

GUIDE DE L'INTERVENANT



BON TRIP
BAD TRIP

Groupe de réflexion
sur la consommation

 Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

 AFFILIÉE
Université
de Montréal

TÉMOIGNAGES

« BON TRIP — BAD TRIP »

Guide de l'intervenant

1^{re} édition

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Rédaction des documents :

Sophie Auger, ergothérapeute

Mélanie Caouette, pharmacienne, M. Sc.

Julie Charbonneau, pharmacienne, M. Sc.

Chantal Cloutier, ergothérapeute

Julie Pelletier, neuropsychologue

Rédaction de l'introduction :

Stéphane Potvin, PhD

Chercheur, Centre de recherche de

l'Institut universitaire

en santé mentale de Montréal

Professeur adjoint sous octroi

Département de psychiatrie

de l'Université de Montréal

Révision :

Stéphane Gagnon, psychologue, conseiller clinique

André Jauron, ergothérapeute, responsable

clinique du programme des troubles psychotiques

et conduites addictives, Clinique Cormier-Lafontaine

Patricia Maisl, psychoéducatrice, Clinique Cormier-Lafontaine

Stéphane Potvin, chercheur, PhD

Philippe Vincent, pharmacien, M. Sc., BCPP

Graphisme et mise en page

Alibi Acapella Inc.

Illustrations

Sophie Leclerc

Impression

Alter Ego

Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

APPLIÉ À
Université
de Montréal



« Le groupe m'a permis de renforcer mon désir d'arrêter de consommer, cela m'a rendu plus fort pour refuser la consommation et m'a permis d'en apprendre plus sur les effets néfastes des drogues. »
- Anonyme



« Le groupe m'a aidé à améliorer mes habiletés sociales et à participer à d'autres activités de groupe. Avant je passais mes journées à consommer ; maintenant, je vais à L'Avancée (activités de réadaptation). Je fais des activités artistiques et culinaires. Je suis plus en forme et je fais du vélo. » - Jack

« Le groupe c'est un rendez-vous agréable où on a du soutien et de l'écoute, on y rencontre des gens qui vivent la même chose que nous et ça m'a permis d'en apprendre plus sur moi-même et ma consommation. » - Anonyme



MOT DU COMITÉ DE RÉDACTION

Merci :

Au **Dr Luc Nicole**, qui nous a encouragés à développer des services intégrés.

À **Ginette Comtois**, psychologue en réadaptation vocationnelle, et **Stéphane Gagnon**, conseiller clinique, qui ont amorcé la réflexion avec les utilisateurs de service et les partenaires (Clinique Cormier-Lafontaine, Centre Dollard-Cormier et Portage).

À toutes les personnes qui ont participé aux séances de consultation et qui ont partagé leurs expériences de vie, leurs documents de travail et leur expertise.

À tous les participants au groupe qui, par leurs commentaires et suggestions, nous ont aidés à rendre le contenu plus proche de leur réalité et plus dynamique.

À **Philippe Vouillamoz**, directeur d'Addiction-Valais, qui nous a cédé, gracieusement, les droits d'utilisation du film « Les années volées ».

À **Stéphane Potvin**, chercheur au Centre de recherche de l'USMM, qui a rédigé l'introduction et a collaboré à la révision du document.

À plusieurs collaborateurs précieux : **Marc Pelletier** et **Annie Maheux-Lessard**, agents de planification, de programmation et de recherche, **Janine Casimir**, adjointe chef infirmière, **Vickie St-Denis**, psychologue, **Claudie Bastien Forrest**, stagiaire en ergothérapie, et **Marie Désilets**, bibliothécaire.

À notre équipe de réviseurs : **André Jauron**, ergothérapeute, **Patricia Maisl**, psychoéducatrice, **Philippe Vincent**, pharmacien, et **Stéphane Gagnon**. Leurs commentaires et suggestions ont alimenté nos réflexions et ont permis de bonifier les documents.

À nos collègues du Programme des troubles psychotiques qui ont supporté le projet, participé à l'animation du groupe et au recrutement des participants.

À l'équipe de Janssen Inc, en particulier à **Alain Montreuil**, **Marthe Julien** et **Alain Tousignant**, pour leur soutien et leur collaboration dans la réalisation de ce projet.

Ce projet n'aurait pu être réalisé sans votre aide et votre soutien.

SINCÈREMENT : MERCI !

Ce projet a bénéficié d'un soutien financier sans restriction de Janssen Inc.

DES MATIÈRES

Prémisse	5
Documents disponibles sur la clé usb	6
Introduction	7
Introduction au groupe	12
Évaluation pré et post groupe	15
MODULE 1 – MODULE MOTIVATIONNEL	18
Séance 1	22
Mes croyances face à la consommation de substances	25
Les inquiétudes	25
Séance 2	26
À propos de la consommation de drogues et/ou d'alcool	28
Photo de ma situation	28
Séance 3	29
Motivations à diminuer ou à arrêter ma consommation	30
Ce qui pourrait me motiver à changer	31
Séance 4	32
BILAN	34
Bilan du module 1 - module motivationnel	34
MODULE 2 – MODULE PSYCHOÉDUCATIF	38
Séance 1	40
Ma consommation, mes médicaments	42
Séance 2	43
Quels sont vos projets/objectifs?	44
Quelle(s) drogue(s) avez-vous l'habitude de consommer?	44
Séance 3	45
Séance 4	46
BILAN	47
Bilan du module 2 – module psychoéducatif	47

MODULE 3 — MODULE HABILETÉS SOCIALES	52
Avant la première séance	54
Séance 1	54
Exercice à domicile séance 1	56
Séances 2 à 5	57
Exercice à domicile séance 2-4	60
BILAN	61
Bilan du module 3 - module habiletés sociales	61
MODULE 4 — MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION	66
Séance 1	68
Horaire occupationnel	69
Du plaisir et de la détente	70
Des situations à privilégier	71
Séance 2	72
Grille d'intérêts	74
Exercice à domicile séance 2	76
Séance 3	77
Mon réseau social	79
Avec qui parles-tu? À qui pourrais-tu t'adresser?	80
Séance 4	81
Exercice à domicile séance 4	82
Séance 5	83
Carte de prévention	84
BILAN	85
Bilan du module 4 – module activités de substitution	85
Activité facultative	87
ANNEXES	89
Annexe – Ce qui pourrait me motiver à changer – Exemples	89
Annexe – Lexique des drogues	90
Annexe – Classification des drogues	92
Annexe – Informations supplémentaires	92
Annexe – Impacts des drogues	94
Annexe – Situations sociales à risque élevé de consommation	97
Annexe – Tableau des habiletés de communication	98
Annexe – Exemple d'un résumé des stratégies identifiées pour chacune des situations pratiquées lors des jeux de rôle	99
Annexe – Propositions de stratégies d'adaptation	100
Références	101
Droits d'auteurs	106



PRÉMISSSE

Dans le DSM-5, les termes abus et dépendance ont été abandonnés au profit du trouble d'utilisation de substances. Toutefois, les termes abus et dépendance sont d'usage courant dans le milieu tant par les intervenants que par les consommateurs. Ils ont donc été conservés dans le présent document.

Dans le but d'alléger le texte, le terme « drogue » inclut aussi la prise d'alcool dans le **MODULE 2 — MODULE PSYCHOÉDUCATIF**

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Par Stéphane Potvin, PhD

Chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
et Professeur adjoint sous octroi,
Département de psychiatrie de l'Université de Montréal



Légende:

Cet icône précise, au fil du texte, lorsqu'un document cité est disponible sur la clé USB.

Affiches

- A.1 Affiches avec slogan
- A.2 Affiches sans slogan

Évaluation pré et post groupe

- Éval.1 Énoncés sur le thème de la réflexion sur la consommation
- Éval.2 Échelle de réflexion
- Éval.3 Maintien de la réduction de la consommation
- Éval.4 Modification de la consommation

MODULE 1 – MODULE MOTIVATIONNEL

- 1.1 Illustration « Pot au volant »
- 1.2 Illustration « Le cannabis rend créatif »
- 1.3 Illustration « Le cannabis, un produit naturel donc bon pour la santé »
- 1.4 Illustration « J'hallucine après avoir consommé »
- 1.5 Illustration « Depuis que je fume du pot, je n'ai plus d'énergie »
- 1.6 Vidéo chapitre 1 : L'expérience de la consommation
- 1.7 Vidéo chapitre 2 : Le revers de la médaille
- 1.8 Vidéo chapitre 3 : Se découvrir accro
- 1.9 Vidéo chapitre 4 : Le joint, l'école, l'apprentissage
- 1.10 Vidéo chapitre 6 : La descente
- 1.11 Tableau synthèse « Ce qui pourrait me motiver à changer »

MODULE 2 – MODULE PSYCHOÉDUCATIF

- 2.1 Présentation PowerPoint « Quiz Bon trip Bad Trip »
- 2.2 Tableau de Santé Canada des drogues de synthèse saisies au Québec
- 2.3 Présentation PowerPoint « Les habitudes de consommation »
- 2.4 Tableau des antipsychotiques injectables à action prolongée
- 2.5 Présentation PowerPoint « L'impact des drogues – 1^{re} partie »
- 2.5.1 Animation – Cannabis
- 2.5.2 Animation – Alcool
- 2.6 Présentation PowerPoint « L'impact des drogues – 2^e partie »
- 2.6.1 Animation – Amphétamines
- 2.6.2 Animation – Ecstasy
- 2.6.3 Animation – Caféine
- 2.6.4 Animation - Nicotine

MODULE 4 – MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION

- 4.1 Vidéo chapitre 5 : Oser en parler
- 4.2 Vidéo chapitre 7 : Ce qui peut aider

Autre document

Vidéo : Les années volées

TROUBLES PSYCHOTIQUES ET LEURS IMPACTS

Les troubles psychotiques incluent des désordres tels que le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble psychotique bref, le trouble délirant et la schizophrénie, dont la prévalence à vie est légèrement inférieure à 1 %. La schizophrénie est un trouble mental grave qui se caractérise par des symptômes positifs (délires, hallucinations) et négatifs (manque de motivation, retrait social), de même que par une importante souffrance psychologique.

Le fonctionnement social et occupationnel des personnes atteintes de la schizophrénie peut être entravé de façon significative. En effet, on estime que la schizophrénie est responsable à elle seule de près de 50 % des frais en santé mentale au Canada, principalement en raison des réhospitalisations qui surviennent lors des rechutes psychotiques.

Longtemps ignorés par la psychiatrie, les déficits cognitifs associés à la schizophrénie sont reconnus aujourd'hui comme faisant partie des symptômes cardinaux de ce trouble mental grave. Environ 70 à 75 % des personnes atteintes de la schizophrénie ont des déficits cognitifs significatifs. En moyenne, leur performance se situe à mi-chemin entre la norme et la performance des personnes atteintes d'une démence. Les déficits cognitifs de la schizophrénie sont variés et ils touchent l'attention, la mémoire (à court et à long terme), la vitesse de traitement de l'information, la capacité de s'organiser et de résoudre des problèmes de même que la cognition sociale. Fait important : ce sont les déficits cognitifs de la schizophrénie qui prédisent le mieux le fonctionnement social et occupationnel de ces personnes (Greene, 1996). Il est difficile, en effet, d'entrer en relation avec autrui, d'aller à l'école ou d'occuper un emploi si vous êtes constamment distrait, que vous ne parvenez pas à lire les émotions sur le visage d'autrui et que vous avez de la difficulté à mémoriser l'information qu'on vous communique.

Troubles d'utilisation de substances : une comorbidité non négligeable

Les troubles d'utilisation de substances (TUS) sont les troubles psychiatriques que l'on retrouve le plus fréquemment de façon cooccurrence dans la schizophrénie. C'est en effet près de 50 % des personnes atteintes de la schizophrénie qui éprouveront un problème de consommation d'alcool et/ou de drogues au cours de leur vie (Regier et al., 1990). Dans le cas du tabagisme, les chiffres sont encore plus élevés, puisqu'entre 60 et 95 % des personnes atteintes de la schizophrénie seront des fumeurs réguliers au cours de leur vie. Les TUS sont parmi les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés dans la population générale, et ils se caractérisent par un ensemble complexe de manifestations,

comme des envies incontrôlables de consommer (« craving »), de la tolérance (moins d'effets pour une même quantité consommée), des symptômes de sevrage, des difficultés à diminuer sa consommation, sans oublier les conséquences psychologiques, médicales et occupationnelles liées à la consommation. Il est important de noter que le DSM-IV distinguait, de façon arbitraire, l'abus de la dépendance, et que le DSM-5 vient de mettre de côté cette notion d'abus au profit de la notion de continuum de sévérité de problèmes de consommation.

Substances psychoactives et système de récompense

Les êtres humains consomment de façon incontrôlée trois grandes catégories de substances psychoactives, soit les déprimeurs du système nerveux central (alcool, benzodiazépines, héroïne, etc.), les psychostimulants (amphétamines, cocaïne, tabac, etc.) et les hallucinogènes ou perturbateurs (cannabis, ecstasy, LSD, etc.).

Alors que les déprimeurs sont recherchés surtout en raison de leurs effets calmants et relaxants, les psychostimulants sont principalement consommés en raison de leurs effets euphorisants, et les hallucinogènes sont consommés, avant tout, en raison de l'état altéré de la conscience et des perceptions qu'ils produisent.

En Amérique du Nord, la population générale consomme, en ordre décroissant, l'alcool, la cigarette, les benzodiazépines, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes, puis l'héroïne. Alors que la consommation de LSD se fait de plus en plus marginale, le marché des méthamphétamines est, quant à lui, en pleine expansion.

Sur le plan biologique, l'alcool et les drogues produisent leurs effets sur le cerveau par le biais de mécanismes très variés d'une substance à l'autre. En dépit de cette complexité d'action, les substances psychoactives partagent en commun le fait de faciliter la libération de la dopamine (un neurotransmetteur) dans le système de récompense, à l'exception des benzodiazépines et de certains hallucinogènes. Le système de récompense est en quelque sorte le circuit du plaisir dans le cerveau, et ses principales projections se retrouvent au niveau du système limbique, soit le cerveau des émotions. Avec le temps, à force de surstimuler le système de récompense, celui-ci ne parvient plus à retrouver son équilibre. C'est la dépendance qui s'installe, et le consommateur se retrouve alors dans un état où la consommation est de moins en moins agréable, et où les plaisirs simples de la vie ont perdu leur valeur.

Conséquences associées

L'alcool et les drogues ont des conséquences psychologiques, cognitives, neurologiques, médicales et sociales qu'on ne saurait minimiser. Dans la schizophrénie, il est clair que les TUS sont associés à une panoplie de conséquences néfastes, incluant davantage de rechutes psychotiques et de réhospitalisations ; plus d'anxiété, de dépression et d'idées suicidaires ; davantage d'impulsivité, de comportements violents et de problèmes légaux ; plus de problèmes d'emploi et de logement, davantage de problèmes d'observance (traitement pharmacologique et psychosocial) et davantage de problèmes médicaux (Potvin et al., 2003).

Le cas du tabagisme mérite ici d'être souligné, puisqu'il a des conséquences inquiétantes sur la santé physique des personnes atteintes de la schizophrénie, dont l'espérance de vie est réduite par rapport à la population générale. Il a été estimé, par exemple, que le tabagisme accroît de 12 fois le risque de décéder d'un accident cardiovasculaire dans la schizophrénie (Kelly et al., 2011).

Chez les personnes qui ne sont pas atteintes de la schizophrénie, la consommation compulsive d'alcool et de drogues a des conséquences néfastes sur le fonctionnement cognitif (Potvin et al., 2013 ; Stavro et al., 2013). On devrait donc s'attendre à ce que les TUS aggravent les déficits

cognitifs de la schizophrénie. La réalité est toutefois plus complexe. S'il est exact que les substances psychoactives peuvent aggraver les déficits cognitifs de la schizophrénie, il semble que ce sont surtout l'alcool et la cocaïne qui produisent ces effets néfastes. Par ailleurs, ce serait surtout la consommation à long terme qui serait problématique (Potvin et al., 2008). Considérant l'importance de la cognition dans la schizophrénie, ces informations ne sont pas à négliger.

Hypothèses explicatives

Les raisons qui expliquent que le TUS soit aussi fréquent dans la schizophrénie demeurent peu comprises et plusieurs hypothèses explicatives ont été formulées (Mueser & Drake, 1998).

Selon une première hypothèse, la consommation d'alcool et de drogues pourrait augmenter le risque de développer la schizophrénie. Il est bien connu, par exemple, que la plupart des substances psychoactives peuvent provoquer des psychoses toxiques, qui s'apparentent passablement à la schizophrénie. Dans le cas des psychoses toxiques provoquées par les méthamphétamines, elles pourraient durer jusqu'à six mois. Partant de ces observations cliniques, de grandes études ont été menées dans la population générale, lesquelles ont montré que la consommation de cannabis accroît la probabilité de développer des symptômes psychotiques (Moore et al., 2007). Il s'agit toutefois d'une légère augmentation, qui ne suggère aucunement que la consommation de cannabis suffirait à elle seule à causer un trouble aussi complexe et invalidant que la schizophrénie. En revanche, il est tout à fait plausible que la consommation de cannabis puisse déclencher un premier épisode psychotique chez des personnes fortement prédisposées à développer la schizophrénie.

