

L'écho Toxico



Vol. 20, n° 2 • Septembre 2010

Le mot de Lise...

Comme vous le constatez avec ce numéro, nous débutons une nouvelle formule de publication de l'Écho-Toxico, en espérant que vous ne serez pas trop déstabilisés!

De fait, Écho-Toxico est disponible en ligne uniquement et son apparence est renouvelée.

Mais les activités des programmes de toxicomanie vont bon train et une nouvelle cohorte (une trentaine d'étudiants) entreprend le programme de Maîtrise en septembre 2010.

Les différents textes que nous vous proposons dans ce numéro témoignent encore une fois de la vitalité du champ des dépendances et du souci constant d'améliorer les services. Ainsi, nous sommes heureux de vous présenter un tout nouvel outil québécois, créé par le centre Dollard-Cormier et l'organisme Suicide Action Montréal pour évaluer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Par ailleurs, Magali Dufour nous fait réfléchir sur le poker en ligne en nous en présentant la prévalence et le portrait des joueurs mais nous entraîne aussi dans la réflexion pour la prévention et le traitement. Jacinthe Dion, de l'université du Québec à Chicoutimi, nous sensibilise à la situation du jeu pathologique chez les membres des Premières Nations. Encore une fois, la réflexion se termine par des pistes de réflexion sur le traitement et la prévention. Pour ce qui est des jeunes en centre Jeunesse, Audrey Jean, nous présente un programme prometteur mis sur pied au centre Jeunesse de Montréal et qui pourrait bien faire son chemin dans l'ensemble de la province.

Vous avez pu constater que nous n'avons pas toujours la chance d'avoir la rubrique PNP mais notre pharmacienne collaboratrice, Maryse Rioux, nous a choqués puisqu'elle nous parle de trois substances dont la consommation émerge et dont il faut se préoccuper. D'autres textes et collaborations enrichissent ce numéro et donc, nous osons espérer que vous aurez autant d'intérêt à le lire que nous en avons eu à le préparer!

*Bonne lecture et... bon été!
Que le soleil soit avec nous!*

Lise Roy

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (45 crédits) DIPLOME DE 2^e CYCLE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (30 crédits)

AU CAMPUS DE LONGUEUIL

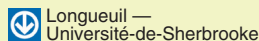
Pour être admis, vous devez détenir un grade de 1^{er} cycle en lien avec l'intervention en sciences humaines, sociales ou de la santé et travailler depuis au moins un an en intervention dans le domaine.

Cours offerts le soir et la fin de semaine.

INFORMATION

1 888 463-1835, poste 61795 (sans frais)
ou 450 463-1835

Toxico.Longueuil-Med@USherbrooke.ca



CERTIFICAT EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Pour être admis vous devez détenir un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. Le programme se donne dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec, Rimouski/Baie-Comeau et Saint-Eustache. Cours offerts sous forme de fins de semaine intensives.

Nouveaux groupes au Certificat :

Automne 2010:

Basses Laurentides (Saint Eustache)

Hiver 2011:

Québec (deux cours offerts sur Internet)

SOIRÉE D'INFORMATION POUR NOUVEAU GROUPE À QUÉBEC

Mardi 19 octobre 2010 - 19 h à 21 h

Collège Mérici

INFORMATION

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

Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS AUTOMNE 2010

- 1^{er} octobre 2010 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
La dépendance affective et la toxicomanie : une perturbation de la relation avec soi • Gilbert Richer, psychologue
- 12 novembre 2010 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
L'intervention en réinsertion sociale : un incontournable sur le continuum de réadaptation! • Alain Vigneault, éducateur spécialisé, 24 ans d'expérience en réinsertion sociale des personnes toxicomanes
- 3 décembre 2010 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
Saisir le spirituel dans l'intervention en toxicomanie • Mario Lévesque, criminologue et psychothérapeute
- 3 décembre 2010 à **Québec** (9 h à 16 h 30)
L'intervention en réinsertion sociale : un incontournable sur le continuum de réadaptation! • Alain Vigneault, éducateur spécialisé, 24 ans d'expérience en réinsertion sociale des personnes toxicomanes

Lieux des formations à Longueuil

Campus de Longueuil
de l'Université de Sherbrooke
150, place Charles-Le Moyne,
local affiché au 2^e étage



Lieu de formation à Québec

Hôtel Classique
2815, boul. Laurier, Québec (Ste-Foy)

POUR RECEVOIR UN FORMULAIRE D'INSCRIPTION AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou 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
ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

UN OUTIL POUR ESTIMER LA DANGÉROSITÉ DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Le souci de mieux agir

Au tournant des années 2000, le taux de suicide atteignait 2,4 % (INSPQ, 2004) dans la population québécoise. Parallèlement, de nouvelles études (CRISE, en ligne; Kim, C. et coll., 2003; Séguin, 2006) ont démontré hors de tout doute les liens existant entre le décès par suicide et la présence d'autres problématiques sous-jacentes, dont la dépression, les troubles de la personnalité et l'abus de substances psychotropes. Face à de tels constats, il est apparu impératif de réviser, non seulement les outils utilisés en matière de prévention du suicide, mais aussi les modes d'intervention face aux personnes suicidaires. Après avoir réfléchi à la question et amorcé des travaux indépendants, l'organisme Suicide Action Montréal (SAM) et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) ont décidé de mettre à profit leur partenariat de longue date pour élaborer conjointement une *Grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire*. Le présent article fait état des principaux éléments pris en considération lors du développement de cette grille ainsi que ses fondements.

L'utilisation d'outils pour évaluer la personne suicidaire est de première importance (Lane, 1999). Proposant une démarche systématique, le recours à un outil d'évaluation peut en effet diminuer le risque d'erreur de jugement et favoriser la prise de décision clinique la plus éclairée. Mais encore faut-il retrouver dans l'outil utilisé l'ensemble des informations nécessaires à l'analyse! Ainsi, une étude exhaustive, réalisée en 2007 par le CDC-IUD sur ses différents dossiers cliniques, avait abouti à la conclusion qu'en l'absence de formalisation de l'ensemble des facteurs de risque et de protection à l'intérieur d'un même outil, les intervenants se fiaient uniquement à l'urgence suicidaire pour prendre des décisions, et ce, malgré des efforts consentis en formation pour porter à leur attention l'importance de l'interaction des facteurs.

Ces constats ont servi de base aux orientations prises à l'égard de l'outil à développer. Il est apparu essentiel que la nouvelle grille ainsi que les outils complémentaires qui s'y rattachent, tiennent compte à la fois des facteurs de risque, des facteurs de protection et des interactions entre ces facteurs. La grille et les outils développés devaient permettre d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de cibler des leviers d'intervention et de faciliter la prise de décision. Plus encore, ils devaient soutenir le jugement clinique, favoriser une intervention orientée vers les solutions et permettre d'adapter les protocoles internes pour mieux desservir la clientèle suicidaire.

Un continuum de couleur pour qualifier la dangerosité

En privilégiant une lecture interactive entre les facteurs de risque et de protection, il devenait toutefois difficile de leur accorder une valeur et un poids. Le nouvel outil devait par conséquent pister l'évaluateur vers la conduite à tenir en fonction de la dangerosité en cause. Pour ce faire, les conventions cryptées avec la référence à des feux de circulation ont été privilégiées. Tant dans l'univers de la dépendance que dans celui de la santé mentale, il est en effet d'usage de référer à cette convention universelle pour décrire les conduites dangereuses et identifier les actions à poser.

Concrètement, le continuum de couleurs permet de placer les facteurs de protection à gauche (dans le vert et le jaune) et les facteurs de risque à droite du continuum (dans l'orange et le rouge). Ainsi, seulement à partir des couleurs, le clinicien qui cote peut voir rapidement ce qui protège la personne et ce qui la met en danger. Cette première lecture attire son attention sur ce qui doit être travaillé pendant la rencontre. Le continuum de couleurs permet aussi d'introduire l'idée que la cotation n'est pas statique. La cote peut en effet se déplacer pendant l'entrevue.

L'originalité de cette grille est d'ailleurs d'attirer l'attention sur la couleur orange. En effet, ce n'est pas lorsque le client est en danger grave et imminent (dans le rouge) que l'intervention est la plus difficile. Ce sont les situations où le danger est grave, sans être imminent, qui représentent un défi pour les cliniciens. Ces situations sont inquiétantes sans pour autant nécessiter une surveillance constante.

Aussi, lorsqu'une intervention se termine dans la couleur orange, les cliniciens doivent être vigilants et utiliser certaines alternatives. Ils peuvent travailler davantage avec les proches, devancer un prochain rendez-vous, relancer la personne ou faire un suivi plus étroit. Une meilleure identification de cette clientèle inspire les organisations à se doter de protocoles qui précisent les conduites à tenir (souvent plus proactives et plus intensives) dans ce type de contexte.

Des critères de prise de décision en lien avec les facteurs de risque et de protection

Une autre étape de la création de la grille a été d'établir les critères de prise de décision et par ricochet, de définir les facteurs de risques et les facteurs de protection à prendre en considération. Il est possible de dénombrer à peu près 75 facteurs différents associés au suicide. Ce nombre rend impossible l'investigation systématique de la présence de chaque

facteur chez la personne suicidaire (Wingate et al, 2004). Il importe donc que les intervenants se centrent sur les facteurs les plus importants (Wingate et al, 2004), les plus près du passage à l'acte et ceux qui peuvent servir de leviers pendant l'intervention.

La grille de SAM et CDC-IUD est composée de 7 critères ou catégories qui sont les suivants:

1. la planification du suicide
2. la tentative de suicide
3. la capacité à espérer un changement
4. l'usage de substances
5. la capacité à se contrôler
6. la présence de proches
7. la capacité à prendre soin de soi.

Une pondération a été créée pour intégrer les facteurs de risque et de protection sous chacune de ces grandes catégories. À titre d'exemple, une grande agitation va être cotée dans la **capacité à se contrôler** alors que l'adhésion à un suivi se retrouve dans la **capacité à prendre soin de soi**.

D'autres facteurs ont été placés en amont car ils sont jugés prioritaires. Par exemple, en présence d'un homme qui vit une rupture amoureuse ou qui vient de perdre un important montant d'argent au jeu, il est important de vérifier s'il pense au suicide sans attendre l'apparition d'autres indices. Si la réponse est positive, des mesures doivent être prises.

L'outil tient également compte des problèmes de santé mentale, de dépendances et de comorbidité. Même si la majorité des gens décédés par suicide avaient un problème de santé mentale, la majorité des gens qui ont un problème de santé mentale ne se suicident pas. Les personnes qui souffrent d'un trouble mental, d'une dépendance et de comorbidité doivent absolument recevoir une attention soutenue et des traitements appropriés, cependant, un diagnostic de problèmes de santé mentale, dépendances ou autre comorbidité ne permet pas de discriminer les personnes qui représentent un plus grand danger pour elles-mêmes. Les intervenants qui travaillent presque exclusivement avec des personnes qui ont un trouble mental doivent donc savoir à quel moment diminuer ou augmenter leur vigilance.

