquiétude devrait être prise en compte en fonction de chaque sexe dans les efforts d'intervention précoce et d'approche.

### **Défis des régions rurales**

Les services destinés aux femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues sont souvent limités dans les collectivités rurales. Les groupes de soutien locaux, les lignes d'assistance et les services Internet pourraient être une façon viable d'établir des liens avec les femmes en région éloignée et de les relier par la suite à des services d'intervention précoce.

### **Mauvais usage des médicaments sur ordonnance**

Des psychotropes, notamment des tranquillisants et des analgésiques, sont prescrits à des femmes plus souvent qu'à des hommes et le risque d'éprouver des problèmes liés à la prise de médicaments sur ordonnance est plus grand chez les femmes. Les fournisseurs de soins de santé devraient tenir compte de la vulnérabilité possible des femmes au mauvais usage des médicaments sur ordonnance. Le cas échéant, d'autres approches de gestion du stress et de l'anxiété, sans médicaments, devraient être adoptées.

## **Sensibilisation aux cultures**

Il faudrait être sensible aux cultures au moment d'élaborer des stratégies d'approche et d'intervention précoce. Pour les femmes autochtones, les membres de la collectivité, les dirigeants et les professionnels peuvent être des sources importantes de soutien et ils peuvent jouer un rôle inestimable dans la prestation des services.

## **5.3 Processus de dépistage**

### **Processus de dépistage axés sur les clientes**

Les questions de dépistage devraient être remplies en collaboration avec les clientes de manière à ce qu'elles se sentent à l'aise et en sécurité. Les fournisseurs de services communautaires et de soins de santé devraient aborder ces questions sans jugement, en faisant preuve de respect et d'ouverture pour discuter des questions de santé et des inquiétudes sociales liées à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.

### **Niveaux d'alphabétisation**

Au moment de remplir des questionnaires de dépistage, les fournisseurs de services devraient être attentifs aux niveaux d'alphabétisation des clientes, leur accorder plus de temps et apporter des mesures d'ajustement, le cas échéant.

### **Domaines d'enquête**

Les domaines d'enquête des entrevues d'approche ou d'évaluation devraient comprendre : le début, les types d'alcool ou d'autres drogues consommés et les profils de consommation; la situation et les conséquences liées à la consommation; la connaissance du niveau de consommation et la réceptivité des clientes au changement; ainsi que les liens des clientes avec les services communautaires et les programmes d'intervention.

## **Rôle des fournisseurs de services communautaires et de santé**

Ce sont souvent les fournisseurs de services communautaires et les professionnels de soins de santé, plutôt que les spécialistes de la toxicomanie, qui identifient au départ les femmes qui éprouvent, ou qui risquent d'éprouver, des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les infirmières de la santé publique, les obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, le personnel chargé de la santé mentale et d'autres fournisseurs de services, qui conseillent les femmes sur la santé ou les soins personnels, sont bien placés pour faire le dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues. Ils constituent donc une ressource inestimable pour favoriser l'accès aux services nécessaires.

## **5.4 Stratégies d'intervention précoce**

### **Modèles théoriques de la réceptivité au traitement**

La théorie sur les étapes du changement de Prochaska et DiClemente est un cadre pratique pour comprendre et évaluer la réceptivité au traitement. Ce modèle appuie la création d'alliances de collaboration avec les clientes qui sont à divers niveaux de réceptivité au changement et il est souvent appliqué en conjonction avec des stratégies d'interventions brèves et d'entrevue motivationnelle.

### **Interventions brèves**

Les interventions brèves et les techniques d'entrevue motivationnelle sont des méthodes utiles pour améliorer la réceptivité au changement. Étant donné les preuves de l'efficacité possible des interventions brèves et le peu de temps qu'il faut pour les mettre en oeuvre, les fournisseurs de soins de santé et d'autres services sont bien placés pour appliquer ces stratégies. Bien que les interventions brèves ne doivent pas être utilisées pour remplacer des services de traitement plus intensifs, il peut s'agir de stratégies initiales efficaces pour faire participer les clientes ayant une dépendance plus grave.

### **Applications de l'intervention précoce en milieu de travail**

Des recherches récentes appuient l'utilisation des stratégies d'intervention précoce dans les programmes de santé en milieu de travail. Celles-ci peuvent inclure des messages éducatifs sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, ainsi que des renseignements généraux sur la santé, le régime alimentaire et l'exercice.

