

# L'écho-TOXICO

## Le mot de Lise...



Dans ce numéro nous vous présentons plusieurs thématiques en émergence en lien avec la dépendance, espérant susciter la réflexion et alimenter la pratique. Ainsi, Jessica Ménard explore la question de la double problématique toxicomanie et trouble alimentaire. Elle sensibilise les intervenants à l'importance du dépistage précoce de ces troubles associés et propose des pistes d'interventions prometteuses. Joseph Lévy pour sa part nous amène à réfléchir sur un phénomène social qu'est le détournement de l'usage de médicaments à des fins non médicales, problème de toute évidence en émergence au Canada et au Québec. Les objectifs de ces détournements varient de l'amélioration de la performance sportive ou scolaire, à celle de l'attention et de l'humeur ou encore de l'apparence et de la réponse sexuelle, du contrôle de la douleur ou de quête d'états de conscience modifiés, sans oublier les fonctions purement récréatives. Le texte de Magali Dufour et de Marie Parent aborde un autre problème en émergence dont on parle beaucoup dans les milieux de l'intervention : la cyberdépendance. Pourtant, à partir des observations actuelles et de la littérature scientifique, il est encore nécessaire de clarifier l'objet d'étude, ses réelles conséquences et ses critères diagnostiques. Dans un autre ordre d'idée, Sylviane Guillot présente des outils précieux pour la création du lien thérapeutique, base essentielle à la réussite des interventions auprès des toxicomanes.

Comme annoncé dans notre précédent bulletin, Benoît Geneau nous fait part des recommandations du rapport d'évaluation de l'implantation du réseau intégré en dépendance (RID) sur le territoire du réseau local du CSSS du Suroît. Ce texte fait suite à celui déjà présenté dans l'Écho-Toxico de septembre 2007.

Finalement à propos de la consommation d'alcool pendant la grossesse, Marie-Thérèse Payre souligne le fait qu'aucune quantité d'alcool n'est sûre et ce, à aucun moment de la grossesse. D'où l'importance de la mise en place de mesures de prévention bien ciblées et efficaces concernant l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).

En terminant, sachez que l'équipe du Service de toxicomanie poursuit toujours la mise en œuvre du programme de maîtrise en intervention en toxicomanie prévue pour très très bientôt... soit à l'automne 2009.

Je vous souhaite à tous fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs un Joyeux Noël et une Bonne Année 2009!

**Lise Roy**

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

## CERTIFICAT EN TOXICOMANIE

### Prévention et intervention

#### DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. L'enseignement se donne dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec et Jonquière, sous forme de fins de semaine intensives. Cheminement avec ou sans stage.

#### QUÉBEC : NOUVEAU GROUPE HIVER 2009 AU COLLÈGE MÉRICI

TXM 110 – Aspects socioculturels et utilisation des psychotropes (3 cr.)

TXM 120 – Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes (3 cr.)  
(Internet)

#### BASSES-LAURENTIDES : NOUVEAU GROUPE À L'AUTOMNE 2009

Soirée d'information  
29 avril 2009 – 19 h à 21 h

#### INFORMATION

1 888 463-1835, poste 15245 (sans frais)  
ou 819 564-5245

Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

## PROGRAMME DE 2<sup>e</sup> CYCLE EN TOXICOMANIE

### Développer une expertise reconnue

Offert aux détenteurs de baccalauréat œuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe.

#### COURS SUR INTERNET – AUTOMNE 2008

TXM700, Bilan des connaissances et courants actuels (3 cr.)

TXM715, Psychopharmacologie et toxicomanie (3 cr.)

## MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE

### (prévue pour l'automne 2009)

#### INFORMATION

Gaétane Quirion

1 888 463-1835 (sans frais)  
ou 450 463-1835, poste 61795  
Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

[www.USherbrooke.ca/toxicomanie](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie)

## FORMATIONS AITQ-UdeS

- ▶ 30 janvier 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)  
**TOXICOMANIE ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE** • Jessica Ménard, doctorat en psychologie
- ▶ 13 février 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
- ▶ 13 mars 2009 à **Québec** (9 h à 16 h 30)  
**PSYCHOSE ET ABUS DE SUBSTANCES : UN MELTING POT** • Dr Richard Cloutier, psychiatre, Clinique Cormier Lafontaine
- ▶ 20 mars 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)  
**ENTREVUE MOTIVATIONNELLE ET DÉPENDANCES** • Florence Chanut, psychiatre, membre du Motivational Interviewing Network of Trainers
- ▶ 3 avril 2009 à **Québec** (9 h à 16 h 30)  
**DROGUE ET SEXE : DE LA PHYSIOLOGIE À L'INTERVENTION** • Éric Landry, Ph. D. en neurobiologie et M.A en sexologie
- ▶ 24 avril 2009 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)  
**ENTRE LE VOULOIR ET LE POUVOIR : L'EMPOWERMENT COMME STRATÉGIE DE RENOUVELLEMENT DE L'INTERVENTION SOCIALE** • Sonia Racine, consultante, Coopérative de consultation en développement La Clé

Lieu de formation à Longueuil  
Campus de Longueuil  
de l'Université de Sherbrooke  
1111, rue Saint-Charles Ouest  
Tour Ouest, 5<sup>e</sup> étage

Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

Lieux de formation à Québec  
Hôtel Québec  
3115, avenue des Hôtels, Sainte-Foy

\*\*\* INSCRIPTION \*\*\*

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou [www.aitq.com](http://www.aitq.com)

## REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro

Éditeur :

Les programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes :  
Lise Roy

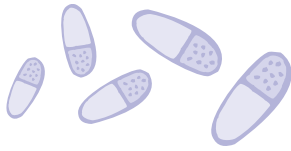
Responsable de la rédaction :  
Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :  
MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :  
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada





# L'USAGE DES MÉDICAMENTS AU CANADA E

Parmi le vaste éventail des recherches entourant les représentations et les usages des médicaments, on constate chez les chercheurs et les praticiens un intérêt grandissant pour l'usage à des fins non médicales (détournement, abus, dépendance) de ces produits provenant de plusieurs classes de médicaments, des stimulants aux sédatifs. Ils rejoignent alors la longue liste des drogues illicites qu'ils complètent ou qu'ils remplacent.

Plusieurs chercheurs qui ont fait le point sur cette question dans le dernier numéro de la revue *Drogues, santé et Société*<sup>1</sup> ont soulevé les enjeux d'ordre philosophique, théorique et méthodologique qui entourent ce sujet et ont présenté des synthèses ou des études de cas couvrant les différentes facettes de ce problème. Les articles couvrent ainsi les aspects épidémiologiques dans différentes populations, en particulier celles qui résident aux États-Unis ou en Europe, des recensions sur des médicaments comme ceux en vente libre ou utilisés dans le traitement de la douleur non cancéreuse, de même que sur les enjeux touchant le dopage sportif (représentations et pratiques), les usages détournés d'un médicament utilisé comme substitution aux opiacés et le sevrage aux benzodiazépines.

Il est ainsi possible de mieux saisir la polyvalence de ces phénomènes qui s'inscrivent dans des configurations socio-culturelles complexes et font appel à des objectifs divers de la part de l'utilisateur. Ceux-ci varient de l'amélioration de la performance sportive ou scolaire, à celle de l'attention et de l'humeur ou encore de l'apparence et de la réponse sexuelle, du contrôle de la douleur ou de quête d'états de conscience modifiés, sans oublier les fonctions récréatives.

Pour ce qui est du Canada et du Québec, il est possible de dégager quelques tendances dans ce domaine. On peut, en premier lieu, mettre en évidence la carence des travaux épidémiologiques ou autres portant sur ces usages non médicaux au Canada où il n'existe pas de statistiques nationales élaborées sur ce type de conduites. Des indices relevés par Rehm et Weeks (2005) comme le haut taux d'usage

des psychotropes, de sédatifs hypnotiques et d'amphétamines prescrits suggèrent que le Canada pourrait être confronté à ce type de problème. Les groupes les plus enclins à ce type de pratiques seraient les jeunes, les populations autochtones et les personnes âgées pour lesquelles l'usage des médicaments prescrits (anti-douleurs et psychotropes) serait fréquent, entraînant abus et dépendance.

Les cas de vol et de fraude d'ordonnances sont un autre indice révélateur. Ainsi, en 2000 selon Sproule (2006), plusieurs médicaments ont fait l'objet de fausses ordonnances dans des proportions variées : (oxycodone : 60 % ; codéine : 16 % ; hydro-morphone : 7 % ; mépéridine : 5 % ; morphine : 5 % ; codéine /bultabital : 4 % ; pentazocine, hydrocodone, méthylphénidate : 1 % pour chaque substance). Les détournements renvoient à plusieurs stratégies : vols : 52 % ; ordonnances contrefaites : 25 % ; vente de médicaments à des personnes non autorisées : 18 % ; détournements par des médecins ou autre professionnels : 5 %. Une proportion relativement élevée de personnes (autour de 11 %) fréquentant des centres de traitement pour toxicomanie en Ontario rapporte le recours à des médicaments prescrits parmi les substances dont ils abusent (Rehm et Weeks, 2005). Une autre étude sur les admissions pour désintoxication dans le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto entre 2000 et 2004 suggère une augmentation du nombre de patients rapportant une dépendance à l'Oxycontin<sup>MD</sup> et d'autres produits à base d'oxycodone (Sproule, 2006).

Au Québec, selon l'Enquête sociale et de santé (2001), 26,2 % des hommes et 36,6 % des femmes ont consommé au moins un médicament non prescrit pendant la période de référence, avec une proportion plus grande de consommateurs dans les catégories d'âge des 45-64 ans (37,3 %) comparativement aux 15-24 ans (23,2 %) aux 25-44 ans (32,4 %) et aux 65 ans et plus (35,5 %). Ces pourcentages peuvent varier selon les régions comme le suggère l'analyse des données sur des régions particulières. Par exemple, en Outaouais (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2002) l'usage par groupe d'âge est plus élevé comparativement aux moyennes québécoises, en particulier parmi les 15-24 ans (31,7 %) et les 45-64 ans

(43,9 %). D'autres études sont cependant nécessaires pour pouvoir préciser les catégories de substances consommées et les significations attachées à ces usages.

