

Université de Montréal

L'influence des traumatismes psychologiques sur l'intervention en toxicomanie

Par

Geneviève Comeau Lalumière

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences

En vue de l'obtention du grade de maîtrise

En criminologie

Option intervention clinique

Septembre 2010

© Geneviève Comeau Lalumière, 2010

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé
L'influence des traumatismes psychologiques
sur l'intervention en toxicomanie

Présenté par
Geneviève Comeau lalumière

a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

Stéphane Guay

.....
directeur de recherche

Louis-George Cournoyer

.....
membre du jury

Serge poupart

.....
membre du jury

SOMMAIRE

Il est possible qu'une personne qui consulte pour un problème d'utilisation de substances souffre également d'un problème associé à un état de stress post-traumatique (ESPT). Plusieurs auteurs croient qu'il existe un lien expliquant cette co-morbidité.

Voilà pourquoi plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer le lien entre un trouble tel que celui lié à l'utilisation de substance (TUS) pouvant exister avant l'ESPT, la vulnérabilité suite au TUS, ainsi que l'automédication.

Plusieurs recherches proposent deux types d'interventions afin d'aider les personnes aux prises avec cette double problématique. La première consiste à traiter les deux problèmes séparément alors que la seconde, préconise une approche intégrée et simultanée. Puisque les écrits conseillent davantage un traitement intégré, il y aura une présentation d'une de ces formes de traitement nommé « À la recherche de la sécurité ».

Le volet académique visait à comprendre le lien existant entre le TUS, les traumatismes psychologiques et l'ESPT ainsi que les différentes formes d'interventions pour aider les personnes ayant cette co-morbidité. Nous avons utilisé un module du programme « À la recherche de la sécurité » récemment traduit en français afin de vérifier sa mise en application et l'appréciation qu'en ont fait cinq usagers du Centre Dollar-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) ayant vécu un traumatisme au cours de leur vie.

En conclusion, il sera démontré dans nos résultats que les hypothèses quant au lien de co-morbidité sont effectivement présentes dans la réalité des personnes ayant un ESPT et un TUS, et qu'une intervention intégrée offre des points positifs autant pour l'utilisateur que pour l'intervenant.

Mots-clés : État de stress post-traumatique (ESPT), Trouble lié à l'utilisation de substance (TUS), traitement intégré, « À la recherche de la sécurité ».

ABSTRACT

It is possible that the substance abuse disorder for which a person consults is associated with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Several authors believe that there is a link explaining this co-morbidity. For this reason, several hypotheses have been formulated to explain this link as the substance abuse disorder (SUD) prior to PTSD, vulnerability following the SUD and self-medication. Moreover, research shows the various interventions to help people struggling with these twin problems. The first is to separate the two issues while the second includes PTSD and the SUD. Research advice a more integrated treatment, there will be a presentation of one of these forms of treatment called "Seeking Safety".

The academic component of our apprenticeship was to understand the link between the SUD, psychological trauma and PTSD and the various forms of interventions to help people with this co-morbidity. We used a module of "Seeking Safety" recently translated in French to ensure its implementation and its assessment from five users of the Centre Dollar-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances who experienced trauma in their lives.

In conclusion of the study, it is clearly shown that different assumptions are present in the reality of people with PTSD and SUD and an integrated response has positives for both the user and for the speaker.

Key words: Posttraumatic stress disorder, Substance use disorder, integrated treatment, Seeking Safety

TABLES DES MATIÈRES

	PAGE
Présentation du jury	ii
Sommaire	iii
Abstract	iv
Table des matières	iv
Introduction	1
Chapitre 1 Présentation du milieu et des objectifs de stage	5
1.1 Milieu de stage : Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances	6
1.1.1 Intervention	9
1.1.2 Volets santé mentale et justice	16
1.2 Échéancier du volet pratique	16
1.3 Professeur de la Faculté qui dirigera la maîtrise	16
1.4 Objectifs	18
1.5 Modalités de réalisation du Stage et atteintes des objectifs	20
1.6 Règles déontologiques	20
Chapitre 2 Recension des écrits	21
2.1 Trouble lié à l'utilisation de substance (TUS)	22
2.2 Traumas psychologiques et État de stress post-traumatique (ESPT)	23
2.3 Relation entre TUS et ESPT	25

2.3.1	TUS avant ESPT	26
2.3.2	Vulnérabilité suite au TUS	26
2.3.3	Automédication	26
2.4	Formes de traitement	29
2.5	Rechute	31
2.6	Le programme « À la recherche de la sécurité »	31
<hr/>		
Chapitre 3	Méthodologie	38
3.1	Approche qualitative	39
3.2	Recrutement	39
3.3	Sélection des participants	39
3.4	Procédures associées à la réalisation de la recherche	40
3.5	Collecte des données	40
3.6	Déroulement des entrevues individuelles	41
3.6.1	Présentation des deux questionnaires	41
<hr/>		
Chapitre 4	Histoires de cas	46
4.1	Histoire de cas #1	47
4.1.1	Description de cas	47
4.1.2	Histoire	48
4.1.3	Intervention	50
4.1	Histoire de cas #2	51
4.2.1	Description de cas	51
4.2.2	Histoire	52
4.2.3	Intervention	54
4.1	Histoire de cas #3	55
4.3.1	Description de cas	55
4.3.2	Histoire	56

4.3.3 Intervention	58
4.1 Histoire de cas #4	58
4.4.1 Description de cas	58
4.4.2 Histoire	60
4.4.3 Intervention	62
4.1 Histoire de cas #5	63
4.5.1 Description de cas	63
4.5.2 Histoire	64
4.5.3 Intervention	66
<hr/>	
Chapitre 5 Discussion	67
5.1 Liens entre le TUS et l'ESPT	68
5.2 Éléments complexifiant	77
5.3 « À la recherche de la sécurité »	82
<hr/>	
Chapitre 6 Conclusion	87
<hr/>	
Bibliographie	90
<hr/>	
Annexe	96
<hr/>	

INTRODUCTION

Dans le cadre du stage, nous nous sommes intéressés particulièrement à l'influence des traumatismes psychologiques sur l'intervention en toxicomanie. Nous viserons l'atteinte de deux principaux objectifs complémentaires au terme du stage :

- Objectif principal : déterminer de quelle façon l'intervention en toxicomanie est effectivement influencée par un de ces types de traumatismes, soit l'état de stress post-traumatique (ESPT); et d'autre part
- Objectif secondaire : Faire une intervention à l'aide d'un module du programme « À la recherche de la sécurité » afin de vérifier sa mise en application et l'appréciation qu'en ont fait cinq usagers dans le traitement conjoint de l'ESPT et la toxicomanie. Le module utilisé est : « ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie ».

La présence d'un trouble anxieux comme l'état de stress post-traumatique ainsi qu'un trouble lié à l'utilisation de substance n'est pas un phénomène nouveau chez les personnes ayant souffert d'un traumatisme au cours de leur vie. L'ESPT a comme particularité d'augmenter le risque de développer un trouble lié à l'utilisation de substance (TUS) et vice versa. En effet, entre 12 et 34% des participants à un traitement pour l'abus de substance ont simultanément un ESPT (Najavits, 2002). Selon plusieurs auteurs, les deux problématiques sont directement reliées. De plus, la littérature rapporte différentes hypothèses expliquant le lien entre cette co-morbidité.

Malgré cette réalité, la plupart des modes d'intervention ne traitent pas l'ESPT et le TUS de façon intégrée. Ceci semble d'autant plus surprenant que cette forme de traitement va à l'encontre du point de vue d'un nombre croissant de cliniciens et de

chercheurs qui affirment qu'il est préférable de traiter simultanément les deux problématiques afin de mieux adapter l'intervention en fonction des besoins du client (Najavits, 2002, Stewart & Corond, 2003, Stewart et al, 1998). Pour les intervenants en toxicomanie, les personnes aux prises simultanément avec l'ESPT et le TUS représentent donc un défi majeur puisqu'ils doivent travailler sur les deux problèmes lors d'une même intervention.

L'objectif secondaire du stage consistera à évaluer la position de ces auteurs à travers une analyse approfondie de l'une de ces formes d'intervention développée pour traiter la co-morbidité nommée « À la recherche de la sécurité ».

Afin d'atteindre nos objectifs, nous procéderons entre autres à l'analyse des différentes hypothèses pouvant expliquer le lien entre l'ESPT et le TUS, ainsi qu'à l'analyse de différentes méthodes d'interventions associées à cette double problématique. L'une de ces interventions sera évaluée en profondeur. Pour bien comprendre la problématique, une recension des écrits sur le sujet a été faite.

Ensuite, il y a eu analyse du matériel recueilli auprès d'un échantillon de cinq usagers du centre de réadaptation pour toxicomane Centre Dollar Cormier- Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD). Ce volet sera présenté sous forme d'histoire de cas.

Le présent rapport de stage se divise en six chapitres : Chapitre 1 : Présentation du milieu et objectifs du stage; Chapitre 2 : Recension des écrits permettant de définir l'ensemble la problématique; Chapitre 3 : Méthodologie; Chapitre 4 : Histoires de cas présentées en trois volets, soient : 1-Description de cas 2- Histoire de la personne 3-

Compte rendu de l'intervention sur l'échantillon d'utilisateurs du CDC-IUD; Chapitre 5 :
Mise en application des concepts tirés de la littérature; et chapitre 6 : Conclusion.

CHAPITRE 1 :

PRÉSENTATION DU MILIEU ET OBJECTIFS DU STAGE

Notre stage a été effectué au Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) situé à Montréal, plus précisément au sein de leurs volets de toxicomanie « Santé Mentale » et « Justice ». Voici une présentation sommaire du milieu de stage.

Milieu de stage : Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances

Le CDC-IUD est un établissement public de réadaptation pour les personnes habitant l'île de Montréal et présentant des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeux pathologiques. Cet établissement procède à des interventions dites de deuxième ligne utilisant un traitement. La mission du Centre est d'« améliorer l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale » des personnes, quels que soient leurs groupes d'âge.

Au Centre se côtoie une population diversifiée. On retrouve autant de jeunes enfants, que des adolescents ou des adultes, lesquels consultent pour un volet en particulier. On y retrouve également des personnes du troisième âge (CDC, 2007).

Le stage s'est fait auprès des personnes toxicomanes et ayant un trouble de santé mentale. L'intervention en lien directement avec la personne qui vient chercher de l'aide et son entourage qui nécessite un soutien.

Intervention

Les intervenants du centre s'appuient sur le fait que plusieurs facteurs peuvent être en cause dans le développement de la toxicomanie ou de la dépendance au jeu. Ils

prennent en considération autant les facteurs biologiques, psychologiques que sociaux de la personne. Au CDC-IUD, chaque personne qui demande de l'aide est considérée comme unique, c'est-à-dire avec ses propres modes de fonctionnement actuels et passés. Donc, les intervenants adaptent leurs services en fonction de l'évaluation des besoins et réalités propres à chacune des personnes (CDC, 2007).

Pour les intervenants du CDC-IUD, l'assuétude est un phénomène modifiable. Par le fait même, l'individu qui demande de l'aide sera considéré comme une personne apte à changer son comportement et capable d'influencer sa vie. La réadaptation de ces personnes est vue comme une démarche personnelle et ne vise pas nécessairement l'abstinence. C'est pour cette raison que le CDC-IUD adopte une philosophie de réduction des méfaits. Cette philosophie est basée sur le fait que les intervenants cherchent à diminuer chez l'utilisateur les effets négatifs liés à la consommation de substances psychotropes. Cela permet d'augmenter la participation des usagers à leur traitement (CDC, 2007).

Un des facteurs importants à tenir compte lors d'une intervention avec un toxicomane est la dimension motivationnelle, laquelle a un effet direct sur l'ensemble de son cheminement. C'est pour cette raison que l'intervenant doit connaître le processus de changements de Prochaska et Di Clemente comprenant les étapes de précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et rechute.

L'environnement immédiat de la personne est un autre facteur important devant être considéré puisqu'il pourrait permettre de freiner la dépendance. Il est important que les interventions soient réalisées le plus près possible du milieu de vie de l'individu.

L'entourage et la famille jouent un rôle dans cette lutte à la dépendance. Les interventions sont aussi basées sur une approche de réseau intégré ou l'école, les organismes communautaires et les centres de santé et de services sociaux se joignent à l'intervenant pour aider la personne (CDC, 2007).

Chacun des volets santé mentale et justice a une équipe multidisciplinaire comprenant consultant en psychiatrie, éducateurs spécialisés, psychologues, travailleurs sociaux et criminologues.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'un suivi psychiatrique et doit travailler spécifiquement l'aspect consommation, elle sera orientée vers les éducateurs. Par contre, si la personne ne fait pas l'objet d'un suivi psychiatrique mais qu'un suivi dans différentes sphères de vie problématiques est nécessaire, elle sera orientée vers un psychologue, un travailleur social ou un criminologue. Ces derniers visent des objectifs d'amélioration et de consolidation. Ils travaillent au niveau du fonctionnement des modes de réponses rigides, répétitives et infructueuses (CDC, 2007). Les rencontres se font généralement sur une base hebdomadaire mais pour certaines personnes, elles se font selon les besoins.

Puisque c'est un travail multidisciplinaire, on retrouve chaque semaine des rencontres d'équipe pour que les intervenants puissent discuter de divers sujet concernant les usagers. Il y a les rencontres appelées « Affinité » qui sont en fait un groupe de supervision. Ce sont des éducateurs et des professionnels provenant de différents volets du CDC-IUD tels que santé mentale et justice qui se rassemblent. Lors de ces rencontres, généralement un intervenant présente un cas qu'il juge problématique

et demande conseil aux autres intervenants. Il y a aussi les rencontres nommées « Appariement ». Ces rencontres sont divisées sur la base de volet. Tous les intervenants du volet doivent être présents. La rencontre est menée par la coordonnatrice clinique du volet adulte et il y a un ordre du jour. Plusieurs sujets peuvent y être discutés.

L'intervention se fait individuellement car il est impossible dans un même groupe d'intervenir sur différents troubles spécifiques et personnalisés. Généralement, les interventions de groupes visent à aborder des thématiques telles que la dépendance.

Volets Santé mentale et Justice

Le stage a été réalisé au sein des volets santé mentale et justice du CDC-IUD. Leurs participants sont âgés de 25 à 54 ans. Ils nécessitent une réadaptation au niveau de la toxicomanie, de la santé mentale et/ou d'ordre judiciaire.

Les usagers du CDC-IUD font une démarche volontaire. Cependant, il se peut que dans le volet justice, les usagers aient une certaine pression pour venir faire une démarche telle qu'une ordonnance d'imposition au traitement imposée de la cour.

Avant qu'un dossier soit attribué à un intervenant, la personne doit participer à une rencontre d'évaluation au CDC-IUD. Lors de cette rencontre, le futur usager doit répondre à diverses questions provenant de l'instrument Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour que la personne responsable de l'évaluation l'oriente vers le service qui lui est approprié. L'IGT permet de faire une évaluation de la consommation d'alcool ou de drogue ainsi que des troubles concomitants. Par la suite, l'usager se verra attribué un intervenant de son volet respectif.

Volet santé mentale

Les problèmes de santé mentale que l'on retrouve en grande majorité dans ce volet sont des troubles de la personnalité, tels que limite; paranoïde; schizoïde et narcissique. À ces troubles s'ajoutent ceux des personnes psychotiques, qui ont un trouble sévère et persistant en voie de stabilisation, et des troubles anxieux et dépressifs sévères.

Le programme santé mentale a plusieurs finalités : la stabilisation, l'amélioration et la consolidation (CDC, 2007).

- La stabilisation : Consiste à une interruption du processus de désorganisation. Cela signifie qu'il faut que la personne atténue, voir même résorbe son état de crise émotionnelle dû à la consommation pour qu'elle puisse retrouver un état de bien-être et qu'elle devienne fonctionnelle au niveau de ses relations ainsi que socialement;
- L'amélioration : Est un apprentissage des habiletés personnelles et sociales de base pour que la personne ait de meilleures habitudes de vie;
- La consolidation : Vise l'atteinte de l'équilibre psychologique, social et physique de l'utilisateur.

Ces trois finalités se retrouvent sous trois différentes sphères : la consommation, la santé mentale et le fonctionnement psychosocial.

- Stabilisation/Consommation : La stabilisation permettra en ce qui à trait à la consommation de psychotropes que celle-ci soit diminuée et, par le fait même, diminuer les crises dues à cette consommation ;
- Stabilisation/Santé mentale : La stabilisation entraîne une réduction des comportements qui déclenchent des crises chez la personne.
- Stabilisation/Fonctionnement psycho-social : La stabilisation réduit les facteurs aggravants de la crise dans les interactions de l'individu avec son environnement. Le dernier apport de la stabilisation est que la personne obtienne de l'aide durant le traitement au niveau des trois sphères de la part de l'intervenant puisque celle-ci devient fidèle au traitement de la toxicomanie et de la santé mentale (CDC, 2007).
- Amélioration/Consommation: En ce qui a trait à l'amélioration, elle pousse l'individu à avoir une prise de conscience sur la fonction de la consommation dans sa vie personnelle et relationnelle. L'amélioration inclut une élimination des effets négatifs de la consommation. Dans cette finalité, l'intervenant aidera l'utilisateur à se positionner en regard de sa consommation donc à savoir s'il devient abstinent ou s'il choisit des aspects en lien avec une vision de réduction des méfaits;
- Amélioration/Santé mentale : Fait prendre conscience à la personne de leurs modes de réactions par rapport à leurs problèmes. Elles seront en mesure de reconnaître les symptômes négatifs de leur maladie telle que l'ambivalence, l'apathie, l'absence de motivation, d'intérêt et d'énergie et

de se mobiliser afin d'améliorer leur fonctionnement. Cela permet à l'intervenant de les informer de leur vulnérabilité au niveau de leur personnalité et que cette vulnérabilité a une influence sur leur adaptation aux changements. L'amélioration fera en sorte que la personne va accéder à la possibilité de faire une introspection ou va être davantage orienté vers une attitude d'introspection. Cette finalité permettra à la personne d'intérioriser un sentiment de confiance vis-à-vis sa capacité de répondre à ses besoins et de faire face à la réalité dans le cadre de ses limites;

- Amélioration/Fonctionnement psycho-social : Il y a une amélioration lorsque l'utilisateur a pris conscience des effets de ses difficultés sur son entourage. L'amélioration a permis à la personne de développer un intérêt et une motivation pour un nouvel environnement social. Cela lui permet d'avoir de meilleures relations avec ses proches (CDC, 2007).
- Consolidation/Consommation : Il y a consolidation lorsque la personne diminue ou élimine l'absorption de psychotropes et utilise des stratégies mieux adaptées pour résoudre ses problèmes;
- Consolidation/Santé mentale : La consolidation vise la cohérence plus grande du sentiment d'identité et celle-ci survient lorsque l'individu a développé une capacité d'autocritique par rapport à ses comportements dysfonctionnels;
- Consolidation/Fonctionnement psycho-social : Cette dernière finalité a amené l'individu à modifier ses interactions avec son environnement pour

développer une plus grande autonomie, des relations interpersonnelles saines et une bonne entente avec les gens de son entourage (CDC, 2007)

Le tableau suivant présente un sommaire du regroupement des trois finalités et des trois sphères du volet santé mentale :

Tableau I

Finalités/Sphères	Stabilisation	Amélioration	Consolidation
Consommation	Diminution de la consommation de psychotropes	Prise de conscience et élimination des effets négatifs de la consommation	Diminue ou élimine l'absorption de psychotropes et utilise des stratégies mieux adaptées pour résoudre ses problèmes
Santé mentale	Diminution des comportements qui déclenchent des crises	Prise de conscience de leurs modes de réactions par rapport à leurs problèmes	Cohérence plus grande du sentiment d'identité
Fonctionnement psychosocial	Diminution des facteurs aggravants	Prise de conscience des effets de ses difficultés sur son entourage	Développer une plus grande autonomie, des relations interpersonnelles saines et une bonne entente avec les gens de son entourage

Volet justice

Un individu fait face à des difficultés d'ordre judiciaire lorsqu'il fait l'objet de mesures légales actuelles ou antérieures. Dans ce cas-ci, il est possible que le suivi dans un centre de réadaptation soit requis par une instance judiciaire. Sous le volet justice, nous retrouvons aussi les mêmes trois finalités qu'en santé mentale, auxquelles s'ajoutent l'engagement.