## 5.5 Services d'approche

### **Emplacements**

Il est capital de tenir compte du milieu de vie naturel des clientes lorsqu'on planifie et met en oeuvre des programmes d'approche. L'emplacement ou le milieu possible peut inclure les maisons d'hébergement, les programmes d'aide aux employés, les centres de santé, les centres communautaires, les prisons, les établissements psychiatriques, les cabinets de médecin et les programmes éducatifs communautaires. Des services d'approche peuvent également être donnés en collaboration avec des programmes d'éducation communautaires, comme le perfectionnement personnel, le rôle parental, la préparation à l'emploi, l'établissement du budget, l'estime de soi, l'alimentation, la gestion du stress, l'affirmation de soi et les relations interpersonnelles.

### **Accessibilité**

Les services d'approche fournis grâce à des programmes d'accueil, des services de traitement mobiles et des travailleurs de rue augmentent l'accès aux services en offrant des heures d'ouverture flexibles dans des endroits accessibles. Ils peuvent être tout particulièrement importants pour les femmes qui travaillent dans la rue, qui sont sans abri ou qui utilisent des drogues par injection.

### **Établir la confiance**

Les services d'approche sont plus efficaces lorsque la confiance a été établie et maintenue pendant plusieurs rencontres ou séances brèves. Cela peut être un élément tout particulièrement important pour les groupes qui posent un risque élevé, comme les femmes s'adonnant au commerce du sexe.

### **Activités d'approche**

Les activités d'approche devraient inclure la diffusion de renseignements sur la santé, de l'éducation sur les stratégies de réduction des méfaits, de l'information sur les ressources et programmes communautaires, l'identification des stratégies d'accès à ces services et, le cas échéant, l'accompagnement des clientes à leur premier rendez-vous.

## 5.6 Programmes de soutien communautaires pertinents

### Programmes propres à chaque sexe

Des recherches récentes ont fait ressortir l'importance de mettre à la disposition des femmes des approches de programmes propres à chaque sexe. Ces programmes peuvent offrir aux femmes la possibilité de partager leur expérience dans un milieu où elles se sentent en sécurité sur le plan affectif, d'interagir avec des modèles de rôle positifs et d'établir des réseaux de soutien.

### Soutien grâce au counselling

Les femmes éprouvent souvent de la honte et de la culpabilité au sujet de leur consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, ce qui mine leur estime de soi, réduit leur espoir et les pousse à continuer à consommer. Les services de counselling devraient tenir compte de ces sentiments lorsqu'une intervention précoce est offerte aux femmes.

### Services de garde d'enfants

L'absence de réseaux sociaux pour aider les femmes ayant des responsabilités familiales et la garde d'enfants peuvent les empêcher d'entrer en contact avec des programmes de traitement, même lorsque ceux-ci sont offerts dans la collectivité. Selon des recherches, l'accès à des services de garde favorise la participation au traitement et améliore les résultats.

### Thérapie et soutien de la famille

Les inquiétudes des membres de la famille peuvent être un important facteur qui pousse les femmes à chercher à se faire traiter. La thérapie familiale peut être bonne pour éduquer et appuyer les membres de la famille afin qu'ils apprennent des façons de réagir qui aident les femmes pendant le processus de traitement. Les membres des familles peuvent également être en mesure d'apporter des ressources réelles, comme le transport et la garde des enfants.

## 5.7 Liens communautaires et approches intégratives

### **Sensibilisation de la collectivité**

Les perceptions sociales et la désapprobation de la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes peuvent réduire le désir des clientes de chercher à obtenir des services de réadaptation. Le fait de sensibiliser les employeurs, les membres de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé primaires et d'augmenter leur compréhension peuvent réduire les obstacles sociaux perçus qui sont liés à l'accès au traitement.

### **Connaissance des services**

Pour faire un bon aiguillage, les fournisseurs de services doivent connaître la gamme des services et des programmes qui sont offerts dans la collectivité et savoir comment y avoir accès. Les centres de traitement qui offrent des services aux femmes devraient établir de solides liens d'aiguillage et de collaboration avec les refuges communautaires et les services de counselling en violence familiale.

### **Ententes entre les fournisseurs de services communautaires**

Les ententes de services ou les protocoles d'entente liés à l'aiguillage interorganismes et les protocoles de traitement sont jugés utiles pour améliorer la collaboration et la coordination entre les fournisseurs de services. Ces efforts aident à optimiser l'utilisation des ressources limitées et garantissent que la prestation des services continue de répondre aux besoins des femmes et des membres de leur famille.

### **Rôle consultatif des experts de la toxicomanie**

Les experts de la toxicomanie jouent un rôle consultatif capital auprès des fournisseurs de services et de soins de santé communautaires. La consultation peut comprendre la diffusion de renseignements éducatifs ou des séances de formation officielle sur les approches de dépistage de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et des stratégies sur la réduction des méfaits.