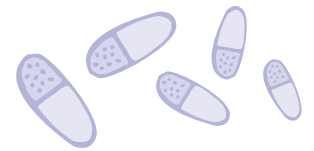
Le sport est un domaine où les usages non médicaux des médicaments à des fins de dopage sont significatifs. Une étude pancanadienne réalisée auprès d'étudiants de niveau secondaire provenant de cinq régions (Colombie Britannique, Prairies, Ontario, Québec, Maritimes), montre que la très grande majorité a entendu parler des stéroïdes anabolisants et est d'avis que les substances dopantes, comme les suppléments protéiniques, contribuent aux performances sportives. Cette croyance est plus forte chez les hommes que les femmes (Centre Canadien pour l'éthique dans le sport, 1993). Un pourcentage de répondants a eu recours à des substances dopantes (stéroïdes anabolisants : 1,5 % ; bêta-bloquants : 1 % ; stimulants amphétamines : 3,1 % ; analgésiques/calants : 8,9 %). Cette incidence varie en fonction de l'âge et de la région. Pour les stéroïdes anabolisants, les pourcentages d'utilisation sont les plus élevés dans la région de l'Atlantique (3,4 %) et les plus faibles au Québec (2 %).

À ces portraits généraux viennent s'ajouter des recherches plus fines, comme celles sur la place des médicaments dans le trafic des drogues que plusieurs études mettent en évidence (Sajan, Corneil et Grzybowski, 1998 ; Haydon, Rehm, Fischer, Monga et Adlaf, 2005 ; Fisher, Rehm, Patra et Firestone Cruz, 2006). Ainsi, des médicaments comme le Valium, le Tylenol 3 et le MS Contin, obtenus par vol ou fausse ordonnance sont revendus à des prix très élevés sur le marché illicite de Vancouver. Selon les données de la Cohorte OPICAN, les médicaments utilisés à des fins non médicales et obtenus de plusieurs sources (des *dealers* réguliers jusqu'au vol) portaient le plus souvent sur les benzodiazépines (36,2 %) ; suivies par le Tylenol 3/4 (32,5 %) ; le Percocet/percodan OxycodonePlus, acétaminophène ou ASA (16,2 %) et d'autres médicaments comme MS Contin, Tylenol 1 et autres, : 28,5 %.

Une étude comparative et longitudinale entre 7 villes (Vancouver, Edmonton, Toronto, Montréal, Québec, Fredericton et St-John), réalisée entre 2001 et 2005, a indiqué une diminution de l'usage de l'héroïne parmi les consommateurs d'opioïdes illicites, au profit de médicaments opioïdes

1. Ce numéro est disponible sur le site [www.drogues-sante-societe.org/vol7no1.php](http://www.drogues-sante-societe.org/vol7no1.php). Dirigé par Joseph Lévy, Christine Thoër et Janine Pierret, il présente des travaux réalisés par des chercheurs québécois et français.

# À DES FINS NON MÉDICALES T AU QUÉBEC



(hydromorphe, morphine, oxycodone). Les usages variaient significativement selon les villes.

Plusieurs recherches ont aussi mis en évidence la présence d'usages non médicaux de médicaments dans les régions du Canada. Dans les provinces atlantiques (Poulin, 2001) les réponses à un questionnaire anonyme auprès d'un échantillon d'élèves de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, indiquent que 8,5 % avaient eu recours à des stimulants non prescrits et ce, en association avec d'autres substances comme l'alcool, la cigarette ou le cannabis. L'usage non prescrit augmentait lorsque les élèves donnaient ou vendaient leurs médicaments à leurs camarades de classe, en particulier en Nouvelle-Écosse et au Nouveau Brunswick. En Ontario une étude auprès d'élèves de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année indique que 21 % des répondants (24 % des filles et 18 % des garçons) ont employé des médicaments opioïdes à des fins non médicales dans l'année précédente la recherche. On note une augmentation selon le niveau scolaire qui passe de 12 % à 24 % entre la 7<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> année, l'usage de l'Oxycotin doublant depuis 2005 (Centre for Addiction and Mental Health 2007). L'usage de cette substance semble aussi être répandu dans les provinces de l'Atlantique au point de justifier la création d'un groupe de travail sur cette question. Les travaux de ce groupe ont démontré une trop grande prescription de ce médicament et un détournement à des fins non-médicales, surtout chez les adolescents (Gouvernement de Terre-Neuve et Labrador, 2004).

D'autres recherches ont porté sur les conduites dopantes dans les différentes régions. Au Nouveau Brunswick (Tymowski et Somerville, 2002), une étude sur les attitudes et les comportements des élèves à l'égard des substances qui améliorent la performance dans les sports montre que pour une minorité de répondants l'usage des stéroïdes dans le sport est acceptable, mais la majorité est d'avis que la prise de stéroïdes est une décision personnelle. Sur le plan des conduites dans ce domaine, filles et garçons présentent des profils légèrement différents. Une minorité (2,3 %) a employé des stéroïdes et un pourcentage plus important, variant entre 4,3 % et 19,3 %, en moyenne des médicaments (stimulants, analgésiques, anti-inflammatoires, relaxants

musculaires, Ritalin) sans cependant faire la différence entre usages médicaux et non médicaux.

Au Québec, une étude sur 3 573 jeunes sportifs âgés de 10 à 20 ans (Hamman, 2002) réalisée par Valois, Buist, Goulet et Côté (2002) indique qu'une proportion importante d'entre eux, près de 26 % ont eu recours à l'une ou l'autre des formes de dopage, au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête, surtout sous la pression des entraîneurs ou des parents. Parmi les substances les plus populaires, les auteurs rapportent l'usage des antiasthmatiques en inhalateur (8 %), des décongestionnants comme le Sudafed (6 %) et des comprimés de caféine (4 %). L'intention de consommer, fortement associée à la consommation effective, est prédite par des facteurs facilitants comme le fait d'être assuré de faire partie de l'équipe canadienne et la norme sociale (perception de l'entourage quant à l'usage du dopage). D'autres facteurs comme l'obligation morale, les attitudes des répondants face à l'usage de ces produits et la pression de l'entourage pour augmenter le poids interviennent aussi sur l'intention d'utilisation.

L'usage des médicaments non prescrits à des fins sexuelles est aussi rapporté dans le cas du Viagra qui, selon une étude au Québec ciblant des homosexuels, serait utilisé par 8,6 % des répondants à des fins récréatives (Dumas et al., 2005) et viendrait s'ajouter à d'autres drogues. Ce type de détournement se retrouve dans le cas du méthylphénidate, un stimulant à la base du Ritalin et d'autres médicaments prescrits comme traitement du déficit d'attention et de l'hyperactivité. Comme le montre une étude menée auprès d'étudiants universitaires de McGill utilisant ce produit (Barrett, Darredeau, Bordy et Pihl, 2005), 70 % l'employaient à des fins récréatives et 30 % pour améliorer les résultats aux examens, en l'obtenant souvent d'un membre de leur entourage à qui il avait été prescrit. Ceux qui l'utilisaient de façon abusive rapportaient aussi le recours à d'autres substances prescrites ou en vente libre pendant leur vie, souvent simultanément avec d'autres drogues. L'usage détourné du Ritalin se retrouverait aussi chez plusieurs adolescents qui l'obtiendraient de leurs camarades de classe comme le suggère l'étude de Poulin (2001).

Les nouvelles technologies de communication, comme Internet, ne sont pas aussi sans avoir des répercussions sur l'accès aux informations sur les médicaments et les usages non prescrits. L'étude de Thoër et Mérineau (2008) sur un forum de *ravers* montre ainsi comment ces sites participent à la diffusion d'un savoir expérientiel, populaire et scientifique qui contribue à moduler les pratiques des usagers et à définir les contours de leur consommation.

Le recours aux médicaments à des fins non médicales semble donc constituer un problème émergent au Canada et au Québec. Des recherches interdisciplinaires à la fois plus générales et plus fines sont nécessaires pour dégager plus précisément les classes de médicaments qui sont détournées, employées de façon abusive ou qui donnent lieu à une dépendance. L'ampleur des pratiques et leurs significations en fonction des variables sociodémographiques et autres devraient aussi être étudiées. Les jonctions entre les réseaux touchant les drogues illicites et les médicaments à des fins non médicales et qui se retrouvent souvent utilisés en combinaison, donnant lieu à des formes de trafic complexe, demanderaient aussi à être mieux documentées. L'organisation de colloques et d'ateliers réunissant les intervenants en toxicomanie, les chercheurs provenant des disciplines concernées par cette problématique, les médecins, les pharmaciens et le corps policier pourrait aider à faire le point sur cette question dans les différentes régions du Québec et dégager des pistes de réflexion et d'action. À partir de celles-ci il serait possible de sensibiliser les différents acteurs institutionnels, provenant des organismes publics et parapublics dans le domaine de la santé et des affaires sociales. De ce partenariat pourrait découler la mise en place de stratégies de prévention adaptées à ce type de problèmes et le développement de modes d'intervention pour traiter les personnes qui abusent ou sont dépendantes de ces substances.

**Joseph Lévy**  
Professeur et chercheur,  
Grands travaux de recherche concertée  
sur la chaîne des médicaments.  
(CRSH), Département de sexologie,  
Université du Québec à Montréal.

