

CONCEPTION et approches

950 De Louvain Est

CENTRE DOLLARD-CORMIER



950



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Centre de réadaptation en dépendance



CONCEPTION de la TOXICOMANIE ET APPROCHES de RÉADAPTATION

Extrait du Plan d'organisation 2006-2009 • Chapitre I
Adopté au conseil d'administration du 14 juin 2006

[Table des matières]

CONCEPTION DE LA DÉPENDANCE ET APPROCHES DE RÉADAPTATION	5
1 PRINCIPES GÉNÉRAUX	5
2 CONCEPTION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA RÉADAPTATION	6
2.1 Dépendance : un phénomène multidimensionnel	7
2.2 Dépendance : le résultat d'un processus	8
2.3 Réadaptation : un concept en voie de transformation	9
3 approches de réadaptation et MÉTHODES D'INTERVENTION	11
3.1 Raison d'être du Centre Dollard-Cormier comme centre public de réadaptation	11
3.2 Facteurs critiques de succès selon l'état actuel de la connaissance	12
4 jeu pathologique	15
5 CONCLUSION	16

CONCEPTION DE LA DÉPENDANCE ET APPROCHES DE RÉADAPTATION

Au moment d'entreprendre les travaux relatifs au plan d'organisation 2006-2009, le comité de régie avait manifesté son adhésion à l'ensemble du cadre conceptuel proposé dans le plan d'organisation de 2002, tant en ce qui concerne la conception de la dépendance que les approches de réadaptation. Les consultations auprès du personnel et des membres du conseil d'administration ont permis de constater que cette position faisait un assez large consensus. C'est pourquoi on retrouve ici l'essentiel du texte de 2002, mis à jour en tenant compte de l'évolution des connaissances, des résultats des consultations et de l'expérience vécue depuis la création du Centre.

I PRINCIPES GÉNÉRAUX

- › La dépendance est **l'un des principaux problèmes affectant la société québécoise contemporaine**. On retrouve la dépendance énoncée comme facteur causal, concomitant ou conséquent dans la plupart des objectifs gouvernementaux de santé et de bien-être : abus et négligence des enfants, décrochage scolaire, délinquance, chômage, violence conjugale, suicide, perte de productivité, isolement social des personnes âgées.

La clientèle visée est donc très large et la mission de réadaptation doit être envisagée dans une **perspective globale incluant une variété d'approches de réadaptation** telles que le développement de politiques sociales, la promotion de la santé, les soins médicaux, le développement personnel, la réadaptation psychosociale, le travail sur les habitudes et les conditions de vie, la formation et la recherche.

La portée de la mission et la nouvelle organisation du système de la santé et des services sociaux exigent une **vision réseau** qui maintient l'organisation en interaction constante avec tous les autres acteurs susceptibles de contribuer à la solution des problèmes de surconsommation d'alcool et de drogues ou de jeu pathologique.

- › La dépendance est un problème qui affecte les personnes toxicomanes ou les joueurs pathologiques et leur entourage. Toute réflexion sur le phénomène de dépendance doit se situer dans cette **perspective plus large des êtres humains dans leur totalité et agissant dans leur communauté**.
- › Les façons d'intervenir auprès de ces personnes et d'organiser les services qui leur sont rendus doivent assurer le **respect de leur dignité et de leur intégrité**.

- › Dans l'élaboration d'une conception de la dépendance et le choix d'approches cliniques, le Centre privilégie une approche qui s'appuie sur **les données actuellement disponibles au plan de la réflexion scientifique** d'une part, et d'autre part, sur **l'expérience clinique**. Le Centre souhaite ainsi s'assurer que le développement des programmes et des services s'effectue dans un souci de **rigueur clinique**.