## Gestion de cas

Les stratégies de gestion de cas aident à organiser et à intégrer les services destinés aux femmes. Les approches devraient amener les clientes à être des collaboratrices actives de l'élaboration et de la mise en oeuvre des priorités de leur plan de gestion de cas. Transition entre des traitements

Pendant les périodes de transition entre des traitements, les femmes éprouvent plus de stress et sont plus sensibles à la rechute, ce qui les ramènerait à leurs anciens profils de consommation d'alcool et d'autres drogues. Les services de soutien qui pourraient être utiles pendant les périodes de changement comprennent les centres d'accueil, le counselling externe, les possibilités de réadaptation à long terme, les maisons de soutien de « transition », les programmes de logement de transition, les services de soutien à domicile et les programmes familiaux.

# Recherches futures

---

Le présent projet de recherche souligne les écarts dans les connaissances et les applications pratiques liées aux stratégies d'intervention précoce, aux services d'approche et à l'amélioration des liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Voici un résumé de ces questions :

## **Femmes membres d'un groupe minoritaire**

Les recherches sur l'origine ethnique et son influence sur la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues chez les femmes sont limitées. Il faudrait que d'autres recherches soient réalisées pour que l'on comprenne mieux les femmes qui sont membres de groupes minoritaires et les meilleures pratiques visant à organiser les efforts de prévention et d'intervention.

## **Stratégies de rétablissement sur Internet**

Selon des recherches préliminaires, les femmes ont peut-être accès à des services Internet plus souvent que les hommes pour régler leurs problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Bien que les stratégies de rétablissement sur Internet soient utilisées de plus en plus par les clientes, il faut faire des recherches pour évaluer l'efficacité des stratégies de traitement ou d'intervention précoce.

## **Évaluation de la prestation de services intégratifs**

Il faut faire plus de recherches sur l'incidence de l'amélioration des liens entre les services communautaires. Il serait bon d'évaluer non seulement les avantages thérapeutiques de ces approches mais encore leurs coûts sur de longues périodes.



# Références

---

- Adlaf, E.M., Begin, P. Et Sawka, E (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : Rapport détaillé*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission [AADAC]. (2003). *Women and substance use*. Extrait le 1<sup>er</sup> juin 2004 de <http://corp.aadac.com/women/factsheets/wasu-womsubab.asp>.
- Andersen M., Smereck, G.A., Hockman, E., Tinsley, J., Milfort, D., Shekoski, C., Connelly, C., Faber-Bermudez, I., Schuman, P., Emrich, K., Paliwoda, J., et Harris C. (2003). Integrating health care for women diagnosed with HIV infection, substance abuse, and mental illness in Detroit, Michigan. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(5), 49-58.
- B.C. Ministry for Children and Families. (1998). B.C. *FAS community action guide*. Extrait le 13 juin 2004 de [http://www.mcf.gov.bc.ca/spec\\_needs/fas/guide.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/spec_needs/fas/guide.pdf).
- Babor, T.F., et Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Brief interventions for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. Organisation mondiale de la santé.
- Blow, F. (1998). *Substance abuse among older adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) series no. 26*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Blow, F.C., et Barry, K.L. (2002). *Use and misuse of alcohol among older women*. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 308-315.
- Brown, S.A., Parker, J.D., et Godding, P.R. (2002). Administrative, clinical, and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *Journal of Behavioural Health Services and Research*, 29(2), 217-228.
- Brown, V.B., Melchior, L.A., et Huba, G.J. (1999). Level of burden among women diagnosed with severe mental illness and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 31-40.
- Brown, V.B., Melchior, L.A., Panter, A.T., Slaughter, R., et Huba, G.J. (2000). Women's steps of change and entry into drug abuse treatment: A multidimensional stages of change model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 231-240.
- Brunette, M., et Drake, R.E. (1998). Gender differences in homeless persons with schizophrenia and substance abuse. *Community Mental Health Journal*, 34(6), 627-642.
- Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie [BOLT]. (1996). *Ontario Addiction Treatment Services Rationalization Project: Guidelines for restructuring services*. Auteur. Extrait le 8 décembre 2004 de <http://sano.camh.net/resource/wom.htm>.
- Burge, S.K., et Schneider, F.D. (1999). *Alcohol-related problems: Recognition and intervention*. American Family Physician. [www.aafp.org/afp/990115ap/contents.html](http://www.aafp.org/afp/990115ap/contents.html).

