

Info-toxico

Mauricie/Centre-du-Québec

MAI 2010

Vol. 22 N° 1

BULLETIN D'INFORMATION

Centre de réadaptation DomrémY Mauricie/Centre-du-Québec

Les principes du traitement efficace au cœur de la programmation des services de DomrémY Mauricie/Centre-du-Québec

En 2008, DomrémY initiait un processus de révision de sa programmation externe destinée aux personnes adultes présentant une problématique d'alcoolisme ou de toxicomanes. La mise à jour effectuée s'inspire de l'ensemble des caractéristiques propres aux programmes jugés efficaces. Le texte qui suit présente les caractéristiques et composantes propres à ces traitements et vise à mieux faire connaître les fondements de la nouvelle programmation des services externes de DomrémY.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'un certain nombre de traitements auprès des personnes qui présentent une problématique de toxicomanie. C'est ce qu'on appelle les traitements reposant sur des données probantes. Par contre, aucun traitement ne s'est révélé efficace avec tous les individus aux prises avec une problématique de consommation. Une recension récente des écrits réalisée par Tremblay (2007) sur les durées optimales de traitement rapportait que de 35 % à 55 % des personnes qui sortent de traitement sont encore abstinentes après un an, alors que 20 % des personnes se sont partiellement améliorées et que 15 % à 25 % n'ont démontré aucune amélioration ou pire, se sont détériorées. Plusieurs regroupements d'experts dans le domaine se sont penchés sur les caractéristiques propres aux traitements efficaces et sur l'identification des meilleures pratiques en matière de traitement des différentes formes de toxicomanie. (CSAT, 2006; Miller et al. 2005; NIDA, 1999; Santé Canada, 1999).

Les traitements efficaces utilisent des **approches qui reposent sur des données probantes**, tant sur le plan biomédical que psychosocial. Ainsi l'entretien motivationnel, l'approche cognitive-comportementale, la prévention de la rechute, le développement des habiletés sociales, le recours aux traitements de substitution, ont tous démontré leur efficacité dans le traitement de différents types de toxicomanie.

Les traitements efficaces fournissent un **accès rapide, facile, accueillant et personnalisé** aux personnes qui présentent une problématique de consommation. Parce que les problèmes de toxicomanie sont souvent accompagnés d'une forte ambivalence au changement, il est nécessaire de profiter de la demande d'aide de la personne au moment où celle-ci la formule parce qu'elle risque de changer d'idée si la réponse à cette demande tarde à venir. Un tel constat exige par le fait même une gestion efficiente des listes d'attente et un soutien

personnalisé auprès des personnes en attente. De plus, il a été démontré que la toxicomanie représente pour certains une problématique chronique qui nécessitera plusieurs épisodes de traitement tout au long de la vie de l'individu. Face à cette catégorie de problématique, les systèmes de soins doivent, dans une perspective de soins continus, faciliter le retour de ces personnes en traitement.

Les traitements efficaces assurent une **évaluation complète et continue** des difficultés de la personne pour adapter et personnaliser la réponse à ses besoins. Ils ne se limitent pas à une simple désintoxication ou à la seule sphère de la consommation. Ils fournissent un traitement complet, multimodal ou à large spectre, dont les cibles ou objectifs sont personnalisés dans un plan d'intervention ou plan de services individualisé. Ils orientent le traitement **en tenant compte de l'ensemble des difficultés et des besoins de la personne**, de ses caractéristiques propres. Ils mettent à contribution les différentes ressources de la communauté susceptibles de répondre aux besoins de la personne.

Les traitements efficaces fournissent le **niveau de soins et l'intensité de services adaptés** à la condition actuelle de la personne, pour optimiser sa progression en traitement et ses chances de succès. Puis, ils modulent le traitement en fonction de l'évolution de cette condition. Pour ce faire, ils favorisent un suivi continu de la consommation de la personne, de sa motivation au changement et de sa progression face aux objectifs poursuivis. À cet égard, un large consensus a été établi par des experts dans le domaine autour des critères proposés par les travaux de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) sur les niveaux de soins requis par la condition présentée par la personne.

