



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE



IUD INSTITUT  
UNIVERSITAIRE  
SUR LES DÉPENDANCES

# Traitement du trouble de l'usage du cannabis : bilan critique et perspectives

**Karine Bertrand, Ph.D., professeure**  
**Marianne Saint-Jacques, Ph.D., professeure**  
**Programmes d'étude et de recherche en toxicomanie**  
**Université de Sherbrooke (Campus Longueuil)**  
**<https://www.usherbrooke.ca/toxicomanie/>**

Séminaire annuel du RISQ et formation croisée de l'Institut Douglas  
UQTR, le 7 juin 2018

# Plan de la présentation

- ▶ Contexte
- ▶ Vignette : Caroline
- ▶ Rejoindre les usagers de cannabis: comment?
  - ▶ Détection et interventions brèves
  - ▶ Illustration
- ▶ Les traitements psychosociaux
  - ▶ Meilleures pratiques
  - ▶ Illustration
- ▶ Perspectives d'avenir
  - ▶ Rétablissement au long cours
  - ▶ Les nouvelles technologies
  - ▶ Illustration

# Contexte

## Trajectoires addictives et de services: complexes et variées

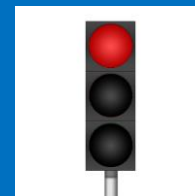
- Utilisation répétitive de services en contexte de chronicité
- 1<sup>ère</sup> utilisation de services: plusieurs années suivant le début de la consommation problématique

## BESOINS COMPLEXES

- Troubles mentaux concomitants
- Prises de risque
- Précarité sociale

## Trouble de l'usage (TU) au cannabis

- AXE 1 du DSM-V
- Altération du fonctionnement ou
- Détresse cliniquement significative