- Bush-Baskette, S. (2000). The war on drugs and the incarceration of mothers. *Journal of Drug Issues*, 30(4), 919-928.
- Byrne, M.K., et Howells, K. (2002). The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 34-43.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM]. (n.d). *CAMH Treatment Applications: Drink Wise/Saying When*. Extrait le 8 décembre 2004 de <http://sano.camh.net/resource/drink.htm>.
- Collins, R.L., et McNair, L.D. (2002). Minority women and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 251-256.
- Copello, A., et Orford, J. (2002). Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97, 1361-1363.
- Coughey, K., Feighan, K., Cheney, R., et Klein, G. (1998). Retention in an aftercare program for recovering women. *Substance Use and Misuse*, 33(4), 917-933.
- Covington, S.S. (1998). Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population. *Women and Therapy*, 21(1), 141-155.
- D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R.H., Brewer, P.A., Craig, S.A., et Zink, B.J. (1998b). Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: intervention and referral. SAEM Substance Abuse Task Force, Society for Academic Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 5(12), 1210-1217.
- D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R.H., Brewer, P.A., Craig, S.A., et Zink, B.J. (1998a). Patients with alcohol problems in the emergency department, part 1: Improving detection. SAEM Substance Abuse Task Force, Society for Academic Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 5(12), 1200-1209.
- Ehrmin, J.T. (2001). Unresolved feelings of guilt and shame in the maternal role with substance-dependent African-American women. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 47-52.
- Ernst, C.C., Grant, T.M., Streissguth, A.P., et Sampson, P.D. (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: II. Three-year findings from the Seattle model of paraprofessional advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27(1), 19-38.
- Fondation de la recherche sur la toxicomanie. (1996). *Hidden majority: A guidebook on alcohol and other drug issues for counsellors who work with women*. Toronto ON, auteur.
- Friedmann, P.D., D'Aunno, T.A., Jin, L., et Alexander, J.A. (2000). Medical and psychosocial services in drug abuse treatment: Do stronger linkages promote client utilization? *Health Services Research*, 35(2), 443-465.
- Friedmann, P.D., Lemon, S.C., Stein, M.D., Etheridge, R.M., et D'Aunno, T.A. (2001). Linkage to medical services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 284-295.
- Friedmann, P.D., Lemon, S.C., Stein, M.D., et D'Aunno, T.A. (2003). Community referral sources and entry of treatment-naïve clients into outpatient addiction treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 105-115.

- Friedmann, R., Saitz, R., et Samet, J.H. (1998). Management of adults recovering from alcohol or other drug problems: Relapse prevention in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1227-1231.
- Galaif, E.R., Nyamathi, A.M., et Stein, J.A. (1999). Psychosocial predictors of current drug use, drug problems, and physical drug dependence in homeless women. *Addictive Behaviors*, 24(6), 801-814.
- Goetzl, R., Jacobson, B., Aldana, S. et al., (1998). Health care costs of worksite health promotion participants and non-participants. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 341-346.
- Grant, T.M., Ernst, C.C., et Streissguth, A.P. (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: I. Administrative strategies of the Seattle model of paraprofessional advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27(1), 1-18.
- Grigsby, D.G., et Cheever, T.R. (2004). *Substance Abuse: Nicotine*. Extrait le 15 mars 2005 de <http://www.emedicine.com/PED/topic2663.htm>.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2004). *Prévention primaire du syndrome d'alcoolisme fœtal*. Extrait le 27 juillet 2004 de <http://www.ctfphc.org>.
- Hall, M.J., et Tidwell, W.C. (2003). Internet recovery for substance abuse and alcoholism: An exploratory study of service users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 161-167.
- Haver, B., et Franck, J. (1997). Karolinska project for early treatment of women with alcohol addiction. *European Addiction Research*, 3(1), 30-36.
- Heirich, M., et Sieck, C.J. (2000). Worksite cardiovascular wellness programs as a route to substance abuse prevention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42(1), 47-56.
- Hernandez-Avila, C.A., Poling, J., Rounsaville, B.J., et Kranzler, H.R. (2002). Progression of drug and alcohol dependence among women entering substance abuse treatment: Evidence for telescoping. *Drug and Alcohol Dependence*, 66 (Suppl.), S79.
- Jacobs, K., et Gill, K. (2002). Substance abuse in an urban Aboriginal population: Social, legal and psychological consequences. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1(1), 7-25.
- Jarvis, T.J., Copeland, J., et Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*, 93(6), 865-878.
- Karzuntos, G.T., Dunlap, L.J., Zarkin, G.A., et French, M.T. (1998). Designing an employee assistance program (EAP) intervention for women and minorities: Lessons from the Rockford EAP study. *Employee Assistance Quarterly*, 14(1), 49-67.
- Kearney, M.H. (1998). Truthful self-nurturing: A grounded formal theory of women's addiction recovery. *Qualitative Health Research*, 8(4), 495-513.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Garvey, K.A., et LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug users: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug dans Alcohol Dependence*, 56, 85-96.
- Koss, M. (2000). Blame, shame, and community: Justice responses to violence against women. *American Psychologist*, 55(11), 1332-1343.