Suite à la page 4



### Références :

- BARRETT, S.P., DARREDEAU, C., BORDY, L. ET PIHL, R.O. ( 2005). « Characteristics of methylphenidate misuse in a university student sample », *Canadian journal of psychiatry*, vol. 50, no 8, pp. 457-461.
- CENTRE CANADIEN POUR L'ÉTHIQUE DANS LE SPORT (1993). *Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport*. Rapport final. *CCES-PAPER\_National/school/Survey-F.pdf*. Consulté en novembre 2008.
- CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH. (2007). *Drug use among Ontario students 1977-2007*. <http://www.camh.net>. Consulté en Novembre 2008.
- DAVELUY, C., PICA, L., AUDET, N., COURTEMANCHE, R. ET LAPOINTE, F. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- DUMAS, J., OTIS, J., LÉVY, J.J., SEGUIN, C. ET COLL. (2005). *Évaluation de Rézo. Un programme interactif de prévention du VIH/sida sur Internet*. Rapport de recherche. Action Séro-Zéro et Département de sexologie. Université du Québec à Montréal.
- FISCHER, B., REHM, J., PATRA, J., & CRUZ FIRESTONE, M. (2006). « Changes in illicit opioid use across Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176 (11), p. 1385-1387.
- GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR (2004). *Rapport final du groupe de travail OxyContin*.
- HAMMAN.J.(2002). *Quand le sport n'est plus un jeu*. <http://www.scom.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2002/09.26/dopage.html>. Consulté en novembre 2008.
- HAYDON, E, REHM, J, FISCHER B, MONGA, N, ADLAF, E (2005). « Prescription drug abuse in Canada and the diversion of prescription drugs into the illicit drug market », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, no 6, p.459-461.
- POULIN, C. (2005). « Medical and nonmedical stimulant use among adolescents : from sanctioned to unsanctioned use », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, no 8, p.1039-1044.
- REHM,J. ET WEEKS, J. ( 2005). « Abus de médicaments d'ordonnance ». Dans *Toxicomanie au Canada, enjeux et options actuels*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 31-38.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS ( 2002). *Enquête sociale et de santé*. Outaouais, 1998. <http://www.santepublique-outaouais.qc.ca/app/DocRepository/12/Fiche22Consmedicaments.pdf>. Consulté en novembre 2008.
- SAJAN, A. CORNEIL, T. ET GRZYBOWSKI, S. (1998). « The street value of prescription drugs », *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 159, no2, p. 139-142.
- SPROULE, B. (2006). *Prévenir la consommation problématique des produits pharmaceutiques : survol et enjeux*. [http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS\\_PsychoPharma/SprouleRX\\_Abuse\\_National\\_Workshop\\_March20\\_FR.pdf](http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_PsychoPharma/SprouleRX_Abuse_National_Workshop_March20_FR.pdf). Consulté en novembre 2008.
- THOËR, C. ET MÉRINEAU, J. (2008). « Construction des savoirs relatifs aux médicaments détournés par les adolescents et les jeunes adultes. Étude exploratoire d'un forum de "ravers" ». Communication présentée lors du congrès de l'Association internationale de sociologie. Université McGill. Montréal, 14 mai 2008.
- TYMOWSKI, G., ET C. SOMMERVILLE ( 2002). *Attitudes et comportements des élèves du Nouveau-Brunswick à l'égard des substances qui améliorent la performance dans les sports*. Rapport final. Université du Nouveau-Brunswick.
- VALOIS, P., BUIST, A., GOULET, C. ET M. CÔTÉ (2002). *Étude de l'éthique, du dopage et de certaines habitudes de vie chez des sportifs québécois*. Québec. Secrétariat au loisir et au sport.

# TROIS CLÉS POUR RÉUSSIR VOS INTERVENTIONS

## La prise de contact, l'identification de votre zone d'inconfort et le rapport de confiance sont des outils précieux pour réussir vos interventions auprès de personnes toxicomanes.

L'intervention auprès de personnes blessées émotionnellement, comme les personnes toxicomanes, requiert une solidité et une maturité émotionnelles afin d'être à l'écoute et d'exprimer de l'empathie, sans se laisser prendre par ses propres émotions. Cela requiert également de créer et maintenir un lien puissant avec le client pendant toute la durée de l'intervention. Trois outils peuvent vous aider à développer ces qualités de solidité, de maturité ainsi qu'à créer ce lien fort.

### La prise de contact

Les premières secondes ou minutes d'une relation thérapeutique sont cruciales pour la création du lien avec le client. Si vous êtes sur le pilote automatique lors de la prise de contact, vous laisserez s'installer en vous des perceptions et des jugements subjectifs qui influenceront votre cueillette d'information et votre comportement. Ce n'est qu'en étant conscient de ce qui se passe en vous au moment de la prise de contact que vous pourrez diriger votre intervention en toute objectivité.

Cette prise de conscience se déroule en quatre étapes. La première étape est ce que vous percevez. Elle se joue lors de l'utilisation de vos sens pour obtenir de l'information visuelle, auditive ou kinesthésique sur le client. Votre perception est conditionnée par vos critères personnels c'est-à-dire vos filtres culturels ou éducationnels. Prenez conscience chez votre client de ce qui attire votre regard (sa démarche, son visage, son habillement...), de ce que vous écoutez (le son de sa voix, le bruit qu'il fait en se déplaçant...), et de ce que vous sentez (son odeur, la tension musculaire dans sa poignée de main...).

La deuxième étape est ce que vous ressentez. Les éléments que vous venez de percevoir suscitent en vous des émotions soit positives, soit négatives et d'intensités variables. Vous êtes à l'aise ou pas, vous avez confiance ou vous vous méfiez...

La troisième étape est ce que vous imaginez. Par exemple, l'émotion positive que vous ressentez vous rappelle une autre personne que vous aimez ou que vous n'aimez pas. Votre imagination peut vous faire porter des jugements négatifs sur votre client.

La quatrième étape est ce que vous faites. Vos scénarios imaginaires influencent votre façon de vous conduire. C'est ce qui fait que vous décidez d'aider ou non, d'être attentif ou distrait.

Ce que vous vivez intérieurement lors de la prise de contact va nécessairement transparaître dans votre langage non verbal et dans vos décisions. Il va sans dire que votre langage non verbal influencera l'attitude de votre client qui, pendant la prise de contact, aura à passer plus ou moins consciemment par les mêmes étapes que vous. D'où l'importance de porter attention à vos perceptions, émotions, pensées et comportements afin de les diriger pour établir une relation de qualité avec le client.

### La zone d'inconfort

Quoi faire si, pendant une prise de contact ou une intervention, vous ressentez un inconfort ? Au moment le plus approprié pour vous, prenez le temps d'explorer cet inconfort.

Les inconforts sont souvent reliés à des facteurs d'incompatibilité ou d'antipathie. Ces facteurs sont innombrables et varient considérablement d'une personne à une autre. En voici quelques-uns : l'apparence physique (grandeur, grosseur, tatouage, maquillage...), la tenue vestimentaire, la culture et l'éducation, le niveau de langage, la race, le sexe, les croyances et valeurs, les comportements et attitudes, l'âge, les handicaps physiques ou psychologiques.

Comprenez que votre réalité n'est pas la même que celle de votre client. Vous venez peut-être de milieux différents, vous avez vécu des expériences différentes.

Il est intéressant aussi d'analyser votre réaction devant ces différences. Votre réaction peut indiquer que vous êtes confronté à une limite personnelle ou à un interdit que vous vous imposez. Avez-vous peur de l'inconnu, de l'échec ? Vous percevez-vous comme non compétent ? Pensez-vous que votre client abuse de vous ?

Les antipathies peuvent aussi résulter d'une grande ressemblance entre vous et votre interlocuteur, ce qui engendre de la compétition. Par exemple, vous sentez-vous menacé du fait que votre interlocuteur est performant dans une même activité que vous ?

Cette exploration vous aidera à accueillir vos émotions sans en rendre responsable votre client.

## Le rapport de confiance

Maintenant que le contact est réussi et que les zones d'inconfort sont gérées, il est important d'établir un rapport de confiance avec votre client. Cela vous permettra de garder un bon lien pendant des discussions tendues ou émotives. Le rapport de confiance contribue à ce que votre client se sente accepté et écouté. Il lui donne envie de se confier et de partager avec vous ce qu'il vit sans crainte d'être jugé.

Établir un rapport de confiance signifie se synchroniser consciemment à l'autre, c'est-à-dire refléter subtilement certains détails de son langage ou comportement. Par exemple :

- faire un geste semblable à un des gestes de votre interlocuteur ou se synchroniser avec la vitesse de ses mouvements;
- se synchroniser à sa posture ; si l'autre est assis, s'asseoir ; ou croiser une jambe comme lui ;
- refléter ses opinions et idées tout en exprimant du respect pour elles ;
- utiliser un vocabulaire à la portée de l'autre ; utiliser quelques-uns des mots qu'il vient de prononcer ;
- ajuster sa voix aux caractéristiques de la voix du client : le volume, le ton, le débit, l'accent ;
- vérifier si sa respiration est superficielle ou profonde et tâcher de respirer de la même façon et à la même vitesse.

Se synchroniser à une personne ne revient pas à la singer ou faire le perroquet. Il s'agit seulement de refléter des éléments de sa communication verbale ou non verbale de manière subtile en évitant de se faire remarquer par elle. Ne reflétez pas plus de deux des éléments mentionnés ci-haut en même temps.

Après avoir reflété votre interlocuteur pendant quelques minutes, changez votre comportement. Par exemple, après avoir mimé un de ces gestes, initiez un nouveau geste. Si votre client vous suit, vous avez probablement réussi à établir votre rapport de confiance. Sinon, recommencez à refléter l'autre et refaites ce test quelques secondes plus tard.

Idéalement, il vaut mieux attendre d'avoir réussi à établir un rapport de confiance avant d'entrer dans le vif du sujet ou de l'intervention thérapeutique.

La pratique de ces trois outils vous aidera à rester présent à ce qui se passe à l'intérieur de vous afin de diriger votre communication verbale et non verbale pour créer un lien puissant avec votre client... si utile à la réussite de vos interventions !

**Sylviane Guillot,**  
Psychothérapeute

Conseillère en formation et animation  
formationsg@mediom.qc.ca

# LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : LA PRÉOCCUPATION PREND DE L'AMPLEUR !

Aucune quantité d'alcool n'est sûre, à aucun moment de la grossesse. Aussi, la Société canadienne de pédiatrie a formulé plusieurs recommandations afin que les médecins jouent un rôle clé dans la prévention et le diagnostic de l'alcoolisation fœtale. La Société s'est donné comme objectif l'abstinence d'alcool pour toutes les femmes enceintes et le diagnostic précoce pour réduire l'apparition de handicaps secondaires comme la toxicomanie ou les difficultés d'apprentissage.

Pendant longtemps lorsqu'on parlait de grossesse et d'alcool, on évoquait principalement les risques liés au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), ce qui amenait à se préoccuper d'une consommation relativement élevée d'alcool. Somme toute, malgré sa gravité, le phénomène ne semblait concerner qu'une proportion relativement faible de femmes enceintes.

Ces dernières années, on a observé une augmentation du nombre de recherches sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse (pas seulement la consommation chronique ou abusive) et sur le potentiel de morbidité lié à cette consommation sur les enfants à naître. Ainsi, la plus récente terminologie emploie l'expression « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF), terme générique pour décrire toute la gamme des anomalies liées à l'exposition fœtale à l'alcool. Il s'agit des « troubles neurologiques du développement liés à l'alcool » (TNDLA) ; des « anomalies congénitales liées à l'alcool » (ACLA) ; et du « syndrome d'alcoolisation fœtale » (SAF).

Une enquête réalisée en 1997 auprès des professionnels des soins de santé au Canada avait mis en évidence que 99 % d'entre eux avaient entendu parler du SAF et 94 % se sentaient aptes à identifier le syndrome, alors que seulement 57 % des ces professionnels avaient entendu parler de l'ETCAF. Pourtant, les individus exposés à l'alcool in utero qui ne

présentent pas d'anomalies de croissance ou d'anomalies cranio-faciales peuvent souffrir de déficiences psychosociales ou de troubles neuro-comportementaux qui les handicapent tout autant.