Les traitements efficaces considèrent l'**intervention psychosociale** comme une composante critique du traitement et **accordent une attention importante aux troubles concomitants** en santé mentale, en systématisant les processus de dépistage et en assurant des services simultanés et intégrés en présence de ce type de difficultés. Ils accordent une attention particulière aux **conduites à risque** face aux maladies transmissibles sexuellement. Ils favorisent également le développement d'un **réseau de soutien** et l'**implication des personnes de l'entourage** dans la démarche de la personne. À ce titre, ils ciblent le développement des habiletés relationnelles et ont souvent recours aux interventions de groupe pour soutenir le proces-

CENTRES DE SERVICES

BÉCANCOUR (GENTILLY)	819 298-2144 p. 535	PLESSISVILLE	819 362-6301 p. 254
DRUMMONDVILLE	819 475-0242	SHAWINIGAN	819 536-0004
LA TUQUE	819 523-6113	STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN	418 362-2727
LOUISEVILLE	819 228-2731	SAINT-TITE	418 365-7555
NICOLET	819 293-2071 p. 52344	TROIS-RIVIÈRES (Centre administratif)	819 374-4744
TROIS-RIVIÈRES (Hébergement) (secteur Pointe-du-Lac)	819 377-2441	VICTORIAVILLE	819 752-5668

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE



Vous trouverez tous les numéros de l'Info-toxico sur notre site Internet :

www.domremymcq.ca

Vous aimeriez réagir à cet article, vous pouvez nous écrire à l'adresse Internet suivante :

domremymcq@ssss.gouv.qc.ca

sus de resocialisation de la personne. Ils facilitent et encouragent la participation de la personne aux groupes d'entraide tels que les AA, NA, etc.

Les traitements efficaces font de la **réten-tion en traitement une priorité** d'action afin que la personne puisse profiter des impacts du traitement. Pour ce faire, ils ont recours à toutes les stratégies visant la motivation et la persistance en traitement. Des stratégies d'**entre-**

STRATÉGIES DE RÉTENTION EN TRAITEMENT

- ▶ Systématisation de l'entretien motivationnel en début de traitement
- ▶ Relances systématiques tout au long du traitement
- ▶ Alliance thérapeutique de qualité
- ▶ Désignation d'un intervenant pivot
- ▶ Utilisation à bon escient des obligations de traitement
- ▶ Reconnaissance de la chronicité des problèmes de consommation pour certaines personnes (recours à plusieurs épisodes de traitement – maintien des acquis)
- ▶ Perception de l'accès à un soutien social
- ▶ Implication de l'entourage de la personne dans son traitement
- ▶ Utilisation de l'approche de gestion de cas

tiens motivationnels sont systématisés en début de traitement. Des modalités de **relances systématiques** sont **planifiées tout au long du traitement**. Ils accordent une grande importance à la qualité de l'**alliance thérapeutique** en permettant à la confiance de s'installer entre l'utilisateur et son intervenant. Ils désignent rapidement un **intervenant pivot** et réduisent le plus possible les transferts entre intervenants. Ils favorisent l'engagement de la personne dans son plan de traitement en l'invitant à participer à son élaboration, en lui permettant de préciser ses objectifs personnels et de faire des choix au niveau des modalités d'intervention qui lui conviennent. Ils tiennent compte de sa motivation initiale et construisent la démarche à partir de celle-ci. Ils utilisent à bon escient les **obligations de traitement** comme premier incitatif à la persistance au traitement. Sans qu'on puisse statuer sur une durée optimale du traitement qui convienne à tous les usagers, la recension des écrits réalisée par Tremblay (2007) pointe vers un seuil minimal moyen de 3 mois de suivi en externe afin qu'on puisse observer les bénéfices du traitement. Une durée moyenne de 6 mois serait optimale alors qu'au-delà de 14 à 15 mois, aucun bénéfice additionnel n'est observé. De plus, ces liens entre la durée du traitement et ses résultats ont surtout été observés chez les personnes qui présentent une gravité de problèmes modérée à sévère et qui sont âgées de 30 ans et moins.

Les traitements efficaces reconnaissent la **nature chronique des problèmes de consommation** pour certaines personnes et la nécessité de recourir à plusieurs épisodes de traitement pour atteindre les objectifs souhaités. Une emphase plus marquée sera mise sur les activités que la personne doit poursuivre au-delà du traitement pour assurer un maintien des acquis (fréquentation des groupes d'entraide, etc.) et sur les modalités facilitant un retour en traitement à la suite d'une rechute.