À ce stade, il est important de préciser que même si elle tient compte du lien entre le suicide et les troubles mentaux, la grille n'a pas été conçue pour poser un diagnostic. En utilisant ces outils, les professionnels autorisés à l'acte diagnostic pourront reconnaître les symptômes associés à un diagnostic spécifique. Cependant, un intervenant en toxicomanie, un éducateur, pourra utiliser ces outils sans avoir à connaître le diagnostic (conformément à Loi 21). Ces deux groupes d'acteurs importants pourront ainsi prévenir des décès

par suicide, tout en restant dans les limites imposées par leur champ de pratique.

Dans la grille proposée, ce sont les éléments les plus parlants qui ont été retenus. Par exemple, le désespoir fait l'unanimité chez les chercheurs et les cliniciens comme ayant un rôle central chez les suicidaires (Duhamel, 2007). C'est le désespoir et l'absence de raisons de vivre qui font qu'une personne dépressive se suicide. À une extrémité du critère « **Capacité à espérer un changement** », la personne croit que le suicide est la seule porte de sortie, elle n'a plus d'espoir et ne voit plus aucune raison de vivre. À l'autre extrémité de ce même continuum, la personne a une raison de vivre, croit encore que l'avenir peut s'améliorer.

Le *National Suicide Prevention Lifeline* (NSPL, 2007) nous invite aussi à porter attention aux symptômes végétatifs qui sont les plus parlants avant un suicide (manque de sommeil, perte d'appétit, manque d'énergie). Ces facteurs sont inclus dans « **Capacité à prendre soin de soi** ». Les voix mandataires qui disent de se tuer (NSPL, 2007) se retrouvent dans le critère « **Capacité à se contrôler** ». Il ne s'agit pas ici de faire une liste exhaustive de chacun de ces exemples d'intégration des facteurs liés aux troubles mentaux, mais plutôt d'illustrer la logique qui sous-tend l'organisation de l'outil. Le fait de vérifier le discours de la personne et son expérience subjective permet non seulement d'estimer la situation, mais également de guider l'intervention.

En termes de mode d'utilisation, la grille ne doit en aucun cas être administrée comme un questionnaire. Tout en allant chercher des informations qui permettent de mieux estimer la situation, il est tout aussi essentiel de préserver la qualité du lien avec la personne, de valider sa souffrance, de faire grandir espoir et raisons de vivre. À ce sujet, sans la considérer de façon exclusive, l'approche orientée vers les solutions offre des alternatives intéressantes pour travailler l'ambivalence (Fiske, 2008).

Une récente recension des écrits empiriques fait d'ailleurs ressortir l'efficacité de cette approche auprès des personnes suicidaires. Bien que peu de recherches contrôlées aient été effectuées, les recherches cliniques et quasi expérimentales effectuées permettent de dégager certains résultats prometteurs (Trepper et al, 2006).

Le défi de la validation et la diffusion

Qui dit nouvel outil, dit validation. Or, il s'avère impossible de valider un outil qui vise à prédire le passage à l'acte suicidaire. Pour le faire au sens purement scientifique, il faudrait prendre une mesure statique et attendre le décès des personnes dont l'outil aurait prédit le suicide. Cet exercice, certes scientifique, pose évidemment un problème éthique de taille (Mishara et Weisstub, 2005). Dans un tel contexte, la rigueur scientifique consiste à

s'assurer que les éléments pris en compte reflètent bien l'état des connaissances scientifiques; qu'ils soient validés auprès d'experts et d'utilisateurs et finalement, que l'outil ait réussi des tests de fidélité inter-juges. Dans le cas de la grille présentée ici, chacune de ces étapes a été franchie.

Au terme de la validation, le personnel de SAM et celui de CDC-IUD ont reçu une formation qui leur permet maintenant d'utiliser la grille et l'ensemble des outils cliniques qui soutiennent son utilisation. La grille et ces outils cliniques sont aussi présentés à des professionnels dans le cadre de la formation offerte par Suicide Action Montréal. Plus largement, SAM travaille en étroite collaboration avec des formateurs accrédités de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et des Centres de prévention du suicide du Québec (CPS) pour que des formateurs accrédités en prévention du suicide puissent offrir la formation dans toutes les régions du Québec.

En outre, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recommandera cet outil dans son guide de bonnes pratiques dont la publication est prévue au printemps. Les centres de réadaptation en dépendances du Québec comptent l'utiliser et le milieu médical a aussi manifesté un intérêt. Ainsi, le défi d'un langage commun pourrait être relevé grâce à la collaboration d'intervenants de différents milieux.

Marie Lecavalier

Adjointe à la direction Services à la clientèle
Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire
sur les dépendances

Brigitte Lavoie

Conseillère clinique
Suicide Action Montréal

Références:

- DUHAMEL, D. (2007). *Toxicomanie et phénomène suicidaire: savoir pour mieux intervenir*. Montréal, Centre Dollard-Cormier, 95 p.
- FISKE, H. (2008). *Hope in action: solution-focused conversations about suicide*. New York, Routledge, 350 p.
- KIM, C., LESAGE, A., SÉGUIN, M. (2003). « Patterns of comorbidity in male suicide completers », in *Psychological Medicine*, vol 33, p. 1299-1309.
- MISHARA, B. L., ET WEISSTUB, D. N. (2005). « Ethical and legal issues in suicide research », in *International Journal of Law and Psychiatry*, 28 (1), p. 23-41.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants de Centres de santé et de services sociaux*. (document inédit), Québec.
- SÉGUIN, M., BRUNET, A., ET LEBLANC, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 201 p.
- ST-LAURENT, D. ET BOUCHARD, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec; que savons-nous de la situation récente?*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.
- TREPPER, S.T., DOLAN, Y., MCCOLLUM, E.E. ET NELSON, T. (2006). « Steve de Shazer and the future of solution focused therapy », in *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 32, n° 2, p. 133-139.
- WINGATE, L.R., JOINER, T.E., WALKER, R.L., RUDD, M.D. ET JOBES, D.A. (2004). « Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment » in *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 22, n° 5, p. 651-665.

Références en ligne:

- CRISE. (2006a). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide: Évaluer le potentiel suicidaire et gérer la crise suicidaire*. Récupéré le 20 novembre 2006 de <http://www.criseapplication.uqam.ca>
- CRISE. (2006b). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide: troubles mentaux et suicide*. Récupéré le 20 novembre 2006 de: <http://www.criseapplication.uqam.ca>
- NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE (2007). *Suicide Risk Assessment Standards Packet*. Récupéré le 27 juillet 2007 de: <http://www.behavioralhealthlink.com/Downloads/Documents/LethalityPacket.pdf>

Un congrès réussi ou Rond Point 2010: Les dépendances, enjeux, problèmes et pratiques

En mai dernier, s'est déroulé à Montréal, sous l'égide de l'Association des centres de réadaptation du Québec et la présidence dynamique de Serge Brochu, le congrès Rond Point 2010. Trois jours de présentations sous forme de conférences, ateliers, tables rondes ont permis à environ deux cent intervenants, chercheurs, administrateurs ou étudiants de prendre un temps d'arrêt et de sérieuse réflexion sur les dépendances.

Des thèmes variés ont été abordés pendant ces trois journées mais une trame de fond s'est dessinée dans les préoccupations et ce, quel que soit le thème abordé: le souci des meilleures pratiques et la recherche de l'efficacité.

Il y a eu aussi unanimité dans les réponses apportées à ces préoccupations:

- Ne jamais oublier que lutter contre la toxicomanie ou les dépendances revient toujours à lutter contre les personnes dépendantes
- L'efficacité d'un programme passe par l'adhésion du client et l'ajustement de l'intervention à sa motivation
- L'alliance entre intervenants dans le travail est incontournable et les intervenants en dépendances doivent travailler avec les réseaux hors-dépendances
- Les cliniciens se doivent de devenir des catalyseurs de changement pour les clients
- Les programmes efficaces ne sont pas ceux qui définissent les besoins du client mais ceux qui s'ajustent de façon flexible aux besoins des clients

La base des meilleures pratiques? Les **compétences** des intervenants à mettre en mots ce qui se passe; à exprimer des émotions; à être persuasifs, empathiques, chaleureux, capables de donner de l'espoir et d'aider à résoudre des problèmes.

Pour un compte rendu des événements et contenus: www.acrdq.qc.ca

LE POKER: NOUVEAU JEU DANGEREUX?

L'intérêt récent du gouvernement pour les jeux de hasard et d'argent en ligne et plus particulièrement pour le poker, amène tant la santé publique que les chercheurs à se poser différentes questions. En fait, tous se demandent si cette nouvelle forme de jeu est dangereuse. En 2006-2007, le Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC) a lancé une action concertée sur les jeux Internet. C'est dans le cadre de ce concours que Natacha Brunelle de l'Université du Québec à Trois-Rivières et moi avons été subventionnées afin d'étudier les joueurs de poker et plus particulièrement les joueurs de poker Internet. Voici donc les premiers résultats de nos réflexions.

Les dix dernières années ont vu apparaître une rapide expansion de l'offre de jeu de hasard et d'argent (JHA) sur Internet. De fait, en juillet 2009 le site www.online.casinocity.com répertoriait 2 230 casinos en ligne dont 364 avaient une version française et acceptaient les joueurs canadiens. Ces jeux de hasard et d'argent sur Internet rapporteraient des bénéfices substantiels qui, malgré la récession, continueraient de croître (Global Betting and Gaming Consultants, 2009). Cette rapide expansion, conjuguée aux caractéristiques structurelles des jeux en ligne (Griffiths, Parke, Wood et Parke, 2006) et à la régulation difficile de ces jeux (pour une recension exhaustive, voir Wood et Williams, 2009), soulève plusieurs inquiétudes.

Le poker en ligne

Actuellement, le jeu gagnant le plus en popularité est sans nul doute le poker; particulièrement dans sa variante connue sous le nom de 'Texas Hold'em (Chevalier et Pastinelli, 2008; Wiebe, 2006; Wood et Williams, 2009). Au Québec, des chercheurs estiment que l'offre de jeu de poker en salle dépasse les 12 millions heures-places (Chevalier et Pastinelli, 2008). La présence du poker en ligne (sur Internet) est encore plus grande puisqu'accessible en tout temps. Le site Internet PokerPulse.com estimait en mars 2007, qu'en moyenne, près de 120 000 personnes jouaient au poker en ligne pour de l'argent dans la journée.