Le Centre considère que la **contribution de l'expertise et l'expérience clinique du personnel** sont essentielles dans l'élaboration des programmes d'intervention. Le partage de l'expérience clinique doit être encouragé, afin que tous puissent en bénéficier. Une **pratique scientifique**, qui se manifeste par l'intégration à la pratique des connaissances acquises par la recherche et l'expérimentation, ici et ailleurs, doit être développée et encouragée.

- › L'idéologie proposée ici en ce qui concerne la conception de la toxicomanie et le choix des approches de réadaptation vise la continuité avec les principes et orientations définis dans l'offre de service rendue publique par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT)¹. Elle s'inscrit également dans le cadre de la mission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

2 CONCEPTION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA RÉADAPTATION

Comment expliquer que des personnes deviennent dépendantes de drogues et d'alcool et continuent de surconsommer ces produits, malgré les dommages que cela entraîne dans leur vie et dans celle des autres ? De nombreux modèles d'explication ont été élaborés pour tenter de donner un sens à cette conduite destructrice et en apparence irrationnelle. Ces modèles se sont inspirés de concepts religieux, moraux, scientifiques et souvent d'un amalgame des uns et des autres. Par ailleurs, un grand nombre d'études ont été menées au cours des cinquante dernières années pour mieux comprendre le phénomène de la toxicomanie d'un point de vue scientifique. Ces études, qui ont mis à contribution des disciplines aussi diverses que la biologie, la génétique, la sociologie, la psychologie, la criminologie et l'anthropologie, peuvent apporter un éclairage dans la démarche.

¹ Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal, 71 pages.

2.1 Dépendance : un phénomène multidimensionnel

La principale conclusion qui se dégage de la recherche dans ce domaine est que la dépendance est un **phénomène multidimensionnel** que seule une vision holistique permet d'approcher en respectant toute sa complexité. Sur le plan de l'étiologie, ceci implique que **plusieurs facteurs** peuvent **contribuer** au développement de ce phénomène. Ces facteurs peuvent être d'ordre **biologique** (hypothèses génétiques et neurologiques), **psychologique** (maladies mentales antécédentes et structure de personnalité, hypothèses psychodynamiques, humanistes, comportementales et cognitives) et **social** (influence des facteurs culturels et éducationnels, des conditions sociales et économiques, du milieu de travail).²

On constate la même diversité lorsqu'on considère l'ensemble des **manifestations et conséquences** qui découlent de la surconsommation d'alcool ou de drogues : conséquences multiples sur la **santé physique et mentale** (maladies de toutes sortes, sida, problèmes émotionnels, dysfonctions sexuelles, maladies mentales et troubles de personnalité associés), conséquences sur **l'organisation sociale de la personne et sur son entourage** (perte d'emploi, décrochage scolaire, criminalité, problèmes familiaux, violence, effritement du réseau social), **conséquences plus larges sur l'ensemble de la société** (accidents de la route, propagation du sida, coûts sociaux divers).

Il est par ailleurs très difficile, de départager dans quelle mesure chacune des dimensions susmentionnées est **cause ou conséquence du phénomène** de dépendance. Rares sont les recherches longitudinales qui fournissent le recul suffisant pour éclairer cette question. Lorsque l'on considère l'histoire des personnes toxicomanes, il est fréquent de constater que plusieurs facteurs ont évolué en étroite association et se sont influencés mutuellement.

De plus, **aucun de ces facteurs pris isolément** (si l'on fait exception de l'exposition aux substances elles-mêmes) **n'est nécessaire ni suffisant** pour provoquer l'apparition d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives. **La dépendance est un phénomène multifactoriel autant dans les sociétés que chez les individus. Le développement d'un problème de dépendance peut donc prendre des formes très différentes d'une personne à l'autre. Il faut évaluer dans chaque cas particulier l'importance relative de chacune des dimensions et leurs interrelations.**

² On se référera au livre de Cormier, D. ; *Toxicomanies : styles de vie* (1984), pour une revue des divers schèmes explicatifs à l'origine des toxicomanies.