- Lapham, S.C., Gregory, C., et McMillan, G. (2003). Impact of an alcohol misuse intervention for health care workers – 1: Frequency of binge drinking and desire to reduce alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 38(2), 176-182.
- Loeber, R., Farrington, D., et Petechu, D. (2003). *Child delinquency: Early intervention and prevention*. Child Delinquency: Bulletin Series. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. OJJDP. Washington, D.C.
- Marsh, J.C., D’Aunno, T.A., et Smith, B.D. (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95(8), 1237-1247.
- Maslin, J., Graham, H.L., Cawley, M., Copello, A., Birchwood, M., Georgiou, G., et al. (2001). Combined severe mental health and substance use problems: What are the training and support needs of staff working with this client group? *Journal of Mental Health*, 10(2), 131-140.
- McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Gould, F., Meyers, K., Bencivengo, M., et al. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, 93, 1489-1499.
- Melchior, L.A., Huba, G.J., Brown, V.B., et Slaughter, R. (1999). Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry into substance abuse treatment. *Evaluation and Program Planning*, 22(3), 269-277.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., et Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., et Smith, J.E. (2001). *Community reinforcement and family training (CRAFT)*. Dans R.J. Meyers, et W.R. Miller (éd.). A community reinforcement approach to addiction treatment. Cambridge University Press, Cambridge, U.K. p. 147-160.
- Millar, W.J. (1998). Multiple medication use among seniors. *Health Reports*, 9(4), 11-17.
- Miller, W.R. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. US Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD.
- Miller, W.R. (2003). A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98, 5-6.
- Miller, W.R., et Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, Guilford Press.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., et Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 688-697.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. (1992). *Addiction Services Guidelines*. Ottawa, ministre d’Approvisionnement et Services Canada. Cat. No. H39-237/1992E.
- Mumenthaler, M.S., Taylor, J.L., O’Hara, R., et Yesavage, J.A. (1999). Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Research and Health*, 23(1), 55-64.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (1999). Are women more vulnerable to alcohol’s effects? *Alcohol Alerts*, 46.

- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2000). *The NIDA community-based outreach model: A manual to reduce the risk of HIV and other blood-borne infections in drug users*. Extrait le 1<sup>er</sup> juin 2004 de [www.drugabuse.gov/CBOM/Index.html](http://www.drugabuse.gov/CBOM/Index.html).
- National Native Alcohol and Drug Abuse Program. [NNADAP] (1998). *NNADAP review*. Extrait le 13 juin 2004 de [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/nnadap/publications/literary\\_review\\_abuse\\_prgrs.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/cp/nnadap/publications/literary_review_abuse_prgrs.pdf).
- Neal, R. (2004). *Voices: Women, poverty and homelessness in Canada*. Ottawa, Organisation nationale anti-pauvreté.
- Neale, J. (2001). Homelessness amongst drug users: A double jeopardy explored. *International Journal of Drug Policy*, 12, 353-369.
- Nyamathi, A., Leake, B., Keenan, C., et Gelberg, L. (2000). Type of social support among homeless women: Its impact on psychosocial resources, health and health behaviors, and use of health services. *Nursing Research*, 49(6), 318-326.
- Peterson, S., Berkowitz, G., Cart, C.U., et Brindis, C. (2002). Native American women in alcohol and substance abuse treatment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 13(3), 360-378.
- Poole, N., et Isaac, B. (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. BC Centre of Excellence for Women's Health, Vancouver.
- Poonwassie, A., et Charter, A. (2001). An Aboriginal worldview of helping: Empowering approaches. *Revue canadienne de counselling*, 35(1), 63-73.
- Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K., et Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: Social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19(2), 171-180.
- Prochaska, J., et DiClemente, C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. Dans W.R. Miller, et N. Heather (éd.). *Treating addictive behaviours: Processes of change*. New York, Plenum.
- Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N., et Wodak, A. (2000). Evaluation of a workplace brief intervention for excess alcohol consumption: The workscreen project. *Preventive Medicine*, 30, 51-63.
- Riehman, K.S., Hser, Y.-I., et Zeller, M. (2000). Gender differences in how intimate partners influence drug treatment motivation. *Journal of Drug Issues*, 30(4), 823-838.
- Roll, C.N., Toro, P.A., et Ortolola, G.L. (1999). Characteristics and experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 27(2), 189-198.
- Rollnick, S., Heather, N., et Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
- Rowe, M., Fisk, D., Frey, J., et Davidson, L. (2002). Engaging persons with substance use disorders: Lessons from homeless outreach. *Administration and Policy in Mental Health*, 29(3), 263-273.
- Royal New Zealand College of General Practitioners. (1999). *Guidelines for recognizing, assessing, and treating alcohol and cannabis abuse in primary care*. Extrait le 8 décembre 2004 de [www.rnzcgp.org.nz/alac/topicInformation.htm](http://www.rnzcgp.org.nz/alac/topicInformation.htm).