10% consultent

# Contexte (2)

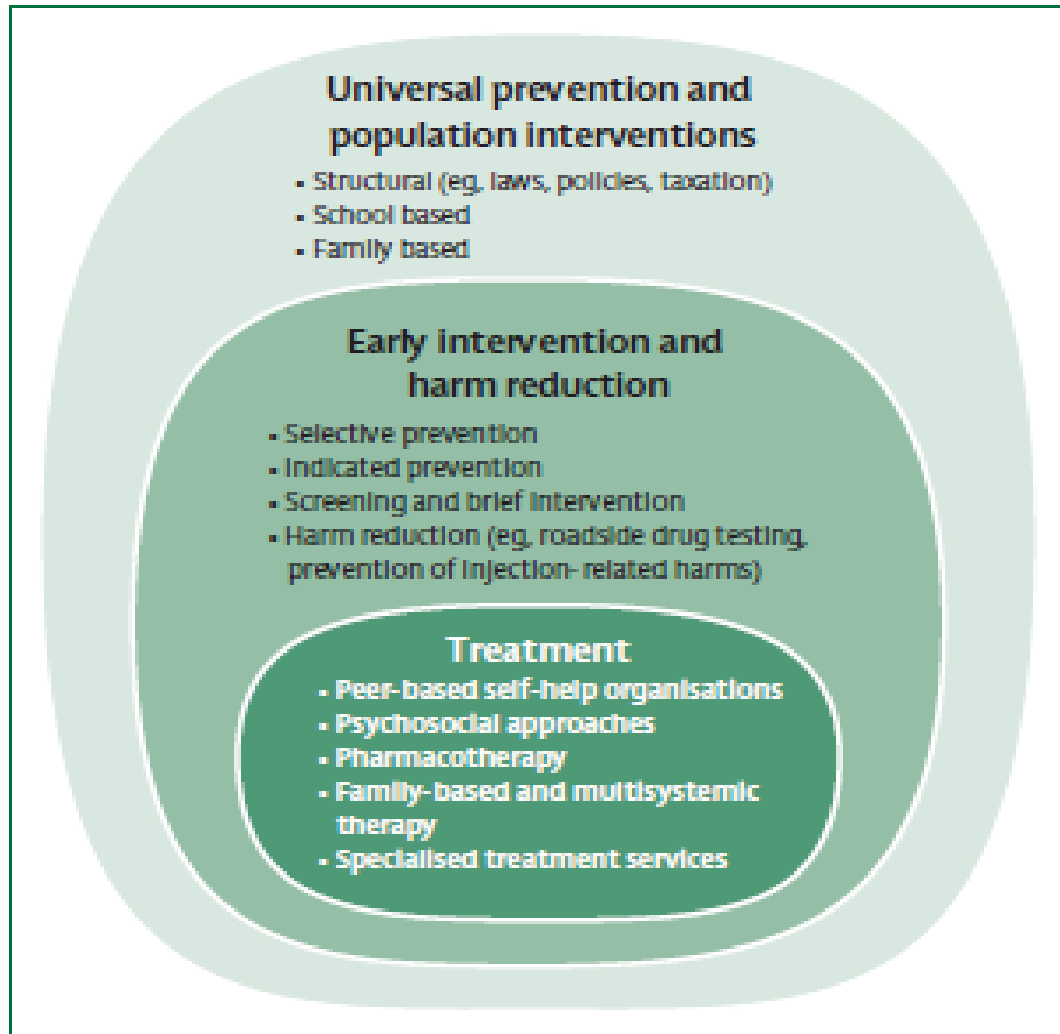


Figure: Spectrum of interventions used to address substance use in young people

## Modèles de soins systémiques



**Chaque porte est la bonne!**  
**« No wrong door »**

National Treatment Strategy Working Group (2008)

Tiré de (p.282): Stockings, E.Hall, W.D., Lynskey, M. et al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3, 280-96

# Contexte (3)

- ▶ TU au cannabis: enjeux spécifiques (Bertrand & St-Jacques, sous presse)
  - ▶ Profils de consommation distincts
    - ▶ Initiation typiquement lors de l'adolescence
    - ▶ Risques pour la santé respiratoire et cardiovasculaire potentialisée: tabac et alcool
    - ▶ Interaction avec divers symptômes de détresse comme l'anxiété et la dépression
    - ▶ Conduite automobile sous l'effet du cannabis: préoccupations
  - ▶ Contexte de légalisation
    - ▶ Levier pour favoriser l'accès à des services?
    - ▶ Attention à ne pas créer de nouveaux silos

## Vignette: Caroline, 15 ans

Rencontre familiale avec l'école:

- Prise à consommer à l'école
- Chutes des notes
- Souhaite lâcher l'école
- Rupture amoureuse récente
- Anxiété sociale
- Insomnie
- Idées suicidaires depuis sa rupture
- Le cannabis l'aide à dormir, à oublier ses difficultés et à briser l'isolement à l'école
- Consommation quotidienne de cannabis, + alcool les week-ends

Le problème, c'est ma mère et la direction qui sont sur mon dos. Ils ne veulent pas me laisser tranquille. Si je fumais pas, j'irais encore plus mal. Au moins, je peux dormir le soir pis j'ai un peu de fun avec mes chums qui consomment à l'école. Ma vie sinon, c'est de la merde. J'ai pas de vrais amis, je poche toutes mes cours, pis j'écoeure tout le monde. Je disparaîtrais que ça serait plus simple...

Rejoindre les usagers de cannabis  
ayant un TU au cannabis: comment?