Les traitements efficaces accordent aussi une importance à la **gestion optimale du programme** en favorisant le développement et le maintien des compétences du personnel, la rétention du personnel clinique, l'évaluation et l'amélioration continues des programmes et services, l'amélioration de la cohésion des équipes et de la qualité du climat organisationnel. Des études récentes réalisées par l'équipe

de Simpson (2007) ont mis en évidence les liens existants entre la perception du personnel à l'égard du climat organisationnel, de la cohésion des équipes, de leur efficacité personnelle et le niveau d'engagement des usagers en traitement.

La programmation des services externes de Domrémy MCQ

L'ensemble de ces caractéristiques propres aux programmes efficaces a largement inspiré la mise à jour de la programmation des services externes de Domrémy qui est en déploiement depuis mars 2009. Cette nouvelle programmation définit les modalités d'intervention utilisées, les approches préconisées, les cibles jugées prioritaires, les paramètres de fonctionnement du programme ainsi que les rôles et responsabilités de chacun. Globalement, elle repose sur une série de composantes distinctes, interreliées entre elles : l'intervention individuelle, l'approche par gestion de cas, l'approche par étape et niveau de soins, l'approche cognitive-comportementale, l'approche de l'entretien motivationnel, l'intervention de groupe, l'alliance thérapeutique et le soutien social comme cible prioritaire d'intervention, puis l'évaluation et l'amélioration continues du traitement.

L'intervention individuelle

L'intervention individuelle est le lieu privilégié pour actualiser les processus d'évaluation, de rétroaction et d'orientation des usagers dans les différents programmes et sous-programmes de l'établissement et vers les ressources externes requises. Cette modalité d'intervention, principalement utilisée par l'intervenant pivot, est souvent au cœur de l'établissement de l'alliance thérapeutique, de la présentation du cadre thérapeutique et de la négociation personnalisée du plan d'intervention et de sa révision. Elle est préconisée pour actualiser les entretiens motivationnels lorsqu'ils sont requis et elle est prérequis pour établir et présenter la pertinence de l'intervention de groupe auprès de chacun des usagers. Elle est donc complémentaire à l'intervention de groupe et permet à chacun des usagers de prendre le recul nécessaire avec son intervenant pour faire le point sur ses difficultés et ses besoins, ses objectifs de traitement et leur atteinte, sa progression en cours de traitement, sa satisfaction à l'égard des services reçus, etc.

L'approche de gestion de cas

Le processus de gestion de cas (CSAT, 1998) fait référence à l'ensemble des activités réalisées par l'intervenant pivot d'un usager pour accroître l'adéquation entre l'ensemble des besoins de ce dernier et l'ensemble des services qui lui sont offerts, tant au sein de notre établissement qu'auprès des organismes et partenaires de la communauté. Ce processus repose sur une évaluation exhaustive des besoins de la personne, une connaissance approfondie des ressources existantes au sein de l'établissement et dans la communauté, des efforts de planification et de coordination des services requis dans un contexte de plan d'intervention individuel et interdisciplinaire ou de plan de services individualisés. Le but premier du processus de gestion de cas est de maintenir l'utilisateur engagé dans son rétablissement ainsi qu'auprès des différents services requis par sa condition.

Une approche par étape et par niveau de soins

L'approche par étape et par niveau de soins repose sur un appariement personnalisé entre la gravité des problèmes que présente un usager, sa motivation au changement et le niveau de soins requis par sa condition. Elle vise à offrir un niveau de soins sécuritaire, le moins envahissant possible, adapté à la gravité des problèmes de la personne et aux objectifs de changement qu'elle souhaite poursuivre. Cette approche implique une évaluation rigoureuse de la condition actuelle de la personne, de ses besoins et de ses attentes. Les résultats de cette évaluation, les différentes orientations de traitements indiqués et l'offre de services de Domrémy lui sont ensuite clairement présentés, en favorisant un échange, dans une perspective motivationnelle, autour des choix qui s'offrent à elle et de l'orientation qu'elle souhaite prendre face au traitement. Une première étape de traitement sera suivie d'une deuxième phase plus intensive si la

première n'a pas permis d'atteindre les objectifs visés, ou d'intensité similaire ou plus faible si la progression réalisée au cours de la phase initiale du traitement a été significative. Nous retrouvons habituellement dans le traitement les phases d'accueil-évaluation-orientation, d'instrumentation, de consolidation et de relance, durant lesquelles l'intensité ou la fréquence des rencontres sera ajustée en fonction de la condition de l'utilisateur et de sa progression vers les objectifs visés.