Selon une seconde hypothèse, les personnes atteintes de la schizophrénie consommeraient des substances psychoactives afin de soulager leurs symptômes négatifs, anxiodépresseurs ou cognitifs ou encore les effets indésirables des antipsychotiques. C'est la fameuse hypothèse de l'automédication (Khantzian, 1997). L'hypothèse de l'automédication s'applique particulièrement bien au tabagisme, puisque la nicotine peut bel et bien améliorer certains déficits cognitifs de la schizophrénie, incluant le déficit d'attention et de mémoire à court-terme, de même que la difficulté à filtrer l'information provenant de leur environnement (Légaré et al., 2007). Pour les autres substances, la pertinence de l'hypothèse de l'automédication est moins claire et ne fait pas consensus (pour une critique, voir Potvin et al., 2003).

Des raisons biologiques pourraient aussi expliquer pourquoi autant de personnes atteintes de la schizophrénie éprouvent des problèmes de consommation. La schizophrénie est associée à une hypersensibilité aux effets des substances psychoactives. Dans la schizophrénie, la transition de l'essai à l'usage compulsif surviendrait plus rapidement que dans la population générale, et des problèmes de consommation peuvent émerger même en consommant des quantités minimales qui ne causeraient pas d'ennuis à des consommateurs non psychotiques. Comme nous l'avons vu précédemment, le principal mécanisme par lequel les substances psychoactives produisent leurs effets euphorisants est la dopamine. Or, la schizophrénie est elle-même associée à des perturbations de l'activité de la dopamine dans le cerveau (Howes et al., 2012), et ces perturbations pourraient donc rendre les personnes atteintes de la schizophrénie plus vulnérables aux effets de l'alcool et des drogues.

Plusieurs pensent que le réseau social aurait aussi un rôle déterminant à jouer dans la comorbidité entre la schizophrénie et le TUS. Il n'est pas rare que les personnes atteintes de la schizophrénie habitent dans des milieux où la consommation constitue l'une des rares façons faciles de passer le temps, et il peut s'avérer difficile pour ces personnes de résister à l'influence de leurs pairs.

Enfin, les personnes atteintes de la schizophrénie pourraient avoir des raisons subjectives de consommer qui leur seraient spécifiques, comme le fait de se sentir davantage acceptées socialement lorsqu'elles consomment. Dans le même ordre d'idées, on peut aussi observer, parfois, en contexte d'entrevue clinique, que certaines personnes ayant la schizophrénie semblent plus à l'aise à l'idée d'attribuer leurs délires et leurs hallucinations aux effets des substances psychoactives plutôt qu'à un authentique trouble psychiatrique.

En dehors de ces raisons de consommer relativement spécifiques, la plupart des raisons ne diffèrent pas tellement, toutefois, des raisons invoquées par les consommateurs non psychotiques. En effet, les personnes atteintes de la schizophrénie mentionnent consommer, avant tout, pour éprouver du plaisir et chasser l'ennui, pour gérer leur stress et lutter contre la dépression.

Qu'en est-il des traitements ou des interventions?

Sur le plan du traitement, un certain effort a été investi afin de déterminer si les antipsychotiques de seconde génération (ex. : olanzapine) soulageraient davantage le TUS des personnes atteintes de la schizophrénie que les antipsychotiques de première génération (ex. : halopéridol). À l'exception de la clozapine toutefois, il n'existe pas d'évidences concluantes à cet effet, et même dans le cas de la clozapine, la démonstration formelle de sa supériorité demeure à faire (Zhornitsky et al., 2010).

En contexte clinique, le véritable enjeu est davantage celui de l'observance que celui de l'efficacité. Sachant que l'observance est déjà un enjeu dans la schizophrénie, et que le TUS va de pair avec davantage de problèmes d'adhésion, l'utilisation des antipsychotiques injectables peut parfois devenir une avenue thérapeutique pertinente. Parmi les médicaments utilisés dans le traitement du TUS, la thérapie de remplacement à la nicotine s'est avérée efficace dans la prévention des rechutes tabagiques dans la schizophrénie (Tsoi et al., 2013).

En comparaison, passablement plus d'efforts ont été investis dans la mise sur pied et l'étude d'interventions psychosociales ciblant le TUS dans la schizophrénie. Ces interventions reposent sur un ensemble de principes reconnus par de nombreux groupes à l'échelle internationale. De façon générale, on estime que les services offerts aux personnes ayant à la fois la schizophrénie et un TUS cooccurrent doivent être intégrés (dans un même milieu), par opposition à des services offerts de façon séquentielle ou parallèle. De façon similaire, les interventions offertes doivent également être intégrées, en ce sens qu'elles doivent être offertes par des équipes constituées de gens formés en santé mentale et en toxicomanie. Il est faux de penser qu'en traitant bien la schizophrénie, le TUS va se résorber par lui-même. Le raisonnement contraire est tout aussi faux. La schizophrénie et les TUS sont deux troubles primaires, et il importe de les traiter ensemble.

En termes de philosophie d'intervention, là aussi, il y a de larges zones de consensus parmi les divers groupes qui ont mis sur pied des interventions efficaces pour les personnes atteintes de la schizophrénie et d'un TUS cooccurrent. Selon cette philosophie, les approches moralisatrices ne sont plus de mise, de même que l'exigence de l'abstinence, du moins à court terme. C'est plutôt une approche motivationnelle qui est adoptée, basée sur les étapes de changement de Prochaska et DiClemente. Après avoir établi une alliance thérapeutique avec la personne aux prises avec un TUS, un travail est fait sur la motivation au changement. C'est seulement une fois cette motivation acquise que des plans de réduction de la consommation sont adoptés et que des stratégies sont mises en place afin d'éviter la rechute et de remplacer la consommation par d'autres activités gratifiantes et valorisantes.

Pour ce qui est de la comorbidité, les interventions qui se basent sur l'approche motivationnelle intègrent fréquemment des apports de la psychoéducation et de la thérapie cognitivo-comportementale. Cette dernière pouvant être fort utile pour apprendre au consommateur à gérer son stress, à acquérir les habiletés sociales lui permettant de refuser de l'alcool ou de la drogue quand on lui en offre et à gérer ses envies incontrôlables de consommer (« craving ») (Drake et al., 2008 ; Horsfall et al., 2009). L'intervention de groupe qui suit est largement inspirée de ces différentes approches.

Il est à noter, enfin, que les interventions familiales peuvent être fort utiles comme mode d'intervention auprès des personnes atteintes de la schizophrénie et d'un TUS cooccurrent, mais ici encore, il est intéressant d'observer que ce type d'intervention est surtout efficace lorsque l'on inculque aux familles les principes de l'approche motivationnelle.

L'espoir

Malgré les nombreuses conséquences associées au TUS chez les personnes atteintes de la schizophrénie, il y a de l'espoir pour ces personnes, puisque leur condition peut clairement s'améliorer lorsqu'elles parviennent à contrôler leur consommation et qu'il est possible qu'elles y parviennent.



INTRODUCTION AU GROUPE

Ce groupe s'adresse à des personnes atteintes d'un trouble psychotique et d'une problématique de trouble d'utilisation de substances (alcool et/ou drogues).

Il comprend quatre modules :

- **MODULE 1 — MODULE MOTIVATIONNEL**
- **MODULE 2 — MODULE PSYCHOÉDUCATIF**
- **MODULE 3 — MODULE HABILITÉS SOCIALES**
- **MODULE 4 — MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION**

But poursuivi

Sensibiliser à l'impact de la consommation sur le quotidien afin d'amorcer une réflexion et de conscientiser quant aux habiletés et aux stratégies à développer pour modifier ces comportements.

Objectifs généraux des modules

- **MODULE 1 — MODULE MOTIVATIONNEL** : Amorcer une réflexion sur la consommation de drogues et/ou d'alcool
- **MODULE 2 — MODULE PSYCHOÉDUCATIF** : Prendre conscience des effets de la drogue sur le plan psychologique, physique et cognitif ainsi que des interactions entre la drogue, les médicaments et leurs impacts sur la santé mentale
- **MODULE 3 — MODULE HABILITÉS SOCIALES** : Améliorer la capacité à s'affirmer et à refuser dans des situations sociales liées à la consommation
- **MODULE 4 — MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION** : Identifier les situations à risque et des solutions alternatives à la consommation de drogues et/ou d'alcool

Critères de sélection des participants

- Être suffisamment stable sur le plan psychiatrique afin d'être en mesure de tolérer une situation de groupe de 90 minutes
- Accepter de parler de la consommation d'alcool et/ou de drogues et d'entendre différentes opinions

Toute personne respectant ces critères est admise peu importe le stade de changement (voir **Module 1 – module motivationnel**).



Bon à savoir

Certains participants qui refusent de s'impliquer dans un groupe, acceptent tout de même de participer à celui-ci. On note que par la suite, ils s'impliquent plus facilement dans des interventions de groupe.

Participants

Entre six et huit participants pour un groupe animé par deux intervenants.

Type de groupe

Semi-ouvert : chaque module est fermé, mais selon les disponibilités, de nouvelles admissions sont possibles au début du Module 2 – module psychoéducatif.

Aucune nouvelle intégration par la suite.

Règles du groupe

- **Confidentialité**
Les informations transmises par les participants demeurent confidentielles. Ils sont avisés qu'ils ne doivent pas en discuter avec d'autres personnes à l'extérieur du groupe et que la règle est la même pour les intervenants, à moins que la loi les oblige au bris de confidentialité (danger imminent pour la personne ou méfait sur autrui). Il est convenu, avec les équipes traitantes, qu'aucune information quant à la consommation ne sera divulguée afin de favoriser une ouverture à la discussion chez les participants. Les notes au dossier font état des objectifs du module, de l'assiduité et de la participation de la personne.
- **Consommation d'alcool et/ou de drogues et comportement perturbateur**
Les participants qui se présentent en état d'intoxication peuvent participer tant que leur comportement ne nuit pas au fonctionnement du groupe. Si le comportement est nuisible, on invite le participant à quitter le groupe tout en prenant soin de l'inviter à la prochaine séance. Il serait toutefois important de revenir sur cette situation, en individuel, avant la séance suivante. Un retour sur la situation peut favoriser la résolution de problèmes et un soutien pour l'abstinence. Les intervenants doivent demeurer alertes car des tensions et des confrontations peuvent émerger d'une telle situation et peuvent inciter un participant à quitter le groupe.
- **Respect des autres**
Ceci implique que chaque personne a droit à ses opinions et à prendre ses décisions concernant sa propre vie sans être critiquée, jugée ou dévaluée par les autres participants. Il faut être prudent, car ceux-ci vont se situer à différents stades de changement. Certains peuvent être des modèles, mais d'autres peuvent aussi être très critiques face aux discours de certains participants. Les intervenants doivent rappeler que chaque personne a le droit de vivre sa vie à sa façon et qu'il y a plusieurs chemins qui mènent au rétablissement. Il est aussi utile de préciser qu'un véritable changement doit venir de soi-même et non pas en réponse aux pressions des autres.
- **Assiduité et ponctualité**

ÉVALUATION PRÉ ET POST GROUPE

Fréquence et durée

- Deux fois par semaine pour assurer un soutien aux participants
- 1 h 30 par séance avec une pause au besoin
- Environ 18 à 20 séances de groupe pour l'ensemble des modules

Lieu et équipements nécessaires

Le local doit être assez grand pour positionner les sièges en cercle avec suffisamment d'espace pour jouer les jeux de rôle. Il est aussi nécessaire d'avoir :

- Un projecteur et un ordinateur pour les présentations PowerPoint et la vidéo
- Une technologie permettant de filmer et de diffuser la captation sur un écran de télévision ou via un projecteur (caméra, téléphone intelligent, tablette électronique, etc.)
- Un tableau

Animation

- Un intervenant est responsable de présenter le contenu de la séance
- Un intervenant s'assure que les participants contribuent au processus de réflexion et qu'ils reçoivent des informations et de la rétroaction adaptées à leurs besoins et capacités
- Les intervenants ne portent pas de jugements et accueillent les propos des participants
- Ils reconnaissent et renforcent chaque effort vers le but désiré
- Ils appliquent les stratégies d'intervention de l'entretien motivationnel (voir **Stratégies d'intervention – Module 1 - module motivationnel**)

Déroulement des séances

- Accueil : les participants sont invités à partager sur leur consommation et l'évolution de leur réflexion depuis la dernière séance
- Retour sur la dernière séance
- Présentation des objectifs de la séance
- Activité et discussion
- Remise de l'exercice à domicile

Après chacune des séances, les participants auront à compléter un exercice pour la prochaine rencontre. Pour favoriser l'engagement, les intervenants offrent aux participants de compléter l'exercice suite à la séance ou de se présenter un peu à l'avance à la prochaine rencontre.

Objectifs

- Mesurer l'impact de la participation au groupe pour chacun des participants :
 - Évaluer la perception sur la consommation
 - Évaluer la disposition au changement

Activité

- Questionnaires et entrevue

Des questionnaires sont proposés pour procéder à l'évaluation et à l'entrevue :



- **Échelle de réflexion**
- **Modification de la consommation ou Maintien de la réduction de la consommation**
Choisir l'un ou l'autre des documents en fonction de la situation de la personne
- **Énoncés sur le thème de la réflexion sur la consommation**

Ces questionnaires n'ont pas fait l'objet de recherches ; ils permettent d'ouvrir la discussion et favorisent les échanges lors de l'entrevue. L'information obtenue à l'aide des questionnaires peut être validée ou clarifiée au cours de cette rencontre.



Bon à savoir

Paradoxalement, nous avons noté une baisse des résultats pour certains énoncés et échelles à l'évaluation post groupe que nous expliquons par une amélioration de l'autocritique.

Dans notre expérience clinique, il y a peu d'abandons pour ce groupe. Nous avons noté que ceux qui abandonnent ont tendance à inscrire des scores moins élevés à deux sous-échelles (Importance et Être prêt).

Parmi les effets observés, on note une augmentation de l'engagement dans le processus thérapeutique.



MOOD 01 MOTIVATIONNEL



MODULE 01

MOTIVATIONNEL

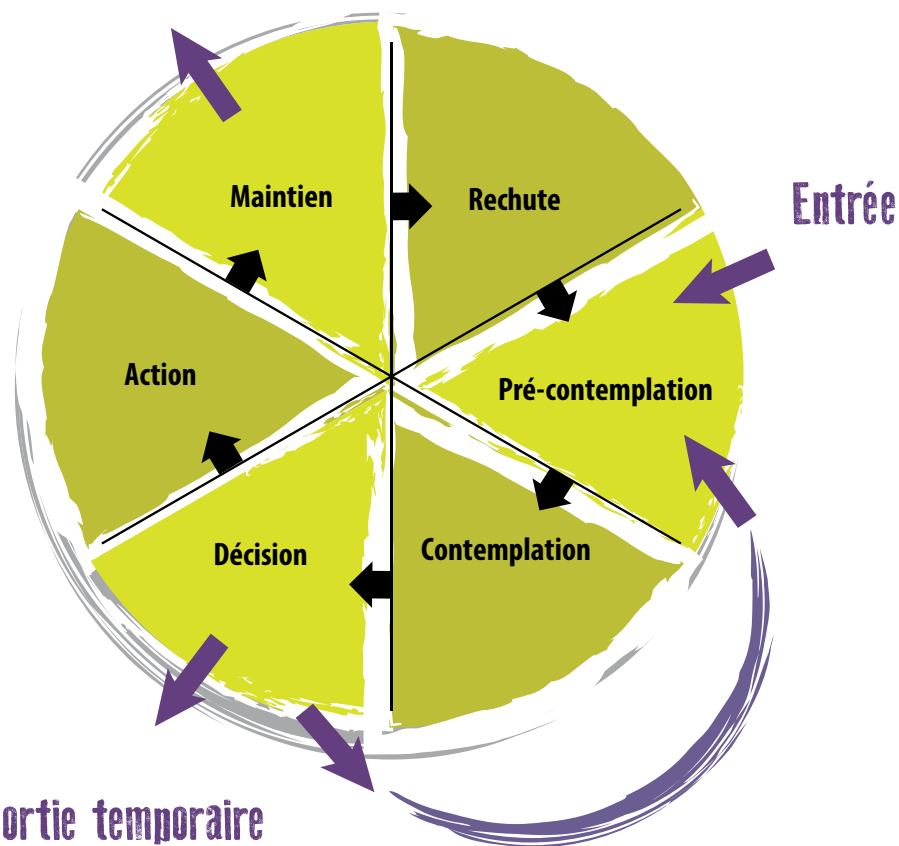
Objectif général

- Amorcer une réflexion sur la consommation de drogues et/ou d'alcool

Quelques notions théoriques

1. Modèle transthéorique de changement (les stades de changement)

Sortie permanente



Sortie temporaire

Ce modèle suggère que les personnes présentant un problème d'abus de substances passent à travers différents stades :

- **Pré-contemplation**

La personne ne pense pas avoir de problème de consommation. Les avantages qu'elle retire de sa consommation sont plus grands que les inconvénients.