- Sacks, S. (2000). Co-occurring mental and substance use disorders: Promising approaches and research issues. *Substance Use and Misuse*, 35 (12-14), 2061-2093.
- Samet, J.H., Friedmann, P., et Saitz R. (2001). Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: Patient, provider, and societal perspectives. *Archives of Internal Medicine*, 161(1), 85-91.
- Samet, J.H., Larson, M.J., Horton, N.J., Doyle, K., Winter, M., et Saitz R. (2003). Linking alcohol- and drug-dependent adults to primary medical care: A randomized controlled trial of a multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit. *Addiction*, 98(4), 509-516.
- Santé Canada. (1996a). *Les immigrantes et la toxicomanie : Problèmes courants, programmes et recommandations*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-336E/1996F.
- Santé Canada. (1996b). *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-364/1996F.
- Santé Canada. (1996c). *Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : coup d'œil sur un projet national dans trois communautés*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-398/1997F.
- Santé Canada. (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanies – Traitement et réadaptation*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-438/1998.
- Santé Canada. (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-589/2001F.
- Santé Canada. (2001a). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H39-599/2001-2F.
- Santé Canada. (2001b). *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H49-156/2001F.
- Santé Canada. (2001c). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H49-153/2001F.
- Santé Canada. (2001d). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H49-154/2001F.
- Santé Canada. (2002a). *Meilleures pratiques – Traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. No de cat. H49-164/2002F.
- Santé Canada. (2002b). *Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. N° de cat. H46-2/03-295F.

- Smith, W.B., et Weisner, C. (2000). Women and alcohol problems: A critical analysis of the literature and unanswered questions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(8), 1320-1321.
- Stein, A., Shakour, S., et Zuidema, R. (2000). Financial incentives, participation in employer-sponsored health promotion and changes in employee health and productivity: HealthPlus Health Quotient Program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42, 1148-1155.
- Sterk, C.E., Elifson, K.W., et Theall, K. (2000). Women and drug treatment experiences: A generational comparison of mothers and daughters. *Journal of Drug Issues*, 30(4), 839-862.
- Stevens, S.J., Estrada, A.L., Glider, P.J., et McGrath, R.A. (1998). Ethnic and cultural differences in drug-using women who are in and out of treatment. *Drugs and Society*, 13 (?), 81-95.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2003). *Silence hurts: Alcohol abuse and violence against women*. Center for Substance Abuse Prevention. Extrait le 1<sup>er</sup> juin 2004 de [http://pathwaycourses.samhsa.gov/vawp/vawp\\_6\\_pg10.htm](http://pathwaycourses.samhsa.gov/vawp/vawp_6_pg10.htm).
- Swift, W., et Copeland, J. (1998). Treatment needs of women with alcohol and other drug problems: Experiences and views of Australian treatment personnel. *Drug and Alcohol Review*, 17, 59-67.
- Tait, C.L. (2000). *A study of the service needs of pregnant addicted women in Manitoba*. Santé Manitoba. [www.gov.mb.ca/health/documents/PWHCE\\_June2000.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/documents/PWHCE_June2000.pdf).
- Thompson, A.S., Blankenship, K.M., Selwyn, P.A., Khoshnood, K., Lopez, M., Balacos, K., et Altice, F.L. (1998). Evaluation of an innovative program to address the health and social service needs of drug-using women with or at risk for HIV infection. *Journal of Community Health*, 23(6), 419-440.
- Tinsman, P.D., Bullman, S., Chen, X., Burgdorf, K., et Herrell, J.M. (2001). Factors affecting client response to HIV outreach efforts. *Journal of Substance Abuse*, 13(1-2), 201-214.
- Tommasello, A.C., Myers, C.P., Gillis, L., Treherne, L.L., et Plumhoff, M. (1999). Effectiveness of outreach to homeless substance abusers. *Evaluation and Program Planning*, 22(3), 295-303.
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., Dankoski, M.E., Davis, S.K., et LaFazia, M. (2000). Couples therapy for drug abusing women in an inpatient setting: A pilot study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 22(2), 201-221.
- van den Bergh, N. (2000). Where have we been?... Where are we going?: Employee assistance practice in the 21<sup>st</sup> century. *Employee Assistance Quarterly*, 16(1-2), 1-13.
- van Wormer, K. (2002). *Addictions and women in the criminal justice system*. Dans S.L. Straussner et al. (éd.). *The handbook of addiction treatment for women* (p. 470-486). San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer.
- van der Walde, H., Urgenson, F.T., Weltz, S.H., et Hanna, F.J. (2002). Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. *Journal of Counselling and Development*, 80 (2), 145-153.