L'approche cognitive-comportementale

Cette approche est structurée et orientée vers des buts précis. Elle est centrée sur la résolution de la consommation problématique immédiate des personnes et son efficacité face à ce type de difficulté a été démontrée de façon répétée. Cette approche accorde une importance particulière aux processus d'apprentissages sous-jacents au développement et au maintien d'une problématique de consommation. Elle vise à travers l'exploration des composantes cognitives, affectives et comportementales qui précèdent, accompagnent ou émergent à la suite d'un épisode de consommation, à identifier les situations à haut risque de rechute et à mieux comprendre les fonctions de la consommation dans la vie de l'individu. Elle place une emphase importante sur l'apprentissage et la maîtrise de stratégies multiples pour composer avec les envies de consommer, prévenir les rechutes, combattre l'isolement, gérer les émotions désagréables, résoudre les multiples difficultés qui accompagnent une consommation problématique, et pallier aux habiletés déficientes qui ont pu contribuer au développement du problème de consommation (Carroll, 1998).

L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel développé par Miller & Rollnick (2002) est une approche dont l'efficacité a été largement documentée, tant au niveau des résultats du traitement que de son apport à la rétention des usagers en traitement et à leur adhésion au traitement, lorsqu'elle est ajoutée au début du traitement (Hettema, Steele & Miller, 2005). C'est une approche directive, centrée sur le client, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement en explorant l'ambivalence du client et en travaillant à sa résolution. Elle s'actualise à travers la valorisation des forces du client, une écoute réflexive et empathique du thérapeute, centrée sur le développement progressif d'une discordance chez le client entre ses comportements problématiques et ses aspirations, tout en évitant toute forme de confrontation susceptible d'alimenter des résistances chez ce dernier. Cette approche est utile en début de traitement et tout au long de celui-ci pour garder la personne mobilisée vers les objectifs qu'elle poursuit et surmonter les périodes où l'ambivalence face au changement réapparaît. Elle contribue à replacer le moteur du changement au cœur de l'individu concerné. Elle favorise largement, par la position empathique de l'intervenant, le développement d'une alliance thérapeutique de qualité entre l'utilisateur et son intervenant.

L'intervention de groupe

L'intervention de groupe est un outil thérapeutique puissant pour le traitement des problèmes de toxicomanie. Plusieurs études ont démontré son efficacité auprès de cette clientèle, tout en soulignant un impact plus grand lorsqu'elle est jumelée à des rencontres individuelles, entre autres pour les personnes qui présentent des besoins plus grands ou des problématiques plus complexes (CSAT, 2005 ; Crits-Christoph et al. 1999 ; Daley & Mercer, 2002). L'intervention de groupe représente une source importante de renforcement pour les usagers en réduisant leur isolement et en leur permettant d'être témoins du rétablissement de leurs pairs. Elle favorise une prise de conscience accrue des impacts de la consommation et des moyens pour résoudre leurs difficultés à travers l'écoute et l'observation de leurs pairs qui verbalisent les conséquences de leur consommation et les stratégies qu'ils utilisent pour régler leurs problèmes. Elle offre de nombreuses opportunités de rétroaction en provenance des pairs. Elle fournit un lieu structurant de resocialisation pour des personnes dont la consommation a souvent entraîné un isolement complet et rendu leur vie chaotique. Elle fournit une culture orientée vers le changement des comportements de consommation qui renforce tout

comportement qui prend une telle direction. Ces caractéristiques de l'intervention de groupe favorisent l'intégration des usagers à une culture de rétablissement. De plus, elle permet à un intervenant d'aider plusieurs usagers simultanément.