- Stabilisation/Engagement: Premièrement, il doit y avoir un engagement de la part de l'utilisateur. L'engagement qui vise les attentes, l'engagement dans le changement et les objectifs de la démarche. L'engagement permet de souligner l'importance de la mobilisation et de l'investissement personnel. Il y a la stabilisation lorsqu'il y a résolution de situation de crise et stabilisation au plan biopsychosocial;
- Amélioration et Consolidation/Engagement: Ensuite, l'amélioration et la consolidation consistent en la mise en place de stratégies pour augmenter ou maintenir la motivation de la personne. Ce peut être une personne avec un profil dit complexe (ayant des problèmes de violence, d'impulsivité, de santé mentale, d'ordre sexuel) (CDC, 2007).

Seulement deux des sphères retrouvées au volet santé mentale se retrouvent également au sein du volet justice, soit celles de la consommation et du psychosocial.

- Stabilisation/Consommation : La stabilisation, tout comme en santé mentale, permettra au niveau de la consommation de psychotropes que celle-ci soit diminuée et, par le fait même, diminuer les crises dues à cette consommation;
- Stabilisation/Fonctionnement psychosocial : La stabilisation réduit les mauvais comportements tels que l'autodestruction qui sont en lien avec la crise. Cela permet aussi de mettre en place un contrôle externe chez la personne qui l'aidera à remédier l'absence de contrôle interne (CDC, 2007);

- Amélioration/Consommation : L'amélioration, en ce qui concerne la consommation, éliminera les problèmes dus à la consommation et par le fait même, le recours aux activités criminelles ou le passage à l'acte;
- Amélioration/Fonctionnement psychosocial : L'amélioration permettra à l'individu d'avoir des réponses comportementales adaptées et de réduire les activités criminelles (CDC, 2007).
- Consolidation/Consommation: La consolidation permettra de conserver les acquis nécessaires afin de maintenir les objectifs par rapport à la consommation;
- Consolidation/Fonctionnement psychosocial : La consolidation intégrera chez la personne des réponses comportementales adaptées (CDC, 2007).

Le tableau suivant présente un sommaire du regroupement des trois finalités et des trois sphères du volet justice :

Tableau II

Sphères/Finalités	Stabilisation	Amélioration	Consolidation
Engagement	Résolution de situation de crise et stabilisation au plan biopsychosocial	Mise en place de stratégies pour augmenter ou maintenant la motivation	Mise en place de stratégies pour augmenter ou maintenant la motivation
Consommation	Diminution de la consommation de psychotropes	Éliminer les problèmes dus à la consommation et par le fait même, le recours aux activités criminelles ou le passage à l'acte	Conserver les acquis nécessaires afin de maintenir les objectifs par rapport à la consommation
Fonctionnement	Réduit les mauvais	Réponses comportementales	Intégration des

psychosocial	comportements tels que l'autodestruction qui sont en lien avec la crise	adaptées et de réduction des activités criminelles	réponses comportementales adaptées
--------------	---	--	------------------------------------

Échéancier du Volet pratique

Le volet pratique du stage au CDC-IUD s'est déroulé au cours des trimestres d'hiver et d'été 2009 à raison de deux à trois jours par semaine.

Professeur responsable du stage et superviseur de milieu

Monsieur Stéphane Guay, professeur adjoint à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, a été le professeur superviseur du projet de maîtrise. Au Centre Dollard-Cormier, Monsieur Serge Poupart, psychologue, a agi à titre de superviseur principal, et assisté de Madame Danielle Demers, criminologue. Monsieur Poupart et Madame Demers sont respectivement intervenants pour les toxicomanes dans le volet santé mentale et du volet justice au CDC-IUD.

Objectifs

Notre intérêt portera particulièrement sur l'influence des traumatismes psychologiques dans l'intervention en toxicomanie et visera l'atteinte des objectifs complémentaires suivants :

- Objectif principal : D'une part, il sera évalué chez des personnes les liens entre l'utilisation de substances et les traumatismes psychologiques antérieurs pouvant se développer en réaction de stress post-traumatiques.

- Objectif secondaire : Il y aura utilisation d'un module d' « À la recherche de la sécurité » comme outil d'intervention auprès des toxicomanes ayant des réactions de stress post-traumatiques. Le module utilisé est « ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie ».

Nous retrouvons dans ces objectifs généraux différents objectifs cliniques et académiques. Par ailleurs, les objectifs cliniques étaient davantage axés sur l'apprentissage de l'intervention en toxicomanie, tandis que les objectifs académiques étaient davantage axés sur la réalisation de ce stage. Il s'agissait :

- Objectifs cliniques :
 - Faire une évaluation des problématiques chez les usagers;
 - Établir un plan d'intervention en lien avec les problèmes de toxicomanie d'usagers du CDC-IUD;
 - Développer une compréhension des liens multiples entrant dans le phénomène de la toxicomanie, des traumatismes psychologiques antérieurs et des réactions de stress post-traumatiques et les différences d'adaptation;
 - Établir un plan d'intervention en fonction des besoins de la clientèle;
 - Hiérarchiser les objectifs de ce plan/choisir une manière d'intervenir.

- Objectifs académiques
 - Comprendre la problématique de co-morbidité TUS et ESPT et être capable de l'expliquer;
 - Apprendre les différentes composantes de la forme d'intervention nommée « À la recherche de la sécurité » pour les comprendre et être en mesure de les appliquer par la suite.
 - Acquérir des connaissances sur le milieu de stage et ses formes d'interventions.

Modalités de réalisation du stage et atteintes des objectifs

Les objectifs du stage ont été atteints à l'aide de plusieurs moyens de perfectionnement du travail clinique mais aussi académique.

- Objectifs cliniques : Notre apprentissage a débuté avec une série de lectures obligatoires pour tous les stagiaires du CDC-IUD. Les documents obligatoires sont des documents créés par le CDC-IUD. Voici la liste :
 - Le cahier du stagiaire;
 - Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation;
 - La motivation, quelque chose qui se construit.

De plus, on a observé de nombreuses interventions cliniques réalisées par des intervenants expérimentés tels que Serge Poupart et Danielle Demers.

On a également pris en charge quelques usagers du CDC-IUD. Lors de

ses prises en charge, on devait établir les plans d'interventions. Pour certains usagers, on est sommé d'intervenir plus en profondeur en ajoutant aux tâches liées aux rencontres celles concernant la préparation des activités d'aide et de références à d'autres ressources. Pour assurer un suivi adéquat, on avait des rencontres de supervisions avec les deux superviseurs précités. Lors de ces rencontres, la discussion et l'auto-observation étaient au rendez-vous. Tout au long du stage, on a approfondi nos connaissances à l'aide de lectures d'ouvrages spécialisés dans différents domaines telles que les troubles de personnalité, la toxicomanie et les théories de certains auteurs. Les rencontres d'équipe, les discussions avec les autres intervenants, ainsi que les discussions avec des stagiaires provenant de différents milieux ont aussi aidé dans notre apprentissage. De plus, pour se perfectionner, on a assisté à plusieurs formations.

- Objectifs académiques : Les objectifs académiques ont aussi été atteints puisque nous avons rencontré cinq personnes ayant vécu un traumatisme. On a utilisé avec ces personnes un module d'« À la recherche de la sécurité ». Pour améliorer les connaissances, on a lu sur cet outil et on a assisté à une formation.

L'ensemble de ces modalités nous a permis d'atteindre les objectifs mentionnés ci-haut ainsi que recueillir le matériel nécessaire pour la réalisation de ce projet de stage.

Règles déontologiques

Puisque le CDC-IUD est sous la Loi sur les services de santé et services sociaux, il est de son devoir de mettre en place des mesures pour assurer le respect des droits des usagers.

La stagiaire a la responsabilité de fournir un service de qualité aux usagers ainsi que de les respecter dans leur démarche. La stagiaire doit toujours rester intègre dans ses responsabilités et ne pas abuser de la confiance que les usagers ont envers eux. Ainsi, il est important de garder les informations confidentielles. Elle doit éviter toutes situations où il pourrait y avoir un conflit d'intérêts. Il est important de se baser sur un consentement libre et éclairé de la part de l'utilisateur. Il faut respecter les valeurs du Centre ainsi que la personne, sa dignité. Il faut aussi respecter l'intimité de l'utilisateur mais aussi sa propre intimité et celle de ses collègues. Il est important que la stagiaire travaille en collaboration avec les autres membres du personnel. La stagiaire doit suivre le code de vie élaboré par le CDC-IUD ainsi que ses politiques et ces procédures.

CHAPITRE 2 :

RECENSION DES ÉCRITS

Les troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS)

Le TUS se retrouve dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Pour qu'une personne soit identifiée comme telle, elle doit recevoir un diagnostic basé sur les critères de dépendance, d'abus, d'intoxication et de sevrage à une substance.

Il y a une dépendance lorsque l'individu tolère la substance et qu'il doit prendre de fortes doses pour avoir l'effet voulu et cela se prolongeant sur une longue période de temps. De plus, l'individu doit prendre le plus rapidement possible la substance pour éviter le sevrage donc que les effets de la substance diminuent. Lorsqu'une personne est dépendante, la plupart de son temps est consacré à tout ce qui touche la substance donc les activités pour se procurer la substance, la consommer et ensuite récupérer. La vie des personnes dépendantes est centrée sur la substance même si celle-ci sait que plusieurs de ses problèmes psychologiques et physiques proviennent de sa consommation.

L'abus de substance est présent lorsque la personne prend souvent des substances et que cela nuit à ses obligations comme aller au travail, à l'école et s'occuper de la maison. Dans certains cas, les abus peuvent être dangereux physiquement pour la personne, car ils mettront sa vie en danger en ayant consommé (par exemple, la conduite en état d'ébriété). Une personne qui abuse de substances psychotropes pourrait aussi avoir des problèmes avec la justice. De plus, même si la substance entraîne des problèmes au niveau des relations et au niveau social, il n'y aura pas d'arrêt de la consommation.

L'intoxication se produit à la suite d'une prise de substances quand l'individu a un changement de comportement ou psychologique qui est inadapté. Ce changement est dû aux effets de la substance.

Le sevrage se produit lorsque la substance n'a plus d'effet sur l'individu et que cela lui cause une certaine souffrance ou une altération de ses fonctions.

Les traumatismes psychologiques et l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Les traumatismes psychologiques survenus durant l'enfance font très souvent partie des facteurs étiologiques des TUS et des troubles relationnels souvent associés à des troubles de la personnalité (Lisak & Miller, 2003). Le traumatisme le plus souvent associé à un trouble de personnalité est la maltraitance durant l'enfance. Le trauma peut avoir un impact sur l'identité de la personne. Il peut y avoir une dépersonnalisation pouvant découler en un trouble de la personnalité (Carruth & Burke, 2006). Dans un article de Duhamel et Lallemand (2001), les deux auteures, psychologues au CDC-IUD dans le volet santé mentale, mentionnent que parmi les usagers du CDC-IUD, plusieurs ont vécu dans le passé de la négligence parentale ou des abus de toutes sortes tels que l'inceste et l'agression sexuelle. Cela entraîne un traumatisme psychologique qui engendre des perceptions et des croyances erronées chez l'individu (Berenbaum, Thompson, Milanak, Boden & Bredemeier, 2008). Le traumatisme va prendre une place dans l'évolution psychologique de la personne ainsi que dans son caractère ce qui aura une influence sur son développement. De ce point de vue, il se peut que la personne utilise des patrons de comportements et de défenses dysfonctionnels l'amenant ainsi vers un trouble de la personnalité (Gunderson & Chu, 1993). De plus, « la proportion de

sujets présentant au moins un trouble de la personnalité varie de 53% à 100% dans des échantillons présentant un trouble lié aux substances psychoactives » (Calsyn & Saxon, 1990; Craig, 1988; Craig & Olson, 1990; Dougherty & Lesswing, 1989; Khantzian & Treece, 1985; Koenigsberg, Kaplan, Gilmore & Cooper, 1985; Marsh, Stile, Stoughton & Trout-Landen, 1988; Weiss, Mirin, Michael & Sollogub, 1986 citées dans Racine & Nadeau, 1995 et Nadeau, Landry, Racine, 1999). Les troubles de personnalité diagnostiqués le plus souvent suite à un trauma psychologique durant l'enfance jumelés à un TUS sont le trouble de personnalité antisocial, borderline, narcissique, dépendant (Nadeau et al., 1999), schizoïde et schizotypique (Landry, Nadeau & Racine, 1996).

De plus, l'une des conséquences fréquentes des traumas psychologiques est le développement de réactions de stress post-traumatiques voire d'un diagnostic complet d'ESPT. Pour diagnostiquer une personne avec un ESPT, il faut prendre en considération plusieurs éléments. Il faut que l'individu ait vécu un événement traumatisant qui a menacé sa vie, son intégrité physique ainsi que celle d'autrui. Suite à cela, la personne a réagi avec un fort sentiment de peur, d'impuissance et même d'horreur. Certains symptômes doivent être présents tels que revivre constamment la situation traumatique en souvenirs ou en rêves. La personne fera tout ce qui est en son pouvoir pour éviter les stimuli qui lui rappellent les événements avec un « émoussement de la réactivité générale » et il doit y avoir une « activation neurovégétative ». Pour être considéré comme un ESPT, il faut que tout cela soit présent chez la personne au minimum un mois. Lors de la situation, la personne peut vivre beaucoup d'anxiété, de la peur ainsi qu'une décharge d'adrénaline qui pourront augmenter son rythme cardiaque, augmenter la vitesse de sa respiration et donner des bouffées de chaleur, etc.

D'après plusieurs recherches, les femmes ont plus souvent un ESPT que les hommes (Kubiak, 2004, Read, Brown & Kahler, 2004, Clark, Masson, Delucchi, Hall & Sees, 2001). De plus, une personne qui ne suit pas de traitement, qui n'est pas remis de son état de stress post-traumatique risque de ré-expérimenter plus souvent les symptômes que celle qui est réhabilitée (Read et al., 2004). Les femmes vont davantage ré-expérimenter les symptômes comparativement aux hommes. Lorsque cela arrive, l'intensité des manifestations est beaucoup plus forte chez la femme que chez l'homme (Kubiak, 2004). Dans un contexte de consommation de psychotropes, une personne avec un ESPT présente plus souvent des critères de DSM-IV en regard des troubles de l'humeur ou de tout autre trouble d'anxiété qu'une personne qui a un TUS seulement. De plus, une personne qui a subi un événement traumatisant dont le résultat est un ESPT a plus de risque d'avoir aussi une histoire de dépression, de dysthymie et d'avoir fait une tentative de suicide (Clark, Masson, Delucchi, Hall & Sees, 2001). Lorsqu'une personne n'est pas remise de son ESPT, elle réexpérimente plus souvent les symptômes de son état qu'une personne remise (Read, Brown & Kahler, 2004).

La relation entre le TUS et l'ESPT

Les hypothèses explicatives de cette relation

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il y a une relation entre le TUS et l'ESPT (Najavits 2002). Dans leurs recherches, les auteurs ont voulu démontrer le lien qui existait entre ces deux problématiques. Plusieurs hypothèses ont été émises afin d'expliquer ce lien (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001, Lavoie, Langlois, Simoneau & Guay, 2008, Stewart, Pihl, Conrad & Dongier, 1998).

Le TUS avant l'ESPT

Premièrement, il y a celle stipulant que le TUS précède l'ESPT et donc que le TUS peut augmenter les risques qu'une personne soit confrontée à un événement traumatisant (par exemple, la personne peut se retrouver dans une situation dangereuse après avoir consommé des psychotropes).

La vulnérabilité suite au TUS

Une autre hypothèse stipule qu'une personne ayant vécu une situation traumatique suite au TUS démontre une vulnérabilité biologique et psychologique accrue, augmentant les risques de développer un ESPT.

Lors de la consommation, les abuseurs chroniques peuvent avoir une augmentation de leur niveau d'anxiété et d'excitation les rendant plus vulnérables s'ils sont exposés à un événement traumatisant et pouvant ainsi faciliter le développement de l'ESPT (Stewart et al., 1998). Les résultats de la recherche de Norman, Tate, Anderson et Brown (2007), indiquent que les personnes avec un trouble lié à l'utilisation de substances ainsi qu'un trauma ou un ESPT ont plus de risques d'être dépressives ou anxieuses que ceux qui ont seulement un TUS.

L'automédication

La dernière hypothèse, qui est la plus soutenue dans la littérature est en lien avec la notion d'automédication. Selon cette hypothèse, le TUS se développerait suite à un ESPT et la consommation serait utilisée comme une forme d'automédication. La consommation de substances, autant l'alcool que les drogues, serait une tentative

d'améliorer les symptômes ressentis d'intrusion, d'excitation, d'engourdissement et d'évasion. Les usagers de psychotropes disent que la substance leur permettrait de contrôler leurs symptômes d'ESPT (Stewart et al., 1998). Dans d'autres cas où l'ESPT est développé, la consommation ou l'abus de substances peut aggraver la symptomatologie de l'ESPT ou même prolonger les symptômes de l'ESPT suite aux événements par la prévention d'une accoutumance aux souvenirs traumatisants (Stewart et al., 1998). De plus, le choix d'une substance en particulier permet de bloquer certains symptômes de l'ESPT vécu par l'individu. L'alcool, l'héroïne, la marijuana et les benzodiazépines ont cet effet de rompre le cycle des manifestations des symptômes. Cependant, il faut faire attention car certaines substances, telles que la cocaïne, peuvent entraîner la personne dans un cycle de rechute des symptômes. À ce moment, la personne va vivre des symptômes d'ESPT pire qu'avant (Jacobsen et al., 2001, Stewart et al., 1998). Les études présentent donc comme résultat que l'ESPT existe avant le TUS.

Plusieurs théories explicatives de la toxicomanie mentionnent l'hypothèse de l'automédication. Premièrement, la théorie psycho-dynamique mentionne que la toxicomanie se développe quand l'individu utilise de l'alcool ou des drogues pour échapper à la douleur. La même hypothèse se retrouve dans la théorie de la gestion du stress qui reconnaît qu'une personne a besoin de réduire l'anxiété et les tensions associées au stress. Les personnes avec un TUS ont un niveau de stress élevé et la façon de le diminuer est par la consommation (Rasmussen, 2000). Sur le plan comportemental, l'automédication peut être comprise comme un renforcement négatif intermittent. Les symptômes seront soulagés à la première utilisation de la substance. Cependant, lorsque

cette utilisation deviendra chronique, la personne développera une tolérance qui diminuera le renforcement et suivra une modification neurochimique qui augmentera ses symptômes. Des distorsions cognitives suite aux bienfaits de la consommation feront en sorte que la personne va espérer que la substance diminuera toujours ses symptômes. Puisque la personne y verra toujours des bénéfices, il sera difficile pour elle de quitter ce comportement d'automédication. Il n'est donc pas surprenant de retrouver la rechute dans cette perspective (Blume, Schmaling & Marlatt, 2000). Une personne qui utilise des psychotropes dans le but de s'aider augmentera ses risques de rechutes puisqu'elle y verra que des effets positifs. Il est prouvé que les affects positifs et négatifs ont une influence sur la rechute. Dans ce cas-ci, les risques sont beaucoup plus grands puisque la personne focalise sur les aspects positifs de la consommation en enlevant ainsi les affects négatifs (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Symptômes d'intrusion et d'excitation

Puisque la littérature démontre que les symptômes d'excitation et d'intrusion sont liés à l'abus de substances, Stewart et collaborateurs (1998) ont voulu comprendre l'interaction entre ces deux concepts qu'est l'excitation et l'intrusion suite à l'ESPT.