L'engouement mondial observé pour le poker, parfois nommé par certains chercheurs «pokermania» (Pastinelli, 2008), résulte notamment de l'augmentation fulgurante de la disponibilité de ce jeu, de ses bourses substantielles et

de sa grande couverture médiatique (Griffiths, Parke, Wood et Parke, 2006; Shead & al., 2008; Wood & al., 2007). Par ailleurs, la composante «habileté» intégrée dans le poker, un des éléments distinctifs de ce jeu en comparaison avec les autres JHA, est potentiellement l'une des caractéristiques les plus attirantes pour les joueurs (Fradette, 2008; Griffiths & al., 2006; Parke, Griffiths & Parke, 2005; Turner et Turner, 2005). Bien qu'il soit impossible de quantifier la composante habileté et qu'une récente étude démontre clairement la place importante du hasard dans le jeu de poker (Sévigny et Ladouceur, 2008), le fait de pouvoir prendre des décisions et d'utiliser des stratégies est d'un grand intérêt pour les joueurs.

Les études auprès des joueurs en ligne: prévalence, portrait

Il existe très peu d'études empiriques réalisées auprès des joueurs Internet (Nelson, 2009) et encore moins auprès des joueurs de poker. De fait, Nelson (2009) a répertorié 30 publications scientifiques dont 67% étaient des éditoriaux sur le sujet. En mai dernier (Banff, 2009), lors du premier congrès spécialisé sur les jeux de hasard et d'argent (JHA) en ligne, Williams recensait quatre grandes études s'étant intéressées aux joueurs Internet. Ces études permettent de constater que les utilisateurs des jeux Internet sont majoritairement des hommes, dans la trentaine appréciant la convivialité de l'Internet (Nelson et al., 2009; Parke et al., 2009). De plus, il semble que les nouveaux joueurs «s'adaptent» rapidement à ce nouveau médium, c'est-à-dire que les joueurs tendent, avec le temps, à diminuer la fréquence de leur visite, le nombre de mises et l'argent dépensé (LaPlante, Schumann, LaBrie et Shaffer, 2008).

La seule grande étude épidémiologique sur la prévalence des joueurs Internet a été réalisée au Canada par Wood et Williams (2009). En 2008, le jeu Internet est toujours une forme de jeu marginale puisque seuls 2,1% de la population s'y adonnent (Wood et Williams, 2009). Toutefois, chez les joueurs Internet, la prévalence de joueurs problématiques est de trois à quatre fois plus élevée que celle observée chez les autres joueurs ne jouant pas sur Internet (Wood et Williams, 2009). Les joueurs Internet rapportent plus de dépenses mensuelles, ont plus d'idées préconçues et jouent à un plus grand nombre de jeux.

Le portrait général des joueurs de poker est semblable à celui rapporté dans les études auprès des joueurs Internet. Malheureusement, ces études sont toujours réalisées auprès d'étudiants. Ainsi, une étude canadienne réalisée auprès de 513 étudiants universitaires révèle que les joueurs de poker sont plus souvent des hommes, jeunes, consommant plus d'alcool et passant plus de temps à jouer (Shead & al.,



2008). De plus, les joueurs de poker rapportaient plus de problèmes sévères de jeu en comparaison avec les joueurs qui ne jouaient pas au poker (Shead & al., 2008). Pour sa part, l'étude de Wood et collaborateurs (2007) réalisée auprès de 422 étudiants universitaires britanniques qui se définissaient eux-mêmes comme étant des joueurs de poker en ligne, souligne aussi l'intensité des habitudes de jeu et le risque potentiel présenté par ces adeptes. Chez les joueurs de cette étude, 18% étaient considérés comme joueurs pathologiques probables alors qu'un autre 30% étaient considérés à risque puisqu'ils présentaient deux ou trois critères du DSM-IV (Wood et al., 2007). Enfin, l'étude de Jonsson (2009) réalisée à partir d'un questionnaire web auprès de 2002 joueurs de poker suédois du site Internet Svenska Spel, rapporte aussi des prévalences importantes de problème de jeu. Selon l'indice canadien de jeu pathologique (ICJE), 15% de ces joueurs seraient considérés comme des joueurs à risque tandis que 8% seraient des joueurs pathologiques (Jonsson, 2009).

Ces premières données concernant le phénomène du poker confirment non seulement la très grande popularité de ce jeu, mais s'avèrent être aussi une source de préoccupation. Toutefois, avant de statuer sur les risques que présente le jeu par Internet, beaucoup d'informations sont manquantes. Cette étude a donc pour objectif de documenter et comparer le profil des joueurs de Poker sur Internet (JI) et des joueurs de Poker en salle (JS).

Pour cette étude exploratoire, un devis de recherche mixte, qualitatif et quantitatif, a été utilisé. Un échantillon de convenance de 200 joueurs de poker a été constitué. Ils ont été catégorisés en deux groupes indépendants, soit joueurs Internet ($n = 87$) et joueurs en salle ($n = 113$).

Les participants à cette étude sont jeunes (30 ans), majoritairement des hommes (89%), travailleurs (60,5%), ayant terminé des études de niveau collégial (77,4%) et gagnant en moyenne 35 085,89 \$ annuellement. Ces joueurs de poker jouent relativement peu à d'autres formes de jeu de hasard et d'argent. Pour eux, les autres JHA ne sont que des activités de «gambling» et présenteraient plus de risque de perdre de l'argent que d'en gagner. Chez

ces joueurs, on observe une spécialisation dans le poker, 86,5 % d'entre eux jouent à plus d'une forme de poker. Cela est d'autant plus vrai chez les joueurs Internet chez qui on observe que 96,6 % jouent à plusieurs formes de poker et 93,1 % jouent à au moins une forme de « cash games ». De plus, les joueurs Internet dépensent davantage d'argent à presque toutes les formes de poker comparativement aux joueurs en salle. Enfin, quelque soit le type de joueurs (Internet ou en salle), ils dépensent entre deux (JS) et cinq (JI) fois plus d'argent lorsqu'ils jouent au poker dans la forme « cash games » que lorsqu'ils jouent au poker dans un tournoi.

De manière générale, 40 % des participants déclarent que le poker a permis d'améliorer leur vie sociale, 31,5 % leur humeur et 24,5 % leur situation financière. Toutefois, le bénéfice le plus souvent rapporté par les joueurs Internet s'avère les gains financiers alors que ce bénéfice ne vient qu'en troisième place pour les joueurs en salle. Par ailleurs, les joueurs rapportent très peu de conséquences négatives en lien avec leurs habitudes de jeu de poker. En effet, 13 % rapportent que cette activité perturbe leur humeur, 7,5 % leur sommeil et 6 % leur vie sociale.

Tel qu'observé dans les autres études, on retrouve une proportion plus grande de joueurs problématiques chez les joueurs Internet en comparaison avec ceux en salle. De fait, 10,3 % des joueurs Internet sont considérés comme étant excessifs. Ces proportions sont plus faibles pour les joueurs en salle puisque 1,8 % seraient pathologiques.

Enfin, les analyses qualitatives montrent une diversité et une complexité des trajectoires. La majorité des participants ont d'abord été initiés à d'autres formes de JHA avant de connaître le poker. Les débuts de plusieurs ont été influencés par ce qu'ils appellent « la mode du poker » qui aurait débuté autour de 2003-2004 alors que « Chris MoneyMaker » a remporté le World Series of Poker (2003). Alors que les participants rapportent avoir commencé à jouer au poker par plaisir, l'appât du gain devient souvent la motivation principale dans la poursuite de l'activité sur Internet. En effet, lorsque les joueurs pratiquent le poker sur table, ils s'intéressent davantage au jeu pour le plaisir qu'il leur procure, pour la compétition, et pour l'aspect social de l'activité. Bien que le désir de performer, l'adrénaline et la stimulation intellectuelle soient présents tant sur Internet qu'en salle, il demeure que la recherche de profits sur Internet devient rapidement une motivation première.

Conclusions et pistes de réflexion en regard de la prévention et du traitement

Le poker, en raison de la composante habileté impliquée, est un jeu qui se distingue des autres

JHA et ses adeptes se considèrent différemment des autres « gamblers ». Ces différences au niveau de l'identité et du type de jeu devraient donc influencer les stratégies à la fois de prévention et de traitement. De fait, ces joueurs, qui sont très méfiants et croient que les scientifiques et journalistes souhaitent diaboliser le poker, remettent en doute les campagnes de prévention générales.

En ce qui concerne le traitement, une réflexion devrait avoir lieu au sujet de la place centrale donnée au travail sur les pensées à risque (habituellement nommée croyances erronées). Compte tenu de la sensibilité de ce sujet mais aussi de la nature même du poker, un travail trop important sur la part du hasard (qui n'est pas quantifiable) pourrait faire augmenter les résistances. Une adaptation du traitement s'avère donc souhaitable.

Toutes les formes (tournois vs *cash games*) de poker ne sont pas équivalentes. Effectivement, les joueurs dépensent entre deux et cinq fois plus lorsqu'ils jouent aux *cash games*. Les tournois, en déterminant le montant d'argent pouvant être perdu dès le départ, semblent jouer un rôle protecteur en regard des finances des joueurs. Dans une optique de prévention, il serait peut être préférable de cibler les joueurs de poker qui jouent aux *cash games*. Il faudrait aussi développer des outils afin que les joueurs puissent garder une trace de leurs dépenses.

La comparaison entre les joueurs de poker Internet et ceux en salle permet de constater que les joueurs de poker ne sont pas tous les mêmes. De fait, les joueurs de poker Internet dépensent plus d'argent, voient plus de bénéfices, de conséquences, ont plus de pensées à risque et présentent plus de problèmes de jeu. L'ensemble de ces indices laissent penser que les joueurs Internet présentent un niveau de risque plus élevé que ceux jouant au poker en salle. Afin d'aider les joueurs de poker Internet, différents outils de contrôle peuvent être développés notamment au niveau des sites Internet. Par ailleurs, plusieurs joueurs ont développé leurs propres moyens de conserver le contrôle. Une campagne de prévention expliquant ces facteurs protecteurs pourrait peut-être les aider.

Magali Dufour, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Natacha Brunelle, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Références :

- CHEVALIER, S. ET PASTINELLI, M. (2008). *L'offre de jeu de poker sous toutes ses coutures ou la sociologie du poker*. 76^e congrès de l'ACFAS, Québec, Mai 2008.
- FERRIS, J. ET WYNNE, H. (2001). *L'indice canadien de jeu excessif*. Rapport final. http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Topics/Substances_Addictions/Gambling.htm
- FRADET, N. (2008). *La bataille des esprits*. 76^e congrès de l'ACFAS, Québec, Mai 2008.
- GRIFFITHS, M. ET BARNES, A. (2008). Internet Gambling: an online empirical study among student gamblers. *International Journal of mental health addiction*, 6, 194-204.