## Le principe du « no wrong door » : basé sur une diversité de portes d'entrée aux services en dépendance

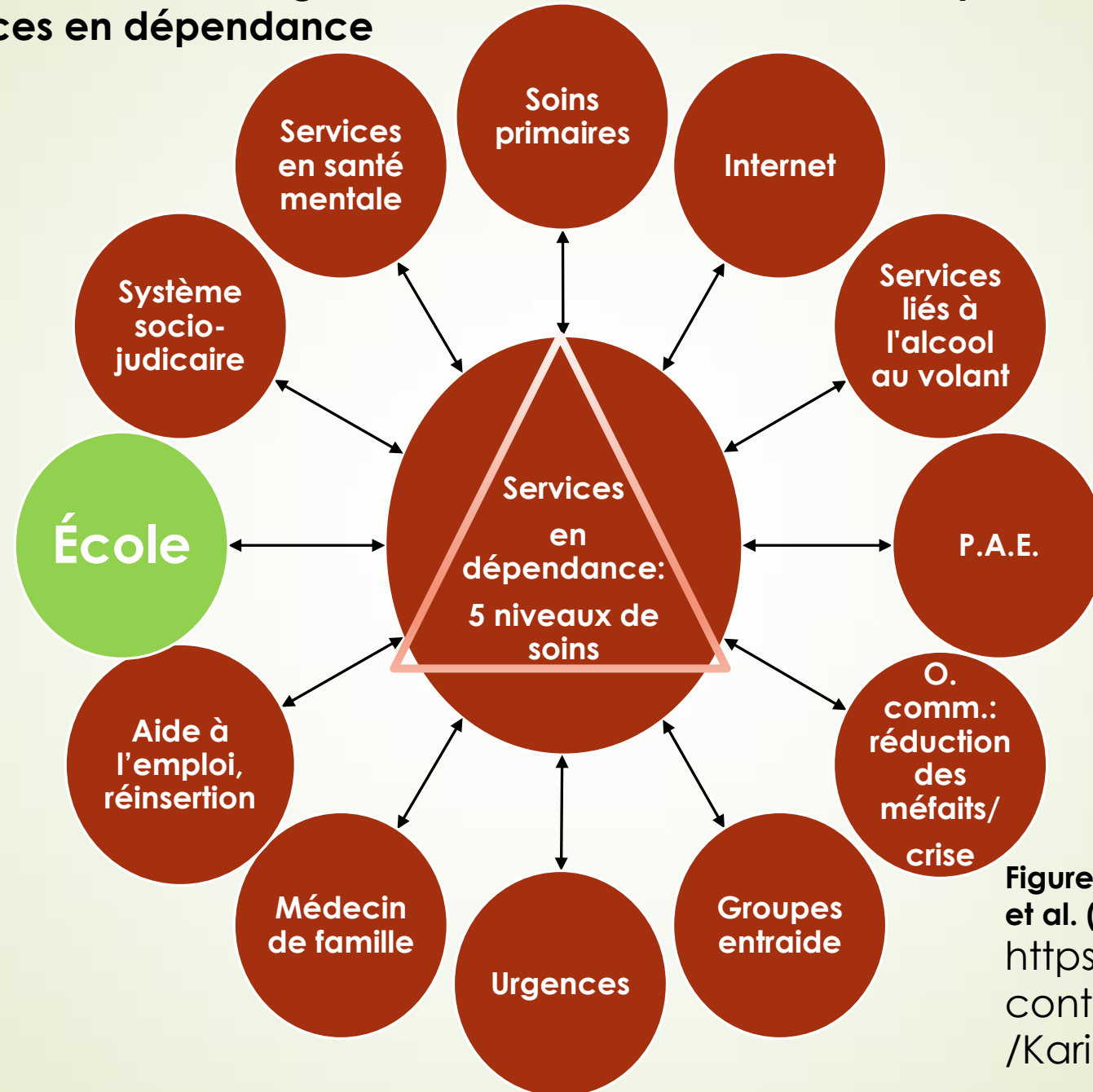


Figure inspirée de celle de Babor et al. (2008), par Bertrand (2016)  
<https://aidq.org/wp-content/uploads/2016/09/Karine-Bertrand.pdf>



# Détection et intervention brève

SBIRT : *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*

- ▶ Destiné aux intervenants ***non spécialisés en addictologie***
- ▶ Rejoindre les consommateurs à risque ***et problématiques***
  - ▶ Intervenir en mobilisant les forces
  - ▶ Perspective d'auto-changement
- ▶ Efficace pour la réduire la consommation et ses risques
  - ▶ Feux jaunes: consommateurs à risque de développer un TU du cannabis
  - ▶ Feux rouges ?



# Identifier les consommateurs de cannabis problématiques

## ▶ Repérer et détecter

- ▶ Outils brefs ; gratuits ; faciles à interpréter

## ▶ Outils de repérage (1-6 questions)

- ▶ Cannabis Abuse Screening Test (CAST ; Legleye et al., 2007) ;

- ▶ ADOSPA / CRAFFT (Knight et al., 1999) et NIDA-Quick Screen (Smith et al., 2010)

## ▶ Outils de détection

- ▶ *Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents* (CPQ-A ; Martin, Copeland et al., 2006)

- ▶ DEP-ADO (Landry et al., 2004) et les DÉBA alcool-drogues (Tremblay et al., 2009 )

# Intervenir brièvement

- ▶ Interventions très brèves (5 min à 40 mins)
  - ▶ Durée : 1-4 rencontres
  - ▶ Distinct des thérapies brèves
- ▶ Ingrédients essentiels
  - ▶ Feedback/rétroaction personnalisée et conseils
- ▶ Visent motivation au changement et l'entrée en traitement
- ▶ Hiérarchisation des cibles d'intervention  
Besoins prioritaires et préférences du client
- ▶ Référence en traitement
  - ▶ Accompagnement, suivi du dossier et implication dans la référence par les intervenants

## Intervention brève de type «FRAMES»

- FEEDBACK personnalisé :
  - situer le patient face à sa consommation et ses risques
- RESPONSABILITÉ :
  - mentionner au patient que lui seul peut décider de changer et faire des choix quant à sa consommation
- AVIS professionnel
  - clair et spécifique
  - sur les impacts de sa consommation et les cibles de réduction
- MENU d'options :
  - Diminuer ou arrêter
  - Choix de diverses stratégies
- EMPATHIE
  - Chaleur, Qo, reflets, résumés, etc.
- SENTIMENT d'efficacité personnelle
  - Faire évoquer les forces et succès antérieurs

## Illustration: Caroline, 15 ans

### DÉTECTION (Screening)

- Outils SPA et cannabis
- Risque suicidaire

### INTERVENTION BRÈVE:

- *Rétroaction:*
  - Demander/fournir /demander*
    - *semer le doute*
- ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT
- La chaîne de confiance*
- Importance du choix, de prendre en compte le rythme, les préférences, les besoins*

Je consomme comme tout le monde, non? Je parle pas des nerds à lunettes là....