Il faut donc, en fin de compte, reconnaître **l'écologie humaine** du phénomène de la dépendance et élargir le champ traditionnel d'action. En premier lieu, il est donc nécessaire d'investir plus intensément le milieu naturel des relations entre la personne dépendante et son entourage, son milieu d'appartenance, ses conditions matérielles et économiques. De façon plus étendue, la lecture de la problématique de la dépendance comme phénomène social amène également à tenir compte des conditions favorables à l'émergence de cette problématique. Des actions aux divers niveaux de l'organisation sociale et des lieux de décisions seront donc à privilégier afin d'influencer positivement les valeurs et les croyances de la communauté concernant le phénomène de la dépendance et de soutenir la mise en place de conditions favorables à la réadaptation et à l'insertion sociale des personnes dépendantes.

2.2 Dépendance : le résultat d'un processus

Plusieurs modèles ont été développés pour rendre compte de la façon dont ces divers facteurs contribuent au développement d'une dépendance chez une personne. Si les premiers modèles développés avaient tendance à se limiter à un nombre restreint de facteurs, les modèles plus récents, tels que ceux développés par Patisson, Sobell et Sobell (1977), Peele (1982) et Cormier (1984), ont reconnu l'ensemble des facteurs impliqués et mis en lumière l'aspect dynamique du phénomène. **La dépendance, en l'occurrence la toxicomanie, y est présentée comme le résultat d'un processus impliquant une interaction entre la personne elle-même, son environnement et la ou les substances psychoactives** (SPA).³

Dans cette perspective, la consommation de substances psychoactives peut se situer sur un **continuum** allant de la consommation non problématique à la dépendance, en passant par des stades de plus en plus problématiques de consommation. C'est ainsi que l'on a pu diviser ce continuum en plusieurs stades⁴ :

- › aucun usage ;
- › usage expérimental ;
- › usage irrégulier ;
- › usage régulier ;
- › dépendance plus ou moins sévère.

³ Le terme **substance psychoactive** sera utilisé ici pour désigner toute substance dont les propriétés sont de modifier l'humeur par une action sur le système nerveux central : alcool, drogues, médicaments psychotropes.

⁴ Voir à ce sujet le manuel *Youth and Drugs: an Education Package for Professionals*, Addiction Research Foundation (1991).

Selon l'état actuel des connaissances et l'expérience clinique, le cheminement d'une personne sur ce continuum peut évoluer dans l'une ou l'autre direction. Dans ce sens, **la dépendance aux SPA est un phénomène réversible**. Il est cependant probable que cette réversibilité soit liée à la présence de facteurs individuels (p.ex. vulnérabilité biologique ou psychologique) et environnementaux (soutien social, contexte culturel) plus ou moins favorables, de même qu'à la gravité de la dépendance elle-même et à la nature des substances impliquées.

Dans une perspective diagnostique, l'Organisation mondiale de la Santé propose un ensemble de **critères permettant d'évaluer la présence et la gravité d'une dépendance** chez une personne. Ces critères peuvent être regroupés autour des dimensions suivantes :

- › place de plus en plus centrale accordée à la consommation et sentiment subjectif de perte de contrôle sur cette consommation (dépendance psychologique);
- › apparition et maintien de comportements inadaptés socialement ou dangereux pour la santé et abandon ou négligence d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs en lien avec la surconsommation de substances;
- › apparition de symptômes de dépendance physique dans le cas de plusieurs substances.

En résumé :

- › les modèles actuels facilitent la compréhension du processus de développement des dépendances et de critères diagnostiques, permettant ainsi d'en évaluer la présence et la gravité chez une personne;
- › les programmes et services doivent être conçus de façon à laisser place à une **évolution en « dents-de-scie »** et éviter l'uniformisation;
- › les objectifs de l'intervention concernant la **consommation** de SPA sont variables (abstinence, diminution ou transformation de la consommation, réduction des méfaits qui y sont associés) et doivent tenir compte des attentes de la personne dépendante, de ses ressources et de l'importance de la dépendance établie.