- Varcoe, C. (1998). *From “better than nothing” to “best practices”: A background paper on “best practices” in health care in relation to violence against women*. Colombie-Britannique, Ministry of Health, Ministry Advisory Council on Women’s Health.
- Vines, J.A., et Mandell, C.J. (1999). Characteristics of female alcohol and drug substance users engaged in treatment programs. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling*, 30(1), 35-43.
- Wechsberg, W.M., et Cavanaugh, E.R. (1998). Differences between drug using women who are in and out of treatment: Implications for interventions. *Drugs and Society*, 13(1-2), 63-79.
- Welte, J.W., Perry, P., Longabaugh, R., et Clifford, P.R. (1998). An outcome evaluation of a hospital based early intervention program. *Addiction*, 93, 573-581.
- Wenzel, S.L., Burnam M.A., Koegel, P., Morton, S.C., Miu, A., Jinnett, K.J., et Sullivan, J.G. (2001). Access to inpatient or residential substance abuse treatment among homeless adults with alcohol or other drug use disorders. *Medical Care*, 39(11), 1158-1169.
- Whynot, E.M. (1998). Women who use injection drugs: The social context of risk. *Journal de l’Association médicale canadienne*, 159, 355-358.
- Wild, T.C., Hodgins, D., Curtis, M., et Thygesen, K. (2003). *Review of screening and assessment instruments for women: Substance use and co-occurring disorders*. Edmonton, AB: AADAC.
- Willenbring, M.L., et Olson, D.H. (1999). A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1946-1952.
- Witbeck, G., Hornfeld, S., et Dalack, G.W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39-43.
- Woolis, D.D. (1998). FamilyWorks: substance abuse treatment and welfare reform. *Public Welfare*, 56(1), 24-34.
- Yahne, C.E., Miller, W.R., Irvin Vitela, L., et Tonigan, J.S. (2002). Magdalena pilot project: Motivational outreach to substance abusing women sex workers. *Journal of Substance Use Treatment*, 23(1), 49-53.
- Zelvin, E. (1999). Applying relational theory to the treatment of women’s addictions. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 14(1), 9-24.
- Zilberman, M.L., Tavares, H., Blume, S.B., et El-Guebaly, N. (2002). Towards best practices in the treatment of women with addictive disorders. *Addictive Disorders*, 1(2), 39-46.

# Annexe A: Sections du document appuyant les énoncés des meilleures pratiques

---

Cette annexe identifie les sections du document qui appuient chaque énoncé des meilleures pratiques.

## Questions générales

### Situation des clientes

Sources :

- 2.3.4 *Manque de soutien social*
- 2.4.1 *Femmes enceintes*
- 2.4.3 *Femmes ayant des troubles concomitants de santé mentale*
- 2.4.9 *Femmes âgées*
- 2.5 *Intervention précoce*
- 2.5.1 *Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 2.5.6 *Participation de la famille aux approches d'intervention précoce*
- 2.7.5 *Établir des liens avec d'autres services communautaires*
- 3.3.1 *Situation et besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*

3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*

3.4.1 *Orientations théoriques ou appliquées de l'intervention précoce et des services d'approche*

4.5.3 *Fournir et maintenir les sources de soutien*

### Besoins de base

Sources :

- 2.6.4 *Principales activités d'approche*
- 2.7 *Liens communautaires*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*
- 3.5.1 *Services et soutien communautaires essentiels*
- 4.7.5 *Hébergement et refuge*

## **Inquiétudes au sujet de la garde des enfants**

Sources :

- 2.2.4 *Contexte social et relations*
- 2.3.5 *Peur des répercussions*
- 2.4.2 *Femmes ayant des enfants*
- 3.3.1 *Situation et besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinées à des groupes particuliers de femmes*
- 4.3.7 *Avoir peur de perdre ses enfants*

## **Défis des régions rurales**

Sources :

- 2.4.5 *Femmes en milieu rural*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*
- 4.3.1 *Accéder à des services de traitement*

## **Mauvais usage des médicaments sur ordonnance**

Sources :

- 2.2.2 *Profils de consommation*
- 3.4.2 *Approches d'intervention précoce*
- 4.3.5 *Obtenir du soutien et de l'information essentielle sur le traitement*

## **Sensibilisation aux cultures**

Sources :

- 2.4.7 *Femmes autochtones*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*

## **Processus de dépistage**

### **Processus de dépistage axés sur la cliente**

Sources :

- 2.5.1 *Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 2.5.5 *Entrevue de négociation brève*
- 3.4.2 *Approches d'intervention précoce*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*
- 4.5.8 *Poser des questions de dépistage*

### **Niveaux d'alphabétisation**

Sources :

- 2.5.1 *Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 3.5.1 *Services et soutien communautaires essentiels*

## Domaines d'enquête

Sources :