- **Contemplation**

La personne envisage un changement de comportement, mais hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. Elle reconnaît les inconvénients de sa consommation et propose plutôt une diminution qu'un arrêt. Elle croit pouvoir cesser, par elle-même, au moment où elle le souhaite. L'ambivalence caractérise ce stade.

- **Décision**

La personne est prête à passer à l'action dans un futur rapproché : elle fixe une date d'arrêt et des moyens pour y parvenir. Elle doute de sa capacité et peut revenir au stade précédent.

- **Action**

La personne utilise des moyens pour rester sobre ou abstinente. Le changement est engagé et elle commence à croire en sa capacité de réussir. Le soutien de l'entourage est très important à cette étape.

- **Maintien**

La personne respecte les objectifs et l'envie de consommer diminue. Toutefois, elle questionne la nécessité d'une abstinence versus une diminution. Le risque de rechute est élevé, d'où l'importance d'établir un plan de prévention.

- **Rechute**

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Elle peut être nécessaire à la réussite finale du processus de changement.

Le changement est un processus dynamique et fluctuant. La personne qui a franchi un stade peut revenir en arrière. À noter que selon ce modèle, il est tout à fait normal qu'une personne rechute et qu'elle doive faire cinq à six essais avant de pouvoir sortir définitivement de la roue de changement.

Durant le processus, elle vivra des émotions parfois contradictoires (ambivalence) ; les discussions de groupe permettent d'explorer la complexité de l'ambivalence, de progresser dans la réflexion et les stades de changement. L'ambivalence est souvent considérée, à tort, comme de la négation ou de la mauvaise volonté. Le rôle des intervenants est d'explorer le point de vue de la personne, de susciter le discours-changement afin de lui permettre de sortir de son ambivalence et l'amener à se positionner face à la situation. Ainsi, elle pourra progresser vers le prochain stade de changement.

2. L'entretien motivationnel

La motivation au changement : l'ensemble des forces qui déterminent la décision de modifier un comportement, la mise en place de stratégies de changement et le maintien du nouveau comportement (Miller et Rollnick, 2002).

La disposition au changement désigne l'ouverture d'une personne à s'engager dans un processus de changement. Elle est composée de trois éléments :

- **Être prêt à modifier le comportement**
- **Importance de modifier le comportement**
- **Confiance en sa capacité de modifier le comportement**

Le discours-changement

Le but premier de l'entretien motivationnel est de faire ressortir le discours-changement. Celui-ci regroupe les propos et l'argumentation de la personne en faveur du changement. Les intervenants cherchent à le faire émerger en le suscitant, reflétant, résumant, etc.

Pour Miller et Rollnick le discours-changement est défini en quatre catégories :

- 1- Les avantages du changement
- 2- Les désavantages du statu quo
- 3- L'optimisme face au changement
- 4- L'intention de changer

Paul Amrhein (2003), propose des catégories différentes pour coder le discours lors de l'entretien motivationnel soient :

- **Désir**
- **Capacité**
- **Raisons**
- **Besoins**
- **Engagement**
- **Premiers pas (poser des gestes)**

Pour Amrhein, les propos qui expriment le désir, la capacité, les raisons et les besoins permettent de construire la motivation au changement et sont un préalable à l'engagement au changement. L'intensité de l'engagement et les premiers pas, pour leur part, sont prédictifs d'un changement de comportement.

Esprit et principes thérapeutiques

- **Collaboration**
La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert-utilisateur de services
- **Évocation**
L'intervenant est un facilitateur et invite la personne à présenter ses arguments, à exprimer ses motivations, ses solutions, ses buts et son désir de changement
- **Soutien de l'autonomie**
Les ressources et la motivation pour le changement relèvent de la personne et c'est à cette dernière de prendre la décision face à sa consommation. Pour sa part, l'intervenant facilite un choix éclairé et croit au potentiel de changement de la personne

Rappel

La résistance est signe que l'intervenant doit changer d'attitude.

La motivation au changement doit émaner de la personne et non être imposée de l'extérieur.

Stratégies d'intervention

- Faire preuve d'empathie : adopter des attitudes d'écoute et faire l'effort de bien comprendre la situation et les difficultés de la personne
- Faire ressortir les divergences : situation actuelle versus celle désirée ou comportements versus valeurs
- Rouler avec la résistance : éviter de confronter et d'argumenter
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : souligner chaque effort

Techniques proposées

- **Questions ouvertes**
- **Renforcement, valorisation**
- **Écoute réflexive, reformulation**
- **Résumé**



Conseils d'animation

Soutenir la participation, respecter le rythme et le cheminement de chacun.

Éviter de confronter, de donner des conseils, de tenter de persuader, d'argumenter, d'être intrusif ou de minimiser les efforts.

Donner de l'information en respectant l'esprit de l'entretien motivationnel.

Les intervenants facilitent la discussion et les échanges sur les expériences de consommation. Ils posent des questions pour soulever les croyances et les divergences d'opinions afin de susciter le discours-changement.

Il est possible que certains participants aient de la difficulté à parler. Les intervenants peuvent, dans de tels cas, les aider à participer tout en respectant leur niveau de confort. Il est plus important de maintenir le niveau de confort des participants que d'obliger une participation active. Les intervenants doivent laisser le temps à chacun de s'exprimer avant d'intervenir et les encourager à considérer les effets de la consommation sur leurs projets de vie et ceux des autres participants. Il est important de s'assurer que le climat d'intervention est serein et chaleureux. Le paradoxe et l'humour peuvent être utilisés pour détendre l'atmosphère et favoriser la confiance.



Bon à savoir

L'intervention d'un pair a plus d'impact que celle des intervenants.

SÉANCE 01

Objectif général du Module 1 – module motivationnel

- Amorcer une réflexion sur la consommation de drogues et/ou d'alcool

Accueil

- Présentation des intervenants
- Présentation des participants

Objectifs de la séance

- Nommer les motivations à participer à ce groupe
- Questionner certaines idées préconçues liées à la consommation de drogues et/ou d'alcool

Activités et discussion

Présentation du groupe

- Remise du cahier du participant. Ce document leur appartient et ils ont la possibilité de le garder ou de le laisser aux intervenants jusqu'à la prochaine séance
- Les informations suivantes sont transmises aux participants afin qu'ils prennent connaissance de la raison d'être du groupe et de son déroulement :
 - But du groupe
 - Fréquence et durée
 - Règles du groupe
 - Déroulement des séances

Voir « **Introduction au groupe** » pour plus de détails.



Conseils d'animation

Préciser que les séances sont axées sur la réflexion, la discussion, l'opportunité d'un changement et que la décision finale appartient aux participants.

Par exemple : « La raison d'être du groupe n'est pas de vous changer. Nous espérons que votre participation à ce groupe vous aidera à réfléchir à votre situation et à participer à une discussion constructive sur l'opportunité d'un changement. Il est important de vous rappeler que, s'il y a des changements à faire, c'est à vous d'en décider ».

Préciser les limites de la confidentialité aux participants.

Par exemple : « Vous avez droit à la confidentialité. Tout ce qui se dit dans ce groupe, se rapportant à vous ou aux autres participants doit rester entre les murs de cette salle. La loi nous oblige par contre à briser cette confidentialité dans certains cas spécifiques. Par exemple, si nous avons des raisons de croire qu'il y a un danger imminent pour vous-même ou dans le cas de méfaits sur autrui ».

Inscrire les règles de groupe sur une affiche et les placer à la vue, au besoin.

Identification des motivations des participants

Chaque participant se nomme de nouveau et explique la raison de sa participation au groupe. Ceci peut permettre aux intervenants d'obtenir quelques informations quant à la reconnaissance de la problématique et de la motivation au changement.



Conseils d'animation

Poser quelques questions supplémentaires selon le niveau de confort observé.

Résumer les motivations de chaque participant en faisant ressortir le discours- changement.

Présentation d'images en lien avec la consommation



- L'affiche publicitaire « Pot au volant »
- Illustration « Le cannabis rend créatif »
- Illustration « Le cannabis, un produit naturel donc bon pour la santé »
- Illustration « J'hallucine après avoir consommé »
- Illustration « Depuis que je fume du pot, je n'ai plus d'énergie »

Discussion

Exemples de questions et d'interventions :

- Qu'est-ce que vous observez sur l'image?
- Quelles sont vos impressions?
- Quel en est le message? Quel titre pourriez-vous donner à la situation?
- Êtes-vous en accord ou en désaccord avec cette situation? Et pourquoi?
- Résumer les échanges en mettant l'accent sur les divergences d'opinions et le discours-changement
- Semer le doute, ramener certaines incohérences ou fausses croyances, telles qu'un produit naturel est bon pour la santé ; fumer, ça relaxe ; tout le monde le fait, donc c'est normal, etc.



Bon à savoir

Les participants font habituellement des commentaires adéquats concernant l'affiche et sont amusés par les différentes situations présentées. Ils minimisent souvent l'impact de la consommation et expliquent cette dépendance par leur maladie et leur contexte de vie (sans travail, peu d'activités productives et de responsabilités, etc.).

Exercices à domicile

Compléter les deux documents suivants :

- Mes croyances face à la consommation de substances
- Les inquiétudes



Conseils d'animation

Offrir aux participants de compléter les questionnaires après la séance.



Bon à savoir

Certains participants préfèrent nous laisser leur cahier par crainte que celui-ci soit lu par leur entourage.

EXERCICES À DOMICILE



Mes croyances face à la consommation de substances¹

	Oui	Non
Je me sens moins gêné après avoir consommé de l'alcool et/ou des drogues		
Je fais plus de gaffes après avoir consommé de l'alcool et/ou des drogues		
Je « cruise » plus facilement après avoir consommé de l'alcool et/ou des drogues		
L'alcool et/ou les drogues m'amènent à percevoir mon futur plus positivement		
J'envoie plus facilement « promener » les autres lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
Je me sens mieux lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
J'ai davantage le contrôle de mes actions lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
J'arrive facilement à me concentrer lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
Je dors mieux lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
Je m'ennuie moins lorsque j'ai consommé de l'alcool et/ou des drogues		
La consommation de l'alcool et/ou des drogues m'aide à avoir une sexualité plus satisfaisante		

¹ Tiré de Velasquez, Meunier, Crouch et Di Clemente (2001) et traduction libre de Patricia Maisl et André Jauron, Clinique Cormier-Lafontaine.

Les inquiétudes

Est-ce qu'un membre de votre famille, un ami ou une autre personne de votre entourage vous a signifié ses inquiétudes quant à votre consommation?

De qui s'agit-il?

Qu'est-ce qui inquiète cette ou ces personne(s)?

Avez-vous déjà été inquiet de votre consommation?

Si oui, pour quelles raisons?

Êtes-vous inquiet actuellement?

SÉANCE 02

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance (discussions sur les illustrations en lien avec la consommation)
- Rappeler les motivations de chacun à participer à ce groupe

Objectifs de la séance

- Identifier les motifs de la consommation
- Réfléchir au besoin de « décrocher »
- Se situer quant à sa propre expérience de consommation



Bon à savoir

Les participants apprécient la vidéo et la chanson thème.
Ils réagissent aux discours des jeunes qui ont collaboré à la vidéo.

Activités et discussion

Projection



- Chapitre 1 - L'expérience de la consommation (4:40 minutes) de la vidéo « Les années volées »
- Chapitre 2 - Le revers de la médaille (6:35 minutes) de la vidéo « Les années volées »

Discussion à la suite du visionnement

Exemples de questions et d'interventions en lien avec la vidéo :

- Le cannabis, c'est naturel : qu'en pensez-vous?
- D'après vous, quelle est la principale raison qui incite les jeunes à essayer de consommer des drogues? Et pour vous?
- Quels liens faites-vous entre les témoignages et votre histoire?
- Quel est le témoignage qui vous interpelle le plus?
- Quel est celui qui correspond le plus à ce que vous vivez ou croyez?
- Qu'est-ce qui vous a amené à consommer? En retirez-vous encore des bienfaits?
- Que pensez-vous de ceux qui ne consomment pas ou qui ont arrêté?
- Résumer les échanges en mettant l'accent sur des éléments en lien avec le discours-changement

Retour sur les exercices à domicile

- Mes croyances face à la consommation de substances
- Les inquiétudes



Conseils d'animation

Souligner les points communs, les incohérences ou les divergences d'opinions afin de susciter le discours-changement.

Utiliser l'humour au besoin.

Exercices à domicile

Compléter les deux documents suivants :

- À propos de la consommation de drogues et/ou d'alcool
- Photo de ma situation



EXERCICES À DOMICILE

À propos de la consommation de drogues et/ou d'alcool²

	Oui	Non
Au cours des douze derniers mois :		
Avez-vous déjà consommé de la drogue et/ou de l'alcool avant midi?		
Avez-vous déjà consommé de la drogue et/ou de l'alcool lorsque vous étiez seul?		
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous consommiez de la drogue et/ou de l'alcool?		
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de drogues et/ou d'alcool?		
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de drogues et/ou d'alcool sans y parvenir?		
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de drogues et/ou d'alcool (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.)?		

2 Adapté du CAST Legleye, Karila, Beck & Reynaud 2007

Photo de ma situation

Au cours de la dernière semaine :

J'ai consommé _____ jours

J'ai eu envie de consommer _____ jours

J'ai eu des inquiétudes quant à ma consommation _____ jours

J'ai pensé à cesser de consommer _____ jours

Je me suis senti :

Déprimé

Anxieux

Méfiant

Autres : _____

J'ai eu :

Des hallucinations

Des propos agressifs

Un comportement violent

Autres : _____

J'ai noté des changements dans mes relations avec les autres :

Je me suis isolé

J'étais irritable

Il y avait des tensions avec ma famille / mes amis

J'ai noté des changements dans mes activités :

J'ai négligé mes soins d'hygiène

J'ai eu de la difficulté à me concentrer

Je me suis absenté de mes rendez-vous, de mes cours, de mon travail

Je n'ai pas fait mes tâches ménagères

Autres : _____

SÉANCE 03

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions. Par exemple : motifs de consommation et effets recherchés

Objectifs de la séance

- Prendre conscience des pertes et des conséquences de la dépendance
- Prendre conscience de l'impact de la consommation sur les capacités d'apprentissage

Activités et discussion

Projection



- **Chapitre 3 : Se découvrir accro (3 minutes) de la vidéo « Les années volées »**
- **Chapitre 4 : Le joint, l'école, l'apprentissage (4:30 minutes) de la vidéo « Les années volées »**

Discussion à la suite du visionnement

Exemples de questions en lien avec la vidéo :

- Selon les témoignages, quels sont les impacts de la consommation sur la santé et les relations (amoureuses, avec la famille, avec les amis)?
- Notez-vous des effets semblables? Différents?
- Que pensez-vous de ce que les jeunes de la vidéo disent de l'impact de la consommation sur leurs résultats scolaires?
- Avez-vous déjà essayé de diminuer ou d'arrêter?
- Comment avez-vous fait? Qu'est-ce qui a provoqué la rechute?
- Quels types d'information auraient pu vous faire changer d'avis?

Retour sur les exercices à domicile

- À propos de la consommation de drogues et/ou d'alcool
- Photo de ma situation



Conseils d'animation

Souligner les motivations de chacun, les points communs et divergences d'opinions afin de susciter le discours-changement.

Exercices à domicile

Compléter les deux documents suivants :

- Motivations à diminuer ou à arrêter ma consommation
- Ce qui pourrait me motiver à changer



Motivations à diminuer ou à arrêter ma consommation³

Cochez les raisons qui vous touchent le plus.

Ce qui touche ma santé :

- Vous ressentez des problèmes d'attention et vos études/apprentissages en souffrent
- Votre système respiratoire commence à donner des signes de faiblesse. Vous souffrez régulièrement de bronchites
- Comme le cannabis contient plus de goudron que la cigarette, vous courez plus de risque de développer des cancers de la bouche, de la gorge et des poumons
- Des problèmes cardiaques, d'asthme peuvent se manifester chez les personnes vulnérables.
- Le cannabis favorise l'écllosion de troubles psychiatriques chez les sujets fragiles
- Le cannabis réduit fortement les capacités de réaction et engendre des accidents de la route
- De plus en plus de consommateurs rapportent des crises de panique, de paranoïa, des malaises, des bad trips, des troubles du sommeil, une dépendance dus au cannabis
- Autres : _____

Ce qui touche ma vie sociale :

- Vous évitez de plus en plus souvent votre entourage
- Votre cercle d'amis ne comporte que des consommateurs de drogues et/ou d'alcool
- Vos relations sociales ne sont pas bonnes
- Vous vous sentez persécuté par votre petit(e) ami(e) ou vos parents qui veulent que vous arrêtiez de consommer des drogues et/ou de l'alcool
- Vous recevez fréquemment des remarques sur votre conduite inappropriée lorsque vous êtes sous l'influence de la drogue et/ou de l'alcool
- Vous prenez des risques sous l'influence de la drogue et/ou de l'alcool (sexualité, voiture)
- Vous risquez le renvoi de votre école/travail
- Vous perdez beaucoup de temps pour vous approvisionner en alcool et/ou en drogues ou pour trouver l'argent nécessaire à votre approvisionnement
- Vous avez réduit vos activités de loisirs
- Vous craignez un contrôle antidopage
- Autres : _____

Ce qui touche mes finances :

Évaluez les dépenses pour votre consommation de drogues et/ou d'alcool.