2.3 Réadaptation : un concept en voie de transformation

S'appuyant principalement sur un modèle psychosocial de la toxicomanie, l'approche de réadaptation proposée implique que la surconsommation de substances psychoactives ne soit pas abordée de façon isolée et que l'intervention sur cette surconsommation ne puisse être efficace et durable que si elle porte également sur l'ensemble de la personne en se préoccupant de sa santé physique et mentale, tout autant que de son insertion sociale.

En 1991, la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec définissait la **réadaptation** de la façon suivante :

« Si la toxicomanie est une dépendance progressive qui entraîne des détériorations dans les diverses sphères de l'organisation de la vie, la réadaptation doit être comprise comme le processus inverse. **La réadaptation doit alors être conçue comme un processus d'évolution personnelle qui permet au toxicomane qui le désire, de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie (pouvoir qu'il avait abandonné au psychotrope) et de se reconstruire ainsi un équilibre physique, psychologique et social.** »

« La réadaptation doit permettre l'émergence de compétences favorisant le bien-être personnel et des rapports sociaux plus confortables. Elle est donc prioritairement une question d'apprentissages et de réapprentissage... »

« En fait, la réadaptation est un projet de vie par lequel une personne retrouve son pouvoir de décider et d'agir sur elle-même, sans l'aide du psychotrope. » (cf. : Horizon 2000, 1991, p. 12)

Ainsi conçu, le paradigme de la réadaptation s'intéresse essentiellement à la relation de l'individu avec les substances psychoactives et aux facteurs qui l'ont amené à perdre sa liberté à l'égard de la consommation de ces substances, dans le but de l'aider à s'affranchir, au moins partiellement, de la dépendance qu'il a développée et à réduire les méfaits induits par celle-ci.

Dans sa signification première, la réduction des méfaits s'intéresse peu à la relation de l'individu à la substance, comme on le fait généralement en réadaptation et ne cherche pas à la modifier. Elle propose **d'abord** aux usagers des mesures qui lui permettront de réduire l'impact des effets de la consommation (perspective pragmatique). En même temps, elle se distingue des approches traditionnelles de la réadaptation par sa tolérance envers la personne toxicomane, ses objectifs, ses capacités et ses ressources (perspective humaniste). Dans un contexte de réadaptation, la réduction des méfaits doit être interprétée ici comme un **paradigme clinique**. Concrètement, cela signifie que si cette adhésion amène nécessairement une organisation à s'intéresser d'abord, bien que non exclusivement, aux conséquences de la consommation et de la surconsommation de l'alcool et des autres drogues, le champ couvert par son application ne représente pas tout le champ de la santé publique.

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

3 APPROCHES DE RÉADAPTATION ET MÉTHODES D'INTERVENTION

Le choix des approches de réadaptation et des méthodes d'intervention retenues s'appuie d'abord sur la conception de la dépendance et de la démarche de réadaptation, telle que présentée dans les pages qui précèdent. Deux autres fondements servent aussi d'appui : la **raison d'être** du Centre Dollard-Cormier en tant que **centre public de réadaptation** et les **facteurs critiques de succès** dans le domaine de la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes, tels qu'identifiés par l'état actuel des connaissances et l'expérience clinique développée dans l'établissement.

3.1 Raison d'être du Centre Dollard-Cormier comme centre public de réadaptation

Un ensemble d'obligations et d'orientations se rattache à la mission spécifique du Centre Dollard-Cormier et à son statut de membre du réseau des établissements publics en santé et services sociaux, tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

En tout premier lieu, l'orientation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux situe clairement **la personne** au centre des préoccupations. La personne qui fait appel aux services est plus importante que son problème. Toute méthode d'intervention choisie devra donc assurer le **respect de sa dignité et de ses droits** fondamentaux.

