

L'écho Toxico



Vol. 24, n° 2 • Septembre 2014

Le mot de Lise...

Bonjour à tous et à toutes,

Malgré le brouhaha habituel de la rentrée que je vous souhaite très agréable, je suis heureuse de vous convier à la lecture de ce nouvel Écho-Toxico. Parmi les textes de ce numéro, vous trouverez des interventions novatrices à plusieurs égards, notamment pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ainsi des étudiantes de la maîtrise en intervention en toxicomanie présentent chacune les résultats de leur essai synthèse, soutenu financièrement par le Fonds de bourse Jean Lapointe pour trois d'entre elles. Andrée-Anne Brissette nous expose l'expérimentation positive d'une intervention de groupe utilisant les percussions avec des personnes présentant des troubles graves de santé mentale et de toxicomanie. Audrey Épars, quant à elle, démontre la pertinence de l'intégration de pratiques préventives combinées, visant la réduction des risques d'ITSS, dans un contexte de consommation d'alcool. Caroline Fortin, souligne la pertinence d'intégrer de l'intervention brève de type motivationnel aux évaluations faites par les infirmières de liaison ainsi que des « booster sessions » en suivi à court terme dans les salles d'urgence. Finalement, Josée Bergeron, dégage des pistes prometteuses pour la supervision clinique afin de favoriser le développement d'une expertise en trouble concomitant en CRD.

Divers autres auteurs ont généreusement pris de leur temps pour rédiger des textes qui ne manqueront pas de vous intéresser. Ainsi, en ce qui a trait aux membres de l'entourage des personnes dépendantes, Karine Gaudreault, Anne-Claude Savard et Joël Tremblay présentent le programme CRAFT aux résultats prometteurs pour l'entrée en traitement des proches et l'amélioration du bien-être des membres de l'entourage! Christine Thoër, quant à elle, traite d'une réalité qui témoigne de certains changements dans la façon d'aborder la consommation de substances. Elle nous dresse un portrait des représentations et des usages des médicaments utilisés à des fins non médicales. Ce phénomène grandissant de détournement des médicaments implique un public plus large et devient de plus en plus préoccupant. Finalement dans sa rubrique PNP, Maryse Rioux, notre pharmacienne collaboratrice nous met à jour sur les différents produits actuellement utilisés pour couper la cocaïne.

Ainsi donc, bonne lecture et bonne réflexion sur tous ces sujets! Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont collaboré à ce numéro et l'équipe des programmes d'études et de recherche pour leur travail assidu dans le déploiement des nombreuses activités entourant les programmes de toxicomanie.

Lise Roy

Directrice des programmes d'études
en toxicomanie



LE PROGRAMME DE 2^e CYCLE: INTERVENIR SUR DE MULTIPLES PROBLÉMATIQUES TOXICOMANIE • SANTÉ MENTALE • JEU

- MAÎTRISE EN INTERVENTION
EN TOXICOMANIE (45 crédits)
- DESS EN INTERVENTION
EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Perfectionnement offert aux titulaires d'un baccalauréat lié à l'intervention et travaillant depuis au moins un an en toxicomanie ou en santé mentale.

Les cours sont offerts à temps partiel sous forme de fins de semaine intensives au Campus de Longueuil et quelques cours sont offerts sur Internet.

Visionnez nos capsules vidéo de la maîtrise sur notre site Web:

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

Information

450 463-1835 ou 1 888 463-1835, poste 61795
Jacinthe.Riendeau@USherbrooke.ca

LE PROGRAMME DE 1^{er} CYCLE: DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ

- CERTIFICAT EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Les cours sont offerts à temps partiel sous forme de fins de semaine intensives dans différentes villes du Québec (Sherbrooke, Longueuil, Lévis, St-Georges de Beauce) et quelques cours sont offerts sur Internet.

Information

819 564-5245 ou 1 888 463-1835, poste 15245
Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS AUTOMNE 2014

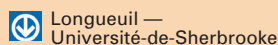
- 26 septembre 2014 à **Longueuil** (9h à 16h30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Le stress post-traumatique et la toxicomanie: le défi d'une réponse impulsive à une réclusion forcée.* Dre Christiane Routhier, Ph.D., psychologue, Forces Armées Canadiennes
- 7 novembre 2014 à **Longueuil** (9h à 16h30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Troubles neurologiques et toxicomanie: les cas du TDA/H et du Tourette.* Dr Yves Dion, psychiatre, Hôtel Dieu de Sorel, Hôpital Notre-Dame du CHUM
- 5 décembre 2014 à **Longueuil** (9h à 16h30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Se donner du jus: formation sur les drogues de performance* Mme Jessica Turmel, formatrice du GRIP Montréal