L'alcool et certaines drogues peuvent être utilisés par la personne pour bloquer les souvenirs intrusifs de l'événement traumatisant. Par exemple, les individus consommant de l'alcool dans le but d'oublier la situation traumatisante utiliseront cette substance afin de leur permettre de fuir la souffrance vécue. Il est possible de dire que ces personnes font de l'évitement puisqu'elles s'échappent volontairement de la situation difficile en consommant. Cette attitude réduit l'impact de la mémoire

émotionnelle puisque celle-ci est bloquée par la substance. (Stewart et al., 1998). Les personnes avec TUS - ESPT sont moins positives au niveau de leur ré-évaluation et résolution de problèmes. Ils font plus d'évitement cognitif et de décharge émotionnelle que les TUS (Ouimette, Finney et Moos, 1999).

Les individus qui ont une co-morbidité TUS et ESPT ont un score plus élevé sur les symptômes d'hyperactivation neurovégétative que ceux qui ont seulement un ESPT. L'alcool est la substance qui a le plus d'influence sur les symptômes de tensions psychologiques et physiologiques. Donc, les psychotropes qui ont comme propriétés de diminuer l'excitation peuvent être utilisés par les personnes avec un ESPT dans le but de contrôler leurs symptômes de grande excitation. Par exemple, l'alcool peut être utilisé comme moyen de maîtriser les troubles du sommeil.

On peut donc conclure que des problèmes de sommeil causé par l'excitation dû aux symptômes d'intrusions peuvent faire en sorte qu'une personne avec un ESPT voudra consommer des psychotropes pour s'aider. Cependant, si la personne consomme trop d'alcool, cela peut engendrer des problèmes au niveau du cycle du sommeil créant une augmentation des troubles du sommeil. Un autre problème lié aux symptômes d'excitation est le fait de sursauter très souvent ce qui peut motiver une personne avec un ESPT à consommer. La substance permettrait de bloquer cette peur potentielle de sursauter constamment.

Les formes de traitement

Dans la littérature, il y a deux façons d'intervenir auprès des personnes ayant simultanément un TUS et un ESPT. La première forme de traitement, qui est la plus courante dans l'intervention clinique, est de traiter chaque problématique séparément.

Soit que l'on traite d'abord le TUS et ensuite l'ESPT ou vice-versa. Généralement, le TUS est en priorité. Il faut souligner que dans ce traitement, ce sont des intervenants différents qui traitent chaque problématique (Lavoie et al., 2008). Le TUS est habituellement traité en premier car il pourrait freiner les améliorations faites par la thérapie dans l'ESPT. Cependant, si le patient est en traitement pour le TUS et qu'il présente un problème d'ESPT en même temps, il a plus de risques de rechuter au niveau de la consommation. Si, dans le traitement pour l'ESPT, l'intervenant n'accorde pas une attention suffisante au TUS, l'abus de substances peut intensifier les symptômes de son ESPT. De plus, certains symptômes de l'ESPT peuvent s'aggraver lorsqu'une personne devient abstinente à sa substance de prédilection (Brady, Killeen, Saladin, Dansky & Becker, 1994; Najavits, 2002). Il est aussi possible que les symptômes de l'EPST résultant d'un trauma psychologique contribuent à la sévérité de la toxicomanie chez ceux que l'ESPT a été contrôlé (Clark et al., 2001). C'est pourquoi il est préférable d'intervenir sur le TUS et l'ESPT en même temps dans un modèle intégré (Najavits, 2002, Stewart et al., 1998).

Voici la deuxième forme de thérapie, celle prenant en considération les deux problématiques. Dans ce modèle d'intervention, l'intervenant va aborder le TUS et l'ESPT de façon intégrée dans la même thérapie. Puisque le TUS et l'ESPT sont interreliés et qu'une séparation sur le plan de l'intervention entraîne un maintien et un risque de rechute, il faut considérer l'importance d'agir sur les deux problématiques en même temps.

La rechute

La rechute est un élément à prendre en considération lors du traitement. Read et collaborateurs (2004) ont trouvé qu'à six mois de suivi, il n'y a pas de différence sur le nombre de journées d'abstinence à une substance entre ceux qui ont un ESPT et ceux qui n'en ont pas. Donc, le taux de récurrence ne diffère pas significativement lorsqu'un ESPT concomitant à un TUS (Kubiak, 2004 et Norman et al., 2007).

Dans une autre recherche, celle de Norman et collaborateurs (2007) avec 252 participants d'un programme d'abstinence aux psychotropes qui ont un double diagnostic avec trauma ou ESPT ont été évalués. Tous les participants, qu'ils n'aient qu'un TUS ou que celui-ci soit associé au trauma ou au ESPT, rechutent plus fréquemment lorsqu'ils sont dans un contexte de désir impliquant le renforcement des états émotionnels tout en testant leur propre contrôle de soi et cédant à la tentation. L'anxiété et les symptômes de l'ESPT prédisent la rechute dans un contexte intra personnel négatif, dans un contexte psychologique négatif et lors de pression sociale. Les personnes avec un ESPT disent avoir plus de probabilités de consommer de l'alcool ou de la drogue dans une situation non plaisante, dans un conflit interpersonnel et dans un inconfort physique (Sharkansky, Brief, Peirce, Meehan & Mannix, 1999).

Le programme « À la recherche de la sécurité »

« À la recherche de la sécurité » est un nouveau programme d'intervention développé par Najavits (2002) aux États-Unis qui se concentre sur cette double problématique qu'est le TUS et l'ESPT. Son efficacité a été démontrée dans plusieurs recherches. Zlotnick, Najavits, Rohsenow et Johnson (2003) ont démontré qu'« À la

recherche de la sécurité » diminue les symptômes d'ESPT et l'utilisation de drogues et d'alcool durant le traitement (Najavits, Gastfriend, Barber, Reif, Muenz, Blaine, Frank, Crits-Christoph, Thase & Weiss, 1998; Najavits, Schmitz, Gotthardt & Weiss, 2001; Hien, Cohen, Litt, Miele & Capstick, en cours d'évaluation citée dans Najavits, 2002).

Voici une présentation du programme retrouvé dans le livre de Najavits (2002) « À la recherche de la sécurité ». Le traitement comprend 25 thèmes répartis dans quatre domaines différents : cognitif, comportemental, interpersonnel et gestion de cas. Chaque domaine se concentre sur des stratégies d'adaptation positives qui sont valables autant pour le TUS et pour l'ESPT. L'intervenant a le choix dans la manière qu'il veut orienter la thérapie car c'est un outil très flexible dans son application. Il peut choisir une thérapie de groupe ou individuelle. Il a la liberté du choix du thème à présenter ainsi que du nombre de modules utilisés parmi les 25 énoncés. De plus, il n'a pas d'ordre précis dans l'application des thèmes. Dans ce programme, il y a cinq principes de base : « 1) la sécurité en tant que priorité de la première étape du traitement; 2) le traitement intégré de l'ESPT et du problème d'abus d'une substance; 3) l'importance particulière des idéaux; 4) les quatre domaines visés : cognitif, comportemental, interpersonnel, et gestion de cas; 5) l'importance des méthodes utilisées par le thérapeute » (Najavits, 2002).

Reprenons chacun des principes :

1) La sécurité en tant que priorité de la première étape du traitement

L'événement principal de ce programme est la sécurité. Lorsqu'une personne a un TUS et un ESPT, il est primordial d'assurer la sécurité de la

personne. Les moyens pour assurer cette sécurité sont divers : « mettre fin à la consommation de substances, réduire les idées suicidaires, réduire au minimum l'exposition au risque d'infection au VIH, renoncer aux relations dangereuses, maîtriser les symptômes extrêmes » (Najavits, 2002). Ce genre de comportements reproduit ce que la personne a pu vivre comme traumatisme. Le programme veut venir en aide à ces personnes pour qu'elles n'aient plus ce genre de comportement et qu'elles se délivrent, de leur traumatisme qui est cristallisé en elles.

Les stratégies de sécurité qui sont enseignées dans la thérapie améliorent la vie des personnes avec un TUS et un ESPT. Par exemple, elles apprendront « à demander de l'aide aux personnes auxquelles elles peuvent faire confiance, utiliser les ressources communautaires, explorer « la pensée axée sur le rétablissement », prendre soin de son corps, pratiquer l'honnêteté et la compassion, se livrer de plus en plus à des activités de ressourcement personnel, etc. » (Najavits, 2002).

2) Le traitement intégré de l'ESPT et du problème d'abus d'une substance

Ce programme vise le traitement de la co-morbidité TUS et ESPT. Le même intervenant va traiter les deux problématiques en même temps ce qui permet de faire réaliser aux personnes que les deux troubles sont interreliés. Chacun des problèmes doit être utilisé par l'intervenant comme outil pour aider le patient avec l'autre problématique. Souvent, le patient ne désire pas aborder l'un des deux troubles donc avec l'intervention du thérapeute, cela

permet d'être fait. Comme mentionné plus haut, chaque thème est valable pour les deux troubles. De plus, chaque domaine (cognitif, comportemental, interpersonnel et gestion de cas) permet à l'individu de faire des liens entre ce qu'il pense, ses actions et ses relations avec les autres ainsi qu'avec ses expériences et sa vie.

Il est important de souligner que l'intervention est basée sur le « ici et maintenant » donc le but n'est pas de retourner dans le passé de l'individu. L'intervenant doit accompagner la personne dans son processus de cheminement lui permettant de comprendre que la guérison pour le TUS et l'ESPT nécessite que le thérapeute travaille sur les deux troubles. Il faut donc que le cycle où chaque problème déclenche l'autre problème se termine.

3) L'importance particulière des idéaux

La perte d'idéaux est un facteur important dans l'ESPT ainsi que dans le TUS. Le traumatisme vécu peut créer un bouleversement existentiel chez ces personnes qui entraîne cette perte d'idéaux. Le TUS favorise une pensée négative sur le regard de la vie car la personne n'accorde plus d'importance à ses idéaux. Elle souffre beaucoup et ne trouve pas de solutions pour se sortir de cette impasse alors elle se replie sur elle-même et s'isole du reste de son entourage. Le traitement est basé sur la reconstitution d'idéaux qui seront toujours positifs.

4) Les quatre domaines visés : cognitif, comportemental, interpersonnel, et gestion de cas

Le domaine comportemental est axé sur la notion que le patient doit passer à l'action donc il doit mettre en pratique le comportement voulu. L'individu doit, pour chaque séance, avoir fait une action pour cheminer dans sa guérison. Il est important dans cette dimension que l'intervenant regarde les actions posées par la personne.

Les cognitions ont aussi une importance. L'identification des croyances ainsi que la restructuration cognitive seront utilisées dans ce domaine. Lorsque le patient prend conscience des raisons pour lesquelles il utilise des substances dans un contexte d'ESPT, il sera amené à mettre en évidence sa distorsion cognitive en opposition à une pensée plus saine pour améliorer leur qualité de vie. Cela permet de changer sa vision par le respect de soi et l'adaptation.

Les thèmes dans le domaine des relations interpersonnelles aident à faire prendre conscience à la personne qu'il est préférable de s'entourer de gens en qui elle peut avoir confiance et qui l'aideront dans sa démarche que des gens qui seront nuisibles. À cette étape, l'intervenant peut inviter les proches du patient.

Le domaine de la gestion de cas « se base sur la prémisse que les interventions psychologiques ne peuvent fonctionner que si les parents ont une « assise thérapeutique » suffisante » (Najavits, 2002). Cela veut dire qu'il est important que le thérapeute aide le client à obtenir les services auxiliaires nécessaires pour améliorer sa qualité de vie. Souvent, le client

nécessite d'autres traitements en parallèle. Un problème qui peut survenir si des ressources n'ont pas été mises en place suite au traitement est la rechute. C'est pour cela que le traitement doit être utilisé en association avec tous les services nécessaires pour que celui-ci soit une réussite. « À la recherche de la sécurité » est un programme qui a été élaboré en prenant en considération que le traitement soit utilisé en association avec d'autres formes de traitement.

5) L'importance des méthodes utilisées par le thérapeute

Le thérapeute a une grande influence sur l'intervention puisque celle-ci ne prend forme que lorsque le thérapeute utilise les techniques pour aider une personne. « Le thérapeute représente la forme que prend le traitement et il peut accroître ou en réduire l'incidence » (Najavits, 2002). Il doit créer une alliance thérapeutique avec le patient, être empathique. Il doit appuyer son intervention sur les stratégies d'adaptation que lui-même utilise dans sa vie c'est-à-dire qu'il ne peut demander à un client de faire quelque chose que lui-même ne serait pas en mesure d'exécuter. Il doit faire en sorte que le patient reprend le contrôle de sa vie. Il ne doit pas tout faire pour le patient et s'assurer que celui-ci fait une partie du cheminement tout en demandant aux personnes une rétroaction sur le traitement. Il est important que le thérapeute utilise le renforcement positif en félicitant le patient lors de progrès et qu'il potentialise l'individu sur son pouvoir de gérer ses responsabilités. Il faut faire attention à certains points négatifs pouvant survenir dans la thérapie concernant l'intervenant. Par exemple, l'intervenant peut faire un contre-

transfert négatif sur la personne en la confrontant sur ses problèmes, en sympathisant trop face aux événements vécus par la personne lui enlevant toute forme de responsabilités face à ses actions, par une lutte de pouvoir etc. Les deux problématiques peuvent provoquer certaines réactions chez l'intervenant. Dans le cas de l'ESPT, la problématique peut amener chez l'intervenant de la sympathie et une vulnérabilité chez l'utilisateur ayant comme répercussion que l'intervenant prend en charge l'utilisateur tout en désresponsabilisant l'utilisateur. En ce qui concerne le TUS, dans certains cas où l'intervenant s'inquiète et devient anxieux quant à la consommation de son client, cela peut provoquer un jugement ainsi qu'une confrontation entre l'intervenant et le client

CHAPITRE 3 :

MÉTHODOLOGIE

Approche qualitative

L'approche qualitative a été utilisée dans le cadre de ce projet puisque c'est dans une perspective de compréhension et d'analyse du lien entre un traumatisme et un TUS. De plus, le point de vue des individus dans leur implication a une importance. C'est pour cette raison que le questionnaire inclut des questions d'appréciation.

La technique qualitative de la collecte de données utilisée est l'entrevue. Il est ainsi possible de comprendre le lien à partir de l'expérience des individus selon leur perception personnelle.

Recrutement

Les personnes ciblées dans notre recherche sont des hommes et des femmes ayant vécu un événement marquant, et consommant de l'alcool et/ou de la drogue. Ils sont tous des clients du CDC-IUD.

Sélection des participants

Quelques critères ont servi de balises afin de sélectionner les personnes. Premièrement, elles devaient avoir vécu un événement extrêmement stressant au cours de leur vie. De plus, elles devaient avoir un problème avec les psychotropes, soit l'alcool et/ou la drogue.

Procédures associées à la réalisation de la recherche

Cette recherche en milieu de réadaptation a nécessité l'approbation du CDC-IUD. Pour ce faire, une description du projet ainsi que des entrevues individuelles ont été présentées à la personne responsable des stagiaires, Mme Danielle Duhamel.

Les usagers ont participé à cette étude sur une base libre et volontaire. Pour s'assurer de leur accord, ils ont signé une feuille d'autorisation à la tenue d'une entrevue individuelle durant laquelle j'ai observé le lien entre un traumatisme et la toxicomanie ainsi que la pratique d'un nouvel outil nommé « À la recherche de la sécurité ».

Collecte des données : les méthodes utilisées

La collecte des données a été menée au CDC-IUD durant le stage qui se déroulait de janvier à juillet 2009. Puisqu'il a été difficile d'obtenir le nombre désiré d'usagers répondant aux critères de la présente étude parmi les usagers qui m'ont été initialement attribués dans le cadre du Stage, nous avons dû soumettre une demande aux intervenants du volet adulte afin d'obtenir des références de personnes potentiellement éligibles pour ma recherche.

Pour réaliser les entrevues individuelles, une approche dite semi-structurée fut utilisée. Cette méthode s'est avérée appropriée afin de pouvoir aborder des thèmes spécifiques tout en conservant une forme de souplesse durant l'entrevue.

Déroulement des entrevues individuelles

Lors du contact initial avec la personne par téléphone, il y a eu une description sommaire de la recherche tout en leur expliquant en quoi consistait leur participation. Suite à cet entretien téléphonique, deux questionnaires ont été remis à la personne pour être remplis. Lors de notre rencontre nous nous sommes informés si la personne avait des questionnements avant de débiter l'entrevue. Par la suite, il y a eu un retour sur les deux questionnaires. Ensuite, nous avons procédé à une intervention à l'aide d'un module d'« À la recherche de la sécurité », pour finalement terminer avec un questionnement sur l'appréciation de l'outil d'intervention.

Présentation des deux questionnaires

Le premier questionnaire s'intitule « Dépistage d'expériences de vie stressante » (DEVS) élaboré par Stamm et Rudolph. Ce questionnaire vise à mesurer l'état de stress qu'une personne a vécu lors d'un événement, ainsi qu'après cet événement. Ce questionnaire décrit une situation et la personne doit coter sur une échelle de 0 à 10; 0 qui correspond à « Je n'ai pas expérimenté ceci » jusqu'à 10 correspondant à « exactement comme mes expériences ». Ensuite elle doit coter entre 0-10 l'état de stress qu'elle a eu au moment de l'expérience et l'état de stress actuel vis-à-vis l'expérience de vie. Le chiffre 0 correspond à « pas du tout stressant » et le chiffre 10 correspond à « extrêmement stressant ». Il est important de préciser qu'un événement est considéré comme ayant été très stressant lorsque la cote de l'état de stress au moment de l'événement ou l'état de stress actuel se situe entre 7 à 10.

Le deuxième questionnaire s'intitule « la liste de contrôle de 40 symptômes » (TSC_40) élaboré par Brière. Le TSC-40 consiste en une version adaptée du TSC-33 qui n'a pas encore été validé. Pour les fins de ce présent travail, les informations du TSC-33 qui ont été validées dans l'étude de Briere et Runtz « The trauma symptom checklist (TSC-33) : Early data on a new scale » ont été utilisées. Le questionnaire est une mesure permettant d'évaluer des symptômes/problèmes reliés à un traumatisme. Chaque symptôme est associé à une catégorie : Dissociation, anxiété, dépression, hypothèse d'un traumatisme post abus sexuel, perturbation du sommeil. Voici les numéros de chaque symptôme associé à chaque catégorie : Dissociation : 7-14-16-25-31-38; Anxiété : 1-4-10-16-21-27-32-34-39; Dépression : 32-3-9-15-20-26-33-37; hypothèse d'un traumatisme post abus sexuel : 3-5-7-21-25-31 ; perturbation du sommeil : 2-8-13-19. La personne doit cocher sur l'échelle de 0 à 3 le nombre de fois qu'elle a eu de tels symptômes durant le dernier mois. Le chiffre 0 correspond à « jamais » tandis que le chiffre 3 correspond à « souvent ». Dans l'étude de Briere et Runtz (1989), il a été trouvé que les personnes ayant vécu des abus ont en moyenne un score de 40. Cela signifie qu'une personne ayant un score de 40 et plus est considérée comme une personne abusée. Si la personne a un score de moins que 40, elle n'est pas considérée comme une personne qui a vécu des abus.