Avant, je consommait juste de temps en temps, je me tenais avec mon cousin, on faisait du ski... il est cool, mais il consomme pas

J'ai déjà arrêté 2 mois par moi-même, ça avait calmé ma mère un peu... On se chicanait moins

J'ai eu peur samedi dernier, j'avais bu beaucoup, pris du pot, je déprimais, j'ai eu envie d'aller me jeter en bas du balcon. Je veux pas vraiment mourir, tsé.

# Les traitements psychosociaux

Modèles de traitements prometteurs et efficaces

# Principes généraux

- ▶ Offrir un traitement est plus efficace que de ne rien faire
- ▶ Une plus grande intensité amène une plus grande efficacité
  - ▶ Plus de 4 rencontres, plus d'un mois
  - ▶ Plus efficace qu'interventions brèves ou que placebo
- ▶ Combinaison de plus d'une approche
- ▶ Adolescents
  - ▶ Recherches insuffisantes, mais modèles prometteurs

# Traitements efficaces

- ▶ *Motivational Enhancement Therapy (MET)* (Miller & Rollnick, 2013)
  - ▶ Intervention brève, structurée
  - ▶ Durée : 2 à 4 rencontres
  - ▶ Composantes/visées du traitement:
    - ▶ Rétroaction personnalisée du bilan de consommation ; résoudre l'ambivalence quant à l'abstinence ou la réduction ; faire plan de changement
  - ▶ Distincte de l'EM
  - ▶ Aussi efficace que TCC

# Traitements efficaces

## ▶ Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

- ▶ Appuis : théories de l'apprentissage social et théories cognitives
- ▶ Durée : 3 séances TCC + 2 MET jusqu'à 12 sessions de TCC
- ▶ Composantes :
  - ▶ Analyse fonctionnelle
  - ▶ Développement des habiletés soutenant la modification du comportement
  - ▶ Modification des pensées et croyances erronées
- ▶ Niveau de preuve élevé de l'efficacité pour adultes présentant TU du cannabis



# Traitements efficaces

- ▶ Approche de gestion des contingences ou CM
  - ▶ En ajout aux autres modèles de traitement
  - ▶ Renforcement (monétaire) d'un comportement cible, tel que l'abstinence
    - ▶ Test urine négatif ou présence aux séances de thérapie
    - ▶ Intensité des renforcements augmente graduellement pour augmenter l'efficacité

# Traitements efficaces

## Adolescents

- ▶ *Cannabis Youth Treatment Study* (Dennis et al., 2004)
  - ▶ TCC/MET vs
  - ▶ TCC/MET en 5 sessions + 6 rencontres parentales (*Family Support Network*) vs [Drug Alcohol Rev.](#) 2018 Apr;37 Suppl 1:S246-S262. doi: 10.1111/dar.12590. Epub 2017 Aug 14.
  - ▶ *Adolescent Community Reinforcement Approach* vs
  - ▶ thérapie multidimensionnelle familiale
- ▶ Approche par contingences
  - ▶ Très peu d'études
  - ▶ Modèle doit être adapté : **soutien du développement des compétences** liées à la réduction de la consommation

✓ Données probantes sur traitement intégré : insuffisantes, + rares chez les ados

- Syndrome de stress post-traumatique
- Trouble de la conduite
- Dépression majeure
- TDAH

✓ Mais, progrès significatifs documentés

- Toxicomanie ET trouble concomitant

✓ Similarités des traitements:

- **Traitement manualisé**
- Composante cognitive-comportementale
- **Cibles du traitement claires et qui portent sur la toxicomanie ET le trouble concomitant**
- **Formation et supervision des cliniciens**