- GRIFFITHS, M., PARKE, A., WOOD, R. ET RIGBY, J. (2009). Online poker Gambling in University students: Further findings from an online survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
- GRIFFITHS, M., PARKE, A., WOOD, R. ET PARKE, J. (2006). Internet Gambling: An overview of psychosocial impacts. *UNLV Gaming Research and Review Journal*, 10(1), 27-39.
- GRIFFITHS, M., WARDLE, H., ORFORD, J., SPROSTON, K., ET ERENS, B. (2007). *Internet gambling: a secondary analysis of findings from the 2007 British Gambling prevalence Survey*. Rapport présenté à Gambling Commission.
- GRIFFITHS, M., WARDLE, H., ORFORD, J., SPROSTON, K., ET ERENS, B. (2008). Sociodemographic correlates of Internet gambling: Findings from the 2007 British Gambling prevalence Survey. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 1-4.
- JONSSON, J. (2009). *Responsible gaming and gambling problems among 3000 Swedish Internet poker Players*. Présentation au congrès de l'Alberta Gaming Research Institute, Banff conference on Internet Gambling, Alberta, Canada du 26-27 mars 2009.
- LABRIE, R.A., LAPLANTE, D.A., NELSON, S.E., SCHUMANN, A. ET SCHAFFER, H.J. (2007). Assessing the playing field: a prospective longitudinal study of Internet sports gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 23, 347-362.
- LAPLANTE, D.A., SCHUMANN, A., LABRIE, R.A. ET SCHAFFER, H.J. (2008). Population trends in Internet sports gambling. *Computers in Human Behavior* 24, 2399-2414.
- NELSON, S.E. (2009). *Actual Internet Gambling: Findings from a Longitudinal study of Internet Gambling Behavior*. Présentation au congrès de l'Alberta Gaming Research Institute, Banff conference on Internet Gambling, Alberta, Canada du 26-27 mars 2009.
- NELSON, S.E., LAPLANTE, D.A., PELLER, A.J., SCHUMANN, A., LABRIE, R.A. ET SCHAFFER, H.J. (2008). Real limits in the virtual world: self-limiting behaviour of Internet gamblers. *Journal of Gambling studies*, 24, 463-477..
- PARKE, A., GRIFFITHS, M. ET PARKE, J. (2005). Can playing poker be good for you? Poker as a transferable skill. *Journal of Gambling Issues*, 14, 14-21.
- PETRY, N.M. ET WEINSTOCK, J. (2007). Internet Gambling is common in college students and associated with poor mental health. *The American Journal on Addictions*, 16, 325-330.
- SHEAD, N.W., HODGINS, D.C. ET SCHARF, D. (2008). Differences between poker players and non-poker-playing gamblers. *International Gambling studies*, 8(2), 167-178.
- WILLIAMS, R.J. (2009). *Internet Gambling: Setting the stage*. Présentation au congrès de l'Alberta Gaming Research Institute, Banff conference on Internet Gambling, Alberta, Canada du 26-27 mars 2009.
- WOOD, R.T.A. ET GRIFFITHS, M.D. (2008). Why Swedish people play online poker and factors that can increase or decrease trust in poker Web sites: A qualitative investigation. *Journal of Gambling Issues*, 21, july, 80-99.
- WOOD, R.T.A., GRIFFITHS, M.D. ET PARKE, J. (2007). Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. *Cyberpsychology and Behavior*, 10 (3), 354-361.
- WOOD, R.T., WILLIAMS, R.J., LAWTON, P.K. (2007). Why do Internet gamblers prefer online versus land-based venues? Some preliminary findings and implications. *Journal of Gambling Issues*, 20, 235-252.
- WOOD, R.T. ET WILLIAMS, R.J. (2009). *Internet Gambling in comparative perspective: Patterns, problems and Intervention*. Présentation au congrès de l'Alberta Gaming Research Institute, Banff conference on Internet Gambling, Alberta, Canada du 26-27 mars 2009.
- WOOD, R.T. ET WILLIAMS, R.J. (2009). *Internet Gambling: Prevalence, patterns, problems and policy options*. Final Report prepared for the Ontario Problem Gambling research center.



■ Institut national de la santé publique du Québec (2010). **Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008.** Rapport, version électronique seulement.

Cette analyse, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), est produite annuellement dans le but de mieux comprendre la transmission du VIH et de l'hépatite C parmi des personnes faisant usage de drogues par injection.

On constate à la lecture de ce rapport que la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C demeure un problème aigu parmi les personnes vulnérables qui font usage de drogues par injection.

www.inspq.qc.ca

■ Institut de la statistique du Québec (2010). **Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec: un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social.** Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Zoom santé. Direction des statistiques de santé et direction des enquêtes longitudinales et sociales. Gouvernement du Québec.

L'enquête, réalisée à partir d'une quinzaine de variables, confirme certains constats d'enquêtes antérieures. Cependant, des informations en lien avec les idées suicidaires et l'utilisation des services de santé demeurent inquiétantes. De fait, un tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide n'ont pas consulté un professionnel suite à leur geste... Or, nous savons que le risque de récidive est très présent après une première tentative.

www.isq.gouv.qc.ca

■ Ministère de la santé et des services sociaux (2010). **Attitudes de la population québécoise sur les personnes qui utilisent des drogues par injection et sur les interventions de réduction des méfaits.** Synthèse de cinq études. Direction du développement des individus et de l'environnement social & Direction générale de la santé publique. Québec.

En plus de présenter la synthèse de cinq études (dont celle dont il est fait mention dans le texte p.12: *Rien contre mais... juste pas dans ma cour!*), le document s'intéresse aux actions de communications futures qui seraient à mener. Un outil pour ceux et celles qui veulent travailler à influencer positivement les citoyens.

JEU PATHOLOGIQUE CHEZ LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS: FACTEURS DE RISQUES ET PROBLÈMES CONCOMITANTS

La fréquence du jeu de hasard s'est accrue au cours des dernières années, que ce soit au Québec, ailleurs dans le monde, ou encore dans les communautés des Premières Nations. La plus grande accessibilité du jeu, son acceptation et sa légalisation sont en partie responsables de ce plus grand intérêt, à travers les cultures et les sociétés (Abbott & Volberg, 1999; Cox et al., 2005). Bien que plusieurs individus prennent plaisir à jouer parce qu'ils y voient une façon de rêver, de relaxer ou de socialiser, le jeu peut toutefois devenir problématique pour certains d'entre eux (Ladouceur, 2000). Le jeu pathologique est un diagnostic psychiatrique classé dans les troubles du contrôle des impulsions du DSM-IV-TR (APA, 2000), une dépendance variant en sévérité et en durée (Abbott & Volberg, 1999; Ladouceur, 2000). Il s'agit d'un problème sérieux qui peut mener à différentes conséquences pour les individus, leurs familles et leurs communautés (Wardman et al., 2001). Parmi ces conséquences, sont retrouvés le démantèlement du réseau social et de la famille, la présence importante de d'autres pathologies telles que le suicide, de graves problèmes financiers et une plus grande probabilité d'être sans-abris (Suissa, 2007).

Perspectives historiques et contemporaines du jeu

Les jeux de hasard font partie de l'histoire de l'humanité depuis fort longtemps dans diverses cultures et sociétés (Abbott & Volberg, 1999), notamment chez les peuples des Premières Nations (Williams et al., 2005). Dans ces communautés, les plus anciennes évidences du jeu remontent à 1000 ans avant l'arrivée des premiers Européens en Amérique. Plusieurs jeux de hasard étaient présents à cette époque, comme les ossements, les bâtons et les jeux de mains, où des prédictions exactes menaient à la victoire. Ces jeux traditionnels étaient pratiqués en guise de cérémonie ou lors de célé-

brations, par exemple pour plaire aux divinités afin de recevoir des bénéfices incontrôlables par les humains comme la pluie, la fertilité et la guérison (Culin, 1973; Williams et al., 2005). Puis, au cours des 15 dernières années, les casinos américains ont été introduits dans les communautés des Premières Nations dans l'espoir d'un renouveau économique (Williams et al., 2005). Les formes traditionnelles de jeux de hasard ont alors été remplacées par celles des Nord-Américains, soit le bingo, les loteries, les jeux de casinos, etc. et les gains sont devenus des gains d'argent.

Bien que le jeu soit présent depuis longtemps dans de nombreuses régions du monde, l'investigation systématique de la prévalence du jeu pathologique est plutôt récente. La prévalence est souvent rapportée comme étant une combinaison des joueurs pathologiques probables (ou problématiques) et des joueurs à risque, i.e., qui présentent des symptômes sérieux pouvant affecter leur santé, mais sans être pathologiques. Les résultats d'une méta-analyse portant sur un vaste échantillon d'adultes nord américains (comprenant 66 études) indiquent une moyenne probable de jeu pathologique de 1,46 % (0,92 – 2,01 IC), et une moyenne de 2,54 % (1,72 – 3,27) pour un problème de jeu de façon plus générale (Shaffer & Hall, 2001).

Dans la foulée, des études récentes se sont intéressées à la prévalence du jeu pathologique auprès des membres des Premières Nations. Ainsi, dans leur recension des écrits, Wardman et ses collègues (2001) concluent que les Premières Nations sont de 4 à 16 fois plus à risque de développer un problème de jeu pathologique que les individus de la population générale. Les résultats de deux études réalisées auprès des membres des communautés cris du Nord-du-Québec révèlent qu'environ 9,2 % de la population a un problème de jeu ou est à risque d'en développer un (Ancitil et Chevalier, 2008), ou encore que 8,6 % des participants



sont à risque élevé d'avoir une problématique sévère de jeu (Gill, 2009).

De plus, chez les membres des Premières Nations, différents facteurs de risque ont été associés au jeu pathologique: la pauvreté, le jeune âge de sa population, une plus grande exposition au jeu, une histoire d'abus dans l'enfance, de même qu'un niveau plus élevé de chômage et de dépendances à l'alcool et aux drogues (Dion et al., 2009; Volberg, 2001; Wardman et al., 2001).