Complétez la formule ci-dessous et calculez la somme dépensée par an.

Prenez également en compte l'achat des feuilles, de tabac et autre matériel (pipe, etc.).

_____ \$ par semaine x 52 = _____ \$

_____ \$ par mois x 12 = _____ \$

Montant total par an : _____

(suite)

Ce qui touche la justice :

- Vous craignez de vous faire arrêter par la police
- Vous avez peur d'être mis en garde à vue
- Vous ne supporteriez pas d'être considéré comme un junkie ou un dealer
- Vous auriez en horreur d'avoir recours à des moyens illicites pour vous approvisionner en drogues et/ou en alcool
- Vous participez à alimenter des réseaux mafieux
- Vous passez pour un trafiquant car vous faites pousser de l'herbe
- Vous craignez qu'un casier judiciaire puisse nuire à vos ambitions professionnelles, sociales, familiales
- Vos parents pourraient être portés pour responsables à cause de votre activité illégale
- Vous craignez de vous faire retirer votre permis de conduire

³ Adapté du Guide pédagogique Les années volées 2005

Ce qui pourrait me motiver à changer⁴

Avantages de la consommation	Inconvénients de la consommation
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

⁴ André Jauron 2011, Clinique Cormier-Lafontaine

SÉANCE 04

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions. Par exemple : l'impact de la consommation sur la santé, les relations, les études, le travail ainsi que les tentatives pour modifier sa consommation et ce qui peut occasionner des rechutes

Objectifs de la séance

- Identifier les facteurs de vulnérabilité qui pourraient amener une personne à consommer
- Identifier les avantages et les inconvénients de la consommation
- Mesurer les bénéfices et les pertes liés à l'arrêt de la consommation

Activité et discussion

Projection



USB

- Chapitre 6 : La descente (2:20 minutes) de la vidéo « Les années volées »

Discussion à la suite du visionnement

Exemples de question :

- Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à arrêter ou diminuer votre consommation?
- Avez-vous déjà essayé? Que s'est-il passé?
- Quel soutien serait nécessaire?

Retour sur les exercices à domicile

- Motivations à diminuer ou à arrêter ma consommation
- Ce qui pourrait me motiver à changer



Conseils d'animation

Possibilité de procéder de deux façons différentes pour le retour sur l'exercice :

- Sous forme de discussion : souligner les points communs et les divergences d'opinions afin de susciter le discours-changement
- Sous forme de débat : former deux équipes. Une équipe défend les avantages de consommer et l'autre équipe soulève les inconvénients

Pour susciter la participation, consultez le document

Annexe – Ce qui pourrait me motiver à changer – Exemples.

Il fournit des exemples intéressants qui peuvent être partagés avec les participants.



Bon à savoir

Le débat est plus dynamique que la discussion. Par expérience, les participants sont plus intéressés à faire partie de l'équipe qui soulève les inconvénients de la consommation.



Notes pour l'intervenant

Les informations obtenues lors de la discussion ou du débat doivent être résumées dans le document **Tableau synthèse « Ce qui pourrait me motiver à changer »** afin de pouvoir le modifier en fonction de chacun des groupes. Il est remis aux participants lors de la séance de groupe suivante (séance 1 du Module 2 – module psychoéducatif).



USB

Chaque participant complète le Bilan du Module 1 - module motivationnel.
Par la suite, il y a échange en groupe dans le but qu'ils puissent exprimer leurs opinions sur les activités offertes dans ce module.
Invitation à poursuivre la réflexion dans les prochains modules.

01 MODULE MOTIVATIONNEL

Est-ce que j'ai acquis de nouvelles connaissances dans ce module?
Par exemple : les raisons qui me poussent à consommer, les avantages et les inconvénients de la consommation.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pas du tout					Beaucoup

Qu'est-ce que j'ai préféré dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que j'ai moins aimé dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que ce module m'a apporté?

Est-ce que je recommanderais ce module à un ami? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s)?

Mes commentaires et mes suggestions pour améliorer ce module :

Quels seraient les avantages à poursuivre ma participation dans ce groupe?

01 NOTES

MODULE



MOUW 02 PSYCHOÉDUCATIE



MODULE 02 PSYCHOÉDUCATIF

Objectif général

- Prendre conscience des effets de la drogue sur le plan psychologique, physique et cognitif ainsi que des interactions entre la drogue, les médicaments et leurs impacts sur la santé mentale

Quelques notions théoriques

Tel que mentionné précédemment, le trouble d'utilisation de substances est une comorbidité fréquente en présence d'un trouble psychotique. Par ailleurs, les substances psychoactives peuvent amener des symptômes de psychose chez des individus autrement sans problématique psychiatrique connue. Elles peuvent également exacerber les symptômes psychiatriques ou précipiter une rechute chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique tel la schizophrénie et pourraient même déclencher ou devancer l'apparition de la maladie chez des sujets présentant une certaine vulnérabilité. Ce module abordera donc l'impact qu'a la consommation sur la santé mentale, physique et cognitive chez cette clientèle, en débutant par un bref survol de la neurobiologie du cerveau.

Neurobiologie du cerveau

La dopamine est un neurotransmetteur essentiel pour stimuler naturellement le centre du plaisir qui fait partie du système de récompense. Celui-ci peut être stimulé, par exemple, en pratiquant une activité physique ou en satisfaisant les besoins fondamentaux comme la faim, la soif et la sexualité. Le résultat de cette stimulation est une sensation de bien-être et de calme.

La dopamine participe à de nombreuses autres fonctions essentielles comme l'attention, la motivation, la motricité, l'apprentissage et la mémorisation. Certaines maladies sont reliées au taux de dopamine en circulation dans le cerveau. Par exemple, lorsque les neurones dopaminergiques sont détruits, des tremblements caractéristiques de la maladie de Parkinson peuvent apparaître.

Au contraire, un excès de dopamine dans certaines régions du cerveau peut induire les symptômes positifs associés aux troubles psychotiques comme le délire et les hallucinations. De plus, un épisode psychotique s'accompagne de symptômes négatifs comme le ralentissement ou le manque de motivation. Les médicaments antipsychotiques réduisent l'effet de la dopamine, d'où leur efficacité marquée sur les symptômes positifs.

Par ailleurs, la plupart des drogues font augmenter la quantité de dopamine dans le cerveau. Pour les personnes atteintes d'un trouble psychotique, cette augmentation de dopamine peut avoir un impact majeur sur le risque de psychose. La consommation de drogues contrecarre également l'effet protecteur des médicaments. Cela a pour conséquences de compromettre la stabilité de la maladie et d'entraîner un taux de rechute plus élevé.

La consommation de substances psychoactives a donc un effet clair sur la santé mentale et son impact sur la santé physique est non négligeable. Par exemple, le cannabis contient plusieurs substances cancérigènes, les stimulants comme la cocaïne peuvent induire des troubles cardiaques majeurs et l'alcool peut causer des troubles hépatiques.

Impacts sur les médicaments

La consommation de drogues peut aussi provoquer des interactions médicamenteuses majeures. Par exemple, la fumée de cigarette ou de cannabis peut diminuer les

concentrations sanguines de certains antipsychotiques (clozapine, olanzapine) et compromettre la thérapie.

L'adhésion au traitement pourrait aussi être compromise avec une consommation de drogues. En effet, le consommateur peut être placé face à un dilemme entre prendre la drogue ou les médicaments. Le fait d'oublier de prendre ses médicaments quelques jours peut rapidement augmenter le risque de réhospitalisation.

Effets sur la cognition

La présence de troubles cognitifs est maintenant reconnue comme une caractéristique fondamentale des troubles psychotiques comme la schizophrénie. De façon générale, ces déficits touchent les fonctions exécutives, la mémoire, l'attention, la vitesse de traitement et la cognition sociale. Ces perturbations peuvent avoir un impact déterminant sur le fonctionnement occupationnel, social et économique des personnes souffrant de schizophrénie et donc se répercuter sur leur qualité de vie. Outre l'exacerbation de symptômes positifs et négatifs, la consommation de drogues peut aussi entraîner des déficits cognitifs. Ces déficits cognitifs varient selon le type de drogue consommée et s'additionnent à ceux déjà causés par la maladie elle-même. Par exemple, l'atteinte cognitive est d'une plus grande amplitude pour l'alcool, la cocaïne et les méthamphétamines que pour le cannabis.

Dans nombre de cas, les effets sur les fonctions cognitives seront en grande partie réversibles, mais le délai de récupération serait variable. Toutefois, dans un contexte particulier, les drogues peuvent causer des effets plus significatifs et permanents. Par exemple, le cannabis en usage chronique chez des personnes ayant débuté leur consommation à l'adolescence pourrait interférer avec le développement du cerveau. Un autre exemple est la cocaïne qui a un effet vasoconstricteur sur les vaisseaux sanguins, ce qui peut augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC).

Notes pour l'intervenant

Afin de vous familiariser avec les différentes drogues, il est fortement suggéré de consulter l'Annexe – Lexique des drogues et l'Annexe - Classification des drogues avant de débiter l'animation des séances.

Stratégies d'intervention

- Respecter les stratégies de l'entretien motivationnel
- Favoriser la discussion et les échanges sur l'expérience de consommation
- Recadrer rapidement la discussion si le témoignage encourage la consommation
- Donner de l'information sur les drogues dans un esprit de respect, d'ouverture et de non-confrontation

SÉANCE 01

Objectif général du Module 2 – module psychoéducatif

- Prendre conscience des effets de la drogue sur le plan psychologique, physique et cognitif ainsi que des interactions entre la drogue, les médicaments et leurs impacts sur la santé mentale

Accueil

Retour sur le Module 1 – module motivationnel

- Où vous situez-vous par rapport à votre consommation?
- Qu'est-ce que le Module 1 – module motivationnel a suscité comme réflexion sur votre consommation?
- Quelles sont vos questions par rapport aux médicaments et à leurs impacts sur la consommation?

Objectifs de la séance

- Se questionner sur la consommation et la fabrication des drogues
- Prendre conscience des effets qu'a la consommation de drogues sur la santé
- Identifier certaines interactions entre les drogues et les médicaments

Activité et discussion

Présentation



USB

Présentation PowerPoint « Quiz Bon trip Bad Trip »



Conseils d'animation

Utilisez le Guide d'animation des PowerPoints lors des présentations PowerPoint : il vous fournit toute l'information complémentaire nécessaire à l'animation des séances.

Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Ma consommation, mes médicaments



Notes pour l'intervenant

Il est possible de distribuer des feuillets d'information sur les drogues et l'alcool à certains moments précis durant le quiz (voir Guide d'animation des PowerPoints). La marche à suivre pour les commander est détaillée à **l'Annexe – Informations supplémentaires.**



Bon à savoir

Le quiz a été présenté sur les unités de soins où il y avait présence de consommateurs. L'activité a été bien appréciée et a suscité de l'intérêt.

Les participants apprécient consulter le Tableau de Santé Canada des drogues de synthèse saisies au Québec.



Ma consommation, mes médicaments

1. Avez-vous déjà ressenti un sentiment de plaisir intense (« rush ») après une consommation de drogues? oui non

Si oui, décrivez le sentiment ressenti :

2. Avez-vous déjà augmenté la quantité de drogue pour ressentir le même effet qu'avant? oui non

Si oui, avec quelles drogues?

Si oui, de combien avez-vous augmenté la quantité de drogues?

3. Avez-vous déjà ressenti un état de manque après une consommation de drogues? oui non

Si oui, décrivez votre état de manque :

4. Avez-vous déjà oublié de prendre vos médicaments après avoir consommé? oui non

Si oui, combien de doses oubliées?

Si oui, quels ont été les impacts liés à l'arrêt de vos médicaments?

5. Que devez-vous faire si vous avez consommé et que vous voulez prendre votre médicament?

- Doubler la dose le lendemain
 Diminuer la dose de moitié
 Prendre la dose
 Sauter la dose
 Autres : _____

SÉANCE 02

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants de la discussion. Par exemple : fabrication des drogues, interactions avec les médicaments

Objectifs de la séance

- Reconnaître les différents degrés de consommation et comprendre leur définition
- Comprendre les interactions entre la maladie, les médicaments et les drogues

Activité et discussion

Présentation



USB

Présentation PowerPoint « Les habitudes de consommation »



Conseils d'animation

Utilisez le [Guide d'animation des PowerPoints](#) lors des présentations PowerPoint : il vous fournit toute l'information complémentaire nécessaire à l'animation des séances.

Exercices à domicile

Compléter les documents suivants :

- Quels sont vos projets/objectifs?
- Quelle(s) drogue(s) avez-vous l'habitude de consommer?



Quels sont vos projets/objectifs ?

Pour la prochaine semaine?

Pour la prochaine année?

À long terme?

Quelle(s) drogue(s) avez-vous l'habitude de consommer ?

Remplissez le tableau suivant pour chacune des drogues consommées :

Drogues	Effets recherchés	Effets indésirables

SÉANCE 03

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants de la discussion. Par exemple : discuter de la tolérance ou de la dépendance à une drogue, les interactions de la drogue avec les médicaments

Objectifs de la séance

- Prendre conscience de l'impact des drogues sur la santé mentale, physique et cognitive
- Comprendre le mécanisme d'action des drogues dans le cerveau
- Prendre conscience de l'impact de la drogue sur les objectifs et les intérêts

Activité et discussion

Présentation



- **Présentation PowerPoint « L'impact des drogues – 1^{re} partie »**
Volets cannabis et alcool



Conseils d'animation

Utilisez le Guide d'animation des PowerPoints lors des présentations PowerPoint : il vous fournit toute l'information complémentaire nécessaire à l'animation des séances.

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants de la discussion. Par exemple : résumer les principaux déficits causés par le cannabis et l'alcool

Objectifs de la séance

- Prendre conscience de l'impact des drogues sur la santé mentale, physique et cognitive
- Comprendre le mécanisme d'action des drogues dans le cerveau
- Prendre conscience de l'impact de la drogue sur les objectifs et les intérêts

Activité et discussion

Présentation



USB

- **Présentation PowerPoint « L'impact des drogues – 2^e partie »**
Volets stimulants et ecstasy



Conseils d'animation

Utilisez le **Guide d'animation des PowerPoints** lors des présentations PowerPoint : il vous fournit toute l'information complémentaire nécessaire à l'animation des séances.



Bon à savoir

Une fois les séances 3 et 4 terminées, les participants apprécient beaucoup avoir un résumé écrit des principaux effets des drogues. Celui-ci se retrouve à **l'Annexe - Impacts des drogues**. Ce résumé n'est pas exhaustif et regroupe les principaux effets recherchés et indésirables des drogues.

Chaque participant complète le Bilan du Module 2 – module psychoéducatif. Par la suite, il y a échange en groupe dans le but qu'ils puissent exprimer leurs opinions sur les activités offertes dans ce module. Invitation à poursuivre la réflexion dans les prochains modules.

BILAN 02 MODULE PSYCHOÉDUCATIF

Est-ce que j'ai acquis de nouvelles connaissances dans ce module?

Par exemple : neurotransmetteurs, mécanismes d'action, impacts des drogues sur la santé, interactions avec les médicaments.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pas du tout					Beaucoup

Qu'est-ce que j'ai préféré dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que j'ai moins aimé dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que ce module m'a apporté?