✓ Seeking Safety = seul qui montre une supériorité

- ... Seul comparé à un traitement habituel, qui n'est pas « bona fide »



| Auteurs                | Population                                                                                                                             | Intervention et comparateur                                                                                                                                        | Contexte (setting)                                                                                                                                                                                    | Résultats (outcomes)                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Azrin et al. 2001      | -Double diagnostic : trouble lié aux substances (TS) et trouble de la conduite<br>-n= 56 au total<br>-46 gars /10 filles<br>-12-17 ans | -Thérapie comportementale familiale (n=29)<br>-Thérapie individuelles axée sur la résolution de conflits (n=27)<br>-2 groupes : 15 sessions/6 mois                 | -Références à la recherche : Centre de détention, juge, agent de probation, école<br>-Thérapeutes : étudiants en psychologie supervisés<br>-Suivis : pré-post-six mois                                | -Principaux indicateurs : consommation de substances et problèmes de conduite<br>-Plusieurs autres indicateurs mesurés<br>-Les deux groupes sont équivalents : s'améliorent sur tous les indicateurs                         |
| Najavits et al. 2006   | -Double diagnostic : Syndrome de stress post-traumatique et TS<br>-n=33<br>-Toutes des adolescentes<br>-16 ans en moyenne              | -Seeking safety (SS) + Traitement habituel (TH) (n=18)<br>-TH seul (n=15)<br>SS : 25 sessions/3mois<br>TH : durée et type variables                                | -SS offert dans un contexte de recherche standardisé<br>-Recrutement par l'équipe de recherche via des affiches, visite dans les cliniques, etc.<br>-Suivis pré-post-3mois                            | -Le groupe SS s'améliore davantage que le groupe de comparaison sur des indicateurs d'abus de substances et de trauma + sur d'autres dimensions                                                                              |
| Riggs et al. 2007      | -Double diagnostic : dépression majeure et TS<br>-n =126<br>-85 hommes/ 41 femmes<br>-Âge : 13-19 ans                                  | -CBT (thérapie cognitive-comportementale) + fluoxétine (n=63)<br>-CBT + placebo (n=63)<br>-Durée de 16 semaines pour les 2 groupes                                 | - Recrutement dans la population générale et auprès de services sociaux et de justice juvénile<br>-CBT et fluoxétine offerts dans un contexte de recherche standardisé<br>-0, 4, 8, 12 et 16 semaines | -CBT + fluoxétine : amélioration plus marquée que groupe de comparaison sur l'un des deux indicateurs de dépression<br>-2 groupes s'améliorent sur divers indicateurs de TS et de troubles de conduite, de façon équivalente |
| Thurnstone et al. 2010 | Double diagnostic : TS et TDAH (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité)<br>-n =70<br>-15 filles/55 gars<br>-13 à 19 ans  | -EM (entretien motivationnel) + CBT +atomoxétine<br>-EM+CBT+ placebo<br>-Durée : 12 semaines/sessions pour les 2 groupes<br>qualité adéquats pour les deux groupes | -Traitements offerts dans un contexte de recherche standardisé<br>-Stratégies de recrutement non décrites<br>-Suivis 0, 4, 8, 12 semaines                                                             | -2 groupes s'améliorent sur les indicateurs de TDAH et de TS                                                                                                                                                                 |

## Illustration: Caroline, 15 ans

Je veux bien rencontrer une fois un intervenant de ce centre pour calmer le jeu

### *S'engager dans un suivi spécialisé*

Je pourrais peut-être éviter de consommer à l'école pour que la direction soit moins sur mon dos

Mélanger l'alcool avec le pot me rend vraiment déprimée, je devrais m'arrêter après 2 bières, sinon mes idées noires prennent trop de place.