Chez les personnes autochtones, la prévalence plus élevée de jeu pathologique a été expliquée, entre autres, par le cumul de différents facteurs de risque: la pauvreté, le jeune âge de sa population, une plus grande exposition au jeu, par exemple au bingo, une histoire de maltraitance dans l'enfance, de même qu'un niveau plus élevé de chômage et de dépendances à l'alcool et aux drogues (p. ex., Dion et al., 2009; Volberg, 2001; Wardman et al., 2001; Zitzow 1996b). Quelques chercheurs mentionnent des facteurs de risque qui seraient présents chez les personnes autochtones tels que la recherche de sensation, un manque d'activités récréatives et une préférence pour le jeu (Wardman et al., 2001; Zitzow, 1996b), bien qu'ils n'aient pas été validés dans certaines études (Gillis et al., 2008; Hewitt, 1994; Hewitt & Auger, 1995; McDougall et al., 2007). Des facteurs culturels comme les croyances, les valeurs et les effets de l'acculturation, pourraient également influencer les taux de prévalence auprès de certains groupes culturels, incluant les communautés autochtones (Raylu & Oei; 2004).

En somme, le jeu pathologique apparaît être plus prévalent chez les peuples autochtones que chez les non-autochtones. Toutefois, peu de données sont disponibles concernant la prévalence du jeu et ses facteurs associés chez les Premières Nations au Québec.

Objectif et méthodologie

Dans ce contexte, notre étude vise à mieux comprendre les facteurs associés au jeu pathologique chez les membres des Premières Nations du Québec. Elle est en cours et le présent article fait état de résultats préliminaires. Jusqu'à maintenant, 145 membres des Premières Nations ont été rencontrés. Ils sont issus de deux communautés et de deux centres semi-urbains du Québec. Ces participants ont été sélectionnés au hasard grâce aux registres des conseils de bande (communautés) et des listes des Centres d'amitié autochtones (centres semi-urbains). Des intervieweurs ont rencontré chaque participant individuellement afin d'administrer le questionnaire oralement. Les questionnaires utilisés ont permis d'évaluer le jeu pathologique (*South Oaks Gambling Screen*; Ladouceur, 1991) mais aussi la consommation d'alcool (*Michigan Alcohol Screening Test*; MAST, adapté pour les Premières Nations, Philippe-Labbé, 2006), ainsi que la consommation de drogues (*Drug Abuse Screening Test*;

DAST, adapté pour les Premières Nations, Philippe-Labbé, 2006). De plus, les traumatisés vécus dans l'enfance, ont été évalués à partir d'une version traduite et adaptée du *Early Trauma Inventory Self-Report short-form* (ETISR-SF; Bremner, 2000) ainsi que la détresse psychologique (*Indice de détresse psychologique*; IDPSQ-14, Boyer et al., 1993).

Résultats et implications cliniques

Les résultats préliminaires indiquent que 13,8 % (n = 20) des 145 participants sélectionnés aléatoirement sont des joueurs pathologiques probables, ce qui représente une proportion importante comparativement à la population générale. Des tests de chi-carrés ont ensuite permis d'identifier les facteurs associés au jeu pathologique chez l'ensemble des répondants. Les participants ont été répartis en deux catégories: 1) les joueurs pathologiques (JP) ou 2) les non-joueurs ou les joueurs non pathologiques (NJP), selon leur score au SOGS. Les résultats obtenus jusqu'à présent ne permettent pas d'établir de lien statistiquement significatif entre les variables sociodémographiques étudiées (âge, sexe) et la pathologie du jeu.

Cependant, des relations significatives sont observées entre le jeu pathologique et les autres dépendances. Ainsi, les joueurs pathologiques ont une consommation problématique d'alcool dans une proportion de 75,0 % vs 28,7 % pour les non-joueurs pathologiques ($X^2 = 16,155$, $p < 0,001$). Pour les drogues, on observe que 60,0 % des joueurs pathologiques ont un problème vs 10,1 % des non-joueurs pathologiques ($X^2 = 29,865$, $p < 0,001$). La détresse n'est pas statistiquement associée à cette problématique: 35,0 % des joueurs pathologiques (comparativement à 23,0 % des non-joueurs) rapportent vivre de la détresse psychologique. Par contre, d'autres résultats indiquent que certains événements pénibles vécus avant l'âge de 18 ans sont reliés au jeu pathologique. En effet, avoir fréquenté un pensionnat (70,0 % JP vs 23,4 % NJP; $X^2 = 17,866$, $p < 0,001$), avoir été victime d'agression sexuelle (65,0 % JP vs 26,5 % NJP; $X^2 = 11,615$, $p < 0,01$) ou d'agression physique avant 18 ans (60,0 % JP vs 28,4 % NJP; $X^2 = 7,670$, $p < 0,01$) sont des facteurs associés au jeu pathologique à l'âge adulte.

En somme, les résultats de la présente étude indiquent non seulement une forte prévalence du jeu pathologique chez les répondants des Premières Nations de cette étude, mais également des taux élevés de différentes problématiques associées. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études réalisées auprès des peuples des Premières Nations (Wardman et al., 2001) bien que la prévalence apparaisse plus élevée que les taux rapportés au Québec par Ancialet et Chevalier (2008) et Gill (2009). Même si aucun lien de causalité n'a pu être établi, nos résultats révèlent que les joueurs pathologiques présentent des dépendances à l'alcool et aux



drogues en plus d'une histoire de traumatismes dans l'enfance, ce qui est conforme aux résultats obtenus dans d'autres études réalisées chez les Premières Nations (p. ex., Abbott & Volberg, 1999; Elia & Jacobs, 1993; Westermeyer et al., 2005). Contrairement à ce qui est retrouvé dans les écrits (Volberg, 1994; Cozzetto & Larocque, 1996; Wynne & McCready, 2005), l'âge et le sexe ne sont pas reliés au jeu pathologique.

En conclusion...

La collecte de données est toujours en cours pour cette recherche, aussi les résultats présentés ci-dessus sont sujets à changement. De plus, une fois la collecte finalisée, des analyses statistiques plus complexes seront réalisées afin d'avoir un meilleur portrait de la situation, et pour mieux comprendre cette prévalence élevée.

Néanmoins, les résultats obtenus jusqu'à présent suggèrent quelques pistes pour le traitement des joueurs pathologiques chez les membres des Premières Nations, comme l'utilisation d'une approche holistique et la considération de l'ensemble des facteurs pour comprendre et traiter les problématiques de jeu (Auger & Hewitt; 2000).

De plus, les joueurs pathologiques présentent souvent un profil complexe qui peut affecter l'accès et la rétention dans le traitement ainsi que les résultats atteints. Dans ce contexte, les modèles de traitement qui prennent en considération les comorbidités peuvent aider le rétablissement des joueurs pathologiques (Winters & Kushner, 2003). Finalement, puisque le jeu est en croissance dans plusieurs régions du monde, la prévention et l'éducation devraient non seulement cibler la population générale, mais également les membres des communautés des Premières Nations. Des recherches futures sont également nécessaires pour mieux comprendre la complexité des joueurs pathologiques.

JACINTHE DION, Ph.D.,
professeure adjointe,
Université du Québec à Chicoutimi

AMÉLIE ROSS, B.A.,
étudiante,
Université du Québec à Chicoutimi

DELPHINE COLLIN-VÉZINA, Ph.D.,
professeure adjointe,
Université McGill

Remerciements

Nous tenons à remercier le Centre de réadaptation Wapan, notamment la directrice Louise Généreux, pour son soutien et sa collaboration inestimable à la réalisation de ce projet; les intervieweurs; les participants; Mireille De La Sablonnière pour la recherche bibliographique de même qu'Audrey Gilbert et Sarah Buckell pour l'entrée de données. Cette étude a bénéficié d'une subvention des Agences régionales de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de la Mauricie Centre-du-Québec, du Saguenay Lac-St-Jean et du Centre de réadaptation Wapan.

Références:

- ABBOTT, M. W., & VOLBERG, R. A. (1999). *Gambling and problem gambling in the community: An international overview and critique*. Wellington, NZ: Department of Internal Affairs.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- ANCTIL, M., & CHEVALIER, S. (2008). Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- AUGER, D., & HEWITT, D. (2000). *Dream chaser: Alberta Aboriginal adult gambling prevalence study*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., & VALOIS, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.
- BREMNER, J.D., VERMETTEN, E., & MAZURE C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12.
- CULIN, S. (1973). *Games of the North American Indians*. New York: AMS Press.
- COX, B. J., YU, N., OLFREY, T., & LADOUCEUR, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 213-217.
- COZZETTO, D. A., & LAROCQUE, B. W. (1996). Compulsive gambling in the Indian community: A North Dakota case study. *American Indian Culture and Research Journal*, 20, 73-86.
- DION, J., COLLIN-VÉZINA, D., DE LA SABLONNIÈRE, M., PHILIPPE-LABBÉ, M.-P., & GIFFARD, T. (2009). An exploration of the connection between child sexual abuse and gambling in aboriginal communities. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10.1007/s11469-009-9234-0, online.
- ELIA, C., & JACOBS, D. F. (1993). The incidence of pathological gambling among Native Americans treated for alcohol dependence. *International Journal of Addictions*, 28, 659-666.
- GILL, K.J. (2009, Septembre). The social and psychological impact of gambling in the Cree communities of Northern Quebec. Communication présentée au Colloque international Jeux et Dépendances, Montréal, Québec.
- GILLIS, A., McDONALD, J., & WEATHERLY, J. N. (2008). American Indians and non-Indians playing a slot-machine simulation: Effects of sensation seeking and payback percentage. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 15, 18-32.
- HEWITT, D. (1994). *Spirit of bingo land: A study of problem gambling among Alberta Native people*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- HEWITT, D., & AUGER, D. (1995). *Firewatch on Aboriginal adolescent gambling*. Edmonton, AB: Nechi Training, Research, & Health Promotions Institute.
- LADOUCEUR, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- LADOUCEUR, R. (2000). *Le Jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montreal: Éditions de l'Homme.
- McDONALD, C. L., McDONALD, J., & WEATHERLY, J. N. (2007). The gambling behavior of American Indian and non-Indian participants: Effects of the actions and ethnicity of a confederate. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 14, 59-74.
- PHILIPPE-LABBÉ, M.-P. (2006). La résolution de la consommation problématique d'alcool et de drogues selon les femmes pekuakamiinuath ayant vécu ce problème. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- SHAFFER, H. J., & HALL, M. N. (2001). Updating and refining meta-analytic prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 168-72.
- SUISSA, A. J. (2007). Gambling addiction as a pathology: Some markers for empowerment. *Journal of Addictions Nursing*, 18, 93-101.
- VOLBERG R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.
- VOLBERG, R. A. (2001). *Gambling and problem gambling in North Dakota: A replication study, 1992 to 2002*. Northampton, MA: Gemini Research, Ltd.
- WARDMAN, D., EL-GUEBALY, N., & HODGINS, D. (2001). Problem and pathological gambling in North American Aboriginal populations: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 17, 81-100.
- WESTERMAYER, J., CANIVE, J., GARRARD, J., THURAS, P., & THOMPSON, J. (2005). Lifetime prevalence of pathological gambling among American Indian and Hispanic American veterans. *American Journal of Public Health*, 95, 860-866.
- WILLIAMS, R., WYNN, H., NIXON, G., & FRANK, L. (2005). Using participatory action research to study Canadian Aboriginal gambling. Paper presented at the 6th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues. Malmö, Sweden.
- WINTERS, K. C., & KUSHNER, M. G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19(3), 261-277.
- WYNN, H., & MCCREADY, J. (2005). *Examining gambling and problem gambling in Ontario Aboriginal communities: Final summary report*. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- ZITZOW, D. (1996b). Comparative study of problematic gambling behaviors between American Indian and non-Indian adults in a northern plains reservation. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 7, 27-41.