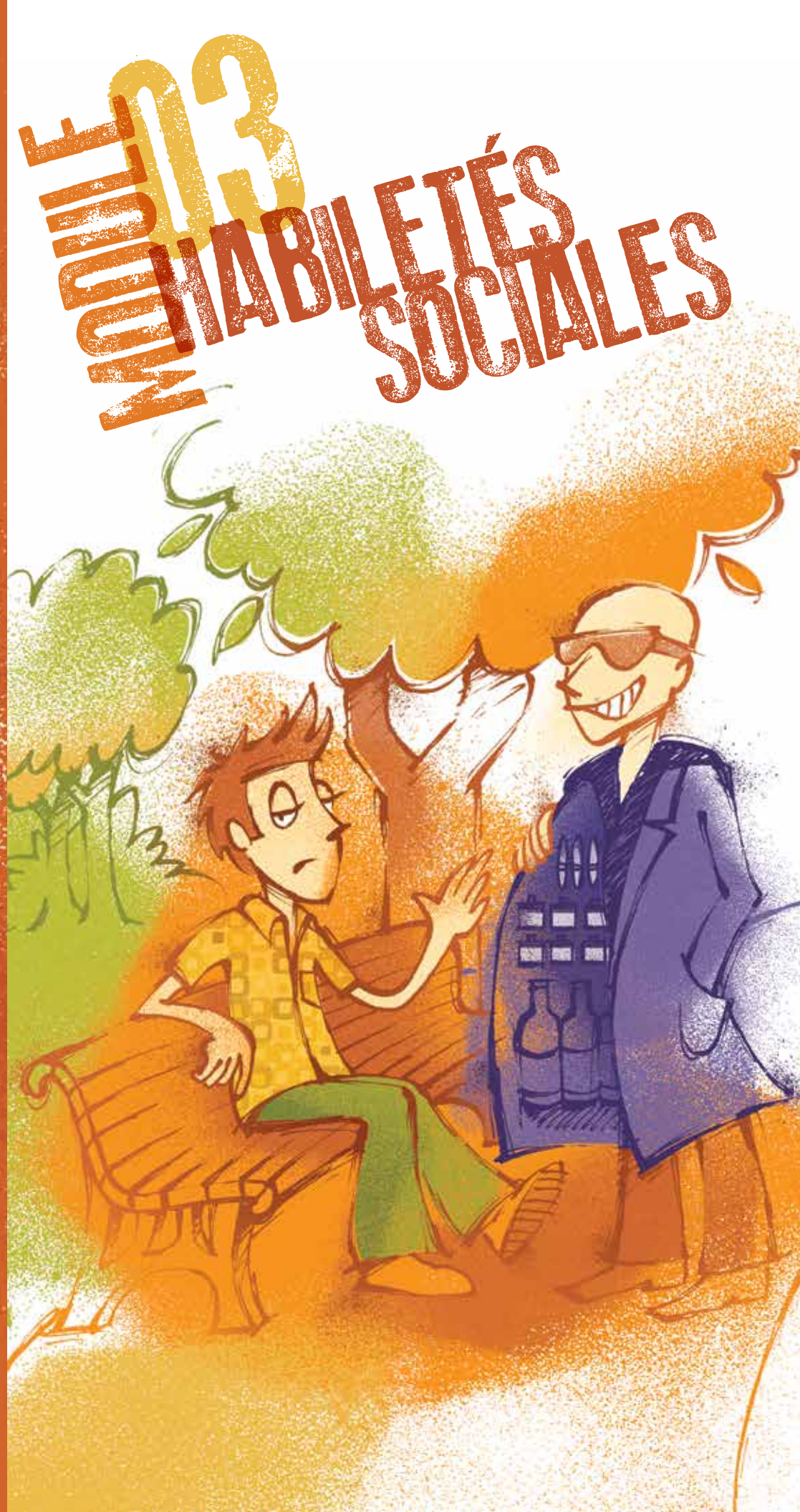
MODULE PSYCHOÉDUCATIF
(suite)

Est-ce que je recommanderais ce module à un ami? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s)?

Mes commentaires et mes suggestions pour améliorer ce module :

Quels seraient les avantages à poursuivre ma participation dans ce groupe?



MODULE 03

HABILETÉS SOCIALES

Objectif général

- Améliorer la capacité à s'affirmer et à refuser dans des situations sociales liées à la consommation

Quelques notions théoriques

Ce module est inspiré du programme intégratif des thérapies psychologiques (IPT) de Brenner traduit par Pomini (1998) et utilise les méthodes suivantes : jeu de rôle, entraînement à l'affirmation de soi et techniques cognitivo-comportementales.

Les deux étapes du jeu de rôle

- 1- La préparation cognitive débute par une présentation précise et concrète de la situation choisie : mise en contexte de la situation et élaboration du dialogue avec les participants. Les éléments principaux du jeu de rôle et les stratégies d'affirmation à privilégier sont identifiés. L'objectif est de clarifier la problématique et les habiletés à travailler. La transcription du dialogue facilite la réalisation de cet objectif. Un tableau peut être utilisé à cet effet.
- 2- La mise en pratique des jeux de rôle est optimisée par l'utilisation de la caméra ; le visionnement favorise l'autocritique.

Les stratégies d'apprentissage

- **Modeling**
Les intervenants font le jeu de rôle et le participant le refait en mettant en pratique ce qu'il a observé
- **Coaching**
Un intervenant chuchote des indices au participant pendant le jeu de rôle. Le coaching est utilisé dans le but d'aider la personne à développer l'habileté ; plus les capacités s'améliorent, moins les indices seront nécessaires
- **Signe non-verbal**
Entente entre le participant et l'intervenant sur un signe pour rappeler au participant de porter attention à une habileté à mettre en pratique
- **Contraste**
Démonstration par l'intervenant de l'habileté en faisant deux jeux de rôle : l'un avec une mauvaise performance et l'autre avec une bonne performance. Une brève discussion sur la différence des jeux de rôle s'ensuit et le participant est invité à refaire ce jeu de rôle au besoin

Les différentes stratégies d'affirmation

- **Refuser directement**
Le participant respecte la limite qu'il s'est fixée et propose une alternative à la personne qui l'a sollicité :
Par exemple : « Non, je ne prendrai pas cette consommation mais je peux participer à ton activité »

- **Refuser de façon répétée**

Le participant respecte sa limite en précisant qu'il a déjà refusé à plusieurs reprises

- **Exprimer ses sentiments face à la situation**

Le participant explique à la personne qui le sollicite ce qu'il ressent face à la demande, ce qui le motive à refuser une consommation. Par exemple : « C'est difficile pour moi de cesser de consommer, j'aimerais que tu respectes mon choix »

- **Donner une explication**

Le participant explique clairement les raisons de son refus (santé physique, psychologique, impacts sur la maladie, interaction avec les médicaments, etc.)

- **Quitter la situation**

Le participant doit reconnaître ses limites. S'il ne croit pas pouvoir supporter la situation, il peut l'éviter

Stratégies d'intervention

- Réfléter les comportements aux participants : points positifs et ceux à améliorer
- Soutenir et encourager les comportements adaptés à la situation. Par exemple : dans le contexte où une personne est harcelée par un vendeur, il peut être acceptable de couper la parole ou de fermer la porte pour clore la discussion
- Être à l'écoute des besoins des participants qui éprouvent un inconfort face à la caméra ou à être observés par leurs pairs. Il peut être nécessaire d'adapter l'intervention, pour faciliter leur participation, tout en permettant l'apprentissage. Si nécessaire, la séance peut se dérouler sous forme de discussion sur la situation à risque de consommation afin d'identifier des stratégies efficaces. Au besoin, les intervenants peuvent faire le jeu de rôle pour alimenter la discussion
- Utiliser l'humour pour détendre l'atmosphère et rendre la situation agréable



AVANT LA 1^{RE} SÉANCE

Objectif

- Identifier les situations sociales à risque élevé de consommation pour chacun des participants

Activité

Brève entrevue

Avant de débiter ce module, chaque participant est rencontré individuellement afin d'identifier des situations sociales à risque élevé de consommation qui découlent de son expérience personnelle. Le document **Annexe – Situations sociales à risque élevé de consommation** peut être utilisé au besoin.



Notes pour l'intervenant

Les situations identifiées doivent correspondre à la réalité des participants puisqu'elles seront utilisées pour les jeux de rôle.

SÉANCE 01

Objectif général du Module 3 – module habiletés sociales

- Améliorer la capacité à s'affirmer et à refuser dans des situations sociales liées à la consommation

Accueil

Retour sur le Module 2 – module psychoéducatif

- Quelles sont les nouvelles notions que vous avez apprises au Module 2 – module psychoéducatif?
- Qu'est-ce que le Module 2 – module psychoéducatif a suscité comme réflexion sur votre consommation ?

Objectifs de la séance

- Se familiariser avec la préparation cognitive et la mise en pratique des jeux de rôle
- Se familiariser avec l'utilisation de la caméra vidéo et avec **l'Annexe – Tableau des habiletés de communication**

Activités et discussion

Retour sur les situations sociales à risque élevé de consommation retenues pour les jeux de rôle

- Nommer les situations identifiées par la majorité des participants lors des entrevues
- Identifier la séquence dans laquelle elles seront traitées. Par exemple :
 - 1- Première séance : refuser une offre de consommation d'un ami ou d'un membre de ma famille
 - 2- Deuxième séance : informer un ami que vous préférez diminuer votre consommation de drogues et/ou d'alcool en lui précisant des raisons
 - 3- Etc.

Description des étapes du jeu de rôle pour les séances 2 à 5

Les participants sont informés du déroulement des deux étapes des jeux de rôle.

1- Préparation cognitive

- Présentation et discussion de la situation à risque (mise en contexte)
- Élaboration du dialogue : identification des éléments principaux du jeu de rôle et des stratégies d'affirmation à privilégier

2- Mise en pratique

- Identification des acteurs et des observateurs
- Action ! Enregistrement
- Visionnement de la séquence
- Commentaires des acteurs sur leurs habiletés de communication (forces et habiletés à améliorer)
- Rétroaction des observateurs (autres participants et intervenants) à la suite de l'observation du jeu de rôle et du visionnement
- Possibilité de reprendre le jeu de rôle en tenant compte des commentaires constructifs

Activité préparatoire au jeu de rôle afin de se familiariser avec la caméra et l'Annexe – Tableau des habiletés de communication

- Les participants ont 10 à 15 minutes pour faire l'exercice suivant : rédiger un slogan, composer une lettre fictive à un ami pour l'encourager à arrêter ou à diminuer sa consommation ou écrire les informations importantes retenues aux modules 1 et 2
- Chaque participant est filmé lorsqu'il présente sa réalisation au groupe
- Présentation et explication de **l'Annexe – Tableau des habiletés de communication**.
- Visionnement de la présentation de chaque participant
- Commentaires des acteurs : auto-évaluation des habiletés de communication à l'aide de **l'Annexe – Tableau des habiletés de communication**
- Rétroaction des observateurs et des intervenants
- Par la suite, le même processus s'applique pour la présentation des autres participants

Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Exercice à domicile Séance 1

EXERCICE À DOMICILE

Séance **01**

L'exercice de familiarisation avec la caméra a permis d'évaluer vos habiletés de communication dans la situation où vous avez fait part de votre slogan ou des informations que vous pourriez transmettre à un ami qui voudrait cesser sa consommation d'alcool et/ou de drogues.

Nommez vos points forts ainsi qu'une ou deux habileté(s) à laquelle ou auxquelles vous devrez porter attention lors des jeux de rôle.

Points forts :

Habilitéte(s) à améliorer :

Accueil

Retour sur la dernière séance et sur l'exercice à domicile

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions en faisant le lien avec l'exercice à domicile. Par exemple : les habiletés à améliorer, les stratégies d'affirmation retenues

Objectifs de la séance

- Mettre en pratique des stratégies d'affirmation (s'affirmer, refuser) dans des situations sociales impliquant de l'alcool et/ou des drogues
- Favoriser l'autocritique par le biais du visionnement des jeux de rôle

Activités et discussion

Préparation cognitive

- Présentation et discussion de la situation à risque
- Personnalisation du contexte (où, quand, avec qui, pourquoi, comment, etc.) de façon à préciser la problématique et à clarifier les buts visés (s'affirmer, refuser)
- Élaboration du dialogue
- Identification des éléments principaux du jeu de rôle et des stratégies d'affirmation à privilégier : contenu du dialogue. Anticiper les difficultés qui peuvent se présenter dans ce type de situation. Trouver des solutions et prévoir une façon adéquate d'y réagir

La formulation écrite du dialogue facilite l'atteinte de l'objectif et la participation de tous. Tous les participants sont invités à donner leurs opinions et à proposer des stratégies.

Notes pour l'intervenant

Les participants qui ont identifié un risque pour cette situation sont sollicités pour préparer le jeu de rôle. Toutefois, tous les membres du groupe participent à l'élaboration du dialogue. Le jeu de rôle est ensuite exécuté par les participants qui ont identifié une difficulté pour cette situation.



Bon à savoir

Lors de la préparation cognitive, certains participants souhaitent un dialogue détaillé comme une pièce de théâtre. D'autres préfèrent improviser à partir de quelques idées générales.

Mise en pratique

1. Identification des acteurs et rappel des stratégies d'affirmation à privilégier.
Au besoin, utiliser les stratégies d'apprentissage suivantes : modeling, coaching, signe non verbal, contraste.
Les observateurs portent une attention particulière à une ou deux habileté(s) de communication (se référer à l'**Annexe – Tableau des habiletés de communication**).
2. Action ! Enregistrement.
3. Visionnement de la séquence.
4. Commentaires des acteurs sur leur performance.
5. Rétroaction des observateurs.
6. Proposer aux acteurs de refaire le jeu de rôle au besoin et d'apporter un changement en se basant sur la rétroaction.



Bon à savoir

L'utilisation de l'**Annexe – Tableau des habiletés de communication** favorise la participation active lors du jeu de rôle et lors de la rétroaction.

Malgré leur réticence initiale, la grande majorité des participants apprécient l'activité. Ils critiquent facilement leur performance, parfois sévèrement, et peuvent proposer d'autres façons de réagir.

On note que les refus directs sont plus difficiles par crainte d'être jugé, de déplaire ou de blesser l'autre personne. Les participants connaissent très bien les arguments qui pourraient les faire céder.



Rappel

Les participants doivent développer des habiletés à refuser et à s'affirmer. Les intervenants doivent valider que, dans certains contextes, il peut être acceptable de soutenir le regard avec plus d'insistance, de hausser le ton et de quitter sans préavis la situation.

Encourager les participants à utiliser les connaissances acquises aux modules 1 et 2 pour appuyer leur refus et à intégrer les stratégies d'affirmation lorsque des situations à risque se présentent.



Conseils d'animation

Relever les situations où le non verbal n'est pas congruent avec les propos tenus (par exemple : refuser un joint en tendant la main, refuser sur un ton hésitant, etc.).

Le jeu de rôle peut être repris avec de nouveaux acteurs et de légères modifications sur le plan de la préparation cognitive.

Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Exercice à domicile correspondant aux séances respectives (2-4)

Séances 02-04

Au cours de la séance d'aujourd'hui, vous avez travaillé la situation suivante :

Quels sont les stratégies, les arguments que vous avez retenus et que vous pourriez utiliser si cette situation se présentait?

À la séance 5, chaque participant complète le Bilan du Module 3 - module habiletés sociales. Par la suite, il y a échange en groupe dans le but qu'ils puissent exprimer leurs opinions sur les activités offertes dans ce module.

Ils sont avisés qu'ils recevront un résumé des stratégies identifiées pour chacune des situations pratiquées lors des jeux de rôle.

Invitation à poursuivre la réflexion dans le prochain module.



Notes pour l'intervenant

Consulter l'Annexe- Exemple d'un résumé des stratégies identifiées pour chacune des situations pratiquées lors des jeux de rôle pour la rédaction du résumé.

MODULE
HABILITÉS SOCIALES

BILAN 03

Est-ce que j'ai acquis de nouvelles connaissances dans ce module?
Par exemple : mes forces et mes points à améliorer sur le plan des habiletés sociales, des stratégies d'affirmation pour des situations sociales difficiles, etc.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pas du tout					Beaucoup

Qu'est-ce que j'ai préféré dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que j'ai moins aimé dans ce module?

MODULE HABILETÉS SOCIALES (suite)

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que ce module m'a apporté?

Est-ce que je recommanderais ce module à un ami? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s)?

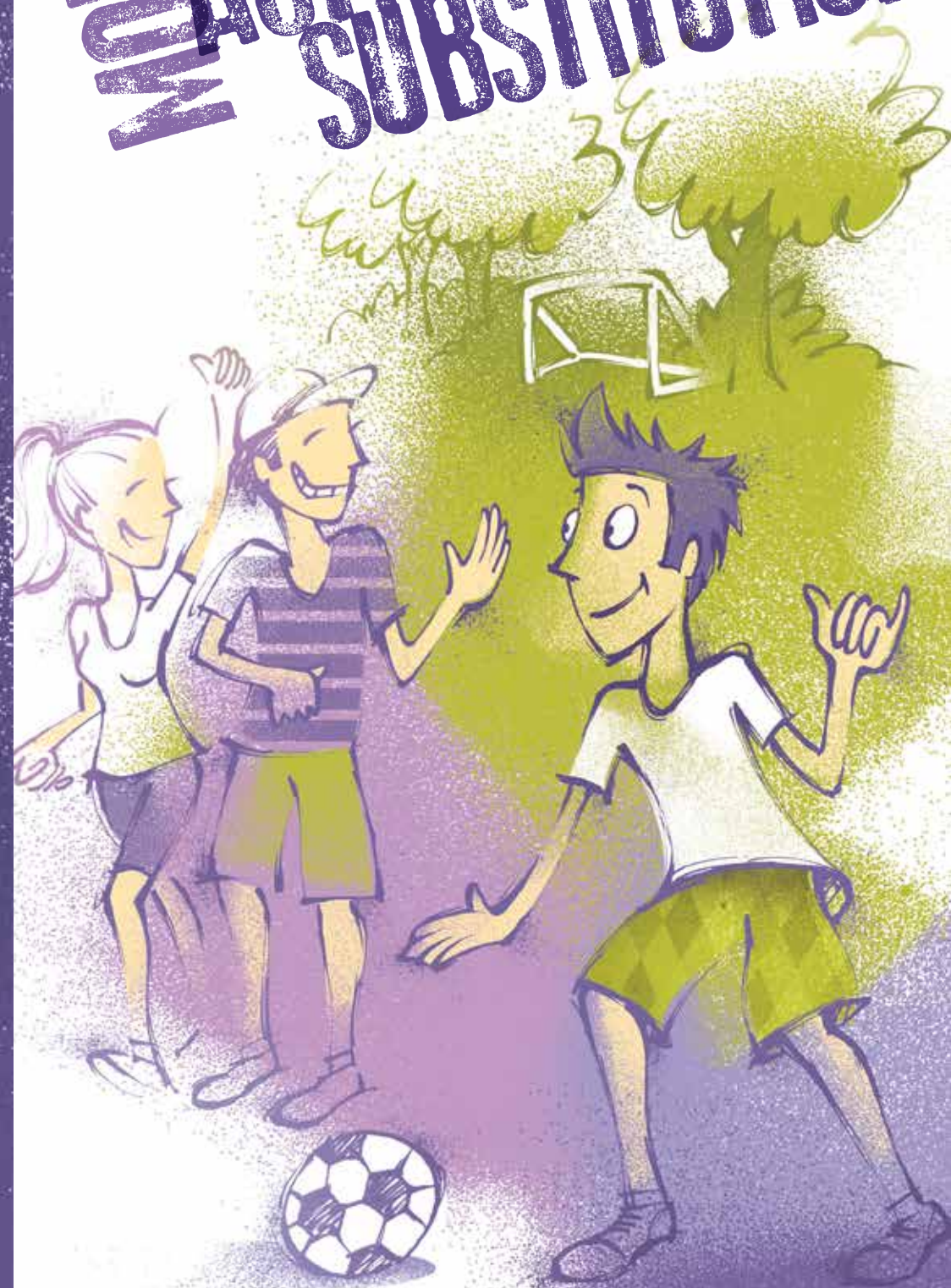
Mes commentaires et mes suggestions pour améliorer ce module :

Quels seraient les avantages à poursuivre ma participation dans ce groupe?