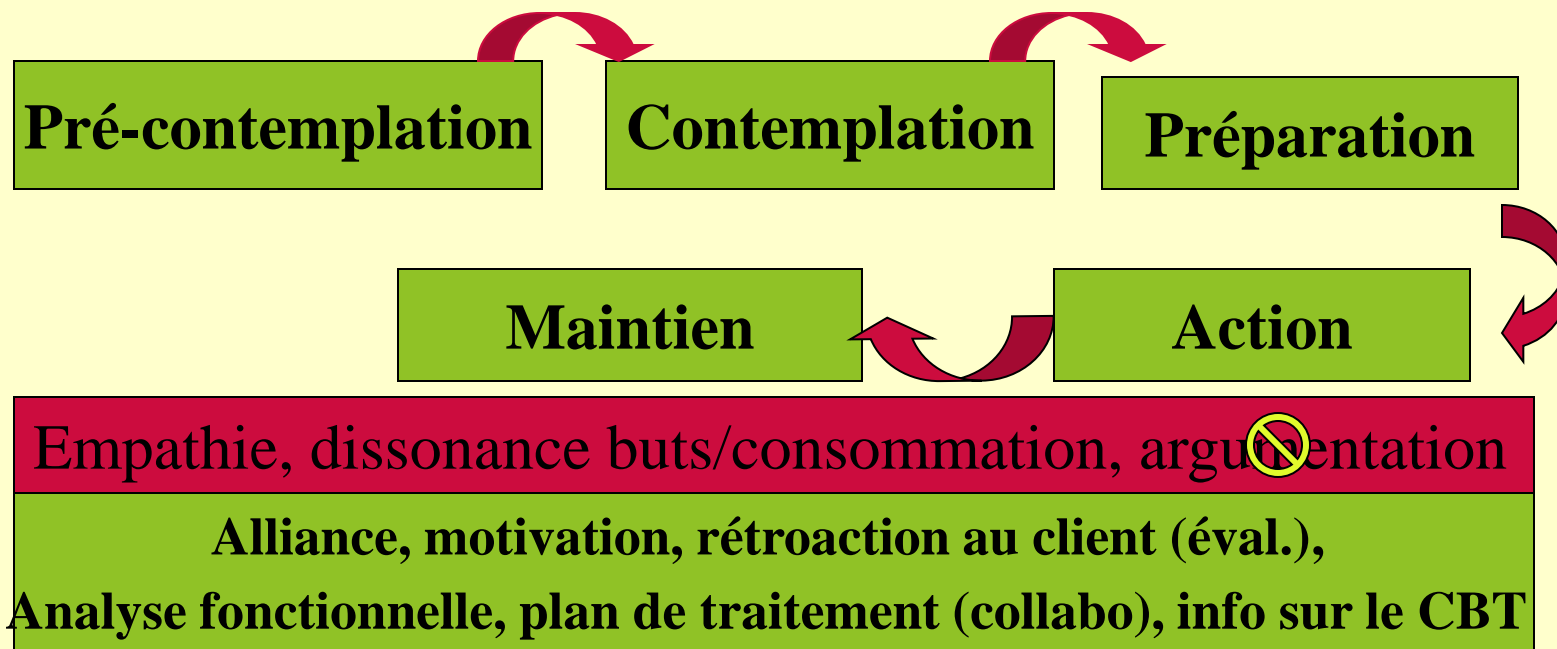
J'ai des projets, je veux faire de l'horticulture, faut juste que je puisse enfin quitter l'école pour travailler

Ça me ferait du bien de me confier à une amie, je me suis isolée depuis que mon chum m'a laissée...

# Les protocoles du CYT: MET/CBT5 ("Motivational Enhancement Therapy" /"Cognitive Behavioral Therapy")

- ◆ **Thérapie motivationnelle et cognitive-  
béhaviorale (5 sessions)**

## A) 2 rencontres individuelles: T. motivationnelle



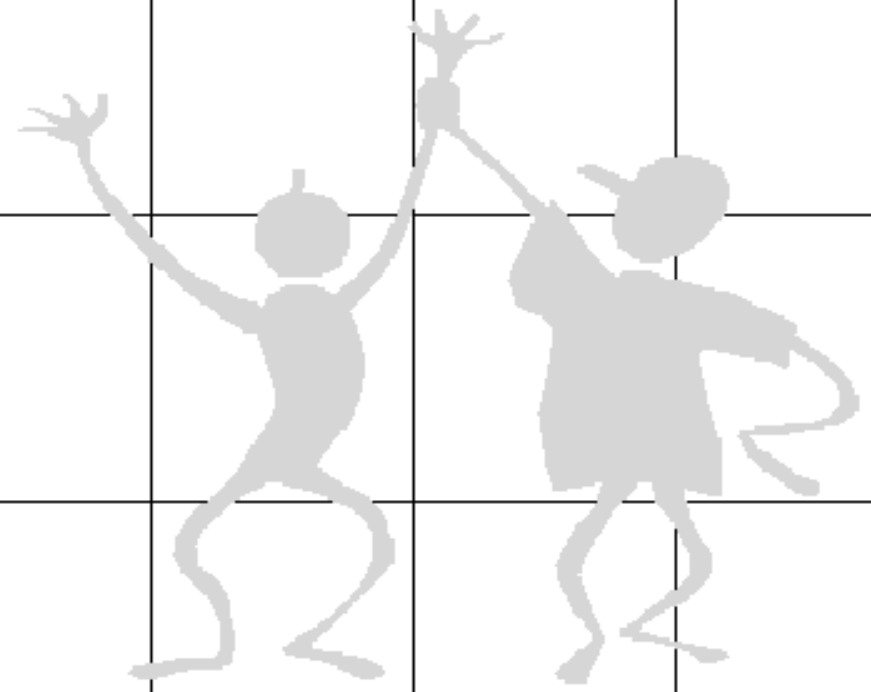
# ÉCHELLE D'ATTEINTE DE BUTS

Élaboration des buts Date : \_\_\_\_\_

Entrevue de suivi : Date : \_\_\_\_\_



| Niveau d'atteinte des buts | Oupsss! Que se passe-t-il??? | Continue, tu es sur la bonne voie | SUCCÈS!!! | Félicitation, tu te dépasses | Exceptionnel! |              |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------------|---------------|--------------|
| <b>BUT 1</b>               |                              |                                   |           |                              |               | Commentaires |
| <b>BUT 2</b>               |                              |                                   |           |                              |               | Commentaires |
| <b>BUT 3</b>               |                              |                                   |           |                              |               | Commentaires |