Chaque entrevue se déroulait de la même façon. Elle avait une durée d'environ 90 minutes durant laquelle nous étions dans un bureau privé, seul avec la personne.

Avant la rencontre, les intervenants devaient de remettre les deux questionnaires précités aux participants. Les personnes ont donc pu remplir les questionnaires avant de débiter les rencontres.

Les personnes nous ont remis les questionnaires dûment remplis en début de rencontre, et nous avons parcouru alors brièvement les réponses. Par la suite, plusieurs questions ont été posées pour connaître davantage l'histoire de la personne. Ces questions avaient été élaborées avant les rencontres à l'aide de Stéphane Guay. Voici les questions :

- Au moment de l'événement le plus marquant parmi ceux vécus dans la liste que vous avez coché, quel était votre profil de consommation ?
- Quel est l'impact que l'événement ou d'autres s'y rapportant ont eu sur la prise de substance?
- Quelle est l'influence que cela a eue? (déclencheur, exacerbation)
- Avez-vous vécu d'autres événements/situations qui ont pu influencer la consommation? Si oui, comment? Si non, comment a évolué la consommation?
- Qu'est-ce qui vous a amené à chercher de l'aide?
- Est-ce que des aspects liés aux événements marquants vécus vous préoccupent dans le suivi actuel?

- Comment vous sentez-vous par rapport aux événements traumatiques vécus dans le cadre du suivi?
- Qu'est-ce que vous anticipez de positifs dans le cadre de votre démarche?

L'entrevue s'est poursuivie avec le module d'« À la recherche de la sécurité ». Celui choisi pour chacune des interventions est : « ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie » (ci-après le « module »). Le choix s'est arrêté sur un sujet relatif à la sphère cognitive. Ce module vise à aider les personnes à retrouver un sentiment de contrôle de leur vie. Le module est divisé en quatre sections.

La première se nomme : Qu'est-ce que l'ESPT? Cette section consiste à comprendre ce qu'est l'ESPT/traumatisme en nommant les symptômes que la personne a vécu ou vit depuis les événements.

Ensuite, il y a la section sur le lien entre l'ESPT et l'abus de substance. Cette section consiste à explorer le lien entre la double problématique.

La troisième section est la compassion pour retrouver votre pouvoir. Dans cette section, l'intervenant doit aider la personne à reprendre le contrôle de sa vie à l'aide de la compassion. Dans cette section, la personne sera amenée à avoir de la compassion à l'égard des événements traumatiques et son abus de substance. Cela permet d'accepter la situation comme elle est. Cela lui permet d'enlever la responsabilité qui n'est pas la sienne.

Le dernier thème concerne les effets à long terme de l'ESPT. La personne doit lire une liste de symptômes qui se développent suite à un traumatisme.

Chaque section est accompagnée d'un document qui est remis à la personne. Afin de vérifier la perception des personnes par rapport à la pertinence du module, quelques questions ont été posées :

- Dans quelle mesure avez-vous trouvé utile le thème de la rencontre?
- Dans quelle mesure avez-vous trouvé aidant l'exercice effectué avec l'intervenant?
- Dans quelle mesure recommanderiez-vous d'utiliser cet exercice à d'autres personnes?

Les réponses pour chacun des participants ont été notées par écrit dans un formulaire réalisé spécifiquement pour les entrevues. Pour les fins du stage, seules les informations pertinentes ont été retenues.

CHAPITRE 4 :

HISTOIRES DE CAS

Cinq histoires de cas seront présentées dans ce qui suit. Chacune de ces histoires comprend les sections suivantes : La description du cas, l'histoire du cas et l'intervention. La description du cas est en lien avec les questionnaires complétés par les usagers. L'histoire du cas représente l'histoire des usagers à l'aide des réponses aux questions posées. L'intervention met en relief l'appréciation du modèle d'« À la recherche de la sécurité ».

Première histoire de cas (No. 1)

Description de cas

Le premier cas rencontré est celui d'une femme (« Madame A »), dans la fin trentaine, provenant du programme adulte santé mentale, et ayant déjà eu un problème régulier de consommation d'alcool. Au moment de l'entrevue, madame était abstinente depuis deux ans et demi.

L'entrevue s'est bien déroulée, mais les émotions de Madame A étaient très vives. À plusieurs reprises, l'entrevue a été interrompue afin de permettre à Madame A de gérer ses émotions. De plus, elle a été très peu éloquente vis-à-vis des événements stressants vécus antérieurement et n'a donné que très peu de détails sur ceux-ci.

Malgré mes tentatives pour qu'elle m'en parle, elle n'a pas voulu aller en profondeur dans le sujet et donner des détails supplémentaires. Selon le TSC 40, Madame A a un score de 16, et elle n'est donc pas considérée comme une personne ayant vécu des abus.

Selon le DEVS, elle a vécu quelques situations très stressantes. Premièrement, un membre de sa famille a été victime d'une maladie mortelle. Lorsque cela s'est produit, l'événement a été coté 8 sur l'échelle de stress, mais n'est plus stressant actuellement. Elle rapporte aussi avoir vécu une situation, lors de son adolescence et à l'âge adulte, qui lui a causé des blessures. Cela a été stressant pour elle (cote de 9), mais ne l'est plus actuellement.

Chacune des situations précitées ont amené un stress lorsqu'elles sont survenues, mais ne le sont plus actuellement. Par ailleurs, elle a vécu une autre situation stressante qui l'a toujours préoccupé, mais celle-ci ne fait pas partie du questionnaire. Madame A aurait été ridiculisée lorsqu'elle était à l'école primaire. Lorsque je lui ai posé la première question en lien avec les deux questionnaires qu'elle avait dû remplir, elle m'a mentionné que cet événement était le plus stressant qu'elle aurait vécu durant sa vie

Histoire

Madame A a vécu plusieurs situations dans sa jeunesse qui l'ont marqué. Premièrement, lorsqu'elle était à l'école primaire, elle a été ridiculisée. Comme mentionné précédemment, elle n'a pas mentionné de détails sur l'événement. Il a laissé beaucoup de traces chez elle, et même encore aujourd'hui il l'affecte beaucoup. Cet événement s'est traduit par une grande perte de confiance.

De plus, elle a vécu beaucoup de culpabilité de la part de ses parents lorsqu'elle était enfant. En effet, ces derniers la rendaient coupable de la maladie de son père lorsqu'elle adoptait un mauvais comportement. Ses parents projetaient la maladie du

père sur elle. De plus, à plusieurs reprises, elle aurait été laissée seule avec son jeune frère, ce qui a entraîné une insécurité chez elle.

Madame A a débuté la consommation d'alcool au secondaire, et plusieurs raisons l'auraient poussé à consommer. Premièrement, puisqu'elle avait été ridiculisée au primaire, elle était très timide et l'alcool lui permettait d'enlever cette timidité. Deuxièmement, la consommation d'alcool lui a aussi permis « d'éviter de se sentir coupable » à l'égard des propos tenus par ses parents lui faisant porter le fardeau de la responsabilité de la maladie de son père. Troisièmement, elle avait de la difficulté à fonctionner au quotidien, et la consommation lui permettait de « s'évader de cette vie ». Enfin, elle m'a mentionné « qu'inconsciemment elle voulait se détruire », ce que l'alcool lui permettait en détruisant sa santé.

Madame A est venue chercher de l'aide au centre car elle avait un mal-être profond. Elle disait « vivre une vie qu'elle ne voulait pas ».

Madame A a un inconfort à discuter des événements dans son suivi. Elle a déjà fait part de cet inconfort par le passé sans toutefois trop élaborer sur ce sujet.

Plusieurs symptômes sont maintenant présents suite aux événements que madame a vécus :

- Elle a une grande crainte d'être abandonnée et d'être ridiculisée par les autres;
- Elle a peur de ne pas être aimée pour ce qu'elle est par les autres;

- De plus, elle se sent fautive de tout ce qui se passe de négatif dans sa vie. Cela serait directement en lien avec les commentaires de ses parents qui lui attribuaient la responsabilité de la maladie de son père.

Selon elle, l'ensemble de ces événements explique le développement de traits obsessionnels compulsifs. Elle a des obsessions et des compulsions. Par exemple, elle vérifie plusieurs fois si elle a barré la porte lorsqu'elle quitte son logement. De plus, puisqu'elle ne se fait pas confiance, elle doit répéter la même action plusieurs fois afin d'être certaine qu'elle l'a bel et bien réalisée.

Intervention

Madame A a trouvé utile le thème choisi. La discussion autour de ce thème lui a permis d'entrer en contact avec certaines émotions, l'amenant ainsi vers une prise de conscience. Plus particulièrement, elle a pris conscience de la peine qui l'habitait depuis plusieurs années et du sentiment d'impuissance qu'elle éprouvait vis-à-vis certaines situations qui ne devaient pas exister. Elle a pris conscience des liens entre les sentiments qui l'habitaient actuellement, et ce qu'elle avait vécu antérieurement. Cette réflexion a suscité des interrogations sur son sentiment d'abandon, d'insécurité et son comportement obsessionnel-compulsif. Elle rapporte aussi que le thème lui a permis de comprendre qu'elle doit prendre davantage de temps pour elle.

Elle recommanderait le thème à d'autres personnes puisque cela l'a aidé à clarifier plusieurs sujets qui la concernent, dont sa consommation et plusieurs événements traumatiques vécus.

Deuxième histoire de cas (No. 2)

Description de cas

Le deuxième cas rencontré est un homme dans la quarantaine provenant du volet adulte santé mentale, et souffrant d'un problème de consommation d'alcool.

Monsieur consommait chaque jour une quantité d'alcool importante qui l'amenait à être en état d'ébriété. Maintenant, sa consommation n'est plutôt qu'occasionnelle. Il consomme aussi du cannabis mais selon lui, ce n'est pas un problème.

Suite à un traumatisme vécu, sa mémoire et sa concentration sont restées hypothéquées. J'ai dû l'accompagner dans la lecture et la compréhension des questionnaires. Il est aussi également resté muet par rapport à quelques questions. Parfois, il abordait un thème qui n'avait pas de lien avec la question posée, ce qui m'obligeait à le ramener sur le sujet.

Compte tenu de la difficulté que Monsieur éprouve en regard de sa concentration et de sa mémoire, il est possible de mettre en doute la validité de ses réponses. Il est le seul participant ayant un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Le contenu qu'il m'a divulgué et avec le DEVS m'ont permis d'observer qu'il a vécu une multitude de situations traumatisantes, dont plusieurs sont encore très significatives. Monsieur a vécu ou a été témoin d'une maladie grave et d'un décès d'un proche. Il a été kidnappé et pris en otage. Il a causé des blessures graves chez une personne. Il a vécu et été témoin d'une agression armée dans un contexte familial.

Durant son enfance/adolescence et à l'âge adulte, il a été frappé, étranglé ou poussé assez durement pour avoir causé des blessures et a été témoin de cela sur quelqu'un d'autre. Il a été forcé à avoir des rapports sexuels non désirés à l'adolescence et à l'âge adulte.

Selon Monsieur, toutes ces situations ont généré un stress d'une cote de 10 lorsque ces événements se sont produits, et une cote de 10 demeure appropriée aujourd'hui. Selon le deuxième questionnaire TSC 40, monsieur a vécu des abus avec un score de 57. Il est le participant avec le plus haut score.

Histoire

Monsieur a vécu plusieurs événements traumatiques depuis son jeune âge. Par contre, celui qui l'aurait le plus affecté, et ayant eu des répercussions sur toutes les sphères de vie, est une altercation durant laquelle il a reçu douze coups de marteau sur la tête et à plusieurs autres endroits sur le corps. Depuis cet événement, il aurait augmenté sa consommation de cannabis.

Selon ses dires, la consommation de cannabis lui permettait de « relaxer et libérer ses tensions ». Sans cette substance, il se sentait stressé et sur les nerfs. Les événements ont eu une influence sur sa consommation d'alcool, car monsieur s'est mis à boire pour enlever la douleur physique et psychologique. Plusieurs symptômes découlent maintenant de cette situation :

- Monsieur vit constamment avec une céphalée, des pertes de mémoire, et des problèmes à se concentrer, à lire, et à écouter;

- Il vit beaucoup de <<flashbacks>> et de cauchemars de son traumatisme;
- De plus, puisqu'il a été frappé à plusieurs endroits sur le corps, il éprouve des douleurs dorsales, cervicales, thoraciques et des douleurs aux articulations des poignets ainsi que de la dyspnée.
- Par la suite, l'agresseur a été incarcéré. Monsieur se considérant comme une victime d'acte criminel se dit vivre une injustice à cet égard. Il aurait été très peu indemnisé par la Direction de l'indemnisation aux victimes d'acte criminel suite à cet événement et son agresseur aurait obtenu sa libération plus tôt que prévu. L'idée de pouvoir rencontrer son agresseur met monsieur dans une situation anxieuse et favorise l'augmentation de sa consommation d'alcool

Tel que mentionné plus haut, Monsieur a vécu d'autres événements stressants mais n'ayant eu aucun impact sur sa consommation selon lui. Lorsqu'il était jeune, il a été abusé sexuellement par sa sœur. Plus tard, les abus de sa sœur se sont transformés en abus psychologiques et perdurent encore aujourd'hui. Le discours de Monsieur par rapport à cela est très détaché.

Par ailleurs, lorsque Monsieur boit, l'agressivité augmente en lui. Un jour alors qu'il avait consommé beaucoup, il a frappé quelqu'un au visage avec des clés. Les coups ont lacéré la joue jusqu'aux lèvres de la personne. Cet état d'ébriété accompagné d'agressivité n'a pas eu d'influence sur sa consommation future car lorsqu'il boit, il n'est plus conscient du mal qu'il peut occasionner à autrui et est insensible à tout ce qu'il fait. Cet événement n'a pas eu d'influence sur sa prise d'alcool.

Plusieurs raisons l'ont poussé à venir chercher de l'aide au CDC-IUD. Premièrement, Monsieur se dit « très préoccupé par les problèmes de santé qui sont reliés à sa consommation ». En effet, avant d'entreprendre des démarches au CDC-IUD, Monsieur vomissait du sang et se sentait très faible.

La consommation avait aussi une influence sur sa vie de couple. Celle-ci est encore actuellement une source de conflit entre lui et son conjoint. Cependant, les événements traumatiques ne sont pas un sujet abordé lors des rencontres avec son intervenant.

Monsieur espère que sa démarche diminuera sa consommation d'alcool. De plus, il aimerait avoir de l'aide dans d'autres sphères de sa vie tel que la recherche d'un logement et l'amélioration de sa vie de couple.

Intervention

Lorsque j'ai demandé à Monsieur s'il avait trouvé utile le thème choisi, sa première réponse a été non, mais il a enchaîné en me mentionnant que le thème lui a permis de s'exprimer, de parler de ce qu'il a vécu tout en lui permettant de mettre des mots sur les émotions ressenties.

Suite à la rencontre, Monsieur se sentait légèrement libéré de la charge émotionnelle qu'il portait au quotidien. Il était capable de faire des liens mineurs entre les événements traumatiques de sa vie et l'augmentation de sa consommation d'alcool.

Puisque Monsieur avait certaines difficultés à comprendre les questions lors de l'entrevue, il est possible de croire que le thème a été d'une certaine utilité à la lumière de cette réponse. Il recommanderait le thème car cela lui a permis de prendre conscience des problèmes qui se sont développés en lien avec ce qu'il a vécu.

Troisième histoire de cas (No. 3)

Description de cas

La troisième personne rencontrée est une femme (ci-après Madame B), dans la trentaine provenant du volet adulte santé mentale.

Madame B a un problème de consommation d'alcool et de cannabis. Selon le premier questionnaire DEVS, elle a vécu quelques situations stressantes. Madame B a vécu dans son enfance des rapports sexuels non désirés, a été témoin d'un accident grave ou de blessures graves. Ces événements ont été très éprouvants pour Madame B et se traduisent par une cote de 10 au moment où ils sont survenus, et par une cote quelque peu stressante de 6 au moment de notre rencontre.

De plus, Madame B a été perturbée par le fait que certains membres de son entourage sont frappés de maladies graves, ce qui se traduit chez elle par une cote de 8 au moment de ces événements. Lors de notre rencontre, cette situation était moins stressante (cote de 5) pour Madame B. Ces situations ont été stressantes pour Madame B lorsqu'elles sont survenues, mais l'anxiété a diminué d'intensité au fil du temps.

Madame B a vécu une autre situation anxiogène il y a quelques années lorsqu'un ami de la conjointe de Madame B s'est mis à crier contre sa conjointe. Selon elle, cet homme était jaloux et détestait que sa conjointe passe plus de temps avec Madame B qu'avec lui. Cette situation a dégénéré alors qu'il s'en est fallu de peu pour que cet homme frappe Madame B. La conjointe de Madame B a dû alors intervenir. Cette situation a stressé beaucoup Madame B lorsqu'il est survenu et s'est traduit alors par une cote de 10, alors qu'il génère aujourd'hui de l'inquiétude avec une cote de 8. En ce qui concerne le deuxième questionnaire TSC 40, Madame B a un score de 50 ce qui signifie qu'elle a vécu des abus.

Histoire

Tel que mentionné précédemment, Madame B a vécu plusieurs situations traumatiques au cours de sa vie. Madame B a été très peu éloquente sur les événements en question malgré mes questions répétées.

Madame B a été abusée sexuellement à l'adolescence et cela a entraîné chez elle une perte d'estime de soi. C'est à ce moment qu'elle a commencé à fumer du cannabis. Elle se sentait moche, incapable d'entrer en relation avec les gens, et la consommation lui permettait de faire abstraction de tout cela. Selon elle, la consommation lui permettait d'avoir un effet relaxant à court terme et d'enlever la lourdeur du passé traumatique vécu.

Madame B m'a aussi décrit plusieurs situations stressantes vécues dernièrement qui l'ont beaucoup affecté. Un premier événement est survenu lors de la visite d'un homme venu passer des vacances chez elle il y a deux ans. Un jour, il a fait une crise et

la situation s'est détériorée au point où Madame B a failli être blessée par cet homme devenu violent et agressif. La conjointe de Madame B a dû intervenir. Madame B croit qu'il a agit ainsi car sa conjointe passait beaucoup de temps avec elle, ce qui lui déplaisait. Il se sentait délaissé et jaloux de Madame B. De plus, Madame B est inquiète par rapport à cela car cet homme compte revenir dans la région prochainement et qu'elle a peur de le rencontrer.

Lors de cet événement, Madame B aurait consommé du cannabis et de l'alcool. Madame B m'a dit que cet événement n'a eu aucun impact sur sa consommation par la suite, «qu'elle est restée la même ». Elle ne voit pas de lien entre cet événement et sa consommation.

Après cet événement, Madame B a vécu d'autres situations stressantes. Madame B a eu une promotion au travail et avait de la difficulté à gérer les exigences liées à ce nouveau poste. Cependant, Madame B n'a pas élaboré sur les exigences en question. Pour diminuer la pression liée à cette promotion, Madame B a augmenté sa consommation. Madame B a éventuellement été congédiée, et sa consommation n'a cessé d'augmenter suite à cet événement.

Elle se croit davantage influencée par les préoccupations quotidiennes. Lorsqu'elle vit une situation stressante, elle y pense constamment et ceci engendre de l'anxiété. Par exemple, Madame B a débuté un projet de théâtre, et cela lui a fait vivre beaucoup de stress influençant par le fait même sa consommation.

Au moment de l'entrevue, Madame B était abstinente. Elle est venue chercher de l'aide car sa consommation persistait depuis plusieurs années. Elle voulait cesser malgré

ses nombreuses rechutes. Elle sait que lorsqu'elle vit une situation difficile, il est plus facile de retomber dans la consommation. En venant chercher de l'aide au CDC-IUD, elle avait la possibilité d'obtenir un soutien pour éviter la rechute.