03 MODULE NOTES

MODULE 04

ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION



MODULE 04

ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION

Objectif général

- Identifier les situations à risque et des solutions alternatives à la consommation d'alcool et/ou de drogues

Quelques notions théoriques

Selon l'analyse fonctionnelle du comportement (approche cognitivo-comportementale), l'utilisation de drogues et/ou d'alcool répond à un besoin pour la personne.

Les déclencheurs mènent aux comportements et aux conséquences. Ces dernières renforcent le comportement par l'ajout de récompenses et le retrait d'émotions douloureuses. Les déclencheurs peuvent être liés à différents aspects de la vie : situations données, relations sociales, facteurs physiologiques, émotions, pensées, symptômes. Il s'agit de bien comprendre les circonstances qui entourent l'utilisation de drogues et/ou d'alcool, pour ensuite amorcer un changement et identifier des objectifs liés aux déclencheurs, aux comportements d'utilisation de substances et/ou aux conséquences.

Différentes stratégies peuvent être utilisées pour faire face aux déclencheurs, aux comportements et aux conséquences. Dans le Module 3 – module habiletés sociales, des stratégies en lien avec les comportements (refuser et s'affirmer) ont été abordées. Dans ce module, quelques stratégies seront proposées pour faire face aux déclencheurs (éviter, sortir de la situation) et aux conséquences (modifier son horaire occupationnel en participant à des activités sociales et de loisirs, identifier d'autres moyens de se récompenser).

À ce stade-ci du groupe, les participants ont amorcé une réflexion mais n'ont pas nécessairement décidé d'entreprendre une démarche de changement. Pour cette raison, la majorité d'entre eux ne sont pas prêts à mettre en pratique des stratégies cognitives (ex. : arrêt des pensées nocives, résolution de problèmes) ou de gestion du stress. Pour plusieurs, l'utilisation de substances est la première source de plaisir et son absence peut entraîner l'ennui, la dépression, l'anhédonie et l'anxiété.

Ce module vise à proposer des activités de substitution et à prévoir la poursuite de la démarche de réflexion.

Stratégies d'intervention

- Sensibiliser les participants à l'importance d'avoir un horaire varié comprenant des activités qui répondent à leurs besoins et intérêts
- Aider les participants à clarifier leurs intérêts et à les actualiser
- Proposer des activités en lien avec leurs intérêts : activités sportives, culinaires, artistiques, etc.
- Faire connaître des ressources, des endroits où ils peuvent faire des activités en fonction de leur budget
- Identifier un milieu qui répond à leurs besoins : centre de jour, organisme communautaire, ressources spécialisées en dépendance, etc.

- Accompagner les participants dans les ressources au besoin
- Encourager les participants à informer les personnes significatives de leur démarche et à s'entourer des gens qui les soutiennent : ne pas hésiter à les contacter au besoin
- S'assurer que chaque participant bénéficiera d'un soutien dans la poursuite de sa démarche de réflexion après le groupe (intervenant de son équipe interdisciplinaire ou d'une ressource spécialisée en dépendance, groupe d'entraide, etc.)



Rappel

Les intervenants encouragent les participants à identifier d'autres façons de se récompenser ou d'utiliser l'argent en s'impliquant dans des activités significatives.



SÉANCE 01

Objectif général du Module 4 – module activités de substitution

- Identifier les situations à risque et des solutions alternatives à la consommation d'alcool et/ou de drogues

Accueil

Retour sur le Module 3 – module habiletés sociales

- Qu'est-ce que le Module 3 – module habiletés sociales a suscité comme réflexion sur votre consommation?
- Quelles sont les stratégies d'affirmation que vous pourrez appliquer dans des situations sociales à risque de consommation?



Notes pour l'intervenant

Remettre le résumé des stratégies identifiées pour chacune des situations sociales pratiquées lors des jeux de rôle.

Objectifs de la séance

- Prendre conscience de son emploi du temps
- Identifier des situations à risque élevé de consommation

Activité et discussion

Exercice

- Compléter le document Horaire occupationnel

Discussion

Exemples de questions :

- Quel est votre degré de satisfaction quant à votre horaire occupationnel?
- À quel moment avez-vous davantage le goût de consommer?
- Quelles sont les situations à risque?



Bon à savoir

Plusieurs participants ont de la difficulté à identifier les périodes à risque de consommation. Ils expliquent que leur consommation est impulsive : suite à l'obtention d'un montant d'argent, l'influence d'un ami, etc.

Exercices à domicile

Compléter les documents suivants :

- Du plaisir et de la détente
- Des situations à privilégier

DOCUMENT À COMPLÉTER

Horaire occupationnel

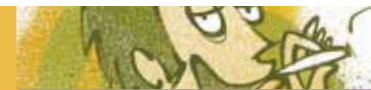
Complétez en précisant les différentes activités de la semaine ainsi que les périodes habituelles de consommation ou à risque de consommation.

Encercler les périodes à risque de consommation.

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi							
6 h							
7 h							
8 h							
9 h							
10 h							
11 h							
12 h							
Après-midi							
13 h							
14 h							
15 h							
16 h							
17 h							
18 h							
Soirée							
19 h							
20 h							
21 h							
22 h							
23 h							
24 h							
Nuit							
1 h							
2 h							
3 h							
4 h							
5 h							

Y a-t-il d'autres situations qui pourraient vous inciter à consommer? (certains événements, lieux, personnes, objets, émotions, pensées, symptômes, etc.)

Si oui, précisez : _____



Du plaisir et de la détente

Plusieurs personnes qui consomment des drogues et/ou de l'alcool craignent de ne plus vivre de moment de plaisir ou de détente si elles cessent de consommer. L'ennui et le stress sont souvent nommés comme des situations à risque de consommation. Ainsi, il est important de participer à différentes activités relaxantes ou stimulantes, qui pourront offrir des défis et permettre des occasions de s'intégrer à un groupe.

Décrivez ce que vous faites pour vous détendre et avoir du plaisir :

Décrivez ce que vous aimeriez retirer de votre participation à des activités de loisir (ex. : détente, mise en forme, relever de nouveaux défis, créer des liens, etc.) :

Que pourriez-vous faire dans vos temps libres afin de combattre l'ennui et d'éviter la consommation?

Identifiez une activité que vous aviez l'habitude de faire et que vous pourriez reprendre :

Identifiez une activité que vous aimeriez faire et que vous n'avez jamais essayée :

Identifiez les activités (gratuites ou à prix modiques) que vous pourriez faire à l'hôpital ou dans votre quartier :

Des situations à privilégier

Pour chaque catégorie, identifiez trois items où l'envie de consommer n'est pas présente.

Les activités :

Les lieux :

Les personnes :

Les émotions :

Accueil

Retour sur la dernière séance

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions. Par exemple : la satisfaction quant à l'horaire occupationnel, les périodes habituelles de consommation, les situations à risque, les raisons pour consommer

Objectif de la séance

- Identifier des activités qui procurent du plaisir et de la détente



Conseils d'animation

Présenter des ressources qui offrent des activités accessibles aux participants. Prévoir des copies de la programmation des activités offertes par la ville, dans le quartier, à l'hôpital, etc.

Activité et discussion

Exercice

- Compléter le document Grille d'intérêts

Discussion

Retour sur la Grille d'intérêts et sur les exercices à domicile :

- Du plaisir et de la détente
- Des situations à privilégier

Exemples de question :

- Est-ce que vous actualisez vos activités préférées?
- Pourquoi avez-vous délaissé certaines de vos activités?
- Quels obstacles rencontrez-vous?
- Qu'est-ce qui pourrait faciliter la reprise de ces activités ou la participation à une nouvelle activité?
- Avez-vous des opportunités de faire des activités avec des amis ou des membres de votre famille?
- Quelles sont les endroits ou ressources que vous pourriez fréquenter pour répondre à vos intérêts?

Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Exercice à domicile Séance 2



Notes pour l'intervenant

Afin de planifier la séance 4, les intervenants révisent les grilles d'intérêts et identifient des intérêts communs aux participants. À la séance 3, ils auront à faire un choix parmi ces activités pour ensuite en actualiser une à la séance 4.





Grille d'intérêts

- 1- Indiquez les activités qui vous ont intéressé par le passé et/ou qui vous intéressent actuellement.
- 2- Précisez s'il s'agit d'une activité de plaisir et/ou de détente.
- 3- Encerchez vos 5 activités préférées.

Activités artistiques	Passé	Présent	Plaisir/détente
Théâtre / improvisation			
Chant			
Danse			
Musique (jouer/écouter)			
Dessin/peinture			
Photographie			
Poésie (écriture/lecture)			
Autres :			
Activités manuelles	Passé	Présent	Plaisir/détente
Bricolage			
Couture/travaux à l'aiguille			
Tricot/crochet			
Poterie/céramique			
Menuiserie			
Jardinage			
Réparations (auto/maison)			
Bijoux			
Cuisine			
Scrapbooking			
Autres :			
Activités sportives	Passé	Présent	Plaisir/détente
Badminton/tennis			
Baseball/balle-molle			
Volleyball			
Basketball			
Hockey/hockey cosom			
Conditionnement physique			
Musculation			
Danse aérobique/Zumba			

Grille d'intérêts (suite)

Activités sportives	Passé	Présent	Plaisir/détente
Yoga/gymnastique douce			
Arts martiaux			
Ski de fond/alpin			
Patin à glace/à roues alignées			
Raquette (neige)			
Marche/randonnée pédestre			
Natation			
Quilles/curling			
Vélo/Spinning			
Activités de plein air			
Course/Jogging			
Soccer			
Football			
Ultimate Frisbee			
Autres :			
Activités culturelles	Passé	Présent	Plaisir/détente
Radio/télévision			
Actualités			
Spectacles/concerts			
Cinéma/films			
Expositions/visites de musée			
Collection			
Lecture/aller à la bibliothèque			
Cours/Conférences			
Voyages			
Autres :			
Activités diverses	Passé	Présent	Plaisir/détente
Recevoir/visiter des amis			
Bénévolat			
Jeux de société			
Jeux vidéo			
Billard			
Naviguer sur Internet			
Ménage			
Autres :			

Séance 02

Prenez de nouvelles habitudes en vous mettant en action lors d'une période à risque de consommation au cours de la semaine. Vous pouvez choisir une de vos activités préférées, faire l'essai d'une nouvelle activité ou aller visiter une ressource de loisirs.

Quelle était l'activité?

À quel endroit?

Décrivez votre expérience :

Quelle est votre appréciation?

SÉANCE 03

Accueil

Retour sur la dernière séance et sur l'exercice à domicile

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions en faisant le lien avec l'exercice à domicile. Par exemple : les activités de plaisir et de détente identifiées par les participants, les ressources/endroits où ils peuvent pratiquer ces intérêts, ce qui peut faciliter la participation à une nouvelle activité, etc.

Objectifs de la séance

- Identifier les personnes qui composent votre réseau social
- Cibler les personnes qui peuvent vous soutenir et vous encourager à réduire votre consommation de drogues et/ou d'alcool

Activités et discussion

Projection



- Chapitre 5 – Oser en parler (2:40 minutes) de la vidéo « Les années volées »
- Chapitre 7 - Ce qui peut aider (3:30 minutes) de la vidéo « Les années volées »

Exercice

- Compléter le document Mon réseau social.

Discussion

Exemples de question :

- Quelles sont les personnes les plus près de vous?
- Celles avec qui vous partagez vos joies et vos peines?
- Celles qui peuvent vous aider et vous soutenir lorsque vous avez des problèmes?
- Celles en qui vous avez confiance?
- À quelle fréquence les voyez-vous, les contactez-vous?
- Souhaitez-vous avoir plus d'amis?
- Êtes-vous bien entouré?
- Quelles autres personnes aimeriez-vous avoir dans votre réseau?



Bon à savoir

Les participants citent rarement les intervenants de leur équipe interdisciplinaire parmi les personnes pouvant les soutenir quant à l'arrêt ou la diminution de leur consommation. Pour certains, les intervenants en santé mentale n'ont pas l'expertise requise dans ce domaine. D'autres craignent des conséquences négatives s'ils se confient au sujet de leur consommation (perte de privilèges, information transmise au Tribunal administratif du Québec, refus d'intégration dans une ressource d'hébergement, etc.).

Planification de la séance 4

- Présenter les intérêts communs et faire des propositions d'activités pour la prochaine séance
- Prendre une décision en groupe pour choisir l'activité qui sera effectuée lors de la prochaine séance
- Identifier et clarifier tous les éléments nécessaires à l'exécution de l'activité (lieu, matériel, coût, etc.)

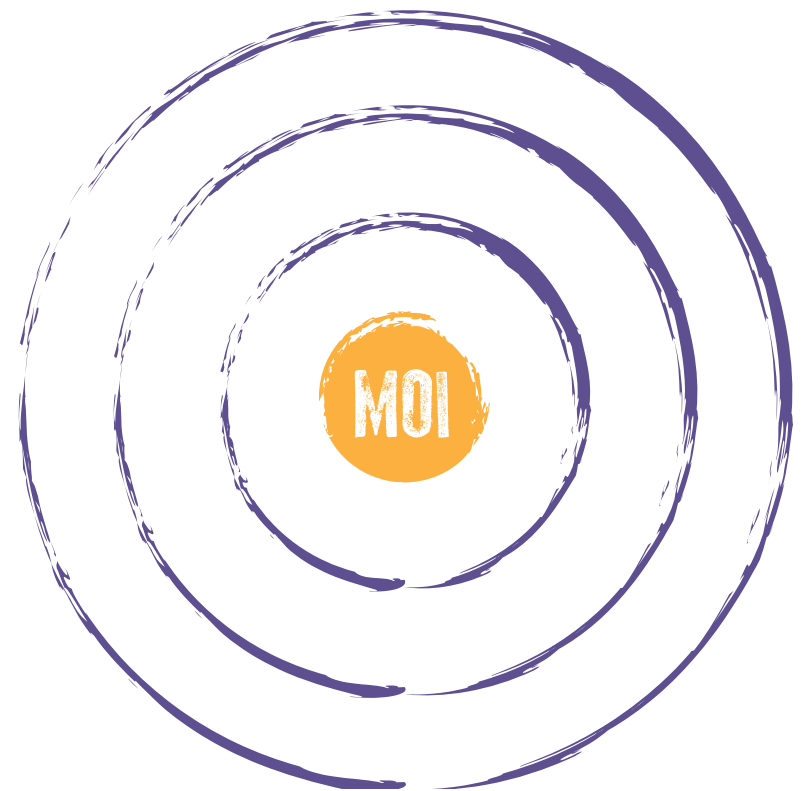
Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Avec qui parles-tu? À qui pourrais-tu t'adresser?

Mon réseau social ¹

- 1- Identifiez les personnes qui sont en relation avec vous. En partant du cercle le plus près de MOI (au centre), inscrivez le nom de celles qui sont les plus importantes pour vous. En vous éloignant progressivement vers l'extérieur, inscrivez ensuite les noms des personnes avec lesquelles vous êtes de moins en moins proche.
- 2- Encercler le nom des personnes qui vous soutiennent et vous encouragent à réduire votre consommation de drogues et/ou d'alcool.



¹ Adapté de Alexandre, Labrie et Rouillard (2005)



Avec qui parles-tu? À qui pourrais-tu t'adresser? ²

	J'en parle à...	Je pourrais en parler à...
Lorsque je reçois un mauvais résultat scolaire		
Lorsque je me dispute avec mon meilleur ami		
Lorsque je me sens déprimé		
Lorsque j'ai des doutes sur mes projets d'avenir		
Lorsque j'ai besoin de me changer les idées		
Lorsque je m'angoisse		
Lorsque je me sens stressé		
Lorsque je n'ose pas faire quelque chose		
Lorsque je suis malade		
Lorsque je ne suis pas d'accord avec mes parents		
Lorsque j'ai des questions au sujet de la sexualité		
Lorsque je m'interroge sur le sens de ma vie		
Lorsque j'ai besoin d'information sur le cannabis		

² Tiré du Guide pédagogique Les années volées 2005

SÉANCE 04

Accueil

Retour sur la dernière séance et sur l'exercice à domicile

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions en faisant le lien avec l'exercice à domicile : Avec qui parles-tu? À qui pourrais-tu t'adresser? Par exemple : la satisfaction quant au réseau social et les personnes qui peuvent les soutenir dans différentes situations (diminution/arrêt de consommation, difficultés relationnelles, gestion des émotions, projets de vie)

Objectif de la séance

- Faire l'expérience d'une activité de détente et/ou de plaisir en groupe

Activité et discussion

Activité de groupe

En fonction des préférences identifiées par les participants (activité artistique, de relaxation, sportive, sociale, etc.) et à la suite de la prise de décision lors de la dernière séance.