PNP... Petites nouvelles pharmaceutiques COUP D'ŒIL SUR LES NOUVELLES TENDANCES...

■ **BZP et TFMPP**: émergence de deux substances donnant lieu à un usage abusif (Party Pills, Funk Pills, Pure Pills)

La BZP (benzylpipérazine) et la TFMPP (trifluorométhylphénylpipérazine) appartiennent à la famille des pipérazines, un vaste groupe de substances dont plusieurs molécules sont utilisées dans un but thérapeutique. Actuellement ces deux substances n'ont pas d'indication thérapeutique mais elles présentent des effets psychoactifs et elles sont consommées dans un cadre festif, principalement sous forme de comprimés.

La BZP possède des effets stimulants analogues à ceux de l'amphétamine, ce qui explique sa popularité comme drogue d'abus. Elle est moins puissante que la méthamphétamine ou la méthylènedioxyméthamphétamine (ecstasy), mais en augmentant les doses on peut obtenir des effets semblables aux dérivés amphétaminiques plus

puissants. L'association entre la BZP et la TFMPP produirait des sensations proches de la MDMA ou ecstasy.

Ces substances sont souvent présentées comme des produits naturels ou des solutions légales de remplacement au MDMA. Toutefois, ces produits sont loin d'être naturels, en fait ils sont totalement synthétiques et ils peuvent entraîner plusieurs effets, encore mal connus, mais qui ne sont pas sans risques pour le consommateur. Les effets suivants ont été rapportés: anxiété, agitation, palpitations, vomissements, maux de tête, bouffées de chaleur, fièvre, confusion, symptômes urinaires, insomnie et convulsions. Ces effets peuvent s'aggraver lorsque ces substances sont consommées avec de l'alcool ou d'autres drogues. Les symptômes apparaissent environ 2 heures après l'ingestion, les effets persistent habituellement pendant 12 à 24 heures, mais ils peuvent se prolonger jusqu'à 72 heures.

Ces substances ne sont actuellement pas réglementées au Canada mais depuis 2008 Santé Canada évalue la possibilité d'ajouter certains dérivés de pipérazine aux annexes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La BZP est illégale dans certains pays depuis plusieurs années.

■ **SPICE**: un substitut au cannabis!

Le SPICE est un mélange d'herbes susceptibles d'être fumées. Il est disponible sur internet et dans divers magasins spécialisés. Vendus à titre d'encens, les produits «SPICE» (aussi appelé Gorilla, Sence) contiennent pas moins de 14 ingrédients d'origine végétale. Des tests récents indiquent que certains échantillons de SPICE contiennent aussi des cannabinoïdes synthétiques. Ces ingrédients ne figurent pas sur l'emballage et les usagers peuvent donc les consommer à leur insu.

Les cannabinoïdes de synthèse possèdent le même mécanisme d'action que le THC, lequel est le principe actif du cannabis. Des études auraient démontré que le JHW-018, un cannabinoïde de synthèse retrouvé dans le SPICE, aurait une intensité d'action aussi

importante, voire supérieure, au THC. Les symptômes provoqués par l'ingestion de cannabinoïdes synthétiques ne sont pas connus. On suppose que les effets sont semblables à ceux retrouvés avec le cannabis.

À la suite de la découverte de dérivés synthétiques du cannabis dans le SPICE, plusieurs pays ont rendu illégale la possession ou la vente de ce produit. Au Canada, tous les cannabinoïdes synthétiques retrouvés jusqu'à présent dans le SPICE sont considérés comme des drogues contrôlées. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* du Canada prévoyait déjà ces dérivés. Alors, dans la mesure où le SPICE contient des cannabinoïdes synthétiques et non seulement des herbes exotiques, il est une drogue illégale au Canada. Toutefois, le SPICE est encore disponible actuellement sur les tablettes des boutiques québécoises.

■ La Chicha : nouvelle forme de tabagisme !

Une nouvelle tendance semble vouloir remplacer la cigarette : la chicha. Composée de 25 % de tabac mélangée à de la mélasse et à un arôme de fruit, elle est fumée dans un houka (pipe à eau ou narguilé). Cette sensation agréable parfumée amène à penser à tort que ce tabac est moins nocif pour la santé que la cigarette. Plusieurs personnes ont l'impression que l'eau du vase du narguilé filtre la fumée, ce qui la rend moins nocive. Des tests scientifiques démontrent au contraire que la fumée du narguilé est aussi dangereuse, sinon plus, que celle de la cigarette.

Outre la nicotine, la fumée de la chicha contient également du monoxyde de carbone, des métaux lourds tels le plomb et le cobalt, et des agents cancérigènes, lesquels proviennent de la combustion du charbon utilisé dans le narguilé. Une séance de chicha peut équivaloir à fumer des dizaines de cigarettes. Le partage d'embout peut aussi favoriser la transmission microbienne, comme la tuberculose. L'usage d'un embout individuel permet de réduire ces risques.

Une nouvelle forme de chicha existe actuellement sur le marché : la chicha sans tabac. Elle serait moins nocive car elle ne contient pas de tabac mais seulement de la mélasse et de la pulpe de fruit. Toutefois il ne faut pas oublier les produits nocifs issus de la combustion du charbon, lesquels peuvent causer des problèmes de santé importants.

Au Québec, il existe une quarantaine d'établissements où il est légal de consommer la chicha, malgré la nouvelle loi anti-tabac. En effet, les salons de chicha ouverts avant le 10 mai 2005 ont été exclus de la nouvelle loi anti-tabac. Toutefois une réglementation très sévère les encadre et il est interdit d'ouvrir tout nouvel établissement.

Le programme Groupe de réflexion sur les drogues – Réalizations et résultats



La consommation de substances psychotropes chez les adolescents est un comportement plus normal que marginal dans la société d'aujourd'hui. En effet, près de 80 % des jeunes de secondaire 5 ont déjà essayé au moins une drogue au cours de leur vie et ce, excluant l'alcool (Dubé & Fournier, 2006). Fait à noter, ces statistiques n'incluent pas les jeunes décrocheurs, les jeunes de la rue ni les jeunes poursuivant un programme d'étude pour adultes. Tous les jeunes qui essaient un jour une drogue n'en deviendront pas nécessairement dépendants puisque pour s'engager dans un usage régulier ou abusif d'une drogue, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. En effet, l'individu doit avoir certaines caractéristiques de vulnérabilité, être dans un contexte ou un environnement propice, et finalement, essayer une substance psychotrope correspondant à ses besoins du moment.

La toxicomanie survient lorsque la consommation n'est plus contrôlée. Chez les adolescents en difficultés les habiletés d'autocontrôle sont souvent déficientes (Glantz & Leshner, 2000). Ainsi, parmi les adolescents desservis par un centre jeunesse, il y a 4 fois plus de consommateurs que dans la population des jeunes en général (Laventure, Pauzé & Déry, 2005). Les centres jeunesse ont pour mandat d'aider les jeunes qui connaissent des difficultés d'adaptation à retrouver les capacités et l'équilibre nécessaire pour fonctionner dans leur milieu. La prévention secondaire auprès des jeunes aux prises avec une consommation problématique correspond au mandat de l'établissement puisque ces jeunes ne fonctionnent plus adéquatement dans leur milieu et que cela se répercute sur toutes les sphères de leur vie, tant familiale que sociale et scolaire. L'intervention proposée par le *Groupe de réflexion sur les drogues* (GRD) (Durocher, Pelletier & Trudeau-LeBlanc, 2005) s'inscrit dans une volonté de réduire les conséquences liées à un mauvais usage de substances psychotropes et limiter les risques pour l'adolescent de s'enfoncer dans une toxicomanie et dans un mode de vie délictueux.

Une brève présentation du projet

Dans le cadre du projet de maîtrise professionnelle en psychoéducation à l'université de Montréal, le programme GRD est implanté et évalué auprès d'un groupe d'adolescents hébergés au centre jeunesse de Montréal. Nous croyons que le programme pourrait avoir un impact positif auprès des jeunes consommateurs du centre jeunesse puisqu'ils font tous partie de la population à risque de développer une toxicomanie. Il serait possible d'augmenter le taux d'implantation du GRD dans les différentes unités du centre jeunesse, une fois l'efficacité démontrée.

Le programme GRD est basé sur l'approche de réduction des méfaits et l'approche cognitive comportementale. Il ne prône pas l'abstinence mais vise plutôt la responsabilisation des jeunes. L'utilisation de l'approche de réduction des méfaits vise à amener le participant à faire des choix réalistes en tenant compte de ses propres besoins et de sa capacité à se mobiliser (Ritter & Cameron, 2006). L'approche cognitive comportementale pour sa part permet de travailler la reconstruction cognitive de l'adolescent afin qu'il adopte des habiletés prosociales (Holmbeck, O'Mahar, Colder & Updegrave, 2006), habiletés souvent déficientes chez les adolescents à risque d'abus ou de dépendance (Vitaro & Charbonneau, 2003). Au cours de huit ateliers d'une durée de 80 minutes chacun, les adolescents se questionnent et échangent sur des sujets touchant la consommation de substances en général ainsi que sur leur propre consommation.

La démarche de groupe est une force du programme puisqu'elle amène les adolescents à prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation et que les questionnements qui les animent préoccupent aussi les autres. Le groupe permet aux adolescents de tester leurs forces et limites, de clarifier leurs valeurs par rapport aux autres, de répondre à leur besoin d'appartenance et d'interagir avec leurs pairs par des activités favorisant l'augmentation des connaissances, la reconnaissance et l'acceptation des émotions, une réflexion sur



soi ainsi qu'une prise de conscience du pouvoir que les jeunes ont sur leur vie. Le programme GRD se veut un lieu d'échange et de réflexion où les adolescents peuvent évoluer librement, dans un climat de confiance et de respect.

Au cours des cinq années d'implantation et d'actualisation du projet pilote, les participants ont manifesté de l'intérêt et de la satisfaction face à leurs apprentissages (Durocher et al., 2005).

Les résultats attendus par les chercheurs sont une appropriation du processus de changement par les jeunes ainsi qu'une sensibilisation et une prise de conscience de ce qu'est une consommation appropriée de psychotropes.