L'ETCAF est l'une des principales causes connues des troubles du développement au Canada. Aussi, la mise en place de mesures de prévention bien ciblées et efficaces est de première importance.

L'Agence de la santé publique du Canada recommande des objectifs de 4 niveaux :

- **1<sup>er</sup> niveau.** Sensibiliser et promouvoir la santé auprès du public en général en informant sur les risques de consommer de l'alcool pendant la grossesse et sur les endroits pour obtenir de l'aide.
- **2<sup>e</sup> niveau.** Faire du counselling auprès des femmes en âge de procréer.
- **3<sup>e</sup> niveau.** Offrir un soutien prénatal spécialisé pour rejoindre et aider les femmes les plus à risque. Certaines données indiquent d'ailleurs que les femmes professionnelles, vivant dans les villes, présentent des habitudes de consommation d'alcool particulièrement à risque en cas de grossesse.
- **4<sup>e</sup> niveau.** Donner un soutien postnatal aux mères qui ont des problèmes de consommation d'alcool.

**Marie-Thérèse Payre**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

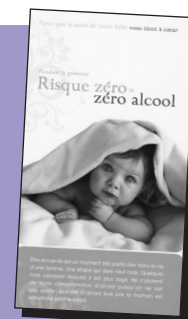
## Sources :

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2004). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale*. Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale : Résultats d'une enquête nationale. [http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index_f.html)
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *La prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : perspectives canadiennes*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/index-fra.php>

## Pendant la grossesse Risque Zéro=Zéro alcool

Dépliant produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Direction de la santé publique et de l'évaluation). Suite à la demande de plusieurs régions du Québec, une version est disponible afin que chaque région puisse inscrire les coordonnées de ses propres ressources à l'endos.

[http://www.santeestrie.qc.ca/sante\\_publicue/promotion\\_prevention/dependances/alcool\\_drogues.php](http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publicue/promotion_prevention/dependances/alcool_drogues.php)





# LA DÉPENDANCE À INTERNET: PROB

L'Internet et les jeux vidéo font maintenant partie de notre quotidien. En 2006, 68 % des foyers canadiens possédaient l'Internet et un nombre important de jeunes possédaient une ou deux consoles de jeux vidéo. Le site VG Chartz ([www.vgchartz.com/](http://www.vgchartz.com/)) estime à plus de 87 millions le nombre de Nintendo Ds vendu dans le monde, à 40 millions de PSP, à 37 millions de Wii et à 23 millions le nombre de XBOX 360. Cette frénésie pour les consoles de jeux ne prend pas en compte les quelques 500 000 adeptes des jeux en ligne communément appelés MMORPG (jeu de rôle en ligne massivement multijoueur) tels Everquest ou Sims. Devant cet engouement, parents, scientifiques et même les médias se questionnent : Est-ce que ces jeux sont dangereux ? Peuvent-ils conduire à une cyberdépendance ou à une dépendance à Internet ? Alors que Paris Match proposait en octobre dernier la cyberdépendance comme sujet d'actualité, on est en droit de se demander si la cyberdépendance est une problématique émergente ou une problématique virtuelle alimentée par une panique morale.

## La cyberdépendance : problème ou non ?

Bien que différentes recensions des écrits aient été publiées récemment (voir Vaugeois, 2006 ; Goyette et Nadeau, 2008) sur la cyberdépendance, l'existence même du concept est loin de faire l'unanimité. Alors que plusieurs voix s'élèvent pour que la dépendance à l'Internet soit incluse dans le DSM-V (Block, 2008), et que d'autres s'interrogent sur les critères à adopter pour diagnostiquer une telle dépendance (Beard & Wolf, 2001), certains contestent l'idée même que l'usage excessif de l'ordinateur, des jeux vidéo ou de l'Internet soit intégré dans la grande famille des addictions (Wood, 2008a ; 2008b ; Blaszczyński, 2008). De fait, une bataille entre scientifiques spécialistes des dépendances sans substances était présente en septembre 2008 dans le journal « *International Journal of Mental Health and Addiction* ». Au cœur de la controverse, on retrouve la sévérité des conséquences pouvant être occasionnées par une utilisation excessive d'Internet ou des jeux vidéo. De fait, selon les auteurs, la question de fond est de se demander si les jeux vidéo ont des conséquences d'intensité semblables à celles que peut éprouver une personne dépendante d'une substance. Pour le Dr Wood, les conséquences souvent rapportées par les joueurs de jeux vidéo telles les pertes de temps et la fatigue ne sont pas comparables à celles éprouvées par les joueurs compulsifs par exemple. En fait, ce der-

nier allègue que la cyberdépendance n'est pas une pathologie, mais relèverait plutôt d'une mauvaise gestion de son temps ou encore d'une comorbidité préexistante (Wood, 2008). Pour sa part, Blaszczyński (2008) se questionne sur l'importance de la perte de contrôle, concept central à la dépendance. Selon lui, les joueurs de jeux vidéo, communément appelés *gamers* n'auraient pas perdu le contrôle complet de leur vie. D'autres auteurs tels Griffiths et Block n'abondent pas en ce sens. Ils font remarquer que certains *gamers* rapportent des problèmes significatifs au niveau de leur santé et même des problèmes d'obésité. Les parents ou conjoints de ces joueurs sont aussi inquiets et rapportent des conséquences importantes notamment des problèmes de socialisation et des problèmes familiaux ou de couple. Bref, en 2008, il n'existe aucun consensus quant à l'existence même de ce concept, et ce, malgré une littérature scientifique de plus en plus abondante.

Malgré cette controverse, Goyette et Nadeau (2008) ont défini la cyberdépendance aussi appelée parfois « utilisation pathologique d'Internet » ou encore « dépendance à Internet » ou encore « utilisateur problématique d'Internet » : « L'utilisation multiple d'application d'Internet dont l'usage deviendrait une conduite difficilement contrôlable, créant des difficultés fonctionnelles et/ou une souffrance cliniquement significative » (Goyette et Nadeau, 2008). D'autres auteurs ont adapté les critères de la dépendance aux substances (voir travaux de Griffiths) ou encore les critères du jeu pathologique (voir travaux de Young) pour définir objectivement la cyberdépendance. Ainsi, Griffiths (2007) propose six critères devant servir à cerner les dépendances comportementales : prépondérance de l'activité dans la vie sociale ; modification significative de l'humeur pendant la pratique de l'activité ; tolérance à l'activité (plus de temps passé à jouer pour obtenir les mêmes bienfaits) ; symptômes de sevrage ressentis lors d'un arrêt de l'activité ; conflits émergents dans plusieurs domaines de la vie suite à la pratique de l'activité ; rechute lors d'une tentative d'arrêter ou de ralentir la pratique de l'activité. Cependant, quelle que soit la définition utilisée, l'objet de la cyberdépendance demeure flou et équivoque. Certains parleront de cyberdépendance lorsque l'activité fera référence à la visite des sites Internet, d'autres feront référence au *gaming*, d'autres au fait de clavarder « chater » et enfin, d'autres feront référence à la visite de site pornographique. Afin de clarifier légèrement le concept, les auteurs s'entendent pour dire que les sites Internet liés à la pornographie ne relèvent pas de la cyberdépendance, mais bien des

paraphilies (voyeurisme, pédophilie, etc.). Quant aux visites de site Internet, très peu d'études se sont intéressées spécifiquement à cette activité. Cette activité relèverait peut-être plus du domaine de la « perte de temps » que de la dépendance. Enfin, la très grande majorité des études dans le domaine de la cyberdépendance s'est concentrée sur les activités des jeux en ligne, c'est-à-dire, les *gamers* jouant aux MMORPG.

## Qui sont les gamers ?

Les *gamers* sont nombreux chez les adolescents et les adultes. Heureusement, la majorité d'entre eux jouent sans perdre le contrôle (Griffiths, 2007). Cependant, il est vrai que les jeux en ligne sont passionnants et que la personne a tendance à y passer trois à quatre fois plus de temps que si elle jouait à des jeux vidéo réguliers (consoles, jeux d'ordinateur individuels, arcade) (Smyth, 2007 ; Ng & Wiemer-Hastings, 2005).

Si l'on tente de tracer un portrait des *gamers* et d'aller au-delà des préjugés, on constate que ces joueurs sont majoritairement des hommes, intelligents, accomplis et se considérant souvent comme incompris (Griffiths, 2004, 2007 ; Grüsser et coll., 2007 ; Ng & Wiemer-Hastings, 2005 ; Willoughby, 2008). En fait, les hommes seraient particulièrement attirés par ces jeux qui sont conçus pour eux et qui véhiculent des images masculines fortes. De surcroît, les hommes sont plus encouragés à exprimer leur agressivité, et possèdent plus d'habiletés spatiales et visuelles que les femmes (Griffiths, 2007). Par contre, il semble que les femmes se laissent graduellement entraîner dans la culture du *gaming*, la nature interactive des jeux collectifs en ligne leur convenant parfaitement (Cole & Griffiths, 2007).

Alors que l'on dépeint souvent les joueurs comme étant des adolescents, les résultats d'une étude scientifique réalisée auprès de *gamers* d'Everquest nous révèlent plutôt que la moyenne d'âge est de 28 ans et que ces personnes sont très éduquées, 34 % détenant un diplôme universitaire. Chez ces *gamers*, la moyenne de temps passé à jouer est de 25 heures par semaine chez les adultes, mais de 50 heures/semaine chez les adolescents. Cette grande différence entre le nombre d'heures est probablement attribuable au fait que les adolescents ont beaucoup plus de temps libre que les adultes. Enfin, parmi les joueurs d'Everquest, 80 % d'entre eux affirment avoir négligé un aspect de leur vie (vie sociale, amoureuse ou familiale, sommeil, travail, éducation) afin de consacrer plus de temps au jeu.