Notes pour l'intervenant

La réalisation de l'activité peut nécessiter plus de 90 minutes.

Discussion

Exemples de questions :

- Qu'est-ce que vous avez apprécié dans cette activité?
- Aimerez-vous poursuivre ce type d'activité?
- Connaissez-vous des ressources qui offrent cette activité? Lesquelles?
- Qu'est-ce qui pourrait vous encourager à participer de nouveau à cette activité?
- Comment peut-on vous aider à participer?

Exercice à domicile

Compléter le document suivant :

- Exercice à domicile Séance 4

Séance 04

Continuez à vous mettre en action lors d'une période à risque de consommation au cours de la semaine. Faites une activité avec une personne qui vous soutient dans votre choix de réduire ou cesser votre consommation.

Quelle était l'activité?

Avec qui?

Décrivez votre expérience :

Quelle est votre appréciation?

SÉANCE 05

Accueil

Retour sur la dernière séance et sur l'exercice à domicile

- S'informer sur ce que les participants ont retenu de la dernière séance
- Rappeler les points marquants des discussions suite à l'activité de groupe en faisant le lien avec l'exercice à domicile. Par exemple : l'appréciation de l'activité, la possibilité de l'intégrer à leur horaire occupationnel, les conditions qui pourraient faciliter la participation à cette activité, etc.

Objectifs de la séance

- Identifier des stratégies d'adaptation pour les périodes à risque de consommation

Activité et discussion

Rédaction de la carte de prévention

Les participants complètent la Carte de prévention en utilisant l'ensemble des informations recueillies au cours des quatre modules de ce groupe ainsi que

l'Annexe – Propositions de stratégies d'adaptation.

Discussion

Les participants présentent leur carte aux membres du groupe. Au besoin, ils ajoutent les stratégies proposées par les autres participants et les intervenants.



Carte de prévention

Situations à risque	Stratégies d'adaptation	Personnes-ressources

Chaque participant complète le Bilan du Module 4 – module activités de substitution. Par la suite, il y a échange en groupe dans le but qu'ils puissent exprimer leurs opinions sur les activités offertes dans ce module.



Notes pour l'intervenant

Prévoir une entrevue avec chaque participant afin de planifier la suite de la démarche de réflexion (intervenant de l'équipe interdisciplinaire, groupe d'entraide, ressource spécialisée, etc.).

BILAN 04

MODULE
ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION

Est-ce que j'ai acquis de nouvelles connaissances dans ce module ?

Par exemple : les périodes et situations à risque élevé de consommation, des stratégies qui peuvent m'aider, etc.

 0

 1

 2

 3

 4

 5

Pas du tout

Beaucoup

Qu'est-ce que j'ai préféré dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

Qu'est-ce que j'ai moins aimé dans ce module?

Pour quelle(s) raison(s)?

MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION (suite)

Qu'est-ce que ce module m'a apporté?

Est-ce que je recommanderais ce module à un ami? Pour quelle(s) raison(s)?

Mes commentaires et mes suggestions pour améliorer ce module :

Je suis davantage motivé à réduire ou à cesser ma consommation de drogues et/ou d'alcool. Oui Non

J'ai davantage confiance que je vais réussir. Oui Non

04 MODULE NOTES

ACTIVITÉS FACULTATIVES

Témoignage d'un pair-aidant (ex-consommateur)

Présentation de ressources spécialisées en dépendance et troubles concomitants.

ANNEXE

CE QUI POURRAIT ME MOTIVER À CHANGER — EXEMPLES

Exemples de réponses données par les participants

Avantages de la consommation	Inconvénients de la consommation
<ul style="list-style-type: none">• Permet de découvrir de nouvelles expériences, d'avoir des sensations nouvelles• Satisfaire une curiosité• Faire la fête, triper, sans penser• J'ai plus de plaisir dans un « party »• Faire partie de la gang. Être sur la même longueur d'onde que mes amis• Je n'ai pas besoin de faire face à mes problèmes• J'ai plus confiance en moi• Je suis moins gêné• J'ai quelque chose à faire quand je m'ennuie• Ça m'aide à me calmer et à me relaxer	<ul style="list-style-type: none">• On peut développer une tolérance et on veut augmenter la dose• Quand on devient dépendant, on perd sa liberté, on est pris dans un engrenage• On a des problèmes d'argent : on emprunte, on accumule des dettes et après, on veut vendre de la drogue• Ça fait augmenter mes symptômes• Ça me rend méfiant• Je ne me sens pas bien après avoir pris de l'alcool et/ou de la drogue• On se retrouve souvent dans les « vap », « frosté »• Ça me rend « down »• Avec le temps, on devient moins motivé, on a moins d'intérêts• On a plus de difficultés à faire des apprentissages : ça diminue la mémoire, la concentration• On en a absolument besoin pour dormir• Ça affecte notre santé physique• Je me sens coupable ou honteux

ANNEXE

LEXIQUE DES DROGUES

Phases de consommation

Euphorie

Sensation de bien-être et de satisfaction qui apparaît souvent quelques secondes ou quelques minutes après avoir consommé la drogue.

« Rush »

Sensation supérieure à l'état d'euphorie. Pourrait être comparable à un état orgasmique.

« Down »

Phase qui suit l'état de « rush »/euphorie. Souvent accompagnée de symptômes de type dépressif.

État de manque

Ensemble des symptômes ressentis sur les plans physique et psychologique. Aussi synonyme de symptômes de sevrage.

« Craving »

Synonyme de désir obsédant. Besoin irrésistible de consommer une drogue et de se la procurer par tous les moyens. Cette obsession peut altérer l'humeur et le comportement.

« Bad trip »

Mauvaise expérience à la suite de la consommation de certaines substances. Les symptômes peuvent être : malaise général, état paranoïde, anxiété, etc.

« Crash »

Aussi appelé dépression post-intoxication. Il se manifeste par un état de sevrage aigu qui apparaît dans les minutes qui suivent la consommation d'un stimulant majeur.

Degrés de consommation

Abus

Usage excessif ou inapproprié d'une substance susceptible de provoquer des dommages économiques, judiciaires, sociaux et sur la santé physique et mentale.

Tolérance

Façon dont le corps réagit à une substance en s'adaptant à elle. Cela se traduit par une diminution de l'effet et de la toxicité d'une drogue ou d'un médicament. Exemple : besoin d'une plus grande dose pour avoir un effet semblable.

Dépendance physique

État qui implique que le corps s'est adapté à la substance, caractérisé principalement par un état de manque entre les consommations. Le corps réclame alors le produit par des symptômes physiques comme des palpitations, de la sudation, des maux de tête et du grattage.

Dépendance psychologique ou psychique

État dans lequel l'arrêt ou la diminution brusque de la consommation d'une drogue induit des symptômes caractérisés par un besoin intense et persistant de consommer (« craving »). Peut aussi s'accompagner de malaise, d'anxiété et d'angoisse. Celle-ci est plus difficile à traiter que la dépendance physique.

Modes de consommation

Priser

Synonyme d'intranasal (sniffer, renifler)

Inhaler

Synonyme de fumer

Intraveineux

Synonyme d'injecter (« shooter », piquer)

Ingérer/avalier

Par la bouche



ANNEXE

CLASSIFICATION DES DROGUES

Classes	Définition	Types	Exemples de drogues	Exemples de noms de rue	Formulations disponibles	Modes de consommation	Particularités
Dépresseurs	Ralentissent les pensées, l'activité du cerveau et du corps Diminuent le niveau d'éveil		Alcool				
Stimulants	Accélèrent globalement et temporairement l'organisme en augmentant le niveau d'éveil, d'endurance et de vivacité d'esprit	Majeurs : Amphétamines Méthamphétamines Cocaïne	Amphétamines	«Speed», «peanut», pilules	Comprimés	Ingérer	
			Méthamphétamines	«Meth», «ice», cristal, «glass», «tina»	Comprimés, poudre et cristaux	Ingérer Inhaler Injecter	«Crystal meth» : dénomination commune pour la forme cristalline Souvent inhalé/injecté
		Cocaïne		Cocaïne Fine poudre cristalline blanche	Injecter Inhaler		
				Coke, coca, neige, poudre, crack, «freebase», roche	Crack ou «rock» Petites roches blanchâtres ou jaunâtres	Inhaler	Produit un craquement lorsque fumé
Perturbateurs/ hallucinogènes	Perturbent la perception des sens, les pensées et les comportements		Ecstasy (MDMA)	E, «Molly», «party pill», «speed»	Comprimés	Ingérer	Souvent combinée avec amphétamines
			Cannabis	Pot, «weed», mari, hasch, marijuana	Huile, feuille, résine molle à très dure	Fumer Ingérer	

ANNEXE

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Plusieurs feuillets d'information existent et peuvent être commandés selon la demande et l'intérêt des participants. La plupart sont offerts gratuitement.

Où les trouver?

www.educalcool.qc.ca

- Les feuillets d'information « L'alcool et les mélanges » et « L'alcool et la santé mentale » se trouvent dans la section publications « Alcool et la santé »
- Le feuillet d'information « Alcool et boissons énergisantes : vraiment pas fort ! » se retrouve dans la section publications « Jeunesse »

www.dependances.gouv.qc.ca

- Le feuillet d'information « Prendre des amphétamines pour perdre du poids, ce n'est pas une bonne idée » se retrouve dans la section publications
- Le feuillet d'information « Les jeunes et les drogues de synthèse » se retrouve dans la section publications

www.cqld.ca

- Le livre d'information « Drogues, savoir plus risquer moins » peut être commandé sur ce site (payant)

Notez que ces sites Internet étaient valides au moment de la publication de ce guide et peuvent changer sans préavis.

ANNEXE

IMPACTS DES DROGUES

01 Dépresseurs

Drogues	Effets recherchés	Effets indésirables
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de bien-être • Être plus sociable • Facilité à parler • Diminution de l'anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> • Altération du jugement et des perceptions • Diminution des réflexes et de la coordination • Problèmes persistants d'attention, de mémoire, des fonctions exécutives, etc. • Diminution de l'inhibition • Agressivité, irritabilité • Anxiété, dépression • Hallucinations possibles lors d'un sevrage • Maux de tête, déshydratation • Nausées, vomissements, malnutrition • Nocif pour : foie, cœur, cerveau, etc.

02 Perturbateurs — hallucinogènes

Drogues	Effets recherchés	Effets indésirables
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Plaisir • Sensation de bien-être • Impression de calme et de relaxation • Être plus sociable • Se sentir plus créatif • Somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations, paranoïa • Ralentissement physique et mental (« down ») • Anxiété, sentiment de panique • Confusion • Manque de motivation, perte d'intérêt et d'ambition • Diminution de l'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire, etc. • Altération du jugement et de la perception du temps • Affaiblissement des réflexes • Nocif pour : poumons, cœur, système immunitaire • Augmentation du risque de cancer
Ecstasy	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de bien-être • Impression de calme et de relaxation • Augmentation de la confiance en soi • Sentiment de puissance physique et mentale • Amplification des cinq sens (toucher, vue, odorat, ouïe, goût) 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoïa, crise de panique • Dépression, idées suicidaires • Confusion • Insomnie • Anxiété, agressivité • Problèmes de mémoire • Douleurs • Grincement de dents, sécheresse de la bouche • Bouffées de chaleur et transpiration, soif • Ne pas sentir le besoin d'uriner • Anorexie, nausées et vomissements • Nocif pour : cœur, foie

03 Stimulants

Drogues	Effets recherchés	Effets indésirables
Amphétamines et méthamphétamines en comprimés	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de bien-être, euphorie • Augmentation de l'attention, de la vigilance et de la mémoire • Augmentation de l'énergie, suppression de la fatigue et du sommeil • Suppression de l'appétit • Augmentation de l'endurance • Augmentation de la confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations, paranoïa • Dépression, état d'épuisement psychologique • Irritabilité, anxiété • Diminution de l'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire, etc. • Insomnie • Maux de tête • Panique et perturbation de l'humeur • Perte de poids excessive, déshydratation • Augmentation de la pression artérielle et du pouls • Nocif pour : cœur, poumons, reins, etc.
Caféine et boissons énergisantes (Red bull ^{MD} , Monster ^{MD} , etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la concentration • Augmentation de l'énergie, suppression de la fatigue et du sommeil • Augmentation des capacités intellectuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Agitation, incapacité de rester en place • Insomnie • Maux de tête (si arrêt brusque) • Tremblements • Brûlements d'estomac • Augmentation de la pression artérielle et du pouls
Cocaïne, crack et « freebase »	<ul style="list-style-type: none"> • « Rush » (plaisir intense) • Augmentation de l'attention, de la vigilance et de la mémoire • Augmentation de l'énergie, suppression de la fatigue et du sommeil • Suppression de l'appétit • Augmentation de l'endurance, suppression de la douleur • Augmentation de la confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations, paranoïa • Irritabilité, anxiété • Insomnie • Diminution de l'inhibition, comportements violents et impulsifs • Dépression grave avec idées suicidaires • Problèmes persistants d'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire, etc. • Problèmes de peau (« coke bugs ») • Perte de poids excessive, déshydratation • Augmentation de la pression artérielle et du pouls • Infections à répétition au nez, perte d'odorat • Convulsions • Nocif pour : cœur, poumons, cerveau, etc. • Surdose peut être mortelle

Drogues	Effets recherchés	Effets indésirables
Méthamphétamines (« crystal meth »)	<ul style="list-style-type: none"> • « Rush » (plaisir intense) • Augmentation de l'attention, de la vigilance et de la mémoire • Augmentation de l'énergie, suppression de la fatigue et du sommeil • Sentiment de puissance physique et mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations, paranoïa • Délires obsessionnels • Irritabilité, anxiété • Insomnie • Diminution de l'inhibition • Agitation, agressivité • Dépression grave avec idées suicidaires • Problèmes persistants d'attention, des fonctions exécutives, de la mémoire, etc. • Perte de poids excessive, déshydratation • Augmentation de la pression artérielle et du pouls • Grincement de dents • Nocif pour : cœur, cerveau, etc. • Surdose peut être mortelle
Nicotine	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la concentration et de la mémoire • Relaxation • Somnolence • Diminution de l'appétit (perte de poids associée) • Permet de sociabiliser lors de la prise 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité, anxiété • Agitation • Maux de tête • Augmentation de la pression artérielle et du pouls • Brûlements d'estomac • Problèmes respiratoires (toux, bronchite) • Nocif pour : poumons et cœur • Augmentation du risque de cancer

Les principaux effets recherchés et indésirables présentés ici sont ceux qui sont le plus souvent observés chez les consommateurs. Cette liste est non exhaustive.

À noter que les déficits cognitifs varient selon le type de drogue consommée.

Par exemple, l'atteinte cognitive est d'une plus grande amplitude pour l'alcool, la cocaïne et les méthamphétamines que pour le cannabis.

1. Refuser une offre de consommation d'un ami ou d'un membre de ma famille.
2. Refuser une invitation à un « party » d'amis parce que le risque de consommer est élevé.
3. Expliquer à une personne de votre entourage que vous avez décidé de cesser de consommer et que vous avez besoin de son soutien.
4. Informer un ami que vous préférez diminuer votre consommation de drogues et/ou d'alcool en lui précisant les raisons.
5. Exprimer clairement votre intention de ne pas consommer quand une personne de votre entourage insiste.
6. S'affirmer quand une personne de votre entourage tente de vous faire changer d'idée et minimise l'impact de votre consommation sur votre quotidien.
7. Répondre à une personne qui minimise vos efforts pour diminuer/cesser de consommer.
8. Autres situations :

ANNEXE

TABLEAU DES HABILITÉS DE COMMUNICATION

Habilités de communication	Adéquat	Inadéquat
Contact visuel	<ul style="list-style-type: none"> • Regarder l'autre personne • Bouger les yeux en parlant 	<ul style="list-style-type: none"> • Regarder ailleurs • Regard fixe
Volume de la voix	<ul style="list-style-type: none"> • Parler assez fort pour être bien entendu 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler trop fort • Parler trop bas
Ton de la voix	<ul style="list-style-type: none"> • Variations dans la voix selon les émotions exprimées 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler toujours sur le même ton
Articulation	<ul style="list-style-type: none"> • Bien prononcer les mots et les syllabes 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficile de saisir tous les mots et les syllabes
Débit verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Parler avec un rythme modéré 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler trop vite ou trop lentement
Rythme des échanges	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter son tour de parole • Répondre sans délai 	<ul style="list-style-type: none"> • Couper la parole • Long délai avant de répondre
Expressions faciales	<ul style="list-style-type: none"> • Les expressions correspondent aux émotions : sourit, fronce les sourcils, hoche la tête, sérieux quand nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Le visage n'exprime pas d'émotions • L'émotion exprimée est différente de celle contenue dans le message verbal
Posture	<ul style="list-style-type: none"> • Dos droit, tête droite • Détendu, prêt à discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Dos rond, tête basse • Très tendu • Bras croisés, attitude de fermeture, de repli sur soi
Gestes	<ul style="list-style-type: none"> • Bouger la tête et les mains en parlant de façon à appuyer le message 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas ou trop de mouvements
Déplacements	<ul style="list-style-type: none"> • Se déplacer dans l'espace si requis • Se placer à une distance d'environ un bras de son interlocuteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcher de long en large, va dans la direction opposée à son interlocuteur • Trop près ou trop loin de son interlocuteur

ANNEXE

EXEMPLE D'UN RÉSUMÉ DES STRATÉGIES IDENTIFIÉES POUR CHACUNE DES SITUATIONS PRATIQUÉES LORS DES JEUX DE RÔLE

Refuser une invitation à un « party » d'amis parce que le risque de consommer est élevé.