L'alliance thérapeutique et le soutien social comme cibles d'intervention prioritaires

La qualité de l'alliance thérapeutique entre le client et son thérapeute a été associée de façon répétée à la persistance en traitement et à l'efficacité de différentes formes de thérapie, dont celles pour le traitement des toxicomanies (Cournoyer et al. 2007 ; Meier et al. 2006). Une forte alliance thérapeutique est caractérisée par une adhésion importante de la part du thérapeute et du client aux objectifs visés par le traitement et aux moyens préconisés et utilisés pour atteindre ces objectifs. Les deux doivent percevoir les stratégies utilisées ou les activités thérapeutiques planifiées comme étant pertinentes et efficaces pour atteindre les objectifs visés, tout en assumant la responsabilité d'actualiser ces tâches. L'utilisateur construit en partie l'alliance thérapeutique avec son intervenant, sur la base de son évaluation de la pertinence et du potentiel de l'intervention offerte par l'intervenant. Ce dernier doit donc accorder une attention particulière aux objectifs poursuivis par l'utilisateur, à ses choix personnels en terme de traitement, tout en considérant les meilleures pratiques dans le domaine et en maintenant une attention soutenue sur l'engagement de ce dernier dans le processus thérapeutique. Quant au soutien social, il permet à tous et chacun de briser l'isolement et de surmonter plus facilement les épreuves et les périodes de la vie plus difficiles. De façon répétée, la présence d'un bon soutien social durant et après le traitement a été associée chez les personnes toxicomanes au maintien des acquis du traitement (Dobkin, 2002 ; Simpson et al. 2000).

La nouvelle programmation prévoit la planification systématique de rencontres avec les membres de l'entourage pour favoriser le développement d'un réseau de soutien autour de l'utilisateur qui valorise ce dernier dans sa démarche et les efforts qu'il déploie pour changer. L'emphase mise sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur la réparation des ruptures de celle-ci en cours de traitement, de même que le recours à l'intervention de groupe qui favorise un travail constant sur les différents enjeux relationnels propres à chaque usager et finalement, l'implication du réseau relationnel de l'utilisateur dans son processus de réadaptation, représentent différents axes d'intervention dont le croisement vise l'amélioration de la capacité des individus à profiter des impacts positifs associés à la présence d'un soutien social de qualité.

L'évaluation et l'amélioration continues du programme

Cette dernière composante du cadre thérapeutique traduit notre préoccupation constante pour garder vivante la programmation des services et maintenir active la réflexion clinique des équipes et des intervenants en matière de traitement efficace. Elle fait appel aux habiletés d'analyse et de réflexion des acteurs concernés et à leur créativité pour optimiser l'adéquation des services offerts à la clientèle. Cette composante implique une attention constante aux résultats de recherche sur le traitement efficace, un suivi continu de nos processus cliniques, de nos indicateurs de performance et de qualité des services, de la satisfaction des usagers et des intervenants à l'égard des services reçus et rendus, tout en fournissant une rétroaction continue aux acteurs concernés.

En conclusion, nous croyons que cette mise à jour des fondements de la programmation à Domrémy et du déploiement de nouveaux outils d'intervention au sein de nos services contribuera certainement à accroître l'efficacité et la cohérence de nos interventions ainsi que la satisfaction des usagers.