Comprendre les motivations qui amènent les personnes à jouer est très important

# ÉMATIQUE VIRTUELLE OU RÉELLE ?

et devrait être une des priorités pour les parents et pour les intervenants. Selon les recherches s'intéressant aux motivations pour commencer à jouer, le désir d'impressionner ses amis, l'accomplissement (relever des défis et devenir puissant), le désir de rencontrer d'autres personnes (les interactions avec les joueurs), l'immersion (identification aux personnages et au monde fantastique), le manque d'activités et la régulation des émotions seraient des motivations importantes (Griffiths, 2007 ; Wang et coll., 2007). En fait, contrairement au préjugé du joueur isolé, la dimension interactive semble être un motivateur crucial. Trente-cinq pour cent des joueurs d'*Everquest* disent préférer l'aspect social du jeu (Griffiths et coll., 2004a). Selon une autre étude, presque la moitié des joueurs de *World of Warcraft* croit que leurs amis virtuels sont comparables à leurs amis réels, quoiqu'ils soutiennent que leurs amis réels sont plus dignes de confiance (Cole & Griffiths, 2007). Cole et Griffiths (2007) révèle aussi que 39 % des joueurs disent discuter avec leurs amis virtuels de sujets « chauds », qu'ils ne souhaiteraient pas aborder avec leurs proches. Les relations en ligne semblent offrir un environnement sûr aux joueurs qui hésitent à se révéler. L'anonymat et l'invisibilité apparaissent comme deux conditions favorisant la désinhibition (Wan & Chiou, 2006 ; Cole & Griffiths, 2007). Les *gamers* considèrent donc l'univers virtuel comme un espace de liberté et d'exploration propre à tisser des liens. Bref, le monde virtuel et même l'ensemble du monde des jeux renferment plusieurs avantages. Afin de permettre à ces jeunes de dépasser les avantages du monde virtuel et de les intégrer dans le monde réel, il devient donc important pour les parents et les intervenants de bien comprendre les motivations complexes de *gamers* et de ne pas minimiser les avantages perçus.

## Qui sont les cyberdépendants ?

Compte tenu la controverse en ce qui a trait au diagnostic de la cyberdépendance et à l'objet d'étude (visite de sites Internet, jeux interactifs, clavardage, etc.), il s'avère impossible de dire avec précision la prévalence de ce problème. Cependant, plusieurs études s'entendent pour déterminer que l'usage des jeux vidéo devient problématique lorsque le temps passé à jouer dépasse une trentaine d'heures par semaine (Thalemann et coll., 2007 ; Griffiths, 2007 ; Beard & Wolf, 2001). On parlerait d'un usage extrême lorsque le temps est de 60 heures par semaine (Beard & Wolf, 2001). Selon Grüsser et coll. (2007), il existerait entre 2 et 12 % de personnes dépendantes d'Internet.

Ce grand écart dans les proportions serait attribuable aux nombreux problèmes méthodologiques des études, mais aussi aux différentes populations étudiées. Les deux études auprès des jeunes les plus robustes rapportent pour leur part une prévalence de près de 2 % chez les garçons et de 1,4 % chez les filles (Kaltiala-Heino et coll., 2004 ; Johansson et al., 2004).

Voici quelques indices permettant de reconnaître un dépendant à Internet. Le fait que les jeux vidéo deviennent le point central de la vie des joueurs est souvent considéré comme le signe d'un usage excessif (Wan & Chiou, 2006). Pour certains thérapeutes, le « capharnaüm » régnant dans la chambre du joueur (signe d'envahissement) est aussi un indice précieux d'une perte de contrôle (Crockette-Krokar, 2008). Pour le Dr Rocher (2008), les cyberdépendants seraient des personnes repliées sur elles-mêmes, avec peu de relations sociales, des résultats scolaires diminués, de la souffrance et de la tristesse, parfois de l'agressivité, mais surtout, avec une impression de ne pas être en mesure d'arrêter de jouer. D'autres études soulignent la haute prévalence de comorbidité chez les cyberdépendants (Chak et Leung, 2004). Par ailleurs, les principales motivations des joueurs seraient la fuite de la solitude, de l'ennui ou du stress (« emotional coping »), la fuite de la réalité, et le besoin d'excitation et de défi (Wan et Chiou, 2006). Selon Wan et Chiou (2006), il semble se tisser une relation compensatoire entre le « moi » réel et le « moi » virtuel, permettant aux cyberdépendants de combler de manière artificielle les manques ou les échecs de leur vraie vie. Par conséquent, le cyberdépendant vivrait donc plusieurs conséquences négatives importantes suite à ses activités sur Internet.

## Avenues pour le traitement

La littérature scientifique s'intéressant au traitement des cyberdépendants est non seulement rare, mais aussi pleine de lacunes. En fait, présentement, il n'existe aucune meilleure pratique pour aider les cyberdépendants. Cependant, différents thérapeutes proposent des pistes de réflexion. Pour le Dr Rocher de Nantes (France), la cyberdépendance serait un trouble transitoire. Une intervention de quelques séances serait souvent suffisante pour traiter le trouble. Lors de ces séances, il axe ses interventions sur la gestion du temps, sur la relation avec les parents ainsi que sur les manques que vient combler l'Internet. Pour sa part, la doctoresse Croquette-Krokar en Suisse (2008) propose un traitement alliant séance individuelle avec thérapie familiale. Elle considère très important que le parent arrête de

diaboliser l'Internet et les jeux. Cette diabolisation crée souvent un fossé entre les générations et permet souvent de cacher des problèmes relationnels avec le jeune. Pour cette équipe soignante, l'objectif est le retour à l'école, la diminution de l'anxiété et le contrôle des stratégies d'évitement. Pour ce faire, l'intervenant doit identifier les sources d'insatisfaction et comprendre les motivations de cet usage excessif. En fait, le thérapeute doit découvrir quels sont les manques qui ont amené à ce comportement. Ensuite, les parents et le jeune doivent développer des stratégies pour la gestion du temps et s'entendre sur une charte familiale. À cet effet, elle suggère de s'entendre sur une banque d'heures par semaine pendant laquelle le jeune peut jouer et non pas sur le nombre d'heures par jour (arrêter de jouer en plein milieu d'une partie étant trop frustrant). Enfin, cette équipe travaille aussi le développement de réseaux sociaux.

En conclusion, existe-t-il des cyberdépendants ? Il est clair que des personnes souffrent suite à leur utilisation d'Internet. Est-ce un trouble méritant l'appellation de dépendance ? D'autres recherches devront être faites afin de clarifier l'objet d'étude, ses conséquences et, bien entendu, ses critères diagnostiques. Une chose est cependant claire, ce sujet d'actualité prendra assurément de l'essor dans les années à venir. L'équipe du service de toxicomanie se fera un devoir de vous tenir au courant des développements dans ce dossier intéressant.

Magali Dufour, PH.D.  
Marie Parent, B.A.

## Références :

- BEARD, KEITH W. & WOLF, EVE M. (2001). « Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction », *CyberPsychology & Behavior*, 4 (3), 377-383.
- BLASZCZYNSKI, A. (2008). *Commentary: A Response to "Problems with the Concept of Video Game "Addiction": Some Case Study Examples"*, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 179-181.
- BLOCK, JERALD J. (2008). « Issues for DSM-V: Internet Addiction », *American Journal of Psychiatry*, 165 (3), 306-307.
- CHAK, K. & LEUNG, L. (2004). « Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use », *CyberPsychology & Behavior*, 7 (5), 559-570.
- CHIOU, W. B. & WAN, C. S. (2007). « Using Cognitive Dissonance to Induce Adolescents' Escaping From the Claw of Online Gaming: The Roles of Personal Responsibility and Justification of Cost », *CyberPsychology & Behavior*, 10 (5), 663-670.
- COLE, H. & GRIFFITHS, M. D. (2007). « Social Interactions in Massively Multiplayer Online Role-Playing Gamers », *CyberPsychology & Behavior*, 10 (4), 575-583.



- CROQUETTE-KROKAR, M. (2008). *Programme thérapeutique pour les adolescents présentant une addiction aux jeux vidéo : trois ans d'expérience à la Fondation Phénix à Genève*. Présentation au 2<sup>ème</sup> Symposium international : « Prévention et traitement du jeu excessif dans une société addictive », Lausanne, Suisse.
- GOYETTE, M. ET NADEAUL, L. (soumis). « Une utilisation pathologique d'Internet : Une intégration des connaissances ». *Addictologie*.
- GRIFFITHS, M. D., DAVIES, M. N. & CHAPPELL, D. (2004a). « Demographic Factors and Playing Variables in Online Computer Gaming », *CyberPsychology & Behavior*, 7 (4), 479-487.
- GRIFFITHS, M. D., DAVIES, M. N. & CHAPPELL, D. (2004b). « Online Computer Gaming: A Comparison of Adolescent and Adult Gamers », *Journal of Adolescence*, 27 (1), 87-96.
- GRIFFITHS, M. D. (2007). « Videogame Addiction: Fact or Fiction? » In WILLOUGHBY, T. & WOOD, E. *Children's learning in a digital world*, Oxford, Blackwell Publishers, p. 86-103.
- GRIFFITHS, M. D. (2008). « Videogame Addiction: Further Thoughts and Observations. » *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 182-185.
- GRÜSSER, S. M., THALEMANN, R. & GRIFFITHS, M. D. (2007). « Excessive Computer Game Playing: Evidence for Addiction and Aggression? » *CyberPsychology & Behavior*, 10 (2), 290-292.
- NG, B. D. & WIEMER-HASTINGS, P. (2005). « Addiction to the Internet and Online Gaming », *CyberPsychology & Behavior*, 8 (2), 110-113.
- ROCHER, B. (2008). *Les addictions aux jeux vidéo : aspects cliniques et diagnostics*. Présentation au 2<sup>ème</sup> Symposium international : « Prévention et traitement du jeu excessif dans une société addictive », Lausanne, Suisse.
- SMYTH, JOSHUA M. (2007). « Beyond Self-Selection in Video Game Play: An Experimental Examination of the Consequences of Massively Multiplayer Online Role-Playing Game Play », *CyberPsychology & Behavior*, 10 (5), 717-727.
- VAUGEOIS, P. (2006). *La cyberdépendance, fondements et perspectives*. Publié par le centre Québécois de lutte aux dépendances, 32 pages.
- WAN, C. S. & CHIOU, W. B. (2006). « Why Are Adolescents Addicted to Online Gaming? An Interview Study in Taiwan », *CyberPsychology & Behavior*, 9 (6), 762-766.
- WAN, C. S. & CHIOU, W. B. (2007). « The Motivations of Adolescents Who Are Addicted to Online Games: A Cognitive Perspective », *Adolescence*, 42 (165), 179-197.
- WILLOUGHBY, T. (2008). « A Short-Term Longitudinal Study of Internet and Computer Game Use by Adolescent Boys and Girls: Prevalence, Frequency of Use, and Psychosocial Predictors », *Developmental Psychology*, 44 (1), 195-204.
- WOOD, R. T. A. (2008a). « Problems with the Concept of Video Game "Addiction": Some Case Study Examples », *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 169-178.
- WOOD, R. T. A. (2008b). « A response to Blaszczynski, Griffiths and Turners' Comments on the Paper "Problems with the Concept on Video Game 'Addiction': Some Case Study Examples" », *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 191-193.
- YOUNG, K. S. (1998). *Caught in the Net*, New York, John Wiley & Sons, Inc.