En tant que centre public, le Centre Dollard-Cormier doit, dans les limites de ses ressources, rendre ses **services accessibles** à l'ensemble de la population du territoire de l'île de Montréal et ces services doivent être adaptés aux besoins de cette population.

Les approches de réadaptation et les méthodes d'intervention choisies doivent contribuer à la réalisation de la mission du Centre. Dans ce sens, le Centre Dollard-Cormier a non seulement une **obligation de moyens**, mais également une obligation de **résultats**. Par ailleurs, les personnes alcooliques et toxicomanes font partie d'un **milieu** qui est affecté par le problème au même titre que la personne dépendante elle-même et, de ce fait, ce milieu doit pouvoir bénéficier de l'aide du Centre. En contrepartie, il peut contribuer à la solution des problèmes associés à la surconsommation de substances psychoactives et c'est pourquoi la mission du Centre Dollard-Cormier s'exerce en **complémentarité** avec lui.

3.2 Facteurs critiques de succès selon l'état actuel de la connaissance

Un grand nombre d'études effectuées à partir des années 50, mais surtout depuis les années 70, sur l'efficacité des programmes d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de succès d'une démarche de réadaptation.⁵ Les facteurs critiques de succès identifiés ici, de même que les choix qui en découlent, sont donc appelés par définition à être révisés régulièrement pour s'accorder aux progrès des connaissances dans ce domaine. On peut penser, notamment, que l'émergence du paradigme de la réduction des méfaits et son influence sur la façon de définir les résultats d'une démarche de réadaptation auront également un impact sur l'identification des facteurs de succès ou d'échec.

Les **caractéristiques des personnes qui entreprennent une démarche de réadaptation** apparaissent comme un facteur majeur permettant de prédire le résultat de cette démarche. Le niveau de santé mentale, l'état du réseau familial et social et le fait d'avoir ou non un emploi semblent particulièrement déterminants à cet égard. Des actions pour améliorer la situation de la personne, dans l'un ou l'autre de ces domaines, ont permis d'améliorer de façon significative l'efficacité des interventions auprès des personnes alcooliques et toxicomanes.

Une exposition suffisante au traitement (durée et quantité) apparaît comme un facteur d'efficacité, quelle que soit la méthode d'intervention utilisée. Cependant, la durée et la quantité d'interventions nécessaires et suffisantes diffèrent selon la gravité des problèmes présentés et les ressources dont dispose la personne. Par conséquent, si dans certains cas le taux d'efficacité a pu augmenter avec la durée de l'intervention jusqu'à des seuils de 18 mois et plus, dans d'autres cas, une intervention très brève a pu être efficace. Le défi de la recherche est actuellement de mieux

⁵ Pour une recension des écrits à ce sujet, cf. : Lamarche et Landry (1994), pp. 421-434. Nadeau, L., Biron, C. (1998) *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec : Collection Toxicomanies, Presses de l'Université Laval/De Bœcke, 142 pages.

définir les paramètres qui permettront d'évaluer la quantité d'interventions nécessaires et suffisantes selon les situations.

Malgré les données ambiguës fournies par la recherche au cours des dernières années, il demeure cliniquement indiqué de recourir à **une stratégie d'appariement** pour assurer la qualité de l'intervention. Selon ce point de vue, plutôt que d'offrir le même traitement à tous, on doit rechercher quelle forme d'intervention convient à quelle personne, compte tenu de sa situation présente et de ses besoins particuliers.

Plus récemment, on a également démontré que, toute chose étant égale par ailleurs, la **nature même des méthodes d'intervention** peut aussi faire une différence. Cette différence peut se traduire en termes d'efficacité, mais également en termes d'efficience, ce qui représente une considération importante dans le contexte économique actuel. Ainsi, de nombreuses études ont montré que l'**intervention en milieu externe** semble être tout aussi efficace que l'intervention en milieu résidentiel. En revanche, on a constaté que dans le domaine de la réadaptation en dépendance, comme dans les autres sphères où la relation d'aide joue un rôle déterminant, **la qualité de la relation** établie entre les intervenants et les personnes qui demandent de l'aide demeure un facteur de changement plus important que les méthodes spécifiques utilisées.