Refuser d'aller au party ou de consommer, en donnant une explication :

« J'y vais pour voir les gens, mais pas pour consommer. »

« Ça ne me tente pas parce que les gens vont consommer. »

Refuser d'aller au party ou de consommer, en donnant une excuse :

« Je ne peux pas consommer, j'ai une entente avec la cour. »

« Je ne peux pas consommer, je viens de sortir de l'hôpital mais je veux rencontrer des gens. »

Exprimer clairement l'intention de ne pas consommer quand une personne de votre entourage insiste.

Signifier clairement son refus :

« Non ! », « Non, c'est non ! »

« Non, je n'en prends pas » et quitter la situation.

Expliquer son refus :

« Je ne peux pas consommer, j'ai une entente avec la cour. »

« Je ne veux pas que ça me rende malade. »

Exprimer son mécontentement face à la situation :

« J'aimerais sincèrement que tu arrêtes d'insister. »

« Ce n'est pas gentil d'insister, respecte mon choix. »

Refuser quand un membre de ma famille ou un ami m'offre une consommation de drogues.

Expliquer votre changement :

« J'ai arrêté de consommer. »

« Je ne peux plus consommer. »

Exprimer vos craintes :

« Je viens de sortir de l'hôpital, penses-tu que c'est une bonne idée? »

RÉFÉRENCES

Introduction

- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 34(1), 123-138
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 153(3), 321-330
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 17(1), 24-34
- Howes, O. D., Kambeitz, J., Kim, E., Stahl, D., Slifstein, M., Abi-Dargham, A., et al. (2012). The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 69(8), 776-786
- Kelly, D. L., McMahon, R. P., Wehring, H. J., Liu, F., Mackowick, K. M., Boggs, D. L., et al. (2011). Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37(4), 832-838
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4(5), 231-244
- L egar e, N. (2007). Tabagisme et schizophrénie: impacts sur la maladie et son traitement. *Drogues, Santé et Société* 6(1), 143-178
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*, 23(6), 717-734
- Potvin, S., Joyal, C. C., Pelletier, J., & Stip, E. (2008). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 100(1-3), 242-251
- Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, E., & Pelletier, J. Cocaine and cognition: a quantitative systematic review. *Journal of addiction Medicine*. Soumis pour publication
- Potvin, S., Stip E, & JY., R. (2003). Schizophrénie et toxicomanie: une relecture du concept d'automédication. *L'Enc ephale* XXIX, 3, 193-203
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518
- Roberts, L. J., Shaner, A., & Eckman, T. A. (1999). *Overcoming Addictions: Skills Training for People with Schizophrénie*. New York: W.W. Norton and Compagny, inc
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism : a meta-analysis. *Addiction Biology* 18(2), 203-213
- Tsoi, D. T., Porwal, M., & Webster, A. C. (2010). Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 196(5), 346-353

Refuser en donnant une explication, une excuse :

« Je ne veux pas consommer aujourd'hui, à ne me tente pas. »

Expliquez à une personne de votre entourage que vous avez d ecid e de cesser de consommer et que vous avez besoin de son soutien.

Faire une demande directe :

Appeler quelqu'un ou contacter un organisme pour obtenir de l'aide.

Faire une demande indirecte :

Rendre visite à quelqu'un qui ne consomme pas.

Proposer de faire une activité, une sortie avec cette personne.

ANNEXE

PROPOSITIONS DE STRATÉGIES D'ADAPTATION

�viter les personnes ou les endroits qui donnent l'envie ou l'idée de consommer des drogues et/ou de l'alcool	Se rappeler des conséquences négatives/inconvenients à la consommation d'alcool et/ou de drogues	Trouver des moyens d'exprimer ses émotions de façon créative : musique, dessin, écriture, etc.
Identifier et éviter les situations présentant des risques �lev�es de consommation	Se rappeler qu'il est normal de vivre des émotions, même si celles-ci sont difficiles	Tenir un journal et y inscrire ses observations : ses �tats d'�me, ses forces et efforts
S'entourer de personnes qui ne consomment pas et/ou qui offrent leur soutien pour modifier ce comportement	Se distraire : lire, naviguer sur Internet, faire une promenade	Prendre le temps de relaxer
Contacter un ami, une personne de confiance en cas de tentation	Anticiper les situations à risque et les obstacles afin d'établir un plan d'action pour y faire face	Mettre en pratique les habilités et stratégies apprises pendant les rencontres
Pratiquer une activité physique, un sport	Identifier un projet de vie/ des objectifs futurs et les moyens de les réaliser	Se féliciter de chaque petit pas et se récompenser
Faire du rangement, du ménage	Demander de l'aide	Se joindre à un groupe d'entraide
Faire du bénévolat ou participer à un programme de retour au travail ou aux études	Parler à quelqu'un de ses émotions	Intégrer des activités stimulantes, plaisantes et de détente à son emploi du temps

- Zhornitsky, S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J. P., Stip, E., Rompre, P. P., et al. (2010). Antipsychotic agents for the treatment of substance use disorders in patients with and without comorbid psychosis. *J Clin Psychopharmacol*, 30(4), 417-424

Évaluation pré et post groupe

- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychol*, 10(5), 360-365
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behav Modif*, 25(3), 331-384

MODULE 1 – MODULE MOTIVATIONNEL

- PsyMontréal services psychologiques. Consulté en mai 2013, www.PSYMONTREAL.com
- Motivational Interviewing. Consulté en mai 2013, www.motivationalinterview.org
- ACSP Le leader canadien en santé publique. Consulté en mai 2013, www.potauvolant.cpha.ca
- Alexandre, L., Labrie, R., & Rouillard, P. (2005). Ma vie mes choix guide à l'intention des intervenants. Charlesbourg : L. Alexandre
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 71(5), 862-878
- Kayser, J. W., & Assaad, J.-M. [Introduction à l'entrevue motivationnelle – livret du participant]
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233-242
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Amrhein, P., & Rollnick, S. (2007). Vers une définition consensuelle du discours-changement. Consulté en juillet 2013, www.entretienmotivationnel.org
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). L'entretien motivationnel-Aider la personne à engager le changement. Paris: InterEditions-Dunod
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : Preparing people to change* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Mueser, K. T. (2012). Traitement intégré des troubles concomitants dans T. Lecompte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2 ed., pp. 165-190). Québec: Presse de l'Université du Québec
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Active Treatment Groups Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 155-167): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Persuasion Groups Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 137-154): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Social Skills Training Groups Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 168-182): The Guildford Press
- Roussopoulos, C. (2005). *Les années volées Ligue valaisanne contre les toxicomanies LVT*. Suisse: Sion
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & Di Clemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse : A stage-of-change therapy manual*. New York: Guildford Press

MODULE 2 – MODULE PSYCHOÉDUCATIF

- Cycle de l'assuétude. (2005) D'après Stanton Peele et inspiré d'une synthèse effectuée par Thérèse Robitaille du Bureau de ressources en développement et en consultation personnelle de la CECM: Le Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes, Uniatox des Moulins, Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière
- Drogues : savoir plus, risquer moins. (2006). Québec: Centre québécois de luttres aux dépendances. Les éditions internationales Alain Stanké
- DrugFacts: Spice (Synthetic Marijuana). National Institute on Drug Abuse. Consulté en juillet 2013, <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/spice-synthetic-marijuana>
- Le cristal meth, ce qu'il faut savoir. Gendarmerie royale du Canada. Consulté en avril 2013, <http://www.rcmp-grc.gc.ca/qc/pub/meth/meth-fra.htm>
- Les jeunes et les drogues de synthèse. (2011). Direction des dépendances et de l'itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec
- Loi sur les aliments et les drogues. Ministère de la justice du Canada. Consulté en juillet 2011, <http://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/F%2D27>
- Mise en garde de Santé Canada contre les risques des produits contenant de la marijuana synthétique Gouvernement du Canada. Consulté en juillet 2013, <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/23621a-fra.php>
- Monographie d'olanzapine (ZyprexaMD). Micromedex Healthcare series. Consulté en septembre 2012, <http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>
- Monographie de clozapine (ClozarilMD). Micromedex Healthcare series. Consulté en septembre 2012, <http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>
- Monographie de quétiapine (SéroquelMD). Micromedex Healthcare series. Consulté en septembre 2012, <http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>
- Monographie du palmitate de palipéridone (Invega SustennaMD). Janssen. Consulté en septembre 2012, <http://www.janssen.ca/fr/product/279>
- Prendre des amphétamines pour perdre du poids... ce n'est pas une bonne idée ! (2009). Ministère de la santé et des services sociaux
- Tableau des drogues de synthèse saisies au Québec de juin 2007 à juillet 2008. Santé Canada, <http://www.suretequebec.gouv.qc.ca/mission-et-services/publications/sante-canada-nouveau-rapport-collaboration-sq-affiche.pdf>
- Ben Amar, M., & Leonard, L. (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Cloutier, R. (2011). La motivation a bien meilleur goût? Présentation à la Conférence SQS
- DeLisi, L. E. (2008). The effect of cannabis on the brain: can it cause brain anomalies that lead to increased risk for schizophrenia? *Curr Opin Psychiatry*, 21(2), 140-150
- Demers, M., Bourbeau, J., Gauthier, L., & Leblanc, J. (2012). *Les Ateliers du Choix du DJ*. Institut universitaire en santé mentale de Québec
- Educalcool. L'alcool et les mélanges, l'alcool et la santé mentale, Alcool et boissons énergisantes : vraiment pas fort !. Consulté en avril 2013, www.educalcool.qc.ca/publications
- Freese, T. E., Miotto, K., & Reback, C. J. (2002). The effects and consequences of selected club drugs. *J Subst Abuse Treat*, 23(2), 151-156
- Jauron, A., & Maisl, P. De quelle façon la consommation peut devenir un problème: guide d'intervention Montreal: Cormier-Lafontaine

- Klems, J. Medical drug interactions with street drugs. Consulté en juillet 2011 www.berkeleyneed.org/.../medical_interactions_with_street_drugs.pdf
- Koola, M. M., Wehring, H. J., & Kelly, D. L. (2012). The Potential Role of Long-acting Injectable Antipsychotics in People with Schizophrenia and Comorbid Substance Use. *J Dual Diagn*, 8(1), 50-61
- Lieberman, J. A., Koreen, A. R., Chakos, M., Sheitman, B., Woerner, M., Alvir, J. M., et al. (1996). Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 57 Suppl 9, 5-9
- Malla, A., Tibbo, P., Chue, P., Levy, E., Manchanda, R., Teehan, M., et al. (2013). Long-acting injectable antipsychotics: recommendations for clinicians. *Can J Psychiatry*, 58(5 Suppl 1), 30S-35S
- McGill. Le cerveau à tous les niveaux. Consulté en janvier 2013, <http://lecerveau.mcgill.ca/>
- Rouillard, P. (1999). Guide à l'intention des intervenants : ma vie, mes choix. Centre Dollard-Cromier: Comité permanent de la lutte à la toxicomanie
- Stip, E., Abdel-Baki, A., Bloom, D., Grignon, S., & Roy, M. A. (2011). Long-acting injectable antipsychotics: an expert opinion from the Association des medecins psychiatres du Quebec. *Can J Psychiatry*, 56(6), 367-376
- Théberge, J. (2011). Drogues et nouvelles tendances. Gendarmerie royale du Canada
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 635-645
- Virani, A., Bezchlibnyk-Butler, K., & Jeffries, J. (2012). Clinical handbook of psychotropic drugs (19e ed.): Göttingen, Ed. Hogrefe
- Weiden, P. J., Kozma, C., Grogg, A., & Locklear, J. (2004). Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 55(8), 886-891
- Hart, C. L., Marvin, C. B., Silver, R., & Smith, E. E. (2012). Is cognitive functioning impaired in methamphetamine users? A critical review. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 586-608
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R., 2nd, Mahoney, J. J., 3rd, Fantegrossi, W. E., & Newton, T. F. (2007). MDMA use and neurocognition: a meta-analytic review. *Psychopharmacology (Berl)*, 189(4), 531-537
- Keefe, R. S., & Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol*(213), 11-37
- Lundqvist, T. (2005). Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacol Biochem Behav*, 81(2), 319-330
- Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, E., & Pelletier, J. Cocaine and cognition: a quantitative systematic review. *Journal of addiction Medicine*. Soumis pour publication
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (2010). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518
- Schreiner, A. M., & Dunn, M. E. (2012). Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis. *Exp Clin Psychopharmacol*, 20(5), 420-429
- Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., et al. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*, 17(3), 275-297
- Solowij, N., & Battisti, R. (2008). The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review. *Curr Drug Abuse Rev*, 1(1), 81-98
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism : a meta-analysis. *Addiction Biology* 18(2), 203-213
- Sullivan, E. V., & Pfefferbaum, A. (2005). Neurocircuitry in alcoholism: a substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology (Berl)*, 180(4), 583-594
- Swan, G. E., & Lessov-Schlaggar, C. N. (2007). The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. *Neuropsychol Rev*, 17(3), 259-273

Sous-section : Cognition

- Ben Amar, M., & Leonard, L. (2002). Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2005). Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance. *Psychiatr Clin North Am*, 28(3), 613-633, 626
- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K., et al. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry*, 63(5), 505-511
- Buhler, M., & Mann, K. (2011). Alcohol and the human brain: a systematic review of different neuroimaging methods. *Alcohol Clin Exp Res*, 35(10), 1771-1793
- Crane, N. A., Schuster, R. M., Fusar-Poli, P., & Gonzalez, R. (2013). Effects of cannabis on neurocognitive functioning: recent advances, neurodevelopmental influences, and sex differences. *Neuropsychol Rev*, 23(2), 117-137
- Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*, 5(1), 1-8
- Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L., & Wolfson, T. (2003). Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc*, 9(5), 679-689
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophr Res*, 72(1), 1-3

MODULE 3 — MODULE HABILITÉS SOCIALES

- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*, 27(4), 360-374
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). Active Treatment Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice (pp. 137-182): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). Persuasion Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice (pp. 137-182): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). Social Skills Training Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice (pp. 137-182): The Guildford Press
- Pomini, V., Neis, L., Brenner, H., Hodel, B., & Roder, V. (2008). Sous-programme 4 – compétences sociales. In Mardaga (Ed.), *Thérapie psychologique des schizophrénies - version française révisée* (pp. 117-132). Liège

MODULE 4 – MODULE ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION

- Alexandre, L., Labrie, R., & Rouillard, P. (2005). *Ma vie mes choix guide à l'intention des intervenants*. Charlesbourg : L. Alexandre
- Elsbeth, T. (2008). *Traitement et soutien Les jeunes, les drogues et la santé mentale Ressource pour les professionnels* (pp. 127-144). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Active Treatment Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 137-182): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Persuasion Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 137-182): The Guildford Press
- Mueser, K. T., Noodsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, I. (2003). *Social Skills Training Groups dans Integrated Treatment for Dual Disorders A Guide to Effective Practice* (pp. 137-182): The Guildford Press
- Roberts, J., Shaner, A., & Eckman, T. (1999). *Overcoming Addictions: Skills Training for People with Schizophrenia*. New York: W.W. Norton and Compagny inc
- Roussopoulos, C. (2005). *Les années volées*, Ligue valaisanne contre les toxicomanies LVT. Suisse: Sion
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & Di Clemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stage-of-change therapy manual*. New York: Guildford Press

Droits d'auteurs

La création et la rédaction de ce document ont été faites en respect de la Loi sur le droit d'auteur. En ce sens, toutes les autorisations requises ont été obtenues.

Guide de l'intervenant

Dépôt légal

Bibliothèque et archives nationales
du Québec, 2013

Bibliothèque et archives nationales
du Canada, 2013

ISBN 2 – 978-2-923984-03-2

© Institut universitaire en santé
mentale de Montréal

Tous droits réservés

Distribué par
l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Téléphone : (514) 251-4000, poste 2964

Télécopieur : (514) 251-0270

Courriel :
centrededocumentation.hhl@sss.gouv.qc.ca



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

APPILIEA

Université 
de Montréal