# Les protocoles du CYT: MET/CBT5

**B)3 rencontres de groupe\*: cognitive-béaviorale**



## **5 OBJECTIFS (3 sessions)**

- 1) Habiletés de refus du psychotrope offert**
- 2) Plan d'activités plaisantes** (sans psychotrope)
- 3) Réseau social** qui soutient la rémission
- 4) Gestion des situations à risque**
- 5) Gestion des rechutes**

# Les protocoles du CYT: MET/CBT12

- ◆ Ajout de 7 sessions de groupe\* au CBT5

## 7 OBJECTIFS

- 1) Habiletés de résolution de problèmes
- 2) Prise de conscience de la colère
- 3) Gestion de la colère
- 4) Habiletés de communication
- 5) Gestion des moments de “craving”
- 6) Gestion de la détresse /dépression
- 7) Identifier les distorsions cognitives associées aux rechutes



Perspectives d'avenir  
Rétablissement au long cours  
Les nouvelles technologies  
Illustration

# Des modèles de traitement de la toxicomanie en contexte de chronicité: Quels sont-ils et sont-ils efficaces?

- ✓ Quelques constats de notre récente revue systématique (Simoneau et coll., 2018) 16 études (15= É-U)
- 4 catégories de modèles
  - 1: Brefs bilans et rétroactions, espacés (trimestriel), au long cours (2-4 ans)
  - 2: “Continuing care” ou soins continus, réguliers, largement téléphoniques (3 mois- 2 ans)
  - 3: “Continuing care” ou soins continus, réguliers, en face-à-face, troubles concomitants (2-10 mois)
  - 4: Suivi intensif, mutli-composantes, troubles concomitants (illimité)
- Diversité de modèles, pas de données probantes, malgré quelques résultats prometteurs

# Des modèles de traitement de la toxicomanie en contexte de chronicité: Quels sont-ils et sont-ils efficaces?

- ✓ Quelques constats de notre récente revue systématique (Simoneau et coll., soumis)
  - 1: Brefs bilans et rétroactions, espacés (trimestriel), au long cours (2-4 ans) (2 études)

Scott CK, Foss MA, Dennis ML. Pathways in the relapse--treatment--recovery cycle over 3 years. J Subst Abuse Treat 2005;28 Suppl 1:S63-72.

Scott CK, Dennis ML. Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. Addiction 2009;104(6):959-71.

# Des modèles de traitement de la toxicomanie en contexte de chronicité: Quels sont-ils et sont-ils efficaces?

- ✓ Quelques constats de notre récente revue systématique (Simoneau et coll., 2018)
  - 1: Brefs bilans et rétroactions, espacés (trimestriel), au long cours (2-4 ans)

**A) Monitoring**  
**B) Rétroaction**  
**C) Entretien motivationnel**  
**D) Résolution des barrières au traitement**  
**E) Protocoles pour favoriser l'engagement et la rétention en traitement**

Consommation

Temps entre les réadmissions

Nombre de jours en traitement

# Interventions intégrant les technologies de l'information et des communications (I-TIC)

## Modèles testés

- ▶ Interventions brèves et thérapies
- ▶ en ligne ou sur ordinateur
- ▶ administrées en modalité d'auto-traitement et automatisées
- ▶ adaptation des modèles de traitement probants

## Approches novatrices misent sur les applications mobiles

- ▶ Géolocalisation
- ▶ *Momentary ecological assessment/intervention*

# I-TICs et traitement du TU du cannabis

## ▶ Efficacité

- ▶ Petites tailles de l'effet en faveur des I-TIC vs ne rien faire
- ▶ Face à face ?
- ▶ Consommateurs n'étant PAS en démarche de changement
  - ▶ Similaires similaires aux consommateurs en traitement mais moins de conséquences néfastes
  - ▶ Réduction de la fréquence de la consommation et du nombre de critères diagnostics
- ▶ Semble plus efficace si interaction avec un intervenant (clavardage ou rétroaction à distance)

# Les I-TICs

## ► Avantages

- Rejoigne les consommateurs problématiques qui ne sont pas en processus de changement ou de demande d'aide
- Favorise l'accès au traitement
  - Régions éloignées
  - Populations cachées
  - Diminution du stigma grâce à l'anonymat
  - Flexibilité dans le temps
- Soutien des groupes de pairs virtuels accessibles 24/24, 7/7