Cinq points ont été ciblés afin d'évaluer les effets directs et indirects du programme. Deux effets directs peuvent être attribués au programme. Ce sont les buts ciblés par les auteurs du programme, soit l'augmentation des connaissances et la réduction des méfaits. L'augmentation des connaissances ne peut à elle seule provoquer un changement dans les comportements de consommation des jeunes mais, utilisée conjointement à d'autres moyens, il est possible qu'elle favorise un changement dans l'attitude des jeunes vis-à-vis des drogues et de l'alcool. Pour ce qui est de la réduction des méfaits, son efficacité peut être démontrée par une réduction des problèmes ou conséquences vécues par les participants.

La catégorie des effets indirects comprend trois objectifs spécifiques qui pourraient amener les participants à atteindre les buts du programme. Pour arriver à modifier un comportement, il faut d'abord en être conscient, d'où l'importance d'amener les participants à prendre conscience de la place que prend la consommation dans leur vie. La prise de conscience de leurs habitudes de consommation peut augmenter la motivation au changement, surtout si les participants observent que leur consommation est plus problématique que ce qu'ils croyaient. Enfin, compte tenu que la motivation est la force qui fournit à l'organisme l'énergie lui permettant de s'activer pour produire un comportement (Prochaska & DiClemente, 1986) et qu'elle s'inscrit dans un processus dynamique influencé par les gains et les pertes encourues s'il y avait changement du comportement, c'est le dernier point qui sera évalué. Ainsi pour changer leurs habitudes de comportement, les jeunes doivent d'abord identifier les avantages et désavantages de leur consommation actuelle et quels bénéfices ils en retireraient à changer. Le groupe était composé de six adolescents entre 14 et 17 ans, hébergés dans une unité de type globalisante du centre jeunesse de

Montréal. Considérant le milieu d'intervention, la participation des adolescents au programme était obligatoire. Étaient exclus les jeunes recevant les services d'un centre spécialisé comme Portage ou Dollard-Cormier. Le programme fut animé par deux animatrices: l'étudiante et une éducatrice de l'unité ciblée, toutes deux détentrices d'un certificat en toxicomanies, en plus d'avoir suivi une formation de deux jours, donnée par les auteurs du GRD, sur l'animation du programme. Par ailleurs, les deux animatrices avaient déjà animé différents programmes pour les jeunes dans le passé mais ce fut, pour toutes les deux, une première expérience d'animation du présent programme.

Un aperçu des résultats

Avant tout, il importe de préciser qu'une modification à été apportée quant à la durée et à la forme des rencontres. L'implantation s'est échelonnée sur 10 semaines, plutôt que les 8 prévues. Dès la première rencontre, nous avons pu observer que les participants n'étaient ni attentifs ni disponibles à continuer après 60 minutes. Afin de ne pas perdre la motivation des jeunes, nous avons choisi d'écourter les rencontres d'environ 20 minutes. Dans le but de passer tout le contenu proposé par le programme, nous avons ajouté deux rencontres pour arriver à un total de dix rencontres de 60 minutes chacune.

Les participants ont été exposés à tout le contenu prévu, à l'exception d'une activité qui n'était pas adaptée aux besoins de notre groupe. D'après les résultats obtenus dans l'évaluation de la mise en œuvre, le contenu a été respecté à 97 % de ce qui avait été planifié. Un seul participant n'a été exposé qu'à 90 % du contenu puisqu'il s'est absenté au quatrième atelier.

Le premier objectif, «*Que les jeunes augmentent leurs connaissances*», vise des connaissances sur les drogues elles-mêmes, leurs effets, leurs propriétés et leurs mécanismes d'action. Son atteinte a été évaluée à l'aide d'un quizz développé par les auteurs du programme.

À l'exception d'un seul participant, tous les jeunes ont augmenté leurs connaissances à propos de chacun des sujets évalués. Effectivement, si l'on regarde les connaissances générales, soit la moyenne des résultats aux quatre sujets, tous les participants ont augmenté leurs connaissances d'au minimum 38 % et, si l'on exclut le participant mentionné plus haut, la moyenne augmente à 52 %. En regard de ces résultats, nous pouvons conclure que les participants ont augmenté de façon significative leurs connaissances sur les drogues et les divers sujets les concernant.

Le second objectif «*Qu'il y ait une diminution des conséquences liées à la consommation*», est évalué à l'aide d'un questionnaire maison composé d'une grille de 14 problèmes possibles. Les adolescents devaient identifier s'ils avaient connu le problème nommé, et si oui, si cela était dû à leur consommation de drogues, d'alcool ou à autre chose. Même si les réponses divergent d'un participant à l'autre quant aux problèmes rencontrés à cause de leur consommation, nous observons tout de même une prise de conscience et une diminution des problèmes identifiés chez quatre des six participants. Deux participants en particulier ont identifié que certaines de leurs fréquentations les encourageaient à consommer et ont cessé de les fréquenter au cours de l'implantation du programme. Ces mêmes deux participants remarquent une baisse des problèmes et conséquences dans leur vie. Il est par contre difficile d'établir si la consommation était à la base des problèmes ou s'il s'agissait des mauvaises fréquentations, mais les deux jeunes sont fiers des améliorations à leur vie.

Le troisième objectif, «*Que les jeunes identifient leurs habitudes de consommation hebdomadaire*», est évalué à l'aide d'un questionnaire maison dans lequel les adolescents doivent nommer les substances consommées au cours de la semaine précédant la rencontre ainsi que le nombre de fois où ils avaient consommé. Les réponses des adolescents correspondaient, la majorité du temps, à ce que les éducateurs avaient pu observer ou entendre de la part de ces jeunes. Des six participants, deux ne consommaient pas ou trop peu pour qu'un changement soit observable. Chez un troisième participant, nous observons une diminution importante de la consommation en milieu de programme mais l'adolescent reprend ses habitudes de consommation par la suite. Pour ce qui est des trois derniers participants, nous observons des diminutions significatives de leurs consommations dès la mi-programme. Ces diminutions se maintiennent jusqu'à la fin. Ainsi, quatre participants sur six ont pu identifier leurs contextes de consommation et ils ont profité de cette prise de conscience pour modifier leurs habitudes.

Le quatrième objectif, «*Que les jeunes identifient la gravité de leur consommation*» est évalué à l'aide du Dep-ado. Un des participants est exclu vu sa non-consommation. Les cotes numériques que les cinq autres jeunes obtiennent en fin de programme sont toutes plus basses que lors du pré-test. De plus, la plupart d'entre eux changent de côte, passant du jaune au vert (deux jeunes) ou du rouge au vert (un jeune). Au vu de ces résultats positifs, il est possible de conclure qu'à tout le moins, le

programme n'a pas eu l'effet iatrogène d'influencer les jeunes à consommer.

Le cinquième et dernier objectif, « *Que les jeunes augmentent leur motivation à modifier leurs habitudes de consommation* », est évalué grâce à la Grille URICA (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) dont l'objectif est d'identifier le positionnement des participants sur le continuum de la motivation. Des six participants, trois progressent de façon observable; un passe de la pré-contemplation à l'action, un autre passe de la contemplation à l'action et l'autre passe de l'action au maintien. Les deux participants consommant peu ou pas demeurent en pré-contemplation tout au long du programme. Ce phénomène est normal considérant leur situation. Le dernier participant est le seul à avoir enregistré quelques reculs: en action au pré-test mais en pré-contemplation au post-test!

Recommandations pour l'implantation

Suite à l'implantation du GRD, l'évaluation et l'interprétation des résultats obtenus permettent de dégager différentes forces et limites desquelles nous avons tiré quelques recommandations.

Le programme présente plusieurs avantages pour tous les types de consommateurs, mais particulièrement pour les jeunes dont la consommation est occasionnelle, questionnable ou à risque mais sans être problématique. Tous les jeunes retirent du programme la possibilité d'augmenter leurs connaissances sur les drogues en plus de recevoir des conseils et des informations justes et pertinentes. Diverses stratégies d'apprentissage sont mises en place pour transmettre l'information aux participants, ce qui est un point avantageux du programme. Ainsi, selon les besoins et les capacités d'intégration des participants par des jeux de rôle, des films, des activités ludiques ou d'introspection sont proposés aussi bien que les théories. Le programme a l'avantage de permettre à n'importe quel jeune de comprendre l'information transmise.

De plus, le contexte de groupe permet de mettre en commun les connaissances des jeunes mais surtout de briser leur isolement quant à la place que prend la consommation dans leur vie. Nous savons par contre que des effets iatrogènes sont répertoriés lors d'intervention en groupe auprès des adolescents (Dishion, McCord & Poulin, 1999). Il est possible que les jeunes s'encouragent entre eux à consommer ou qu'ils consomment ensemble. Nous recommandons que les animateurs soient informés de ces risques afin qu'ils demeurent vigilants.

La formation des animateurs est sans aucun doute une étape fondamentale pour permettre une meilleure transmission du contenu. Nous recommandons qu'un suivi soit offert par l'un des formateurs auprès des animateurs lorsqu'ils implantent le programme. Cela permettrait d'offrir un support personnalisé afin d'améliorer les pratiques et la qualité de l'offre de service. Ce suivi permettrait en plus d'observer les difficultés les plus souvent rencontrées par les animateurs et donc, de modifier la formation offerte en conséquence.

La dernière recommandation concerne la généralisation des acquis. En effet, nous observons que les jeunes consomment surtout lorsqu'ils sont chez leurs parents alors que ceux-ci ne sont pas équipés pour supporter leur adolescent ou ne sont peut-être même pas au courant du processus dans lequel leur jeune est impliqué quant à sa consommation. Il serait donc intéressant qu'une rencontre soit ajoutée, uniquement pour les parents, afin de leur fournir des moyens d'intervention pour aider leur adolescent à modifier ses habitudes de consommation lorsqu'il est à la maison.

En conclusion

L'évaluation des résultats obtenus par l'implantation du *Groupe de réflexion sur les drogues*, semble démontrer un impact positif sur la clientèle visée. En effet, sur les six adolescents composant le groupe d'évaluation, trois répondaient parfaitement aux critères de sélection identifiés par les auteurs et ce sont ces trois jeunes qui tirent le plus d'effets bénéfiques du programme. Bien qu'aucun suivi à long terme ne permette de se prononcer sur le maintien des résultats, il est possible de croire que les changements positifs observés chez les jeunes quant à la modification de leurs habitudes de consommation seront durables dans le temps. En effet, les connaissances et techniques apprises par ces jeunes devraient contribuer à prévenir l'aggravation de leur consommation vers la toxicomanie.