Madame B est préoccupée par la situation vécue avec l'homme et croit que l'anxiété se dissipera en verbalisant sur les éléments de sa détresse. De plus, elle espère que le suivi lui présentera une autre perspective des événements vécus afin d'avoir une meilleure compréhension de sa consommation, et qu'un soutien préviendra les rechutes.

Intervention

Madame B a trouvé la rencontre utile car elle lui a permis de verbaliser ce qu'elle ressentait, surtout à propos de sa culpabilité. Elle a réalisé qu'elle n'a pas à se sentir coupable de tout ce qu'elle a vécu, et qu'il existe plusieurs outils disponibles qui pourraient améliorer son mieux-être. Elle recommanderait l'exercice car elle trouve qu'il est possible de faire réaliser beaucoup de choses à la personne qui le reçoit tout en appréciant le soutien apporté.

Quatrième histoire de cas (No. 4)

Description de cas

Ce quatrième cas est celui d'une femme (Madame C) dans le début trentaine, provenant du volet adulte santé mentale et présentant un problème de consommation de cocaïne.

Malgré la méfiance de madame, celle-ci s'est confiée et n'a pas hésité à nous raconter son histoire et à répondre à nos questions. Selon le DEVS, cette femme a vécu plusieurs situations stressantes, incluant celui d'avoir été victime ou témoin d'un accident grave, de blessures graves, ou de la mort d'une personne de son entourage. Ces situations ont généré un stress d'une cote de 8 lorsqu'elles sont survenues, mais ne seraient plus stressant actuellement.

Durant son enfance et son adolescence, elle aurait reçu des fessées, aurait été frappée/étranglée/poussée. À l'âge adulte, elle aurait été témoin des mêmes sévices infligés à une autre personne. Ces deux situations ont été anxiogènes pour Madame C. La première situation stressante avait une cote de 7, mais cela n'a plus aujourd'hui de répercussions sur elle. La deuxième situation a été stressante au moment où elle est survenue avec une cote de 9, et persiste toujours actuellement avec une cote de 7.

Elle a été témoin d'une scène où une personne a été forcée d'avoir des rapports sexuels non désirés. Lorsque cette situation s'est produite, Madame C a été extrêmement angoissée avec une cote de 10, alors qu'actuellement le stress se traduit par une cote réduite de 6.

Madame C a vécu d'autres situations éprouvantes cotées 10 au moment où elles se sont passées, alors qu'aujourd'hui elles génèrent toujours de l'anxiété (cote de 8). D'une part, durant son enfance/adolescence et âge adulte, elle a été forcée à avoir des rapports sexuels non désirés. D'autre part, elle a vécu ou été témoin d'une agression armée autre que dans un contexte de conflit armé ou contexte familial. Selon le questionnaire TSC 40, Madame C vécu des abus puisqu'elle a un score 51.

Histoire

C'est à l'adolescence que les événements traumatiques ont débuté. Un premier événement traumatique est survenu lorsque Madame C, à l'âge de 11 ans, a consommé de l'alcool pour la première fois. Elle aurait alors été violée par un des garçons avec qui elle buvait. Plusieurs symptômes sont apparus par la suite. Madame C s'est mise à faire des cauchemars la nuit et à avoir des <<flashbacks>> de son viol. Elle avait souvent des céphalées intenses, lesquelles sont aujourd'hui récurrentes. Au fil du temps, l'anxiété a augmenté. À plusieurs reprises, elle a fait des attaques de panique

Par la suite, à cause du viol, elle a été placée en centre d'accueil. À ce moment, elle aurait perdu toute sa liberté, son estime d'elle-même, et sa famille. Ces moments ont été pénibles car elle n'avait reçu aucun soutien extérieur en regard du traumatisme qu'elle avait vécu. Elle avait alors perdu toute confiance envers les gens.

Cette situation l'aurait mené à la consommation de diverses substances telles que le cannabis, la méthamphétamine, et la cocaïne. Elle a fait plusieurs fugues et à l'âge de 15 ans, elle s'est mise à consommer de la cocaïne. Elle trouvait que « la consommation lui donnait du contrôle sur sa vie ». Elle a consommé de l'alcool à quelques reprises. Toutefois, cela lui ramenait à la mémoire les souvenirs de son viol, et elle a alors cessé la consommation de cette substance. N'ayant aucune certitude, il est possible que les sensations physiques que procure l'alcool soient des stimuli associés au traumatisme.

Plus tard, elle a fait de la prostitution pour pouvoir payer sa drogue. Elle avait besoin de prendre de la drogue pour se prostituer, et ce contexte a favorisé une augmentation de la consommation. Madame C a vécu deux autres viols lorsqu'elle

faisait de la prostitution. Madame C a développé une facilité à se couper de ses émotions ce qui lui a permis de faire de la prostitution.

Lorsqu'elle vit un événement marquant, elle gère sa détresse en consommant davantage. Madame C a réussi à être abstinente pendant une période de trois ans. Puis, elle a vécu une crise et toutes les émotions du passé ont remonté à la surface l'incitant à consommer de nouveau. C'était une crise existentielle en regard des émotions qu'elle vivait par rapport au soutien qu'elle n'avait jamais obtenu tout au long de sa vie.

La consommation a servi à tempérer, à atténuer sa colère, et de se retrouver seule sans avoir besoin des autres pour vivre. De plus, la consommation de cocaïne lui aurait permis « de se sentir vivante et de reprendre possession de ses émotions » car sans cela, elle était coupée de son monde émotionnel. En consommant, elle pouvait ressentir des émotions qui n'existaient pas lorsqu'elle ne consommait pas.

Le premier viol que Madame C a vécu durant son adolescence a été minimisé par les autorités tels que les policiers, le département de la protection de la jeunesse, le juge, et elle a été blâmée pour cet événement. Selon elle, « la consommation lui a sauvé la vie et lui a permis d'éviter un suicide ».

Avant la consommation, Madame C s'automutilait afin de permettre aux émotions trop intenses de s'évacuer. Avec celle-ci, elle reprenait le contrôle sur sa sphère émotionnelle tout en lui permettant de cesser l'automutilation. Elle croit que « si elle n'avait pas découvert la cocaïne, l'intensité émotionnelle qu'elle vivait l'aurait poussé à se suicider ».

Madame C est venue chercher de l'aide au CDC-IUD car selon elle, elle avait besoin de cheminer dans sa vie. Avant de venir au CDC-IUD, elle a rencontré plusieurs intervenants dans divers endroits tels que centre d'aide et CLSC pour l'aider à diminuer sa dépendance, mais sans succès. Il lui est très difficile de s'ouvrir et d'aller chercher de l'aide car elle ne fait confiance à personne. Tout ceci est en lien avec les événements vécus.

Le lien qu'elle entretient avec son intervenante est bon présentement. C'est ce qui lui donne le courage de poursuivre sa thérapie. Lorsqu'elle a fait sa demande au Centre, elle voulait diminuer sa toxicomanie en apprenant à mieux la gérer, mais voulait aussi jeter un regard particulier sur les abus qui l'avaient fragilisé dans le passé. Elle trouve que le suivi lui fait du bien. Elle est consciente qu'elle a tellement de choses à exprimer sachant pertinemment que sa souffrance remonte lorsqu'elle parle de son passé et des émotions vécus en lien avec celui-ci. Elle croit que cela va lui permettre d'alléger son passé, d'être moins souffrante, de faire la paix avec la vie et d'accéder à une forme d'épanouissement.

Intervention

Madame C a trouvé le sujet utile car elle a pu donner un sens aux événements qu'elle a vécus tout en faisant des liens entre les événements traumatiques et son cheminement dans la consommation. De plus, elle a pris conscience de la progression qu'elle a faite depuis le début du suivi avec son intervenant et a vérifié les zones qui restaient à explorer pour le futur. Elle recommanderait à d'autres personnes l'exercice tout en considérant où la personne se situe dans son cheminement. Elle croit que si la

personne va trop vite, elle ne réagira pas bien à l'exercice, ce qui pourrait avoir des conséquences négatives telles qu'une rechute dans la consommation ou un arrêt du suivi.

Cinquième histoire de cas (No. 5)

Description de cas

La dernière entrevue a été réalisée avec une femme (« Madame D ») d'une cinquantaine d'années provenant du volet adulte santé mentale avec un problème de consommation d'alcool. Madame D consommait chaque jour une quantité importante d'alcool l'amenant dans un état d'ébriété.

Au moment de l'entrevue, elle buvait occasionnellement. À son avis, les raisons de sa consommation avaient changé au fil des ans. Madame D a collaboré tout au long de l'entrevue en me donnant des réponses qui m'expliquaient en profondeur ce qu'elle avait vécu, et le lien entre les deux problématiques.

Selon le questionnaire DEVS, Madame D a vécu quelques situations stressantes. Lorsque cela s'est produit, elle a vécu un peu de stress qui n'existe plus aujourd'hui.

Madame D a aussi vécu une situation qui ressemble quelque peu à ces expériences de vie stressantes. À l'âge adulte, elle a été forcée à avoir des rapports sexuels non désirés. Sur le coup, cet événement a été quelque peu stressant avec une cote de 5 mais la situation s'est amplifiée avec les années et actuellement, ce stress la préoccupe beaucoup avec une cote de 9.

Une situation anxiogène que Madame D a vécue est d'avoir été forcée durant son enfance/adolescence à avoir des rapports sexuels non désirés. Lorsque cela s'est produit, elle était extrêmement angoissée avec la cote de 10. Avec les années, ce stress a légèrement diminué mais est resté toujours présent chez elle puisque la cote est de 8;

Selon le DEVS, Madame D a également été témoin de quelqu'un qui aurait été étranglé, frappé et poussé assez durement pour causer des blessures. Lorsque cela s'est produit, la cote était de 9 mais lors de l'entrevue, le stress avait diminué à une cote de 2.

En jetant un regard sur le deuxième questionnaire TSC 40, Madame D est considérée comme ayant vécu des abus puisqu'elle a un score de 49.

Histoire

Madame D a vécu un événement majeur qui l'a rendu extrêmement stressé et qui a eu des répercussions sur son fonctionnement ultérieur. Elle a été violée par son mari, et cela a conduit à la naissance de sa fille.

Avec son mari, elle « se sentait sans valeur ». Elle avait « un sentiment d'infériorité ». Elle s'est éventuellement séparée de son conjoint. Elle a vécu sa grossesse dans la solitude.

Par la suite, elle a eu des problèmes avec sa fille et cette dernière a quitté la maison. Elle « ne se sentait pas à la hauteur dans son rôle de mère ». C'est alors que Madame D a commencé à faire des cauchemars et à avoir beaucoup de difficulté à dormir. Durant la nuit, Madame D avait des « flashbacks » du viol qu'elle avait vécu et du départ de sa fille.

Par la suite, des commentaires négatifs de la part de son ex-conjoint et de sa copine ont été formulés à sa fille, et cette dernière a décidé de ne plus jamais lui adresser la parole. C'est à ce moment qu'elle a débuté sa consommation car jusqu'alors elle ne consommait que peu d'alcool.

Madame D a augmenté légèrement sa consommation lors de l'introduction d'un nouveau conjoint dans sa vie. Sa consommation est devenue problématique plus tard. Elle consommait de l'alcool pour oublier tous les événements concernant sa fille et pour oublier son existence, tout ceci étant trop difficile à vivre.

Suite aux événements, elle avait perdu l'estime d'elle-même. Elle n'était plus capable de s'affirmer ayant peur d'être rejetée par la suite. Elle avait « un sentiment d'infériorité vis-à-vis tout le monde ». La vie actuelle ne lui convenait pas. Elle trouvait que « la consommation rendait sa vie meilleure ».

La tristesse est venue envahir Madame D et continue à se manifester dans le présent. Elle « ressent un trou dans sa poitrine, un mal d'être depuis que sa fille ne veut plus lui parler ». De plus, elle a vu une transformation dans sa consommation puisque le fait de boire permettait à la colère de s'extérioriser et de diminuer sa tristesse.

Madame D est fragile et s'il se présentait un événement problématique dans sa vie, cela pourrait l'inciter à consommer davantage. De plus, tout est devenu un stress et cela l'a amené à devoir prendre des antidépresseurs pour diminuer l'anxiété.

Madame D est venue chercher de l'aide suite à une tentative de suicide. Le médecin qui l'a rencontré lui a fortement suggéré de venir chercher de l'aide au Centre.

Elle croit que « sa démarche lui permettra de réduire sa dépendance face à l'alcool, et d'aller revisiter en profondeur certaines émotions de sa jeunesse concernant les abus subits ».

Intervention

Madame D trouve que le sujet a été utile car elle a appris à se retrouver et à se reconnaître dans sa situation passée et actuelle. Cela lui a permis de se libérer de ses émotions négatives telles que la colère et la tristesse. De plus, l'intervention lui a permis de comprendre les liens entre sa consommation et son traumatisme. Elle constate que son vécu a ouvert la porte à la consommation abusive, mais qu'en même temps celle-ci lui permettait de survivre à sa souffrance en lui faisant oublier ses problèmes. Elle a également pris conscience qu'elle a reproduit ce qu'elle a vécu durant sa jeunesse. Son père battait sa mère, et son conjoint qui l'a violé avait des comportements similaires à son père. Elle recommanderait cet exercice car il permet d'avoir un regard sur soi-même et facilite notre compréhension face à notre difficulté.

CHAPITRE 5 :

DISCUSSION

Liens entre l'ESPT et le TUS

L'analyse des expériences vécues par les participants nous a permis de retrouver certaines hypothèses citées dans la littérature pouvant expliquer le lien entre l'ESPT et le TUS.

Première hypothèse : Le TUS avant l'ESPT

Débutons par la première hypothèse que le TUS est présent avant l'ESPT. Il a été constaté à travers nos histoires de cas qu'un traumatisme peut amener une personne à consommer. Et que de cette consommation a pu découler un comportement à risque et un style de vie qui à son tour se traduisent par un risque accru d'être exposé à une nouvelle situation traumatique. Ce nouveau traumatisme peut éventuellement entraîner une consommation accrue.

Prenons l'exemple de Madame C du cas numéro 4 pour expliquer cette séquence d'événements. Cette femme a vécu un premier traumatisme lors d'un viol durant son adolescence, ce qui l'a éventuellement amené à consommer. Plus tard, Madame C s'est prostitué pour payer cette drogue. En faisant de la prostitution, Madame C a vécu deux autres viols qui l'ont marquée. Suite à ces nouveaux événements, sa consommation a augmenté.

Cette histoire de cas valide également certains extraits des recherches de Brady et ses collègues (1994) à l'effet qu'une femme agressée durant son enfance aura plus de risques de développer un traumatisme car elle sera plus à risque d'être victimisée par la suite. Selon la recherche de Gold, Sinclair et Balge (1999), une femme abusée

sexuellement durant son enfance a deux fois plus de risques d'être revictimisée à l'âge adulte.

Smith, Davis et Fricker-Elhai (2004) rapportent qu'il existe une corrélation entre un traumatisme vécu durant la jeunesse, et une victimisation à l'âge adulte. Environ deux personnes sur trois qui ont vécu un abus durant leur jeunesse seront revictimisées plus tard dans leur vie (Classen, Gronskeya Palesh, & Aggarwal, 2005). Cette relation est due au comportement de la victime qui a vécu une situation traumatisante durant sa jeunesse. Ce traumatisme modifie son mode de perception en regard d'elle-même et du monde, ce qui entraîne une perturbation des cognitions sociales. Les cognitions sociales représentent les processus cognitifs tel que la mémoire, la prise de décision, les émotions qui guident la personne dans son comportement et ses interactions sociales (Adolphs, 2001). En perturbant les cognitions sociales, le traumatisme fait en sorte que la personne a de la difficulté à comprendre les éléments du quotidien ainsi que ses propos car sa perception semble perturbée. Une première victimisation dans la jeunesse augmente la vulnérabilité psychologique et émotionnelle chez l'individu. Ces personnes vivront davantage de détresse et auront plus de probabilités de développer un ESPT qui sont des facteurs de risque dans la revictimisation (Casey & Nurius, 2005). Lorsqu'il y a violence physique ou sexuelle durant l'enfance, la personne à l'âge adulte pourrait ne pas développer un bon sens de protection de soi et douter d'elle-même et de sa valeur. Cela crée un contexte propice à la revictimisation (Messman & Long, 1996). Les abus vécus durant la jeunesse ont un impact négatif sur la façon que l'individu va acquérir ses compétences interpersonnelles ainsi que la régulation des émotions, celle-ci représentant la capacité à régulariser les états internes ainsi que les comportements vis-à-vis un

facteur de stress extérieur. Ce sont des éléments importants pour un bon fonctionnement à l'âge adulte. Les enfants qui auront subi des abus auront une propension à la négativité ainsi que davantage de colère intérieure associée à un manque de contrôle de soi, d'hostilité et de difficultés avec les pairs et une sexualité plus précoce (Cloitre & Rosenberg, 2006).

Un modèle théorique a été proposé par Finkelhor et Browne (1985) pour expliquer la revictimisation nommé le modèle « Traumagenic Dynamics ». Ce modèle est basé sur quatre facteurs traumatiques pouvant expliquer la revictimisation. Le premier facteur est une sexualisation traumatique. Cela représente un mauvais développement de la sexualité chez l'enfant, ce dernier voyant cela comme un moyen d'obtenir de l'affection, de l'attention ou tout autre privilège. L'enfant développera un comportement sexuel inapproprié ainsi qu'une mauvaise conception et une confusion envers sa propre sexualité qui pourrait entraîner la personne à développer un comportement sexuel à risque. Le deuxième facteur est le sentiment de trahison. Cela se produit lorsque l'enfant se sent trahi par une personne proche de lui qui peut être l'abuseur. L'enfant aura par la suite de la difficulté à faire confiance aux gens, sera désillusionné tout en amenant chez lui un besoin de se refaire une sécurité personnelle, une confiance envers les autres. Cela pourra entraîner la personne dans des relations abusives et donc contribuer à de futures victimisations. Le troisième facteur est la stigmatisation qui est directement liée à une faible estime de soi. L'image de soi négative chez une personne est un facteur de risque important pour la revictimisation. Enfin, le dernier facteur est l'impuissance. Lorsque l'enfant est abusé à plusieurs reprises, il sera difficile pour lui de ne pas croire qu'il va être victimisé à nouveau et

ainsi, il sera moins prudent dans ses actions et envers les autres et aura davantage de risque d'être revictimisé (Messman & Long, 1996).

Gold et ses collègues (1999) ont présenté dans leur recherche un autre modèle théorique expliquant la revictimisation et ils mentionnent qu'un abus sexuel durant la jeunesse change les comportements, les cognitions et les affects perturbant chez la personne son sens du soi ainsi que ses relations interpersonnelles. La personne vivra une détérioration du sentiment de soi qui aura comme conséquence chez cette dernière qu'elle aura de la difficulté à donner un sens à la situation vécue, son estime de soi diminuera, elle développera une tendance à l'autoaccusation, elle aura de la difficulté à prendre des décisions dans ses relations interpersonnelles, elle va moins reconnaître les situations à risque au niveau de la sexualité et elle aura un plus grand besoin d'être en relation avec un homme. (Gold et al., 1999). La victime se sentirait plus impuissante et moins en mesure de faire face aux événements (Gold et al., 1999) et pourrait vivre différents inconvénients dont une altération du jugement, une difficulté à émettre ses opinions, à distinguer le vrai du faux et à raisonnablement.