- 2.5.1 *Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 2.5.2 *Dépistage en vue de la réceptivité au changement*
- 3.4.2 *Approches d'intervention précoce*
- 4.5.8 *Poser des questions de dépistage*

## Rôle des fournisseurs de services communautaires et de santé

Sources :

- 2.5 *Intervention précoce*
- 2.5.1 *Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 2.5.2 *Dépistage en vue de la réceptivité au changement*
- 2.5.8 *Emplacement de l'intervention précoce*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*
- 4.3.1 *Accéder à des services de traitement*
- 4.3.5 *Obtenir du soutien et de l'information essentielle sur le traitement*

## Stratégies d'intervention précoce

### Modèles théoriques de la réceptivité au traitement

Sources :

- 2.5.2 *Dépistage en vue de la réceptivité au changement*
- 2.5.4 *Techniques d'entrevue motivationnelle*
- 3.4.1 *Orientations théoriques ou appliquées de l'intervention précoce et des services d'approche*

### Interventions brèves et entrevues motivationnelles

Sources :

- 2.5.3 *Interventions brèves*
- 2.6.4 *Principales activités d'approche*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approch*

### Applications de l'intervention précoce en milieu de travail

Sources :

- 2.5.8 *Emplacement de l'intervention précoce*
- 3.4.2 *Approches d'intervention précoce*
- 4.5.5 *Mettre en œuvre des programmes communautaires d'intervention précoce*

## Services d'approche

### Emplacements

Sources :

- 2.6 *Services d'approche*
- 2.6.1 *Emplacement des services d'approche*
- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 3.4.3 *Services d'approche*
- 3.5.1 *Services et soutien communautaires essentiels*
- 4.7.6 *Programmes éducatifs communautaires*

### Accessibilité

Sources :

- 2.4.4 *Femmes sans abri ou nomades*
- 2.6.2 *Organisation des interventions d'approche*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*
- 3.4.3 *Services d'approche*
- 4.6.3 *Améliorer l'accessibilité des services*

### Établir la confiance

Sources :

- 2.4.10 *Femmes s'adonnant au commerce du sexe*
- 2.6.4 *Principales activités d'approche*
- 3.4.3 *Services d'approche*

## Activités d'approche

Sources :

- 2.4.6 *Usage de drogues par injection*
- 2.6.4 *Principales activités d'approche*
- 3.4.3 *Services d'approche*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*

## Programmes de soutien communautaires pertinents

### Programmes propres à chaque sexe

Sources :

- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 3.4.1 *Orientations théoriques ou appliquées de l'intervention précoce et des services d'approche*
- 4.6.5 *Renforcer la défense des approches propres à chaque sexe*

### Soutien grâce au counselling

Sources :

- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 4.5.4 *Fournir des services de counselling individuel*

## Services de garde d'enfants

Sources :

- 2.4.2 *Femmes ayant des enfants*
- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 3.3.1 *Situation et besoins des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*
- 3.3.2 *Questions liées à la prestation des services destinés à des groupes particuliers de femmes*
- 4.7.2 *Services de garde d'enfants*

## Thérapie et soutien de la famille

Sources :

- 2.5.6 *Participation de la famille aux approches d'intervention précoce*
- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*
- 4.3.3 *Garantir des mesures de soutien personnel*
- 4.7.7 *Soutien pendant une transition et programmes de suivi*

## Liens communautaires et approches intégratives

### Sensibilisation de la collectivité

Sources :

- 2.3.2 *Stigmatisation*
- 4.4.1 *Réagir aux stéréotypes négatifs*

### Connaissance des services

Sources :

- 2.5 *Intervention précoce*
- 2.7.2 *Avantages liés à la création de liens communautaires*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*
- 4.6.2 *Augmenter la connaissance des ressources communautaires et des processus de référence*

### Ententes entre les fournisseurs de services communautaires

Sources :

- 2.7 *Liens communautaires*
- 3.5.4 *Stratégies pour promouvoir la consultation et la création efficaces des liens communautaires*
- 4.6.4 *Préconiser des mesures de collaboration*



## Rôle consultatif des experts en toxicomanie

Sources :

- 2.5.9 *Consultation et formation spécialisées destinées aux fournisseurs de soins de santé*
- 3.4.4 *Rôles des personnes qui appuient l'intervention précoce et les services d'approche*

## Gestion de cas

Sources :

- 2.7.3 *Modèles de liens entre les services*
- 2.7.4 *Établir des liens avec les fournisseurs de soins de santé*
- 3.4.3 *Services d'approche*

## Transition entre les traitements

Sources :

- 2.4.11 *Femmes ayant des démêlés avec la justice*
- 3.5.5 *Lacunes et incompatibilités des services ou des politiques*
- 4.7.7 *Soutien pendant une transition et programmes de suivi*