# Les I-TICs

## ▶ Limites

- ▶ Applications et sites de qualité variable
- ▶ Confidentialité
- ▶ Technologie en mouvance et coûteuse à développer
- ▶ Risque de tenter de remplacer les services existants ou nécessaires



## Illustration: Caroline, 15 ans

Reçoit un coup de fil de son intervenant de suivi, tel que convenu, 3 mois après le dernier contact téléphonique

Reprend quelques rencontres avec lui

Accepte la suggestion d'utiliser les services de Carrefour Jeunesse Emploi

S'investit dans un cours DEP -horticulture

Utilise un moteur de recherche internet:  
Cannabis application

<https://www.stop-cannabis.ch/les-app-gratuites-stop-cannabis-ch-pour-iphone-android>

## En conclusion: Quoi retenir?

- ✓ Le TU au cannabis, selon les individus, peut être un trouble transitoire ou chronique
- ✓ Importance d'adapter nos interventions et services pour les personnes qui ont des besoins d'aide au long cours
  - « No wrong door »: faciliter l'accès et la continuité
  - Planifier le traitement au long cours: les relances, la réévaluation des besoins et le soutien/référence selon les besoins
  - La réadmission: d'un critère d'échec à un critère de succès thérapeutique
  - La relation: un travail en continu qui s'inscrit dans le temps et qui nécessite d'être proactif
  - Valoriser les capacités vs emphases sur les lacunes
  - L'engagement et la rétention en traitement: des cibles prioritaires

## En conclusion: Quoi retenir?

- ✓ Le TU au cannabis émerge typiquement à l'adolescence, il est important d'intervenir précocement
  - ✓ Sans attendre une demande d'aide claire
  - ✓ Nécessité du travail de proximité
  - ✓ SBIRT comme un maillon important de la *chaîne de confiance*
- ✓ Les TICs: prometteur tant pour rejoindre les usagers de cannabis n'ayant jamais utilisé de services que pour favoriser un engagement ou un réengagement dans un suivi spécialisé



# RÉFÉRENCES SUGGÉRÉES

- Babor, T. F., & The Marijuana Treatment Project Research Group (MTPRG). (2004). Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 455-466. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.455>
- Babor, T. F., Del Boca, F., & Bray, J. W. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112(Suppl 2), 110-117. doi: 10.1111/add.13675
- Bertrand, K & Saint-Jacques, M. (2018; Sous presse). Traitement de la consommation problématique de cannabis : bilan critique et perspectives. Dans Brochu, S. & Fallu, J-S. (Éds) *Cannabis*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bertrand, K., L'Espérance, N., Flores-Aranda, J. (2014). La méthode de la revue systématique dans le cadre du développement de guides de « meilleures pratiques » : illustration provenant du domaine de la toxicomanie et des troubles mentaux concomitants chez les adolescents. In Corbière, M. et Larivière, N., *Méthodes qualitatives et quantitatives appliquées au domaine de la santé mentale*. Québec : PUQ.
- Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Brunelle, N., Landry, M., Patenaude, C., Brochu, S. (2014). Les trajectoires d'utilisation de services en toxicomanie et les principaux enjeux associés: la perspective des usagers. Dans Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N., Patenaude, C. (Éds.) *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Dennis, M. et al. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197- 213.

# RÉFÉRENCES SUGGÉRÉES

- Fisher et al. (2017). Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations. *American Journal of Public Health*, 107(8), e1-e12.
- Gates, P. J., et al. (2017). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 5,. doi: 10.1002/14651858.CD005336.pub4
- Hoch, E., et al. (2016). Digital interventions for problematic cannabis users in non-clinical settings: Findings from a systematic review and meta-analysis. *European Addiction Research*, 22(5), 233-242. doi: 10.1159/000445716
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2eme édition. Paris : InterEditions
- National Treatment Strategy Working Group. (2008). *A systems approach to substance use in Canada: Recommendations for a national treatment strategy*. Ottawa: National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada.
- Saint-Jacques, M. et al. (2009). *Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances*. Rapport remis au FRQSC. Montréal : Douglas, Institut universitaire en santé mentale.
- Santé Canada. (2014). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues: Sommaire des résultats. ESCCAD-2012. Consulté le 15 septembre 2017, repéré à : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2011/summary-sommaire-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-fra.php)

## RÉFÉRENCES SUGGÉRÉES

Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S., Fleury, M-J. (2018). Efficacy of the intervention models addressing the chronicity of substance use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Review*. Apr;37 Suppl 1:S246-S262doi: 10.1111/dar.12590.

Tremblay, J. et al. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation chez les adultes toxicomanes. *Intervenir auprès des adultes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), Montréal, Canada.