Ce même trauma peut amener l'individu à développer un comportement à risque tels que la consommation ou des comportements sexuels à risque. Les perturbations cognitives peuvent faire en sorte que la personne va voir dans ces comportements à risque des bénéfices. Les bénéfices perçus peuvent être par exemple d'ordre émotionnel ou physique. Voyant le comportement à risque positivement, la personne diminue sa capacité à s'auto-protéger contre ce qui peut être dangereux, augmentant les risques d'être agressée à nouveau (Maker, Kemmelmeier & Peterson, 2001). Ceci entraîne une

vulnérabilité face au danger en augmentant ainsi les risques de revictimisation. Les impacts psychologiques ainsi que les changements de comportement ont un effet direct sur la revictimisation (Gold et al., 1999).

Prenons l'exemple de Madame C qui a été abusée durant son adolescence. Elle a, par la suite, développé un comportement à risque en consommant et en se prostituant. Ce qui a eu pour effet qu'elle a été revictimisée à l'âge adulte en vivant deux autres viols. Dans le texte de Casey et Nurius (2005), les auteurs mentionnent qu'une réaction négative de la part de l'entourage et des personnes formelles concernant l'abus durant le jeune âge aura une influence sur la revictimisation future de la personne en augmentant les risques car la personne aura une moins bonne santé mentale suite à une agression. Nous pouvons croire que c'est le cas pour Madame C car celle-ci rapporte n'avoir eu aucun soutien suite à son viol à l'adolescence.

Cette histoire de cas présente aussi le phénomène du « cercle vicieux » car la consommation peut diminuer l'anxiété suite au premier traumatisme. Cette consommation augmentera la vulnérabilité à de nouveaux traumatismes qui pourra mener à une consommation accrue de substances. Cette consommation accrue pourra engendrer de nouveaux traumatismes. Ainsi de suite, la situation se répète (Najavits, 2002 et Stewart & Conrod, 2003).

Par ailleurs, une personne peut consommer et avoir un comportement à risque sans que cela évolue en un ESPT pour cette personne. L'exemple du cas numéro 2 démontre que Monsieur a eu un comportement risqué sans que cela n'entraîne un ESPT sur celui-ci par la suite. Monsieur était en état d'ébriété et a lacéré la joue d'un individu

avec des clefs. Selon ses dires, cela ne semble pas avoir eu de conséquences négatives sur sa consommation. Nous pouvons supposer que cela est en lien avec l'état d'ébriété de Monsieur déjà présent car une personne dans un tel état a souvent des pertes de contrôle de soi entraînant des comportements violents et une confusion mentale (Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 2003). Cette confusion mentale peut faire en sorte qu'une personne n'aura pas conscience des actes qu'elle est en train de poser et ne réalisant pas les conséquences de ces actes donc n'amenant pas nécessairement d'effets sur la prise de substance future. Pourtant, le même événement chez une personne qui n'a pas consommé aurait pu résulter en ESPT.

Deuxième hypothèse : La vulnérabilité suite au TUS

Ensuite, nous retrouvons l'hypothèse de la vulnérabilité suite au TUS. Il est impossible d'affirmer que cette hypothèse est présente dans nos cinq histoires de cas, sauf qu'il y a de fortes chances que la consommation ait amené une vulnérabilité biologique et psychologique chez les participants. Cette vulnérabilité pourra donc avoir une influence sur le développement d'un ESPT comme mentionné dans l'étude de Stewart et ses collaborateurs (1998).

Troisième hypothèse : L'automédication

La dernière hypothèse expliquant le lien entre le TUS et l'ESTP est l'automédication. Celle-ci se retrouve plus fréquemment dans nos histoires de cas.

La consommation chez une personne ayant vécu un événement traumatique peut prendre la forme d'une automédication. La consommation aura pour fonction de

diminuer la douleur physique et psychologique et pourra servir à éviter les souvenirs associés au trauma. La substance est perçue comme un anesthésiant qui permet de fuir les événements, d'oublier ce qui s'est passé. De plus, la consommation amènera un apaisement temporaire, une relaxation que les sujets avaient de la difficulté à trouver autrement. Par exemple, Madame B (cas no. 3) prenait du cannabis et de l'alcool pour ses effets relaxants.

Dans cette hypothèse d'auto-médication, la consommation peut, selon les propos d'une des participantes, permettre à la personne de reprendre le contrôle de sa vie et de se sentir vivante. Le cas numéro 5 est un bon exemple de cette perception de prise de contrôle puisque Madame D consommait pour reprendre possession de ses émotions, lesquelles n'existaient pas sans cela. « Madame a exprimé que la consommation a évité qu'elle ne s'enlève la vie. » La perception favorable qu'elle a de sa consommation de cocaïne est probablement causée par le sentiment d'euphorie et de puissance intellectuelle que cette drogue lui procure (Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 2003). Madame semble confondre cette sensation de bien-être et de satisfaction que procure la drogue plutôt que les vraies émotions qu'elle ressent. De plus, nous pouvons croire que madame a remplacé son problème d'idées suicidaires par un autre problème qui est celui de la consommation mais que la consommation n'en était pas un pour elle. C'était une solution, ce qui lui a permis de me dire que la consommation a évité qu'elle se suicide.

Un autre aspect de cette hypothèse est que la consommation peut être un moyen d'exprimer des émotions refoulées puisque l'alcool enlève les inhibitions. Suite à la

consommation d'alcool, les contraintes personnelles sont temporairement oubliées faisant abstraction à ses limites. À ce moment, il est plus facile pour une personne d'exprimer ce qu'elle ressent. Dans le cas numéro 5, Madame D buvait de l'alcool pour extérioriser la colère refoulée. Ce qu'elle prétend ne pas avoir été capable de faire sans la consommation.

Par contre, ce ne sont pas toutes les substances qui auront cette fonction d'auto-médication puisque pour certaines personnes, une substance peut donner l'impression d'avoir des effets positifs tandis que pour une autre, la même substance peut apporter des effets nuisibles. Par exemple, Monsieur cité au cas numéro 2 prenait de l'alcool pour enlever sa douleur psychologique et physique, ce qui lui donnait l'impression d'apaiser ces douleurs. L'exemple du cas numéro 4 est à l'opposé du cas numéro 2, alors que lorsque Madame C buvait de l'alcool, les souvenirs du traumatisme remontaient à la surface. Puisque l'alcool ravivait les souvenirs de son traumatisme, il se peut que les émotions vécues soient associées directement à cette substance. En fait, cela nous semble fort possible car Madame C a vécu son traumatisme sous l'influence de l'alcool. Ce qui veut dire qu'elle ne peut consommer de l'alcool sans avoir d'effets négatifs associés à la substance.

Situations sans lien

Cependant, il ne faut pas croire qu'il y a un lien pour tous les cas de comorbidité. Vivre un événement traumatique n'a pas toujours une influence sur la consommation. Certaines personnes peuvent vivre un traumatisme sans que cela ait une influence sur leur consommation.

Prenons l'exemple du cas numéro 3. L'événement traumatique qui préoccupait Madame B davantage était celui d'avoir vu en crise l'ami de sa conjointe, qui pourtant selon Madame B n'a eu aucun impact sur sa consommation. Ce sont principalement des situations de vie courante qui ont modifié sa consommation. Lorsqu'elle vit des situations stressantes dans son quotidien, Madame B évacue son stress en consommant davantage. Il est possible d'affirmer qu'il n'y a pas toujours un lien entre un traumatisme et un TUS. Dans ce cas-ci, le stress pourrait être un troisième facteur ayant influencé sa consommation.

Comme il est mentionné dans le texte de Chilcoat & Menard (2003), il se peut qu'il n'y ait pas de relation directe entre un ESPT et un TUS. Une association se forme entre les deux problématiques lorsqu'il y a un troisième facteur commun en cause créant cette association. Brown et Wolfe (1994) mentionnent dans leur texte que les problèmes de conduite ainsi que qu'un comportement antisocial sont des variables qui prédisposent un individu à développer un ESPT et un TUS car elles partagent une même cause. Selon eux, des éléments psychosociaux tels qu'une personne n'ayant pas de logement et devant vivre dans la rue agissent de la même façon car c'est un facteur de risque commun aux deux problématiques maintenant l'individu dans sa double problématique. Les problèmes psychiatriques sont un autre facteur commun mentionnés dans le texte de Giaconia, Reinherz, Hauf, Paradis, Wasserman et Langhammer (2000). Donc, dans le cas numéro 3, l'événement en soi n'a pas eu d'impact sur la consommation, cette dernière semblant plutôt être expliquée par le stress.

D'autre part, une personne qui a vécu un événement traumatique pourrait vivre beaucoup de stress et connaître des répercussions à long terme. À l'inverse, ce ne sont pas tous les traumatismes qui résultent en ESPT. Parmi les participants interviewés, seulement l'homme du cas numéro 2 était diagnostiqué d'un ESPT. Il s'agit là d'un exemple pouvant expliquer pourquoi certaines personnes peuvent vivre un événement traumatique sans subir de grandes influences sur la nature profonde de ce qu'elles sont et sur leur façon de réagir à ce stress.

Éléments complexifiant

Comme mentionné dans la littérature, il se peut qu'une personne en présence d'un TUS et d'un ESPT puisse vivre d'autres problèmes tels que de la détresse psychologique, la difficulté à fonctionner socialement, des douleurs corporelles et une fragilité de la santé physique (Ouimette, Goodwin et Brown, 2006). Ce sont des éléments complexifiant davantage le profil de la personne pour l'intervention (Najavits, 2002).

Difficulté de fonctionnement

Un des problèmes que l'on retrouve dans nos histoires de cas est la difficulté de fonctionnement. Seulement un des participants interviewés occupait un emploi au moment de leur entrevue. Ces personnes vivent de l'assistance sociale, ont très peu de vie sociale et professionnelle, et vivent dans l'isolement.

Le cas numéro 3, Madame B, nous montre à quel point avoir des responsabilités peut devenir difficile chez une personne ayant vécu un traumatisme. Elle était incapable

de subir la pression ce qui a amené l'employeur à la congédier. Pour elle, travailler est devenu une tâche ardue. Ceci l'a incité à s'orienter vers le bénévolat, une occupation où elle considère que les gens ne manifestent pas d'attentes envers elle. Cependant, comme Madame B l'a mentionné, même son bénévolat peut être difficile à gérer.

En ce qui concerne le cas numéro 2, plusieurs problèmes se sont développés chez Monsieur, l'isolant de tout contact avec le monde extérieur. Ses douleurs corporelles ainsi que ses pertes de mémoire ne lui permettent pas d'avoir une vie dite normale. Prendre l'autobus et venir au CDC-IUD sont des corvées pour lui.

Trouble obsessionnel-compulsif

Une autre problématique rencontrée lors des entrevues est le développement d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) qui fait partie des troubles anxieux comme l'ESPT. Ce trouble était présent chez Madame A. Cela nous permet de croire qu'une personne avec un traumatisme peut développer plusieurs formes de trouble anxieux. L'existence d'un autre trouble de l'anxiété chez une personne avec un traumatisme n'est pas surprenant puisque ce sont des personnes plus susceptibles de satisfaire des critères pour un autre trouble de l'anxiété (Read, Brown & Kahler, 2004).

Difficulté d'autorégulation

Ayant vécu un traumatisme, ces personnes peuvent avoir des perturbations au niveau des fonctions associées à l'autorégulation tels que la résolution de problèmes, le traitement de l'information et des émotions et les relations interpersonnelles (Hien, Cohen & Campbell, 2005). Il est possible de croire que plusieurs de ces personnes

avaient des difficultés d'autorégulation car l'état affectif de ces personnes jouait un rôle sur leurs comportements et leur consommation. Plusieurs personnes consommaient pour atténuer leur état affectif négatif et donc développaient des attentes vis-à-vis leur consommation d'alcool. L'alcool leur permettait de trouver un état de bien-être et leur apportait un côté positif dans leur vie. La consommation leur permettait d'évacuer le négatif, le trop plein tout en retrouvant une forme de légèreté face à leur vision en regard de la vie. À chaque consommation la personne voudra retrouver les aspects positifs apportés par la substance car elle est toujours en quête de retrouver une forme de mieux-être et qu'elle a déjà connue cet état lors de consommations antérieures. Ce contexte l'amènera à développer des attentes, des espoirs positifs face à chaque consommation. Elle espère toujours que l'alcool calmera ses états émotifs qui sont difficiles à gérer et développera ainsi des attentes, des besoins face à sa consommation pour retrouver une forme d'équilibre de vie. Les attentes auront un effet médiateur entre l'état psychologique que la personne veut atteindre et la consommation nécessaire pour atteindre cet état (Hull & Slone, 2004). Madame D pouvait exprimer sa colère lorsqu'elle consommait. Pour madame C, la consommation lui a permis d'arrêter de se blesser. Dans les deux cas, la consommation a remplacé le sentiment négatif de colère et le comportement d'automutilation qui les habitaient. De plus, il est possible de croire que leur grande consommation était due à une faible auto-régulation de soi. Comme mentionné dans le texte de Hull et Slone (2004), l'alcool sert d'échappatoire aux affects négatifs qui sont souvent associés aux difficultés interpersonnelles et amène la personne dans un nouvel état qu'elle juge positif. Cela prolongera la personne dans la consommation et cela est vu comme un échec de l'autorégulation, donc un manque de

contrôle de soi. N'ayant pas d'autorégulation, les personnes auront tendance à boire davantage qu'une personne qui est capable de se contrôler. De plus, l'intoxication à l'alcool peut perturber l'autorégulation et augmenter les comportements dysfonctionnels au niveau du comportement ainsi qu'au niveau de la sexualité (Hull & Slone, 2004) puisque l'autorégulation a un rôle dans le contrôle, la gestion et la coordination des émotions, du comportement et des cognitions (Hien, Cohen & Campbell, 2005). Prenons l'exemple de monsieur qui, sous l'influence de l'alcool, a agressé un individu. Nous pouvons noter dans cet exemple que l'alcool a influencé l'autorégulation de monsieur n'ayant pu se contrôler et a agit violemment.

Autres éléments complexifiant

Puisque tous nos cas provenaient du programme santé mentale, soulignons que la plupart des participants avaient d'autres problèmes concomitants au TUS et ESPT. Pour la plupart, on soupçonnait que les troubles de la personnalité pouvaient être identifiés.

Puisque l'un des troubles les plus communs dans la clientèle du CDC-IUD volet adulte santé mentale est le trouble de la personnalité limite, il est possible de croire que plusieurs participants présentaient des caractéristiques de ce trouble. Plusieurs critères de la personnalité limite ont été retrouvés chez les participants. L'un des critères est la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations (APA 2000). Nous retrouvons ce comportement chez madame C qui se mutilait pour reprendre le contrôle de ses émotions. L'impulsivité amenant à un comportement à risque est une autre caractéristique du trouble de la personnalité limite présente chez

madame C. Cette dernière consommait de la cocaïne et avait une sexualité à risque en se prostituant.

Une autre caractéristique est de ressentir une colère intense et d'avoir de la difficulté à gérer cette colère (APA, 2000). Puisqu'une autre participante a rapporté avoir des excès de colère, cela laisse dénoter qu'elle a peut-être développé des traits de personnalité limite. Ouimette, Moos & Brown (2003) mentionnent que les personnes ayant cette co-morbidité ont des symptômes beaucoup plus sévères et complexes, ce qui augmente les probabilités de développer un autre trouble tel que le trouble de la personnalité et un problème d'anxiété.

Finalement, on note qu'il y a une différence entre les sexes concernant la double problématique. Les femmes développent davantage de co-morbidité que les hommes (Ouimette, Goodwin & Brown, 2006). De plus, les femmes ayant un ESPT et un TUS vont chercher plus d'aide auprès des services (Stewart, Ouimette & Brown, 2002). Cela pourrait expliquer qu'il y a eu plus de participantes femmes et qu'un seul homme lors de mes entrevues. De plus, les femmes sont beaucoup plus sensibles à l'anxiété que les hommes, ce qui peut expliquer leur augmentation de la consommation lors de situations stressantes (Stewart, Ouimette & Brown, 2002). Les femmes sont plus vulnérables et émotives que les hommes vis-à-vis les situations stressantes ce qui les prédisposent à développer de l'anxiété et elles peuvent consommer pour être en mesure de contrôler ces situations. Prenons l'exemple du cas numéro 3 qui démontre que le stress s'est traduit chez Madame B par une augmentation de la consommation de substance. L'alcool lui permettait d'atteindre un état de calme car cette substance a un effet sédatif.

Utilisation du module d' « À la recherche de la sécurité »

Concernant l'utilisation du module d' « À la recherche de la sécurité » portant sur l'intervention d'un double diagnostic d'ESPT et de TUS, il nous apparaît que cet outil s'adapte facilement aux participants.

Comme on constate dans les histoires de cas, le vécu de chaque participant était assez complexe. Malgré cette complexité, il a été observé que le choix des mots et le soutien visuel utilisés ont permis aux participants de bien comprendre le thème abordé, d'être en mesure de répondre aux questions, et de s'identifier au contenu proposé. Les participants ont pu avoir une meilleure compréhension des deux problématiques. Malgré les problèmes de mémoire et de concentration de Monsieur, le module semble avoir été bénéfique et libérateur pour celui-ci.

Les résultats de l'étude de Brown et ses collègues (2007) vont dans le même sens soulignant qu'« À la recherche de la sécurité » s'adapte facilement aux différents cadres cliniques car les intervenants peuvent adapter la mise en application selon les besoins des personnes et selon leur philosophie d'intervention. L'outil est adapté pour les personnes ayant des problèmes de lecture, ce qui a permis à notre usager ayant des problèmes de mémoire d'être à l'aise durant l'intervention.

Puisque l'association de l'ESPT et du TUS provoque une perte de contrôle, cet outil a permis aux usagers de reprendre par eux-mêmes le contrôle de leur vie étant centré sur leur potentiel et en ayant un pouvoir décisionnel sur le futur (Najavits, 2003). De plus, de façon générale, le module semble avoir permis aux personnes d'être en

confiance pour se dévoiler. Plusieurs études confirment que ce nouvel outil a des retombés positives sur les clients (Najavits, 2003).

Autres modules

D'autres modules d'« À la recherche de la sécurité » auraient pu être utiles aux participants, et quelques-uns nous apparaissent particulièrement pertinents à considérer.

Premièrement, puisque l'ensemble des modules d'« À la recherche de la sécurité » est basé sur la notion de sécurité, je crois qu'il serait utile pour ces personnes de comprendre ce qui est sécuritaire pour eux à l'aide du module Sécurité. Celui-ci amène la personne à changer ses habitudes et à comprendre ce qui est bien pour elle à l'aide de stratégies d'adaptation dites sécuritaires.

Un autre module qui à mon avis aurait été utile aux personnes interviewées est celui intitulé « Se détacher de la douleur émotionnelle (ancrage dans la réalité) ». Ce module serait pertinent puisque la plupart des participants rencontrés se sentaient responsables des événements traumatiques vécus et portaient cette lourdeur avec eux. Ce volet leur permettrait de mieux comprendre les émotions négatives associées aux traumatismes et de retrouver un contrôle de soi.

Un troisième module qui aurait été utile est celui intitulé « Demander de l'aide ». La clientèle avec une double problématique a beaucoup de difficulté à demander de l'aide et ce thème permet de travailler cet aspect. La séance débute avec la présentation de moyens pour demander de l'aide. Par la suite, à l'aide de jeux de rôle, la personne s'exercera à demander de l'aide à quelqu'un.

Comme mentionné plus haut, tous les thèmes sont pertinents et s'avèreraient utiles pour les participants. C'est pourquoi je conseillerais d'avoir plusieurs séances. Puisqu'au total il y a 25 thèmes, le nombre de séances conseillé est 25. Cependant, certains sujets ont beaucoup de contenu et si l'intervenant le désire, il peut prendre plus d'une séance pour le même sujet.