# TOXICOMANIE ET

Ma réflexion clinique émane d'une pratique en tant que psychologue au sein d'une unité d'hospitalisation pour personnes souffrant de dépendances<sup>1</sup> mais aussi d'une recherche doctorale sur le thème du comportement alimentaire mère-enfant (Ménard, 2004). Face aux comorbidités diverses (troubles anxieux, de l'humeur, de personnalité, polytoxicomanies, troubles du comportement alimentaire), il est admis que la concomitance de plusieurs dépendances existe et qu'elle est un facteur de risque supplémentaire d'un pronostic souvent défavorable.

**Glucides :** composant fondamental de la matière vivante, constitué de carbone, d'hydrogène et d'oxygène jouant dans l'organisme un rôle énergétique (Larousse, 2009).

Des chercheurs de l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) ont pu établir un lien évident entre une alimentation malsaine et la consommation d'alcool ou d'autres drogues (Schmid, 2001) : l'alcool, en plus d'être calorique, influence le métabolisme. La prise de poids suite à l'installation de l'abstinence, peut s'expliquer en partie par le manque de glucide contenu dans l'alcool, compensé par une alimentation anarchique (sucreries, consommation excessive de café et/ou de boissons gazeuses).

« Parallèlement à une augmentation de l'appétit et du poids existent fréquemment des comportements de grignotage, d'hyperphagies ou encore de pulsions alimentaires, évoquant des formes mineures de troubles du comportement alimentaire. » (Schlienger et Simon, 2001 In : 2<sup>e</sup> conférence de consensus de la Société Française d'Alcoologie).

Les études portant sur l'analyse des conduites alimentaires des personnes dépendantes se sont le plus souvent centrées sur l'aspect quantitatif de l'alimentation négligeant les perturbations qualitatives. Criquillion-D. (1993) évoque l'importance de prendre en compte le côté qualitatif de l'alimentation. Souvent l'irrégularité dans la prise de repas, les horaires variables, le fractionnement des prises alimentaires, la sélection de certaines catégories d'aliments découlant d'idées irrationnelles concernant les besoins physiologiques ou la perception de leur image corporelle.

Le NEDIC (National Eating Disorder Information Centre) estime que 90 % des femmes à travers le Canada sont insatisfaites de leur image du corps, que 80 % ont déjà suivi un régime amaigrissant à l'âge de 18 ans et qu'environ 15 % ont des symptômes d'un trouble de comportement alimentaire. Chez les hommes, ce même phénomène va en

augmentant depuis une dizaine d'années. Au Québec, les troubles alimentaires touchent près de 75 000 personnes. Une étude effectuée en Ontario (Jones et al., 2001) démontre que 27 % des jeunes filles entre 12 et 18 ans ont des comportements alimentaires anarchiques et des problèmes de poids. Un adolescent sur quatre a déjà fait un régime à l'âge de 14 ans.

## Bref historique

Dès le X<sup>e</sup> siècle, nous trouvons des traces de la description de l'anorexie mentale. Richard Morton (1689), au XVII<sup>e</sup> siècle est reconnu pour avoir fait la première description de l'anorexie, qu'il nomme « *phthisie nerveuse* » ou « *consommation nerveuse* ». Au XIX<sup>e</sup> siècle, grâce à Lassègue (1873) en France et à Gull (1874) en Angleterre, apparaissent les premières classifications de cette pathologie. Simmonds (1914) ouvre la voie à la pathogénie endocrinienne en découvrant la cachexie hypophysaire (amaigrissement avec insuffisance endocrinienne). Les signes cliniques de l'anorexie sont attribués à un panhypopituitarisme (insuffisance de l'ensemble des glandes périphériques sous contrôle de l'hypophyse et des métabolismes correspondants), le comportement d'anorexie considéré comme étant d'importance secondaire. Les thèses des psychiatres et des endocrinologues oscillent entre origine psychique et origine endocrinienne.

**Anorexie mentale :** Affection psychiatrique touchant surtout l'adolescente, caractérisée par un refus plus ou moins systématique de s'alimenter et souvent liée à une confusion inconsciente entre faim et désir sexuel. (Larousse, 2009)

Avant Russel (1979) la boulimie était décrite comme étant le phénomène inverse de l'anorexie. Nous savons aujourd'hui que c'est une entité à part entière. La difficulté avec la boulimie réside dans le fait que les critères ne cessent de fluctuer.

**Boulimie :** Trouble psychique caractérisé par des accès de faim incoercible avec absorption de grandes quantités de nourriture pouvant être suivies de vomissements provoqués (Larousse, 2009)

## Troubles alimentaires (TCA) en question

La recrudescence des désordres alimentaires qualifiés de mineurs ou de troubles subcliniques, pose la question de l'instabilité terminologique, de la fluctuation des critères diagnostiques, mais aussi de ce que l'on qualifie de normalité alimentaire (Le Barzic, 2000). Nous tentons de décortiquer et différencier ces troubles en sous-catégories en omettant que celles-ci font toutes partie à plus ou moins grande échelle, d'une même

1. Clinique Castelvial [www.clinique-castelvial.fr](http://www.clinique-castelvial.fr)



# COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

entité : frénésie alimentaire, grignotage pathologique (Rigaud, 2000) ou même choco-lomanie (Criquillion-Doulet, 1995) sont souvent accompagnés de comportements compensatoires tels que l'exercice à outrance, la prise de laxatifs, la restriction alimentaire, les vomissements et autres.

Le terme de boulimie existait dans l'Antiquité c'est un dérivé du grec « *bous* », le bœuf et « *limos* », la faim. Il apparaît dans les textes classiques et les traités médicaux ou théologiques. Sa signification est constante : état pathologique de voracité culminant dans l'ingestion d'une quantité excessive de nourriture.

Historiquement, les données disponibles concernant la boulimie ne sont pas aussi documentées que celles concernant l'anorexie mentale. Le premier cas rapporté semble être celui de Friderada, par un moine au IX<sup>e</sup> siècle (Habermas, 1986). Les descriptions de ce syndrome apparaissent véritablement seulement à partir des années 1930 (Fischler, 2001).

La première reconnaissance internationale du trouble boulimique a eu lieu en 1980 avec son inscription dans le DSM-III. Ce phénomène émerge à un moment où la société occidentale vit sous le signe de l'abondance alimentaire et de la surconsommation. Plusieurs études cliniques et épidémiologiques ont ensuite permis une reconsidération des critères diagnostics, dans leur pertinence et leur validité, que l'on retrouve aujourd'hui dans le DSM-IV-TR et la CIM-10.

## Troubles concomitants

De nombreuses études ont été consacrées aux relations entre les troubles du comportement alimentaires, particulièrement, la boulimie, et l'alcoolisme ou la toxicomanie (Adès et Rondépierres, 1989; Bayle et al., 1996; Bulik et coll., 1992; Fairburn et Wilson, 1993; Hatsukami, 1984; Holderness et al., 1994; Luce, 2007; Mitchell, 1985; Redgrave et al., 2007; Wiederman, 1996).

Par contre, peu de recherches se sont intéressées au comportement alimentaire chez les personnes alcooliques ou toxicomanes (Asli et al., 1995; Beary et al., 1986; Jones et al., 1985; Stanzione et coll., 2005; Shuckit et al., 1996). Pourtant, une étude effectuée auprès de personnes qui fréquentaient un centre de traitement de l'alcoolisme pour la première fois, 7 % répondaient aux critères de l'anorexie mentale et 7 % également à ceux de la boulimie (Peveler et Fairburn, 1990). Une recherche auprès de cocaïnomanes a révélé que 32 % correspondaient aux critères du DSM-III pour ce qui est de l'anorexie mentale, de la boulimie ou des deux. Moins de 1 % d'hommes et 4 % de femmes répondaient aux critères de l'anorexie mentale alors que 20 % d'hommes et 23 % de femmes répondaient à ceux de la boulimie (Sutherland et al., 1993).

D'un point de vue clinique, l'histoire de vie des personnes toxicomanes révèle souvent qu'ils souffrent ou ont souffert de troubles du comportement alimentaire (primaires ou secondaires) à la toxicomanie : anorexie mentale (10 %), boulimie (20 %), troubles sub-cliniques, parfois identifiés depuis l'adolescence voire l'enfance (Beary et al., 1986; Peveler et Fairburn, 1990). Ces propos sont appuyés par la deuxième conférence de consensus de la Société Française d'Alcoologie (mars 2001) qui estime que les troubles du comportement alimentaire préexistants sont, pour la boulimie, de l'ordre de 12 à 20 %, avec majoration des troubles au cours de la période d'abstinence. Les auteurs de cette conférence émettent des recommandations claires à ce sujet : des conseils diététiques, une aide psychothérapeutique et un traitement médicamenteux s'il y a lieu (Schlienger et Simon, 2001; Stanzione et coll., 2005).

Les cliniciens qui œuvrent dans le système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie doivent donc être sensibilisés à l'importance du dépistage précoce de ces troubles associés et ne pas considérer systématiquement l'amaigrissement comme un signe secondaire de la consommation de produits. Il importe de porter une attention particulière au dépistage des troubles de l'alimentation chez les hommes. Un nombre croissant d'études (Courbasson et al., 1999; Jonas, 1989) ont permis d'observer des taux plus

Régulièrement en rencontre, certains patients font état d'alternance de dépendances témoignant en quelque sorte d'un équilibre entre comportement toxicomaniaque et alimentaire.

Dans une étude on souligne que « la fréquence incontestable de l'association entre boulimie, toxicomanie et/ou conduites addictives rend nécessaire la recherche systématique de ces comportements chez les personnes boulimiques » (Bulik, 1987, in Adès et Rondépierre, 1989)

Autres dépendances : Tabac  
Jeu pathologique  
Sexualité compulsive  
Dépendance affective  
Cyberdépendance  
Sport excessif  
Ergomanie  
Etc.

élevés de troubles de l'alimentation chez les hommes qui présentent des problèmes de consommation de substances. Les troubles de l'alimentation étant généralement considérés comme des troubles propres aux femmes, il y a plus de probabilité qu'on les néglige chez les hommes. On a, par exemple, observé que les cliniciens attachent plus d'importance à l'investigation des symptômes des troubles de l'alimentation chez les femmes minces que chez les hommes minces (Santé Canada, 2002).

## Pistes d'intervention prometteuses

Sensibiliser les personnes à leur alimentation, particulièrement dans leur rapport avec la nourriture, permet de leur faire prendre conscience de leur comportement de dépendance et de la manifestation de ce comportement au travers de concomitances autre que la toxicomanie (sports à outrance, jeux de hasard et d'argent, drogues).