Hors programme

- **Mercredi, 19 novembre 2014 – WEBINAIRE – (nombre de participants limité) (10h15 à 11h45) Intervenir auprès de contrevenants ayant un problème de consommation** – M. Mathieu Goyette, Ph. D., professeur, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke et psychologue

ENDROITS:

Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke
150, place Charles-Le Moyne,
Local: Voir babillards électroniques
au B1 ou au B2



INFORMATION ET INSCRIPTION:

450 646-3271 ou
<http://aitq.com/activites/formation.htm>



LES PERCUSSIONS AU CŒUR D'UN PROJET D'INTERVENTION POUR LES TROUBLES CONCOMITANTS

À l'heure actuelle, le modèle d'intervention préconisé pour traiter les personnes souffrant d'un trouble concomitant de psychose et de toxicomanie est celui du traitement intégré. Le suivi intensif dans la communauté met en application ce programme en s'adjoignant des spécialistes en toxicomanie au sein de son équipe. Le spécialiste en toxicomanie doit prendre en considération les préférences de son client dans l'offre de service, tout en favorisant l'intervention de groupe, reconnue comme un moyen efficace d'intervention. Ce texte se veut donc la synthèse d'un essai rédigé dans le cadre de ma maîtrise en intervention en toxicomanie. L'objectif visait à développer une intervention de groupe à partir d'une activité d'apprentissage des percussions afin de faire vivre une expérience alternative à la consommation, dans le cadre d'un suivi intensif dans la communauté. Le projet s'adressait à une clientèle éprouvant des troubles de santé mentale graves et persistants. Je tiens à remercier la Fondation Jean Lapointe car, grâce à son soutien financier, j'ai pu bénéficier de conditions gagnantes pour la réalisation de cet essai.

Un suivi intensif pour améliorer les conditions de vie...

Au cours des dernières décennies, la désinstitutionnalisation des patients vivant dans les milieux institutionnels (hôpitaux, prisons) a fait émerger plusieurs problèmes sociaux en raison du manque d'organisation alternative dans la communauté. De fait, on remarque une recrudescence de l'itinérance qui entraîne une vie en communauté désorganisée et une augmentation des troubles d'abus d'alcool et de consommation de drogues au sein de cette population (Trudel et Lesage 2005).

On estime qu'environ 80 % des personnes itinérantes vivent avec un problème de consommation et que 60 % d'entre elles présentent un trouble mental grave et persistant comme la schizophrénie, le trouble bipolaire ou un trouble sévère de la personnalité (Cloutier, 2010). Dans notre contexte de désinstitutionnalisation, le suivi intensif dans la communauté vise à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves en leur assurant un traitement approprié

(Santé Canada, 2002). Les experts soulignent que cette clientèle a souvent des difficultés à être motivée vers le changement (Landry et coll., 2012). Un des ingrédients nécessaire dans le processus de changement pour des patients avec une concomitance est leur niveau d'engagement dans des activités occupationnelles. Dans le service de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) du CSSS Cœur-de-l'Île, 48 clients sur 60 (80%) présentent un diagnostic de schizophrénie et environ 60% de ces personnes vivent avec un trouble concomitant. Les personnes ciblées par mon intervention ont toutes un diagnostic de schizophrénie et vivent avec plusieurs symptômes négatifs reliés à ce trouble. L'alcool, les amphétamines, la cocaïne et le cannabis sont parmi les substances les plus consommées par notre clientèle. La recherche de sensations fortes par la consommation de cocaïne peut être considérée comme une automédication, notamment, pour soulager l'anxiété et les états dépressifs (Carton, 2005).

Se divertir sans drogue...

Mon expérience clinique m'a appris que ces personnes justifient souvent leur consommation de cocaïne et d'amphétamines par le sentiment de puissance procuré par ces substances. Plusieurs d'entre elles disent se sentir plus intelligentes sous l'effet de drogues stimulantes. Je formule l'hypothèse que l'expérience de la consommation de substances psycho-actives (SPA) permet de vivre des états émotionnels positifs parfois difficilement atteignables pour une personne schizophrène (Carton, 2005). La consommation semble alors répondre à un sentiment de vide (Brisson, 2009). La réadaptation par le loisir permet donc de faire ressentir des émotions à une personne ayant une problématique de toxicomanie, tout en encourageant sa compétence à organiser son temps avec autre chose que la consommation de SPA (Acier et coll., 2007 ; Séguin, 2009).

Et en groupe...