Intégration de l'ESPT, le TUS et « À la recherche de la sécurité »

Selon mes observations et ce qui m'a été rapporté par les participants, je crois qu'un traitement intégré comme celui d'« À la recherche de la sécurité », incluant les problématiques associées à l'ESPT et le TUS dans la thérapie, peut avoir de très bons résultats. L'importance de travailler ces deux problématiques lors d'une même intervention vient du fait qu'ils sont liés, donc que chacun aura une influence sur l'autre durant le traitement (Ouimette, Moos & Brown, 2003).

En traitant les deux au même moment, l'intervenant peut prévenir les effets négatifs qu'un pourrait provoquer sur l'autre en diminuant la co-influence. Souvent, les intervenants qui traitent seulement une des deux problématiques auront un inconfort vis-à-vis l'autre trouble et ne voudront pas l'aborder. Dans certains cas, ils ne verront pas s'il est présent. « À la recherche de la sécurité » fait abstraction de ce malaise par rapport à la co-morbidité. L'outil est bien expliqué dans un manuel et il est possible de suivre une formation pour mieux comprendre et apprendre sur l'utilisation de cette forme d'intervention. Tous les éléments sont présents pour que les intervenants, qu'ils soient en toxicomanie ou pour les traumatismes, puissent répondre adéquatement aux besoins de la personne ayant un ESPT et un TUS.

« À la recherche de la sécurité » a permis aux participants de faire des liens entre ce qu'ils ont vécu et leur consommation, ce qui n'a peut-être jamais été fait auparavant. Dans le module présenté, il y avait une liste d'effets à long terme de l'ESPT. Pour la plupart des participants, cela a été révélateur car ils n'avaient jamais pris conscience que ce qu'ils ressentait pouvait être lié à leur situation traumatique.

De plus, un traitement intégré permet de travailler la co-morbidité et non un seul problème à la fois. Je crois que cela peut être bénéfique pour le cheminement des personnes dans leur démarche vis-à-vis la consommation. Comme mentionné dans la littérature, le traitement intégré permet, dès le départ, de travailler sur les deux problèmes et ainsi, améliore les résultats à long terme (Stewart, Ouimette & Brown, 2002). Cela peut expliquer en partie pourquoi les participants de l'étude de Brown, Stout & Gannon-Rowley (1998) ont rapporté préférer un traitement simultané qu'un traitement séparé pour l'ESPT et le TUS.

Par ailleurs, le traitement intégré permet aux intervenants et aux clients d'établir un bon lien de confiance car les deux problématiques sont suivies par la même personne dans une seule intervention. Une continuité est maintenue dans le suivi et il est plus facile pour l'intervenant d'appivoiser le client afin de le rendre à l'aise et l'inviter à divulguer des étapes de sa vie.

Le travail peut être fait avec plusieurs paramètres amenant une globalité car l'intervenant peut reconnaître l'interrelation qui existe entre l'ESPT et le TUS et voir comment cela affecte la personne. L'intervenant augmente ses connaissances des problématiques du client et peut l'aider davantage.

L'intervention est adaptée aux besoins du client. Cela a été confirmé dans la littérature par Najavits (2003) et elle rajoute que cette forme d'intervention permet de ne pas être en contradiction en amenant les mêmes formes d'habileté d'adaptation pour cette co-morbidité. Le client n'est pas confus par deux discours complètement différents et peut donc travailler tout au long l'ESPT et le TUS avec une même lignée de pensée.

Suite aux entrevues avec les participants ainsi que l'application d'un module d'« À la recherche de la sécurité », je crois que ce nouvel outil peut avoir des retombés positives sur les usagers et amener un sentiment d'accomplissement chez l'intervenant. Cet outil devrait être promu auprès des intervenants en toxicomanie afin de les sensibiliser à cette approche. Chaque centre pourrait profiter de la mise en place de cet instrument de travail afin de maximiser les services pour une population d'usagers présentant cette double problématique.

CHAPITRE 6 :

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'explorer, à l'aide de la recension des écrits, les différentes hypothèses explicatives du lien entre l'ESPT et le TUS chez les personnes présentant cette double problématique. Nous avons voulu voir de quelle façon ces hypothèses se manifestaient chez cinq usagers du CDC-IUD. De plus, les différentes formes d'interventions ont été identifiées. Chez les mêmes usagers, une nouvelle forme d'intervention nommée « À la recherche de la sécurité » a été utilisée pour en vérifier son applicabilité et son appréciation.

En conclusion, ce stage nous a permis d'atteindre nos deux objectifs principaux. En effet, à l'aide des histoires de cas, un portrait détaillé a été dressé des différentes hypothèses expliquant le lien entre le TUS et l'ESPT dans la réalité des usagers du CDC-IUD. De plus, le module d'« À la recherche de la sécurité » a démontré une faisabilité ainsi qu'une appréciation de la part des usagers pour ce nouvel outil. Cela nous permet de dire qu'il serait bien que cet outil soit envisagé dans l'intervention dans un avenir rapproché chez les intervenants en toxicomanie mais aussi chez les intervenants travaillant avec des personnes ayant vécu un traumatisme.

Il serait intéressant, dans de futures recherches, de jumeler « À la recherche de la sécurité » à d'autres formes d'intervention pour agir sur l'ESPT et le TUS. En 2005, Najavits et ses collègues ont fait un projet pilote sur un traitement pour l'ESPT et le TUS à l'aide d'une combinaison d'« À la recherche de la sécurité » et de la thérapie d'exposition. Les résultats ont été positifs et il a été démontré que chaque forme d'intervention a son propre rôle et que l'individu peut bénéficier des bienfaits

appartenant à chacune des approches. De futures études sur cette combinaison seraient requises pour connaître davantage tous les impacts en lien avec les individus.

De plus, il faudrait peut-être évaluer, dans de futures recherches, s'il y a possibilité de conséquences négatives sur la personne si celle-ci n'est pas prête à suivre cette forme d'intervention dans son cheminement pour une future réhabilitation. Comme mentionné par l'un des cas, si l'intervention se fait trop rapidement, certaines personnes peuvent avoir une réaction négative telle qu'une rechute ou un arrêt du suivi.

BIBLIOGRAPHIE

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231-239.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DMS-IV (4rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berenbaum, H., Thompson, R. J., Milanak, M. E., Boden, M. T. & Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 502-519.
- Blume, A. W., Schmaling, K. B. & Marlatt, G. A. (2000). Revisiting the self-medication hypothesis from a behavioural perspective. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 379-384.
- Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B. & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal on Addictions*, 3, 160-164.
- Brown, P. J., Stout, R. L. & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder-PTSD comorbidity: Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 445-448.
- Brown, P. J. & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51-59.
- Carruth, B. & Burke, P. A. (2006). Psychological trauma and addiction treatment. In Carruth, B. (Ed). *Psychological trauma and addiction treatment*. Binghamton, NY : The Haworth press (pp.1-14).
- Casey, E. A. & Nurius, P. S. (2005), Trauma exposure and sexual revictimization risk: Comparisons across single, multiple incident and multiple perpetrator victimizations. *Violence Against Women*, 11, 505-530.
- Centre Dollard-Cormier (2007). Cahier du stagiaire. Direction de la recherche et du développement universitaire, Montréal.
- Centre québécois de lutte aux dépendances (Eds) (2003). *Drogues : Savoir plus, Risquer moins*. Montreal, QC : Comité permanent de la lutte à la toxicomanie
- Chilcoat, H. D. & Menard, C. (2003). Epidemiological investigations: comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In Ouimette, P. (Ed.) & Brown, P. (Ed.). *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press (pp. 9-28).

- Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M. & Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drugs abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 121-127.
- Classen, C. C., Gronskaaya Paresh, O. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization :A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 103-129.
- Cloitre, M & Rosenberg, A. (2006). Sexual revictimization: Risk factor and prevention. In Follette, V. M. (Ed) & Ruzek, J. I. (ED). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York, NY: The Guilford press (pp. 321-361)
- Duhamel, D. & Lallemand, V. (2001). Toxicomanie et trouble de la personnalité: réflexion sur le traitement. *Santé Mentale au Québec*, 16, 157-178.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child abuse : A review and conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Hauf, A. C., Paradis, A. D., Wasserman, M. S. & Langhammer, D. M. (2000). Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 253-262.
- Gold, S. R., Sinclair, B. B & Balge, K. A. (1999). Risk of sexual revictimization: A theoretical model. *Aggression and Violent Behaviour*, 4, 457-470.
- Gunderson, J. G & Chu, J. A. (1993). Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. *Havard Review of Psychiatry*, 1, 75-81.
- Hull, J. G. & Slone, L. B. (2004). Alcohol and self-regulation. In Baumeister, R. F. (Ed) & Vohs, K. D. (Ed). *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications*. New York, NY: The Guilford press (pp. 466-491)
- Jacobsen, L. K., Southwick, M. D. & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-1190.
- Kubiak, S. P. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14, 424-433.
- Landry, M., Nadeau, L. & Racine, S. (1996). *Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec*. Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec.

- Lavoie, V., Langlois, R., Simoneau, H. & Guay, S. (2008). État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18, 92-97.
- Lisak, D. & Miller, P. M. (2003). Childhood trauma, post-traumatic stress disorder, substance abuse, and violence. In Ouimette, P. (Ed.) & Brown, P. (Ed.). *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press (pp. 73-88).
- Maker, A. H., Kimmelmeier, M. & Peterson, C. (2001). Child sexual abuse, peer sexual abuse, and sexual assault in adulthood: A multi-risk model of revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 351-368.
- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In Marlatt, G. A. (Ed) & Donovan, D. M. (Ed). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: The Guilford press (pp. 1-41)
- Messman, T. L. & Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 397-420.
- Nadeau, L., Landry, M. & Racine, S. (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.
- Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse. Traduction en français (2008). À la recherche de la sécurité : guide de traitement de l'ESPT et de l'abus de substance. New York, NY : The Guilford press,
- Najavits, L. M. (2003). Seeking safety: a new psychotherapy for posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In Ouimette, P. (Ed.) & Brown, P. (Ed.). *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press (pp. 147- 169).
- Najavits, L. M., Schmitz, M., Gotthardt, S. & Weiss, R. D. (2005). Seeking safety plus exposure therapy: An outcome study on dual diagnosis men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, 425-435.
- Norman, S., Tate, S., Anderson, K. & Brown, S. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 89-96.

- Ouimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1999). Two-years posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 105-114.
- Ouimette, P., Moos, R. H. & Brown, P. J. (2003). Substance use disorder-posttraumatic stress disorder comorbidity: A survey of treatment and proposed practice guidelines. In Ouimette, P. (Ed.) & Brown, P. (Ed.). *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press (pp. 91-110).
- Racine, S. & Nadeau, N. (1995). *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*. Montréal : Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec.
- Rasmussen, S. (2000). *Addiction treatment : Theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage publications, 434 p.
- Read, J. P., Brown, P. J. & Kahler, C. W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviours*, 29, 1665-1672.
- Sharkansky, E. J., Brief, D. J., Peirce, J. M., Meehan, J. C. & Mannix, L. M. (1999). Substance abuse patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Identifying specific triggers of substance use and their associations with PTSD symptoms. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 89-97.
- Smith, D. W., Davis, J. L. & Fricker-Elhai, A. E. (2004). How does trauma beget trauma? Cognitions about risk in women with abuse histories. *Child Maltreatment*, 9, 292-303.
- Stewart, S. H. & Conrod, P. J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In Ouimette, P. (Ed.) & Brown, P. (Ed.). *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association Press (pp. 29-55).
- Stewart, S. H., Ouimette, P. & Brown, P. J. (2002). Gender and the comorbidity of PTSD with Substance Use Disorder. In Kimerling, R., Ouimette, P.(Ed) & Wolfe, J. (Ed). *Gender and PTSD*. New York, NY: Guildford press (pp. 232-270.)
- Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J. & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 797-812.

Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J. & Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: finding from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 99-105.

ANNEXE

Voici ce que le DSM-IV mentionne:

Critères de dépendance à une substance(à mettre + en texte et tableau)

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)
 - b. la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets
6. des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

Il faut spécifier s'il y a une dépendance physique ou non donc que les éléments 1-2 sont présents ou bien absents.

Critères d'abus d'une substance

- a. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
 - 1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
 - 2. utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
 - 3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
 - 4. utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)
- b. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

Critères d'intoxication à une substance

- a. Développement d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, dû à l'ingestion récente de (ou à l'exposition à) cette substance. N.B : Des substances différentes peuvent produire des syndromes similaires ou identiques.
- b. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, dus aux effets de la substance sur le système nerveux central (par exemple : agressivité, labilité de l'humeur, altérations cognitives, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- c. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Critères de sevrage à une substance.

- a. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance

- b. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- c. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Liste de contrôle des 40 symptômes

Combien de fois avez-vous éprouvé chacun des problèmes suivants au cours du dernier mois ? Veuillez encercler un chiffre de 0 à 3

Jamais

Souvent

1. Maux de tête	0	1	2	3
2. Insomnie	0	1	2	3
3. Perte de poids (sans diète)	0	1	2	3
4. Maux d'estomac	0	1	2	3
5. Problèmes sexuels	0	1	2	3
6. Se sentir isolé des autres	0	1	2	3
7. Flash-backs (souvenirs intrusifs, soudains, vifs)	0	1	2	3
8. Sommeil agité	0	1	2	3
9. Perte/diminution du désir sexuel	0	1	2	3
10. Crise d'anxiété	0	1	2	3
11. Hyperactivité sexuelle	0	1	2	3
12. Solitude	0	1	2	3
13. Cauchemars	0	1	2	3
14. Être dans la lune, distrait	0	1	2	3
15. Tristesse	0	1	2	3
16. Étourdissements	0	1	2	3
17. Ne pas se sentir satisfait de sa vie sexuelle	0	1	2	3
18. Colère ou difficulté à se contrôler (saute d'humeur)	0	1	2	3
19. Se réveiller tôt le matin	0	1	2	3
20. Pleurs incontrôlables	0	1	2	3
21. Peur des hommes	0	1	2	3

22. Ne pas se sentir reposé le matin	0	1	2	3
23. Avoir des relations sexuelles que vous n'avez pas apprécié	0	1	2	3
24. Problème à bien s'entendre avec les autres	0	1	2	3
25. Problèmes de mémoire	0	1	2	3
26. Désir de se blesser physiquement	0	1	2	3
27. Peur des femmes	0	1	2	3
28. Se réveiller durant de la nuit	0	1	2	3
29. Mauvaises pensées ou sentiments pendant une relation sexuelle	0	1	2	3
30. Évanouissement	0	1	2	3
31. Sentiments que les choses ne sont pas « réelles »	0	1	2	3
32. Lavage inutile ou fréquent	0	1	2	3
33. Sentiments d'infériorité	0	1	2	3
34. Se sentir tendu tout le temps	0	1	2	3
35. Se sentir confus au sujet de ses désirs sexuels	0	1	2	3
36. Désir de blesser les autres physiquement	0	1	2	3
37. Sentiments de culpabilité	0	1	2	3
38. Sentiment de ne pas toujours être dans son corps	0	1	2	3
39. Éprouver des difficultés à respirer	0	1	2	3
40. Avoir des désirs sexuels quand vous ne devriez pas en avoir	0	1	2	3

Cotation pour la liste des 40 symptômes **** Avant de faire la cotation, lire la « note importante »***

Composition des sous-échelles et cotation pour le TSC-40. Le score pour chaque sous-échelle correspond à la somme des items pertinents : Dissociation : 4, 14, 16, 25, 31, 38; Anxiété : 1, 4, 10, 16, 21, 27, 32, 34, 39; Dépression : 2, 3, 9, 15, 19, 20, 26, 33, 37; SATI : 5, 7, 11, 17, 23, 29, 35, 40; Difficulté de sommeil : 2, 8, 13, 19, 22, 28; Difficultés sexuelles : 5, 9, 11, 17, 23, 29, 35, 40; TSC-40 score total : 1-40.

Note importante : cette mesure évalue des problèmes reliés à un traumatisme dans plusieurs catégories. Selon John Briere, PhD « **Le TSC-40 est uniquement un instrument pour la recherche seulement. L'utilisation de cette échelle est limitée aux chercheurs professionnels.** Ceci n'est pas destiné et ne devrait sous aucune circonstance être utilisé comme un test d'auto-évaluation. Pour une version plus récente et pouvant être utilisée dans un contexte clinique (moyennant des frais), veuillez vous référer au « Trauma Symptoms Inventory »; disponible au « Psychological Assessment Resources, 800-331-8378 ». Le TSC-40 est à la disposition des chercheurs. Aucune permission additionnelle n'est exigée pour l'utilisation ou la reproduction de cette mesure, bien que la citation suivante soit

nécessaire : Briere, J.N., et Runtz, M. G. (1989). The trauma symptom checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163. Pour plus d'informations sur la mesure: www.johnbriere.com.

Dépistage d'expériences de vie stressante

Pour chacun des énoncés, indiquez le chiffre qui décrit le mieux vos expériences. Vous aurez besoin de répondre à 2 échelles, une pour voir à quel point l'énoncé décrit vos expériences et l'autre pour évaluer à quel point vous avez trouvé l'expérience stressante. Les 2 échelles sont ci-dessous.

Décrivez votre expérience :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je n'ai pas			un peu comme			quelque peu comme			exactement	
expérimenté			mes expériences			mes expériences			comme mes	
ceci									expériences	

Niveau de stress associé à l'expérience:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout				Quelque peu				Extrêmement		
stressant				stressant				stressant		

Décrivez vos expériences	Expériences de vie	État de stress lors de l'événement	État de stress actuel en lien avec l'événement
	J'ai vécu ou j'ai été témoin d'une catastrophe naturelle ; comme un ouragan ou un tremblement de terre		
	J'ai vécu ou j'ai été témoin d'une catastrophe humaine comme un accident d'avion ou un désastre industriel.		
	J'ai vécu ou j'ai été témoin d'un accident grave ou de blessures graves.		
	J'ai vécu une expérience d'exposition chimique ou de radiations, ou j'ai été témoin d'une telle exposition par un ami proche ou un membre de ma famille		
	J'ai vécu une maladie grave, ou j'ai été témoin d'un ami proche ou d'un membre de ma famille qui l'a été.		
	J'ai vécu ou j'ai été témoin du décès de mon conjoint ou de mon		

	enfant		
	J'ai vécu ou j'ai été témoin de la mort d'un ami proche ou d'un membre de ma famille (autre qu'un conjoint ou enfant)		
	J'ai été kidnappé ou pris en otage ou un ami proche ou un membre de la famille l'a été		
	J'ai été victime d'un acte terroriste ou de torture ou un ami proche ou un membre de la famille l'a été		
	J'ai été impliqué dans un conflit armé ou une guerre ou j'ai habité dans une zone de guerre		
	J'ai vu ou manipulé des cadavres ailleurs que dans un salon funéraire.		
	Je me suis senti responsable d'avoir causé des blessures graves ou la mort d'une personne		
	J'ai vécu ou été témoin d'une agression armée autre que dans un conflit armé ou dans un contexte familial.		
	Dans mon enfance/adolescence, j'ai reçu des fessées, j'ai été frappé, étranglé, ou poussé suffisamment fort pour me causer des blessures.		
	En tant qu'adulte, j'ai été frappé, étranglé ou poussé assez durement pour avoir causé des blessures		
	À l'âge adulte ou durant l'enfance, j'ai été témoin de quelqu'un d'autre qui aurait été étranglé, frappé ou poussé assez durement pour avoir causé des blessures.		
	Lors de mon enfance / adolescence j'ai été forcé à avoir des rapports sexuels non désirés.		
	À l'âge adulte, j'ai été forcé à avoir des rapports sexuels non désirés.		
	En tant qu'enfant ou adulte, j'ai été témoin d'une personne qui a été forcée à avoir des rapports sexuels non désirés.		
	J'ai été témoin d'événements extrêmement stressants non mentionnés. Expliquez : _____		

© B. Hudnall Stamm Traumatic stress research Group, 1996, 1997 <http://www.isu.edu/~bhstamm/index.htm>. Ce formulaire peut être téléchargé librement en autant que (a) les auteurs soient crédités (b) aucun changement ne soit effectué et (c) la reproduction en soit pas utilisée pour fins de vente

Module d' « À la recherche de la sécurité »

ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie

ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie



RÉSUMÉ

Quatre documents sont remis aux patients pour les aider à comprendre l'ESPT : 1) *Qu'est-ce que l'ESPT?*; 2) *Le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance*; 3) *La compassion pour reprendre le contrôle de votre vie*; 4) *Effets à long terme de l'ESPT*. Chacun de ces documents vise à fournir des renseignements au sujet de l'ESPT et à favoriser une compréhension compatissante de ce trouble (la clé pour « reprendre le contrôle de votre vie »). Vous pouvez utiliser ces documents ensemble ou séparément, selon les besoins des patients et le temps dont vous disposez.