Une telle démarche implique de prendre en compte la singularité du comportement alimentaire de chaque sujet. L'intérêt n'est donc plus centré sur l'étiologie mais sur le vécu quotidien d'une personne souffrant de dépendance et sur l'exploration du comportement alimentaire articulé à l'histoire de vie de la personne dépendante.

Dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, nous avons tenté de sensibiliser les patients hospitalisés pour sevrage entre autre à leur comportement alimentaire et le lien de dépendance possible associé à la toxicomanie et par le fait même à d'autres dépendances comme le jeu pathologique par exemple.

En collaboration avec l'équipe soignante d'une clinique privée de Toulouse en France (clinique Castelviel), l'expertise d'une pédagogue (Nouveau-Brunswick) et d'un « coach » organisationnel (Québec) nous avons développé l'atelier « Du mouvement dans ma vie © ».

On y aborde des thèmes développant le mouvement et sollicitant l'évolution pour le patient, de la connaissance de soi et de la conscience de son potentiel interne au travers de :

1. l'observation de son comportement (sensibilisation au comportement alimentaire, travail des cinq sens)
2. la réappropriation de son image corporelle (exercices physiques, techniques

Atelier « Du mouvement dans ma vie © »  
Cinq thèmes :  
1. Entrez dans le mouvement  
2. Devenez énergique  
3. Prenez conscience de votre corps  
4. Stimulez votre potentiel  
5. Optimisez le mouvement

Suite à la page 10

de respiration, approche de certaines médecines alternatives)

3. la recherche de solutions adaptées (dédratisation par l'humour)
4. l'acquisition de nouvelles stratégies dans le but d'orienter sa vie vers l'équilibre (expression artistique)

L'atelier offre des outils concrets à la personne dépendante favorisant la création d'un projet de vie réaliste et le maintien de l'abstinence. Le premier atelier invite les participants à observer leur comportement alimentaire et lors du troisième atelier, nous approfondissons à l'aide d'un questionnaire qualitatif intitulé : « *Quel est mon rapport avec la nourriture ?* » Cet outil d'évaluation a été développé dans le cadre d'une thèse de doctorat portant plus particulièrement sur le comportement alimentaire mère-enfant (Ménard, 2004).

Le comportement alimentaire anarchique est un facteur de vulnérabilité supplémentaire pouvant avoir des conséquences négatives sur le pronostic de rétablissement. L'apparition d'un désordre alimentaire peut être évitée par l'exploration systématique de la sphère alimentaire et du rapport avec la nourriture.

En tant que professionnel nous mettons souvent l'accent sur le trouble que nous connaissons le mieux. De là l'importance de travailler en transversalité avec des spécialistes d'approches complémentaires aux nôtres. Après maintes et maintes recherches dans la littérature, nous constatons qu'il n'existe pas actuellement d'approche privilégiée dans le traitement de personnes présentant simultanément ces dépendances comportement alimentaire-toxicomanie.

L'évaluation empirique d'une approche intégrée en est donc aux balbutiements. Nous savons que ne pas tenir compte des deux troubles risque de réduire l'efficacité globale du traitement. D'où la pertinence d'aborder le traitement conjointement en privilégiant une approche à la fois médicale, comportementale et psychologique.

#### Objectifs du questionnaire :

1. Permettre au patient d'identifier les sphères alimentaires dans son histoire de vie (alimentation, aspect émotionnel, rapport au corps) au travers des relations alimentaires familiales entretenues depuis l'enfance ainsi que celles avec ses propres enfants.
2. Appréécier les aspects cliniques, qualitatifs associés au comportement alimentaire.
3. Identifier la présence d'une alimentation déséquilibrée voire compensatrice du produit.

**Jessica Ménard,**  
Clinicienne  
Docteur européen en psychopathologie,  
Les Équipes Caissie-Ménard Inc.



#### Références :

- ADÈS, J., & RONDEPIERRES, C. (1989). Toxicomanie et TCA. *Psychologie Médicale*, 21(12), 1785-1789.
- BULIK, C.; SULLIVAN, P.F.; EPSTEIN, L.H.; MCKAYE, W.H.; DAHL, R.E.; WELTZIN, T.E. (1992). Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 3, 213-225.
- COURBASSON, C. M. A., SMITH, P. D., & CLELAND, P. A. (1999). *Eating Disorders in Men and Women with Substance Abuse Problems*. (Unpublished Manuscript). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- CRIQUILLION-DOUBLET, S. (1993). Goût, préférence et comportement alimentaire : La diversification, facteur thérapeutique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41, 5-6, 329-340.
- ECKERT, E. D., GOLDBERG S. C., HALMI, K. A., CASPER, R. C., & DAVIS J. M. (1979). Alcoholism in anorexia nervosa. In R. W. Pickens & L.L. Heston. (Eds.), *Psychiatric Factors in Drug Abuse*. New York: Grune & Stratton.
- FISCHLER, C. (2001). *L'omnivore*. Paris: Odile Jacob.
- GUILBAUD, O., CORCOS, M., CHAMBRY, J., PATERNITI, S., FLAMENT, M., & JEAMMET, PH. (1999). Vulnérabilité psychosomatique et troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico Psychologiques*, 157(6), 390-401.
- LE BARZIC, M. (2000). Troubles du comportement alimentaire ou comportement alimentaire troublé ? In Guy-Grand, B.; Bertièrre, MC.; Soustre, Y., *Femmes et Nutrition. Actualités et implications pratiques*, CERIN Symposium, 174-191.
- LUCE, K.; ENGLER, P.A.; CROWTHER, J.H. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behaviors*, 8, 2, 177-184.
- MÉNARD, J. (2004). *Étude rétrospective de la relation alimentaire mère-enfant: Limites et perspectives*. Thèse de doctorat en psychopathologie. Université de Toulouse 2 – Le Mirail, décembre.
- PEVELER, R., & FAIRBURN, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85, 1633-1638.
- REDGRAVE, G.W.; COUGHLIN, J.W.; HEINBERG, L.J.; GUARDA, A.S. (2007). First-degree relative history of alcoholism in eating disorders inpatients: Relationship to eating and substance use psychopathology. *Eating Behaviors*, 8, 1, 15-22.
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Centre de toxicomanie et de santé mentale. ISBN 0662-86532-4
- SCHLIENGER JL, SIMON C. (2001). Les compensations alimentaires. In : 2<sup>e</sup> conférence de consensus de la SFA, mars 2001. *Alcoologie et Addictologie*; 23, 2, 291-293.
- SCHMID, H. (2001). Alcool, tabac, cannabis dans la réalité quotidienne des 12-15 ans. Santé psychosociale et consommation de psychotropes par les écolières et les écoliers : faits et contextes. *Rapport de recherche ISPA*, Lausanne.
- SHUCKIT, M.A., TIPP, J.E., ANTHENELLI, R.M., BUCHOLZ, K.K., HESSELBROK, V.M., & NURNBERGER, J.I. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 153, 74-82.
- STANZIONE ET COLL. (2005). Approche diététique des patients présentant une conduite addictive. *Alcoologie et addictologie*, 27, 1, 53-56.
- SUTHERLAND, L. A., WEAVER, S. N., McPEAKE, J. D., & QIMBY, C. D. (1993). The Beech Hill Hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 473-481.
- WIEDERMAN, M.W., PRYOR, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 163-168.

# PROJE EN DÉPEN DU RÉS ÉVA

Dans l'édition de septembre 2007 du Bulletin Écho-Toxico, nous avons décrit les étapes du projet d'implantation du RID du Suroît ainsi que les résultats préliminaires de l'évaluation de l'implantation. Le texte qui suit expose les recommandations du rapport d'évaluation de l'implantation du RID.

#### Un bref résumé du projet

En 2004, l'ADRLSSSS de la Montérégie finance l'implantation d'un projet de démonstration de mise en réseau intégré des services en dépendances sur le territoire de réseau local du CSSS du Suroît. Deux buts sont poursuivis par l'implantation de ce projet. D'abord, accroître l'accessibilité, la complémentarité et la qualité des activités et des services pour la population du territoire du CSSS du Suroît; ensuite, favoriser le déploiement du projet sur l'ensemble des CSSS de la Montérégie. L'évaluation d'implantation a porté principalement sur la mise en œuvre du projet mais également sur le processus de fonctionnement en installation. Le rapport d'évaluation de l'implantation du projet a été déposé en mars 2008 à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. L'évaluation de la mise en réseau intégré des services en dépendance a permis de confirmer le succès de l'opération pour le CSSS du Suroît. Cependant, la survie d'un tel système est fragile et va devoir maintenant traverser l'épreuve du temps. Voici succinctement les principales recommandations pour l'implantation d'un tel projet et pour en assurer sa pérennité :

#### Les recommandations pour l'organisation des services

Le financement récurrent d'un poste de coordonnateur du réseau intégré est indispensable pour assurer le leadership et la coordination des activités du réseau sur le réseau local. La littérature abonde en ce sens et l'expérience nous démontre que les interventions de coordination liées aux mécanismes de références doivent être réalisées de façon rapide et efficace pour maintenir l'adhésion des partenaires au processus soutenu.

# T DE MISE EN RÉSEAU INTÉGRÉ DANCES (RID) SUR LE TERRITOIRE EAU LOCAL DU CSSS DU SUROÏT : L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

La mise en œuvre en trois phases du RID s'est avérée un processus gagnant : l'analyse ; la conceptualisation et la mise en opération. L'analyse de la situation fut indispensable à la conceptualisation car c'est à la lumière de constats unanimes et dans le respect des besoins exprimés par les partenaires que la conceptualisation du RID s'est réalisée. D'ailleurs, l'analyse de la situation s'est avérée être un puissant outil de communication avec nos partenaires qui ont eu l'occasion de s'exprimer sur leurs préoccupations en ce qui a trait aux problématiques liées aux dépendances mais également sur leurs relations avec le CSSS. L'analyse de la situation a permis de porter un regard actuel sur la prestation de services en matière de dépendances sur le territoire. Nous recommandons qu'une analyse de la situation soit le préalable à toutes activités d'implantation d'un réseau intégré de services.

En raison du nombre important de partenaires du milieu communautaire et des enjeux liés à l'implantation d'un RID, nous recommandons l'implication des CDC (Corporations de développement communautaire) aux éventuels comités de travail responsables de l'implantation afin d'assurer une représentativité impartiale des organismes communautaires partenaires.