Les recherches récentes accordent de plus en plus d'attention aux **facteurs motivationnels** qui sont à l'œuvre dans le processus de changement. La motivation n'est plus vue comme un attribut statique de la personne qui demande de l'aide, mais comme une variable susceptible d'être influencée dans le processus même de l'intervention. Envisagée de ce point de vue, l'existence de pressions extérieures à l'origine de la demande d'aide ne constitue pas en soi un facteur d'échec du traitement.

Bref, compte tenu de la grande variété des formes que peut prendre la dépendance, des milieux où elle peut se développer et des problèmes auxquels elle peut être associée, il importe d'**identifier les cibles d'intervention** les plus appropriées au contexte de la région métropolitaine. C'est ainsi que l'on pourra offrir la gamme de services répondant le mieux à l'ensemble des besoins de la clientèle actuelle et potentielle du Centre, compte tenu des ressources disponibles. C'est de cette façon qu'il sera possible de mettre en place une **véritable stratégie d'appariement** dans le Centre.

Par ailleurs, on devra **sélectionner les méthodes d'intervention ou approches de réadaptation les plus adaptées aux besoins des clientèles ainsi identifiées**. Les critères suivants devraient être pris en considération dans ce choix :

- › en premier lieu, on mettra à profit la **richesse de la formation et de l'expérience clinique** du personnel dans le choix des méthodes d'intervention ;
- › on cherchera à retenir les **méthodes les plus efficaces et efficientes**, dans la mesure où cette sélection est compatible avec les attentes des usagers et l'éventail de services à offrir. Une stratégie permettant d'aller du plus léger au plus lourd est sans doute la plus appropriée à cet égard (externe vs interne, brève vs prolongée) ;
- › la **qualité de la relation** entre les intervenants et les usagers sera privilégiée. Par ailleurs, on cherchera à développer des outils qui permettent d'intervenir sur la motivation et de tirer parti des diverses pressions qui s'exercent sur la personne dépendante.

L'application d'une **approche réseau**, affirmée au niveau des principes généraux, doit se traduire par une recherche de **collaboration** entre toutes les ressources impliquées et une action qui s'intéresse au milieu tout autant qu'à l'individu. Cette collaboration pourra se traduire par des plans de service individualisés, lorsque la situation s'y prête, et des ententes de service avec les partenaires. L'**entourage** doit faire **partie intégrante** de l'intervention auprès des personnes dépendantes. L'organisation des services devra favoriser la **continuité des interventions**, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Centre. Par ailleurs, la complexité du problème de dépendance aux substances et sa nature multidimensionnelle commandent que les intervenants du Centre travaillent dans une **perspective de multidisciplinarité et d'intersectorialité**. Pour assurer une meilleure concertation avec les partenaires institutionnels et communautaires du milieu, les intervenants doivent faire montre d'ouverture à de nouvelles formes d'intervention et à des modalités inédites d'interaction avec le milieu.

Dans le choix des approches de réadaptation, le souci d'efficacité dans l'intervention, notamment en ce qui concerne les pressions qui peuvent s'exercer sur la personne dépendante (p. ex. du système judiciaire ou de l'employeur), sera toujours subordonné au **respect de ses droits et de son intégrité**.

L'intervention doit **viser des résultats**. Dans ce sens, elle doit être planifiée et se prêter à une démarche d'évaluation. Il faut souligner, dans cette perspective l'importance des plans d'intervention individualisés.