Le contenu du programme était adapté à la compréhension des jeunes et les diverses stratégies d'apprentissage ont contribué à garder les participants motivés et intéressés malgré l'étalement du programme sur dix semaines. Tel que mentionné précédemment, la durée du programme a été modifiée puisque les adolescents n'étaient plus « disponibles » après une heure d'activité. Modifier la durée des rencontres a contribué à la bonne participation des adolescents et aidé à ce que les jeunes prennent conscience de la place que la consommation prend dans leur vie, premier pas vers la modification des habitudes de consommation.

Les résultats obtenus par les jeunes quant à leur consommation démontrent que les jeunes consomment plus lorsqu'ils sont à la maison, chez leurs parents. Le programme ne possède pas de volet d'intervention auprès des parents afin de leur donner des techniques pour supporter leur jeune dans sa démarche. Cela pourrait être un ajout intéressant au programme Groupe de réflexion sur les drogues.

Considérant que les jeunes hébergés au centre jeunesse sont à haut risque de toxicomanie, il apparaît essentiel de mettre en place des mesures comme le « Groupe de réflexion sur les drogues ». Ce programme présente beaucoup d'avantages et répond au besoin des jeunes. En lui apportant quelques légères modifications, on pourra le rendre encore plus efficace pour aider ces jeunes à prendre leur consommation en mains.

Audrey Jean,
Éducatrice

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Références:

- DISHION, T.J., MCCORD, J. & POULIN, F. (1999). When Interventions Harm: Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54 (9), 755-764.
- DUBÉ, G. & FOURNIER, C. (2006). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006. Institut de la Statistique du Québec. Ste-Foy: Les Publications du Québec.
- DUROCHER, L., PELLETIER, S. & TRUDEAU-LEBLANC, P. (2005). Groupe de réflexion sur les drogues – Guide d'animation. Montréal: Bibliothèque du Centre Jeunesse de Montréal Institut-Universitaire.
- GLANTZ, M.D. & LESHNER, A.I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 12, 795-814.
- HOLMBECK, G.N., O'MAHAR, M.A., COLDER, C. & UPDEGROVE, A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy with Adolescents. In P.C. Kendall (Ed.). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 419-464). New York: Guilford Press.
- LAVENTURE, M., PAUZÉ, R. & DÉRY, M. (2005). La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des CJ du Québec: profils de gravité et caractéristiques associées. Montréal: Bibliothèque du Centre Jeunesse de Montréal Institut-Universitaire.
- McConaughy, E., Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368-375.
- PROCHASKA, JAMES O; DICLEMENTE, CARLO C. (1986). Treating addictive behaviors: Processes of change. In Miller, W., Heather, N. (Eds). (1986). *Toward a comprehensive model of change*. (pp. 3-27). New York, NY, US: Plenum Press.
- RITTER, A. & CAMERON, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.
- VITARO, F. & CHARBONNEAU, R. (2003). La Prévention de la Consommation Abusive ou Précoce de Substances Psychotropes Chez les Jeunes. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Eds). *Prévention des Problèmes d'Adaptation Chez les Enfants et les Adolescents Tome II: Les Problèmes Externalisés* (pp. 335-369). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Un peu plus de la même chose...

Le plan d'action (anti)drogue de l'Union européenne 2009-2012

S'il est un sujet sentant le soufre, c'est bien celui traitant des drogues illicites au sein de la société européenne. Constituant une menace sérieuse pour la sécurité et la santé argue le Conseil européen, il nous faut pour les prochains exercices (2009-2012) viser à offrir un niveau élevé de protection, de bien-être et de cohésion sociale, par la prévention et la réduction de la consommation de drogue¹. Certes l'ambition est louable, mais elle cache toutefois un certain nombre d'approximations sinon révèle une relative cécité face aux mesures déjà prises et appliquées lors des précédents plans d'action antidrogue.

En effet, si la Commission européenne se félicite des stratégies antidrogues adoptées par elle et relayé par ses états membres, elle doit cependant bien constater (à demi mots) la faiblesse des résultats obtenus par elle au travers de ses différents plans d'action. Mais que l'on ne s'inquiète pas, si la répression a manqué son effet, c'est que l'on n'a pas essayé assez fort. Pourquoi dès lors ne pas faire toujours un peu plus de la même chose.

La quintessence du message que l'on trouve en filigrane du plan d'action drogue de l'Union européenne aujourd'hui adopté consiste à entretenir une sorte de collusion malsaine, mais indiscutable semble-t-il aux yeux de la Commission, entre consommation de drogues illicites et dégâts individuels et/ou collectifs. Barbotant dans les eaux troubles de la maladie et/ou de la criminalité, l'usager doit ainsi être pris en charge, et la société de lutter de toutes ses forces contre les drogues illicites. Réduire l'offre et la demande incarnent dès lors des objectifs incontournables puisqu'il nous faut agir (c'est-à-dire guérir ou punir, la vision est ici binaire). Ce plan d'action, validé par la

Commission et par là-même entré en vigueur, révèle l'unanimité de ses membres à ne pas voir l'évidence: la répression est un échec; pire même elle aggrave la situation des usagers les plus démunis et « encourage » ou alimente un certain nombre de pratiques qu'elle cherche précisément à éliminer (comme par exemple certaines formes de criminalité). Mais qu'importe ce constat, car si les chiffres disent une chose, c'est bien que la toxicomanie progresse et qu'il faut nous protéger contre ce fléau. Et ce même si des décennies de prohibition n'ont réduit ni l'offre ni la demande. Même si responsabiliser est plus payant qu'infantiliser. Même si et surtout on ne peut interdire ce que l'on ne sait empêcher (l'usage en l'occurrence). Aussi cette belle mécanique européenne de la stratégie antidrogue renvoie aux calendes grecques la résolution de problèmes dont elle se targue de s'occuper. Ainsi pour exemple en va-t-il de la fameuse question de la santé publique. Comment réduire en effet les dommages en matière de santé (si dommages il y a) quand la logique même des politiques appliquées empêche tout contrôle de la qualité des produits évoluant sur le marché. La clandestinité que génère la prohibition grève en effet, pour les drogues comme pour tout autre produit, une évaluation conséquente tant des effets que des méfaits de l'usage des substances psychoactives.

Les dégâts sociétaux ou individuels inhérents selon la Commission à l'usage des substances illicites sont « soigner » eux à leur manière. Un tour de passe-passe rhétorique consiste ainsi à considérer que si l'usage crée *de facto* des dommages, c'est par la prohibition que l'on va protéger le citoyen. La prévention ne sert ici qu'à dissuader l'usage, et par là-même l'usager d'emprunter les chemins de traverses qui mènent à la « dépravation ». Le message ainsi transmis reprend le paradigme de l'abstinence où l'addiction est perçue comme étant une sorte de maladie irréversible

légitimant un droit d'ingérence. Et ce bien entendu au nom du respect de la dignité humaine, de la liberté, de la démocratie, ...

Comme le diable sommeille en chacun, un petit saut logique suffit à suggérer qu'il vaut mieux lutter contre la drogue et son usage, plutôt que de l'accompagner. Bafouant ainsi les principes sur lesquels elle prétend s'appuyer, la Commission balaye d'un revers de main le droit des individus à disposer d'eux-mêmes (qu'elle énonce toutefois au demeurant comme droit fondamental) pour se faire interventionniste et fixer elle-même des objectifs à la personne. Fi donc de l'usager et sa liberté individuelle, le vice est érigé au rang de crime et/ou de maladie. La culpabilisation qu'entraîne cette lecture empêche toute réflexion propice à la responsabilisation des usagers. Mais qu'importe l'ambition est louable même si elle est stérile, lutter contre la drogue plutôt que de l'encadrer. Certes la Commission peut continuer à s'épuiser après un objectif chimérique, et chacun de croire qu'un monde sans drogue est encore possible. Le combat est clair: le vice contre la vertu! C'est là encore la dialectique usitée en laquelle s'enferme l'opinion publique comme les représentants politiques lorsqu'il est question de substances psychotropes. Bornant ainsi le débat à des termes duels et moraux, nourrissant une rhétorique traçant elle-même une frontière souvent nébuleuse et mouvante entre le licite et l'illicite, cette dialectique brosse par là même une vision forcément réductrice des réalités sociales et humaines que la pratique de ces mêmes substances recouvre. La prohibition qu'encourage cette stratégie antidrogue cristallise davantage les réalités extrêmes qu'elle ne les assouplit, c'est là son moindre défaut. Elle ne résout rien, mais qu'importe, cela ne doit pas l'empêcher de faire toujours un peu plus de la même chose pour les quatre prochaines années.

Grégory Lambrette

Psychologue – psychothérapeute
Post-gradué en psychologie des états
de conscience et des assuétudes
Fir ons Kanner asbl – Centre Emmanuel
(Grand-duché de Luxembourg)
gregorylambrette@hotmail.fr

1. Lire le Plan d'action drogue 2009-2012 de l'Union européenne (2008/C 326/09) – http://ec.europa.eu/ead/docs/action_plan/anti-drug_v12_FR.PDF

RIEN CONTRE MAIS JUSTE... PAS DANS MA COUR!

- La consommation de drogues par injection est considérée par les Québécois comme l'un des problèmes socio-sanitaires les plus importants: les méfaits qui en découlent (pauvreté, criminalité, propagation du VIH et consommation chez les jeunes) préoccupent une majorité de citoyens.
- La perception des utilisateurs de drogues injectables (UDI) est plutôt négative. Ce sont les femmes et les personnes de 65 ans et plus qui ont la perception la plus négative. Viennent ensuite les personnes anglophones et les Allophones.
- L'UDI est perçu soit comme une victime (donc besoin d'aide pour régler sa problématique de consommation), soit comme un délinquant (choix de consommer et criminalité).
- 50 % de la population associe UDI à du danger.
- La perception des UDI varie selon l'âge, le sexe et la langue parlée du répondant. Cette perception est ambivalente et susceptible d'être modifiée par de la sensibilisation et de l'information.
- L'ouverture envers les UDI dépend de la perception qu'a le citoyen des UDI. Plus la perception est positive, plus l'ouverture aux interventions de type « réduction des méfaits » est grande.
- De façon globale, les personnes sont favorables à l'implantation de mesures de réduction des méfaits comme la distribution de seringues ou les sites d'injection supervisés. La réticence apparaît lorsqu'il s'agit d'implanter ces mesures dans leur environnement immédiat: 51 % des répondants ont affirmé changer leurs habitudes de marche ou de déplacement si de telles mesures étaient mises en place dans leur quartier.

Sources:

- DUBÉ, E. MASSÉ, R. & NOËL, L. (2009) « Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits: contribution de la population aux débats éthiques de santé publique ». Revue canadienne de santé publique, vol.100, n° 1, p.24-28.
- SOM recherches et sondages. 2009a; 2009b; 2009c; 2009d.