ORIENTATION

« Ça fait tellement longtemps que je veux savoir ce que j'ai. J'ai reçu tellement de diagnostics. Je n'avais jamais l'impression que c'était le bon, mais cette fois, je crois qu'on a mis le doigt dessus. »

« Je suis étonnée. Le fait de découvrir l'ESPT m'a donné la motivation nécessaire pour enfin régler mon problème de consommation. J'ai souvent arrêté de consommer de la drogue pendant un moment, mais ensuite, comme je ne savais pas quel était mon problème, je recommençais à en consommer. Maintenant que je sais que je souffre de l'ESPT, j'ai une bonne raison de ne pas consommer. C'est tout ce qu'il me fallait : une bonne raison. »

Les connaissances des patients concernant l'ESPT varieront au début du traitement, certains ne sachant même pas ce que signifie le sigle ESPT, d'autres connaissant très bien le trouble lui-même. Outre la transmission d'information, une des fonctions implicites de la séance est d'exprimer de l'empathie pour ce qu'éprouvent les patients souffrant de l'ESPT et, dans le traitement de groupe, de créer un lien avec d'autres personnes qui ont toutes vécu un traumatisme. Le fait de nommer les symptômes de l'ESPT permet de contrer la tendance des patients à nier ou à minimiser leur expérience. La tendance à nier le traumatisme n'est pas seulement observée à l'échelle individuelle, elle a également été observée à l'échelle sociale, dans le passé (Herman, 1992), et les patients peuvent avoir

été témoins de ce comportement chez des membres de leur famille, chez des amis ou chez les autorités, lesquelles ignorent le traumatisme ou punissent les victimes qui en parlent.

Pour de nombreux patients, comprendre leur problème d'abus de substances à la lumière de leur ESPT peut constituer l'une des étapes les plus importantes de leur rétablissement. De nombreux patients ont affirmé que malgré des années chez les AA et d'autres traitements, ce n'est que lorsqu'ils ont appris à faire un lien direct entre les deux troubles qu'ils ont finalement vu leur problème d'abus de substances sous un autre angle. L'abus d'une substance, comme le traumatisme, peut entraîner l'autoréprimande, le blâme social et le contre-transfert (p. ex., « moins que rien », « paresseux », « stupide »; Imhof et coll., 1983).

Par définition, l'ESPT et l'abus d'une substance sont des troubles liés au sentiment d'impuissance. Dans le cas de l'ESPT, un terrible événement est survenu, que le patient n'avait ni choisi ni voulu. Dans le cas de l'abus d'une substance, le patient a perdu la maîtrise de sa consommation. Le thème d'aujourd'hui vise à aider les patients à commencer à retrouver leur sentiment de contrôler leur vie par des moyens comme ceux-ci :

- nommer les symptômes de l'ESPT et comprendre que ce sont des « réactions normales à des événements anormaux »;
- comprendre que l'abus d'une substance s'explique à lumière de l'ESPT;
- explorer les atouts éventuellement acquis dans l'adversité;
- inciter les patients à considérer leurs symptômes avec la plus grande compassion;
- aider les patients à comprendre qu'ils ne sont pas seuls dans leur cas (c.-à-d. que le double diagnostic ESPT/abus d'une substance est très fréquent).

Veuillez noter que le présent thème appartient à la catégorie « aspects cognitifs ». Bien que le terme « thérapie cognitive » ne soit jamais officiellement utilisé, les documents sont conçus pour aider les patients à acquérir une nouvelle compréhension de leurs problèmes. Ainsi, lorsqu'on aborde l'ESPT et l'abus d'une substance, il faut surtout aider les patients à comprendre qu'ils ne sont ni fous ni faibles parce qu'ils ressentent ces symptômes et qu'en fait, leurs symptômes s'expliquent tout à fait à la lumière de leurs terribles expériences de vie. Ce faisant, il ne s'agit pas de trouver une « excuse » pour expliquer l'abus de substances (en effet, un des principaux buts du traitement est d'éliminer toute consommation de substances), ni de dire que ces symptômes sont positifs ou désirables – personne ne veut souffrir de tels troubles – mais de faire comprendre aux patients que ces symptômes peuvent être considérés comme des moyens de gérer les émotions qui les submergent. En donnant un tel sens à leur souffrance, on espère qu'ils pourront progresser et acquérir dès maintenant des stratégies d'adaptation plus saines. Ainsi, on peut aborder chaque symptôme avec compassion plutôt qu'avec un sentiment de culpabilité. La dissociation dans les cas d'ESPT, par exemple, peut être considérée comme une réaction naturelle de l'esprit lorsqu'il est submergé par une émotion violente plutôt que comme une preuve de « folie ». Grâce à ce changement de cap, le patient peut expérimenter la puissance du modèle cognitif – non de manière purement intellectuelle, mais en la ressentant profondément. Cette nouvelle perspective peut aussi apporter aux patients la motivation nécessaire pour s'attaquer à leurs problèmes, tandis que la simple énumération des symptômes provoque parfois du

découragement. Vous leur donnez un outil – la compassion – qui leur confère du pouvoir. Demeurez empathique, mais optimiste.

Aspects de contre-transfert

La question du contre-transfert dans le traitement de l'ESPT est primordiale. Herman (1992), par exemple, a décrit comment les thérapeutes peuvent, à leur insu, répéter les rôles associés au traumatisme : celui de spectateur (regarder un patient se faire blesser sans intervenir; dans une thérapie de groupe, laisser un patient être le bouc émissaire); celui de victime (laisser le patient intimider le thérapeute); celui d'agresseur (se montrer fâché et abusif envers le patient). D'un autre côté, certains thérapeutes s'identifient tellement à la douleur de leurs patients qu'ils deviennent trop « accommodants » – essayant de calmer la souffrance des patients en se contentant de vanter leurs mérites sans leur donner la responsabilité du travail à accomplir pour parvenir au rétablissement (voir le chapitre 2). Il faut aussi se méfier du traumatisme vicariant, dans lequel le thérapeute se sent lui-même traumatisé en entendant des faits aussi douloureux (Pearlman et Saakvitne, 1995).

Sources

Le thème est largement inspiré de Herman (1992). Les documents 1 et 2, *Qu'est-ce que l'ESPT?* et *Le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance*, s'inspirent d'une multitude de sources : l'American Psychiatric Association (1996); Brown et coll. (1995), Kessler et coll. (1995), Najavits et coll. (1998c), Ouimette, Brown et Najavits (1998) et Triffleman (1998). Le document 4, *Effets à long terme de l'ESPT*, s'inspire en partie de Herman (1992) et d'Elliott et Briere (1990).

PRÉPARATION

♦ Si le traitement de l'ESPT ne vous est pas familier, lisez quelques livres sur le sujet (p. ex, Herman, 1992; Janoff-Bulman, 1992) et demandez à quelqu'un pour vous superviser.

PLAN DE LA SÉANCE

1. **Vérification initiale** (maximum de 5 minutes par patient). Voir le chapitre 2.
2. **Citation** (brièvement). Voir la page 117. Faites un lien entre la citation et la séance – par exemple, « Comme la citation le laisse entendre, ce n'est pas de votre faute si vous avez connu de terribles expériences; par contre, vous pouvez dès maintenant faire beaucoup de choses pour améliorer votre vie. »
3. **Relier le thème à la vie du patient** (de manière approfondie, durant la majeure partie de la séance).
 - a. *Demandez aux patients de parcourir les documents*, que vous pouvez utiliser ensemble ou séparément. Veuillez noter que chaque document porte sur un sous-thème. Voir « Contenu de la séance » ci-dessous et le chapitre 2 pour savoir comment choisir parmi ce grand nombre de documents, selon les

besoins des patients et le temps disponible. Si le temps le permet, vous pouvez consacrer plusieurs séances à ces documents.

Document 1 : *Qu'est-ce que l'ESPT?*

Document 2 : *Le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance*

Document 3 : *La compassion pour reprendre le contrôle de votre vie*

Document 4 : *Effets à long terme de l'ESPT*

b. *Aidez les patients à faire un lien entre l'habileté et les problèmes actuels et particuliers auxquels ils font face dans leur vie. Voir « Contenu de la séance » (ci-dessous) et le chapitre 2.*

4. **Vérification finale** (brièvement). Voir le chapitre 2.

CONTENU DE LA SÉANCE

Ce thème comporte de nombreux documents, qu'on ne peut pas tous aborder au cours d'une seule séance. Il a été conçu pour donner au thérapeute la plus grande latitude possible pour aborder l'un des sujets essentiels du traitement – l'ESPT – en fonction des besoins variables des patients. Nous vous suggérons de remettre tous les documents aux patients, puis de choisir, au cours de la séance, les sous-thèmes à aborder, au gré des patients ou selon vos connaissances de ces sous-thèmes. Vous trouverez au chapitre 2, dans la section « Relier le thème à la vie des patients », des suggestions pour choisir les documents à utiliser. Les patients pourront parcourir eux-mêmes les autres documents, ou encore, vous pourrez les aborder lors de séances subséquentes.

Document 1 : Qu'est-ce que l'ESPT

Objectifs

- Définir l'ESPT.

Moyens de relier la matière à la vie des patients

★ **Formule questions-réponses.** Posez des questions aux patients pour savoir ce qu'ils connaissent de l'ESPT. C'est l'une des meilleures façons d'introduire le sujet et vous pouvez le faire avant même que les patients n'aient jeté un coup d'œil aux documents. C'est particulièrement utile dans les traitements de groupe pour briser la glace. Vous pouvez demander, par exemple, « Est-ce que quelqu'un sait ce qu'est l'ESPT? », « Est-ce que quelqu'un sait ce que signifient les lettres ESPT? », « Quels sont les principaux symptômes de l'ESPT? »

★ Discussion

- « Quels sont les symptômes de l'ESTP qui vous incommode le plus? »
- « Que veut-on dire exactement quand on dit que l'ESPT est une 'réaction normale à des événements anormaux'? »
- « Quelles sont les stratégies d'adaptation les plus efficaces pour vous? »

Suggestions

- ✦ N'utilisez pas ce document si les patients connaissent déjà très bien l'ESPT.
- ✦ Assurez-vous que les patients comprennent le lien entre leur traumatisme et les symptômes de l'ESPT. Certains patients croient que l'ESPT désigne un sentiment de stress. Tout au long du traitement, vous pouvez utiliser le terme « traumatisme » ou « mauvais traitement durant l'enfance » si vous jugez que c'est plus utile ou plus clair pour les patients. On peut le faire aussi pour les patients qui ne répondent pas à tous les critères de l'ESPT, mais qui ont subi un traumatisme.
- ✦ Envisagez la possibilité de demander aux patients de décrire brièvement leur traumatisme. Si certains refusent, n'insistez pas, mais d'autres voudront parler un peu de leurs antécédents. Dans un traitement de groupe, cela peut aider à resserrer les liens entre les patients. Toutefois, cela exige une écoute attentive pour éviter que les patients ne déclenchent des réactions les uns chez les autres. Dans ce cas, le thérapeute peut rétablir la sécurité en réorientant le patient qui décrit son traumatisme. Il peut expliquer que les propos du patient sont très importants, mais dérangent certains membres du groupe et qu'il faudra plutôt en parler en rencontre individuelle. Vous trouverez au chapitre 2, dans la section « Lignes directrices relatives au traitement », des suggestions sur la façon de parler des traumatismes.
- ✦ *En plus de fournir de l'information sur l'ESPT, on veut « valider » l'expérience des patients.* Vous pouvez dire, par exemple, « Vous n'êtes pas responsable du traumatisme » et « Vos symptômes ne signifient pas que vous êtes "fou" », et encourager de manière générale le respect à l'égard des symptômes des patients, compte tenu de l'expérience de ces derniers.
- ✦ Laissez les patients déterminer ce qui a été traumatisant pour eux. Certains patients peuvent avoir le sentiment que leur appartenance à une minorité raciale ou ethnique est un facteur de traumatisme pour eux; d'autres peuvent juger qu'un divorce a été un traumatisme. Vous voudrez sans doute donner la définition exacte du mot « traumatisme » (le vécu direct ou le fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner une blessure ou une menace pour l'intégrité physique), mais il importe davantage de reconnaître l'expérience des patients. En revanche, si un patient a vécu un événement qui correspond à la définition d'un traumatisme sans en être troublé, n'insistez pas sur le caractère douloureux de l'événement. Il faut en effet se rappeler que *la plupart* des traumatismes n'entraînent pas un ESPT (Kessler et coll., 1995).

Document 2 : Le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance

Objectif

- Explorer la relation entre l'ESPT et l'abus d'une substance.

Moyens de relier la matière à la vie des patients

- ★ *Revoyez les principaux points.* Demandez aux patients de résumer les principaux points du document, en leur demandant, par exemple, « Quel est le message à retenir de ce document, d'après vous? ».

★ **Discussion**

- Quel est le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance selon vous?
- Est-ce que l'abus d'une substance était un moyen pour vous de gérer votre ESPT?
- Quel effet cela vous fait-il de voir un lien entre les deux troubles?
- Est-ce que le fait de relier votre ESPT à l'abus d'une substance peut vous aider à vous rétablir?

Suggestions

✦ *Il est plus important pour les patients de faire un lien entre la matière et leur propre expérience que d'apprendre des faits au sujet de l'ESPT et de l'abus d'une substance. Il faut donc garder la discussion sur un plan personnel et insister sur les tendances que les patients ont observées chez eux.*

✦ *Consultez « Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances » pour d'autres documents et questions concernant le lien entre l'ESPT et l'abus d'une substance.*

Document 3 : La compassion pour retrouver votre pouvoir

Objectif

Aider les patients à reprendre le contrôle de leur vie en considérant leur ESPT et leur abus de substances d'un œil compatissant.

Moyens de relier la matière à la vie des patients

★ **Exercice à voix haute.** Demandez à un patient de donner une situation précise dans laquelle la compassion pourrait être utile, puis demandez-lui de faire l'exercice à voix haute. Dites-lui, par exemple, « La dernière fois que vous vous en êtes voulu à cause de votre ESPT, qu'auriez-vous pu vous dire en faisant preuve de compassion? ».

★ **Discussion**

- « En quoi le fait de considérer votre ESPT et votre problème d'abus de substances d'un œil compatissant peut-il vous aider à vous rétablir? »
- « En quoi le fait de vous blâmer vous-même pour votre ESPT et votre problème d'abus de substances peut-il vous nuire? »
- « Pouvez-vous voir en quoi les symptômes liés à l'ESPT et à l'abus de substances étaient des moyens pour vous de faire face à la situation? Croyez-vous pouvoir y faire face de manière sécuritaire maintenant, sans consommer de substances? »

Suggestions

✦ *Si possible, demandez aux patients de montrer de manière concrète l'effet de la compassion, au lieu d'en parler de manière abstraite.*

✦ *Veillez noter que les symptômes de l'ESPT et de l'abus d'une substance ne doivent pas être interprétés comme étant « positifs » pour l'instant. Un thérapeute a déjà*

dit à un patient, par exemple « C'est parfait que vous ayez une réaction dissociative, cela vous laisse du temps pour vous occuper de vous. » En réalité, personne ne souhaite éprouver ces symptômes. Quand on parle de les aborder en faisant preuve de compassion, on veut dire que les symptômes jouent un rôle fonctionnel – ils aident les patients à survivre – mais que, dorénavant, il faut chercher à gérer la situation de manière plus sécuritaire afin de réduire à la fois l'ESPT et l'abus de substances. Certains thérapeutes ont de la difficulté à aider les patients à réinterpréter leurs symptômes avec compassion, et créent sans le vouloir de la confusion chez les patients, en laissant entendre que les symptômes ne posent aucun problème. Essayez de préparer vos réponses à l'avance.

✦ *Sachez que la compassion peut paraître impossible pour l'instant*, ou remuer des émotions négatives. Si un patient n'arrive pas à éprouver de la compassion, vous pouvez tenter de l'aider à y parvenir, mais non le forcer. Contentez-vous de dire que la compassion viendra plus facilement avec le temps, s'il continue à y travailler.

✦ *L'idée fondamentale, c'est que si les patients peuvent faire preuve de bienveillance à leur propre égard, ils seront plus motivés à prendre soin d'eux-mêmes et auront plus d'énergie pour le faire.* Le rétablissement exige énormément de travail et un moyen d'y parvenir est de constamment s'encourager soi-même en étant très compréhensif. On peut faire une analogie avec le fait d'enseigner à des enfants : « Si vous vouliez apprendre à des enfants à prendre soin d'eux-mêmes, vous adresseriez-vous à eux avec douceur ou en criant? »

Document 4 : Effets à long terme de l'ESPT

Objectif

- Aider les patients à comprendre les effets à long terme d'un grave traumatisme.

Mise en garde clinique

Lors de l'essai de ce traitement, on s'est aperçu que la lecture du document 4 avait été profitable pour la majorité des patients, mais qu'elle avait troublé certains patients (ayant pour effet de les pousser à consommer des substances ou de les décourager devant la quantité de problèmes exposés). Donnez aux patients le choix de lire ou non ce document. Si quelqu'un est troublé, interrompez la lecture, validez les émotions qu'il ressent, et passez à des thèmes moins délicats.

Moyens de relier la matière à la vie des patients

- ★ **Introspection.** Demandez aux patients de cocher les problèmes qu'ils éprouvent.
- ★ **Discussion**
 - Quel effet cela vous fait-il de comprendre que ces problèmes font partie de votre ESPT?
 - Sur quels problèmes liés à l'ESPT aimeriez-vous le plus travailler au cours du traitement?
 - En quoi ces problèmes sont-ils des réactions compréhensibles à un traumatisme?

Suggestions

♦ *Ce document est particulièrement pertinent pour les victimes de violence chronique pendant l'enfance.* Les symptômes décrits dans le document sont associés au diagnostic d'« état de stress aigu sans autre indication » (TESASAI). On a avancé que ce diagnostic s'applique mieux aux victimes de graves abus pendant l'enfance que le diagnostic standard d'ESPT figurant dans le DSM-IV (Herman, 1992).

♦ *Insistez sur le fait que ces problèmes peuvent s'atténuer.* Peu importe depuis combien de temps ils durent, on peut tous les atténuer.

Cas difficiles

- * « Je ne guérirai jamais de l'ESPT. »
- * « Je ne peux pas me parler avec compassion; je me déteste trop. »
- * « Le fait de lire quelque chose sur l'ESPT me donne envie de tout foutre en l'air. »
- * « La drogue ou l'alcool m'aident à gérer mon ESPT. »
- * « Comment la compassion va-t-elle me faire cesser de consommer du crack? »