Jean-Marc Ménard,
coordonnateur des services professionnels

Mylène Lecours,
coordonnatrice des services externes

BIBLIOGRAPHIE

- Carroll, K.M. (1998) *Treating cocaine dependence : A cognitive behavioral approach*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006) *Substance Abuse : Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 47*. DHHS Publication No. (SMA) 06-4182. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment : Group Therapy Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41*. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Comprehensive case management for substance abuse treatment. Improvement Protocol (TIP) Series 27*. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998.
- Crits-Christoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.R.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.E.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Salloum, I.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A.T. *Psychosocial treatments for cocaine dependence : National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study*. *Archives of General Psychiatry* 56(6) : 493-502, 1999.
- Cournoyer, L.G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). *Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme : the moderating effect of clinical subpopulations*. *Addiction*, 102, 1960-1970.
- Daley, D.C. & Mercer, D. (2002) *Drug counselling for cocaine addiction : The collaborative cocaine treatment study model*. U.S. DHHS, NIH, NIDA.
- Dobkin, P.L., DeCivita, M., Paraherakis, A., Gill, K. (2002) *The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers*. *Addiction*, 97, 347-356.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005) *Motivational interviewing*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C. and Heller, R.F. (2006) *The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout*. *Drug and alcohol dependence*. 83 : 57-64.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing : Preparing people for change* (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- Miller, W.R., Zweben, J., Johnson, W.R. (2005) *Evidence-based treatment : Why, what, where, when, and how?* *Journal of substance abuse treatment*, 29, 267-276.
- National Institute on Drug Abuse (1999) *Principles of drug addiction treatment : A research-based guide*. National Institute of health. Publication no. 99-4180.
- Santé Canada (1999) *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation*. Stratégie Canadienne antidrogue.
- Simpson, D., Joe, G.W., Greener, J.M., Rowan-Szal, G.A. (2000) *Modeling year 1 outcomes with treatment process and post-treatment social influences*. *Substance Use and Misuse*, 35, 1911-1930.
- Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (2007). *Moving innovations into treatment : A stage-based approach to program change*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 111-120.
- Tremblay, J. (2007) *Les durées optimales des traitements auprès des adultes toxicomanes*. CRUV/CRAT-CA, RISQ.

Au babillard

ROND-POINT 2010

Sous la responsabilité de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec - ACRDQ, Rond-Point 2010 se tiendra les 12, 13 et 14 mai 2010. Cet événement d'envergure internationale est une opportunité recherchée pour le partage d'expertises, de connaissances et de pratiques concernant l'intervention en dépendance. Le thème retenu est : « Dépendances : enjeux, problèmes et pratiques. » C'est un rendez-vous à ne pas manquer.

Considérant la tenue de Rond-Point 2010, Domrémy MCQ ne tiendra pas de journée des partenaires en 2010, mais reprendra sa tradition dès 2011.

ENTENTES AVEC LES MILIEUX HOSPITALIERS

Depuis 2004, Domrémy MCQ et quatre milieux hospitaliers de la région actualisent une entente de services concernant la clientèle hospitalisée en désintoxication et en besoin de services de réadaptation en dépendance. Cette entente a été depuis le début nommée « Réseau intégré de services en désintoxication. » En 2009, Domrémy et les milieux hospitaliers ont amorcé une mise à jour de leurs ententes.

La nouvelle terminologie fait mention « D'équipe de liaison spécialisée en dépendance. »

MEILLEURES PRATIQUES EN TOXICOMANIE / ADULTE

Un comité de travail présidé par Jean-Marc Ménard de Domrémy et mis de l'avant par l'ACRDQ s'investit pour la production d'un cadre de référence des meilleures pratiques en toxicomanie/adulte. Ce cadre de référence sera publié plus tard en 2010.

OBTENTION DE LA CERTIFICATION

Domrémy MCQ a complété le processus de renouvellement de la démarche d'agrément en 2008-2009 et a obtenu une nouvelle certification jusqu'en 2012. La démarche réalisée a cependant permis à notre organisation d'identifier environ douze objectifs visant l'amélioration globale de ses services et de ses processus de gestion interne. Nommons entre autres la consolidation du système d'encadrement et de soutien au personnel, la mise en place d'un système continue d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, la consolidation du processus clinique, les ententes avec les partenaires. Notre organisation est donc orientée vers l'actualisation de son plan d'amélioration.

INFO-LIVRE

Le Centre québécois de documentation en toxicomanie - CQDT est situé à l'intérieur du Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances à Montréal. Avec ses 7 500 titres de monographies, ses 60 titres de périodiques et les quelques 600 documents audiovisuels et ensembles multisupports qu'il rend disponibles, le fonds documentaire du CQDT est le plus important du genre au Québec. Depuis peu, le CQDT possède un blog sur lequel vous pouvez consulter de nombreuses publications. À ce titre, les présentations d'un séminaire récemment organisé par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances : « La face cachée des meilleures pratiques : un cocktail politique, méthodologique et clinique » sont actuellement accessibles en ligne : <http://cqdt.wordpress.com/2010/02/15/la-face-cachee-des-meilleures-pratiques-un-cocktail-politique-methodologique-et-clinique/>

Ces présentations abordent les concepts de données probantes et de meilleures pratiques, leur historique, leurs applications cliniques et politiques.