4 JEU PATHOLOGIQUE

Le jeu et la consommation de substances ont en commun de pouvoir donner lieu à des excès et mener à un abus ou à une dépendance. Les critères diagnostiques permettant d'évaluer la dépendance au jeu et aux substances psychoactives présentent plusieurs similitudes. Tout comme en toxicomanie, on retrouve chez les joueurs dépendants un puissant désir de s'adonner à l'activité, le plus souvent dans l'espoir de regagner les mises perdues **ou pour s'évader, fuir leur réalité**, une diminution du contrôle des comportements associés à la dépendance et une préoccupation constante à son endroit. Une augmentation dans la fréquence et une progression dans la dose ou la mise caractérisent le tableau. Tout comme en toxicomanie, les joueurs pathologiques ont tendance à nier leur problème et retardent la demande de service jusqu'à ce qu'une crise éclate. Finalement, on assiste dans les deux cas à des répercussions aux plans social, familial, professionnel et au maintien de cette activité malgré des conséquences négatives.

Étant donné l'intérêt plus récent pour le jeu pathologique et le nombre de chercheurs plus restreint qui ont investi ce champ, les données concernant l'intervention auprès des joueurs pathologiques sont moins nombreuses qu'en toxicomanie. Au Québec, le modèle de traitement qui prévaut jusqu'à maintenant, en s'appuyant essentiellement sur les travaux de l'équipe du professeur Robert Ladouceur, adopte l'approche cognitive comportementale. Dans ce modèle d'intervention, une attention particulière est accordée aux pensées erronées **et aux illusions de contrôle** qui caractérisent le joueur pathologique. Ce modèle a été adopté dans l'ensemble des centres de réadaptation en toxicomanie. Les années qui viennent permettront d'évaluer la meilleure façon de l'appliquer en tenant compte des caractéristiques des joueurs pathologiques qui s'adressent au Centre. Les quelques années d'expérience permettent de constater que les usagers qui fréquentent le programme pour les joueurs pathologiques, tout comme les personnes toxicomanes qui sont dans les services, présentent un profil varié, sont aux prises avec de nombreux problèmes associés et vivent une détresse psychologique importante.

5 CONCLUSION

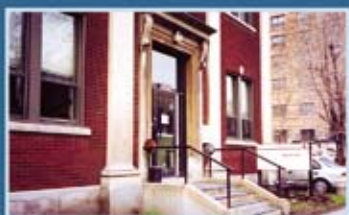
La dépendance est l'un des problèmes les plus importants auxquels la société est confrontée. Les causes et les conséquences de ce problème sont nombreuses et la façon dont elles interagissent est encore mal connue, de telle sorte qu'une approche multivariée, capable de tenir compte de la complexité du phénomène, apparaît nécessaire pour y faire face efficacement. Le cheminement des personnes qui développent une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives est lui-même très variable. Les approches proposées doivent donc pouvoir s'adapter aux besoins de chaque personne et respecter leur rythme individuel.

Dans l'exercice de sa mission de réadaptation, le Centre Dollard-Cormier est donc appelé à développer un ensemble de services qui mettra à la disposition des usagers et de leur entourage les moyens nécessaires pour réduire les méfaits de leur surconsommation d'alcool et de drogues, leur permettant ainsi de retrouver leur liberté de choix à l'égard de ces substances. Le Centre entend développer cet ensemble de services en complémentarité avec les autres ressources de la communauté et dans une perspective réseau. La définition de la mission et le plan d'organisation illustrent comment le Centre entend y arriver.



siège social

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : (514) 385-0046



POINT DE SERVICE

3530, rue St-Urbain
Montréal (Québec)
H2X 2N7
Tél. : (514) 982-4531



POINT DE SERVICE

13926, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec)
H1E 1T5
Tél. : (514) 642-2121



POINT DE SERVICE

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél. : (514) 982-4533



POINT DE SERVICE

923, rue Ontario Est
Montréal (Québec)
H2K 3A4
Tél. : (514) 521-8054