Considérant, la préoccupation actuelle à l'égard de la hiérarchisation des services (rôles et responsabilités) entre les services généraux et les services de la première, deuxième et troisième ligne en matière de santé mentale et de dépendances (adultes), nous recommandons que le développement d'une première ligne de service en dépendances dans le cadre des programmes généraux soit un préalable à toute autre activité de développement en matière de dépendances en CSSS. Le développement des services pour les clientèles présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendances sera grandement facilité par une offre de services complets au niveau de la première ligne, cette offre étant bonifiée par un réseau local de services intégrés.

L'ampleur du processus de mise en réseau intégré, les nombreuses implications régionales et l'importance de la cohérence des mécanismes d'allocations financières, exigent selon nos recommandations un leadership,

du début à la fin du processus d'implantation des RID. Les nouvelles structures implantées à l'Agence par le Groupe de travail régional en dépendance devraient faciliter ce travail d'accompagnement et d'harmonisation ainsi que la parution de l'offre de services 2007-2012.

## La recommandation principale pour l'intervention clinique

Considérant le taux élevé (34 %) de personnes dont la consommation à risque fut repérée avec CAGE-AID, lors de la période de monitoring, nous considérons que le repérage systématique devrait être intégré à la pratique des intervenants de l'AÉO. Il s'agit visiblement d'une mesure qui permet de réaliser une intervention précoce d'une grande efficacité.

## Les recommandations pour la formation

La formation est sans aucun doute l'étape du processus d'implantation qui représente l'investissement de ressources le plus important tant pour les partenaires que pour les CSSS et le Service régional de formation en dépendances. La formation aux meilleures pratiques nous permet de prétendre à une offre de services de qualité mais également complémentaire considérant l'engagement formel qui est demandé aux participants. Nous recommandons que les étapes suivantes soient respectées pour une intégration optimale des formations et supervisions : 1) un engagement ferme de la direction de toute organisation partenaire d'un RID, chez qui les intervenants seront formés, à dispenser des services en matière de dépendances en fonction des meilleures pratiques selon le niveau d'engagement dans le RID ; 2) la nomination d'un porteur de dossier par organisation qui agit comme interlocuteur privilégié auprès du Service régional de formation afin de veiller à une logistique efficace des formations ; 3) la mise en place par chaque organisation concernée (en collaboration avec le Service régional de formation), à un groupe de discussion auprès des intervenants devant être formés afin d'évaluer préalablement leurs besoins de formation.

Enfin, pour permettre le maintien dans le temps du niveau de compétences des inter-

venants formés, il est recommandé que des intervenants émanant des réseaux locaux soient spécialement formés à titre de formateurs et superviseurs pour leurs pairs.

## Les recommandations pour la recherche

L'évaluation de l'implantation complétée, nous recommandons que l'évaluation du processus de fonctionnement soit approfondie et qu'une évaluation des effets soit prévue dans les temps requis. L'évaluation du processus de fonctionnement du RID devrait notamment porter sur l'usage des processus cliniques et des mécanismes de références chez les partenaires signataires. De plus, considérant la reconnaissance grandissante des troubles concomitants de santé mentale et de dépendances dans les deux secteurs de soins, nous recommandons que la pertinence et l'efficacité éventuelle d'un repérage de cette problématique de la première ligne dans les CSSS soit l'objet d'une recherche.

## En conclusion

L'implantation du RID du CSSS du Suroît est accomplie mais de nombreux défis restent à relever avant de conclure à une complète réussite. La coordination des mécanismes de référence entre l'ensemble des partenaires est une tâche complexe. Les partenaires doivent demeurer convaincus de la plus-value du RID pour leurs clients. Ces derniers doivent croire au principe de hiérarchisation des soins qui connaît encore ses détracteurs dans le domaine du traitement des dépendances. La lutte à la stigmatisation chez les intervenants et dans la population en général demeure un enjeu continu. Bien que l'adhésion aux meilleures pratiques soit de plus en plus répandue, il perdure des débats idéologiques qui opposent notamment les tenants de la tolérance zéro aux tenants de la réduction des méfaits. De plus, la préoccupation du respect des particularités des partenaires communautaires (se voulant parfois une alternative complémentaire au réseau institutionnel) doit guider la formulation des ententes qui les lient au RID.

**Benôit Geneau, M.A.**

Chargé de projet pour le CSSS du Suroît  
Coordonnateur du programme de santé mentale jeunesse  
et du programme régional de psychiatrie-justice  
pour le CSSS du Suroît.



# P.N.B...

(Petites nouvelles brèves)

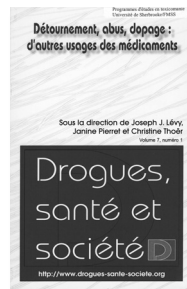
- Des séropositifs privés de médicaments car des grossistes répartiteurs français préfèrent parfois vendre au meilleur prix en Europe... La rupture de stock a duré au moins dix jours. Selon le grossiste répartiteur entre les pharmacies, il ne s'agissait que d'une « micro-rupture »!
- Votre enfant est obèse, il fume, boit de l'alcool, se drogue et a de mauvaises notes à l'école : ne cherchez plus, c'est la faute à la télévision, à la musique et au cinéma. Ce sont les résultats d'une étude très sérieuse publiée aux États-Unis (National Institutes of Health, École de médecine de l'université de Yale et Pacific Medical Center de Californie).
- Les Suisses se sont prononcés en faveur de la prescription d'héroïne pour les personnes les plus dépendantes. Ces dispositions étaient déjà en place mais régies par des ordonnances reconduites périodiquement. Ce qui fait dire aux défenseurs de la nouvelle loi qu'elle a été adoptée non sur un projet mais sur des résultats positifs. La satisfaction de certains se double toutefois d'une sérieuse inquiétude des hôpitaux universitaires de Genève car si le trafic et la consommation d'héroïne sont en baisse en Suisse, ils observent une hausse vertigineuse de l'usage de la cocaïne... sans parler de l'alcool chez les jeunes.
- « Tu bois, tu te drogues... tu ramasses » c'est le slogan de la campagne polynésienne qui se décline en affiches montrant, un visage abimé par les coups suite à une « bringue » qui a mal tournée. Image forte, slogan bref. Ça frappe, non ?
- Deux villes frontalières des Pays-Bas fermeront d'ici deux ans de leurs huit *coffee shops*. Excédés par les 1,3 million de touristes de la drogue belges et français, les maires expliquent : « Si la politique de tolérance n'était destinée qu'aux Néerlandais eux-mêmes, elle ne donnerait pas lieu à de telles nuisances et à une telle criminalité ». Ce qui n'empêche pas le ministre de la Justice, partisan de la fermeture des *coffee shops*, de saluer la décision « courageuse » des deux villes. Il n'a rien compris ou il fait semblant ?!
- Les Canadiens pauvres sont plus de deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés que les Canadiens aisés. Pour les troubles liés à la consommation de psychotropes, le taux d'hospitalisation est 3,4 fois plus élevé ; pour une maladie mentale 2,3 fois. Et pendant ce temps-là...
- Loto-Québec a remporté le prix *Best Player Education Program* de la World Lottery Association. Mme Jérôme-Forget, ministre des Finances et responsable de Loto-Québec, a mentionné son bonheur de constater comme l'équipe de Loto-Québec accomplit bien son mandat tout en se positionnant comme chef de file du jeu responsable ! Et pendant ce temps-là...
- Loto-Québec étant l'objet d'un recours collectif de 700 millions \$, les avocats de la société d'État ont entrepris de fouiller à fond les dossiers médicaux des requérants. Ils veulent démontrer que ce n'est pas la machine mais les utilisateurs qui sont le problème. Ils sont responsables de ne pas réussir à jouer de façon responsable, quoi !
- L'électrostimulation utilisée dans la maladie de Parkinson a donné des résultats spectaculaires contre les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) selon une étude expérimentale française mais... une erreur de quelques millimètres et la stimulation peut rendre le sujet hyperactif, irritable et insomniaque. Un docteur maladroit pourrait engager les avocats de Loto-Québec. Ligne de défense : le patient a bougé, c'est sa responsabilité !
- Des appareils anti-ados (surnommés *Mosquitos*) émettent des sons intolérables pour les oreilles de moins de 25 ans. Mode d'emploi : les installer là où on ne veut pas voir de jeunes ! Il y en aurait déjà deux dans la région montréalaise et d'autres villes s'y intéressent ! Peut-on parler de progrès mis au service de la bêtise ?
- Une note positive ! L'étude réalisée auprès de 199 adolescents avec des problèmes de toxicomanie (Karine Bertrand, université de Sherbrooke) a révélé autant d'amélioration chez ceux qui ont les plus gros problèmes. Un facteur déterminant dans le rétablissement de ces jeunes ? L'implication des parents...

## L comme Lire...



■ LÉVY, J., PIERRET, J., THOËR, C. (2008). *Détournement, abus, dopage : d'autres usages des médicaments*. Drogues, santé et société, volume 7, numéro 1, 443 p. Montréal, Canada

Un tour d'horizon fort instructif des *mésusages* et des perspectives d'approches pour des clientèles aussi différentes que les jeunes, les plus de 50 ans ou les sportifs.



■ KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU, L., PERREAU, M., ET FISET-LANIEL, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale des adultes québécois. Enquête sur les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Les données portent sur troubles mentaux-jeu pathologique et suicide ; consommation d'alcool et de substances illicites ; comorbidité des troubles mentaux et de l'usage de psychotropes.

■ VÉZINA, M., BOURBONNAIS, R., MARCHAND, A., ARCAND, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.

Plusieurs aspects du stress et des conditions de travail sont mis en relation avec l'état de santé mentale des travailleurs et des travailleuses.

■ POOLE, N. (2008). *La prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Perspectives canadiennes*. Agence de la santé publique du Canada

Fascicule très pragmatique proposant une synthèse des approches préventives. Des adresses sélectionnées de site web peuvent constituer des outils pertinents pour les intervenants : par exemple, pour les médecins qui souhaitent faire du *counselling* auprès des femmes en âge de procréer.

■ NINACS, B. (2008). *Empowerment et intervention*, Les Presses de l'université Laval, Collection Travail social, 154 p. Québec.



Livre étoffant le concept d'*empowerment* en faisant les liens avec une intervention renouvelée en regard de l'exclusion et la pauvreté. Pour intervenants, étudiants, enseignants ou dirigeants d'organisations communautaires ou institutionnelles.

Colloque 2009  
Montréal 3-4 septembre 2009

**CECI N'EST PAS UN JEU...  
MAIS UN ENJEU DE SOCIÉTÉ**

Jeux et dépendances

Organisé par les  
Fonds de recherche  
sur la société et la culture

www.jeux-gambling2009.org