La plupart des personnes avec lesquelles j'ai débuté un suivi en dépendance ne sont pas à l'aise quand il s'agit de parler devant un groupe. Elles expriment alors

souvent le désir de continuer exclusivement en individuel. Le retrait social ainsi que les symptômes négatifs et positifs associés à la schizophrénie expliquent ces difficultés à adhérer à une modalité thérapeutique de groupe. La plupart de ces personnes vivent dans un isolement quasi quotidien. Plusieurs de nos clients au SIM utilisent des services offerts par la communauté, mais certains n'y adhèrent pas facilement et ce sont souvent ceux qui présentent un double diagnostic. Nous avons donc opté pour des interventions de type récréatives et obtenu une certaine participation. Il m'a semblé pertinent d'offrir une intervention de groupe au SIM avec des modalités ajustées aux besoins et intérêts de la clientèle, justifiant ainsi amplement le projet que je souhaitais mettre en place.

Considérant que les clients ciblés n'ont pas d'occupations constructives, la mise en place d'une activité de groupe pouvait faciliter la création de liens afin de favoriser des échanges ainsi que le développement d'habiletés sociales (Mueser, 2004). L'activité de groupe pousse l'individu en difficultés vers l'action et les interactions au sein du groupe lui permettent d'acquérir des habiletés (Kielhofner, 2006). Le choix des ateliers de percussion résulte de mon analyse de la population à laquelle s'adresse cette intervention. La plupart des personnes ciblées présentent un intérêt marqué pour la musique. Par ailleurs, nous savons que la musique favorise l'expression des émotions, autant négatives que positives, permettant de contrer la difficulté d'une personne schizophrène à extérioriser son vécu émotionnel (Ross et coll., 2008). Plusieurs études auprès de patients souffrant de toxicomanie démontrent que l'utilisation de la musique dans un cadre thérapeu-

tique réduit la détresse, augmente le sentiment de contact avec soi-même, favorise le calme et facilite la diminution de l'anxiété (Ross et coll., 2008; Blackett et Payne, 2005; Baker et coll., 2007).

Le point de vue des experts

J'ai retenu le point de vue de cinq experts qui ont développé des expertises pertinentes sur le sujet de l'essai: une éducatrice en santé mentale ayant utilisé la musique comme modalité d'intervention auprès des personnes présentant des troubles graves de santé mentale; un ergothérapeute avec une expérience clinique en intervention de groupe auprès des personnes ayant des problèmes de dépendance et de santé mentale; un directeur clinique et une enseignante de percussions œuvrant auprès de jeunes toxicomanes dans un projet d'intervention impliquant l'apprentissage des percussions et un enseignant de percussions auprès d'adultes vivant avec des problèmes de santé mentale. Quatre objectifs thérapeutiques émergent du discours des experts en lien avec l'utilisation d'une activité artistique auprès de leur clientèle. En plus de travailler sur la motivation, l'activité d'apprentissage des percussions semble un bon moyen pour augmenter l'estime de l'individu, pour l'aider à développer un sentiment de compétence et favoriser un désir de changement.

Un consensus s'est aussi dégagé sur le fait qu'une activité de percussions stimule plusieurs fonctions cognitives et physiques. La musique fait appel au rythme et à la coordination. Les deux enseignants affirment que le maintien d'un rythme musical exige une capacité d'endurance physique et cognitive. Ces éléments qui cheminent jusqu'à la conscience grâce aux sens comme l'ouïe, la vue et le toucher ne peuvent qu'améliorer les fonctions déficitaires chez les personnes schizophrènes (Le Louet, 2008). Selon l'un de nos experts, une activité de groupe est inévitablement un lieu favorable au développement des habiletés sociales. Cet aspect du mode de communication est un défi pour des personnes schizophrènes qui souvent ont de la difficulté à s'exprimer.

J'observe au quotidien que les clients suivis au SIM sont généralement isolés. De plus, certains verbalisent qu'ils se sentent jugés par autrui. L'instrument de musique prend alors la forme d'un outil de communication. Faire vivre à ces

personnes une activité plaisante et alternative à la consommation est un objectif qui fait aussi consensus parmi les experts. Je remarque au SIM que nos patients qui vivent avec des symptômes négatifs reliés à la schizophrénie présentent souvent une perte de plaisir marquée et donc peu d'intérêt à participer à des activités habituellement considérées comme agréables. En ce sens, l'activité que je souhaitais développer pouvait réintroduire la dimension « plaisir » chez les participants en plus d'offrir de l'information et du soutien à cet effet.

Faits saillants suite à l'expérimentation de l'intervention

Fortes des constats réalisés dans mon essai, j'ai déposé une demande de financement à la Fondation de mon hôpital afin d'implanter l'intervention de groupe décrite auprès de ma clientèle. Ma demande a été acceptée et l'intervention a vu le jour au SIM l'automne dernier. Le programme porte le titre « Rythme ta Vie ». Le premier défi était de maintenir la motivation de la clientèle. La majorité des experts rencontrés ont souligné l'importance d'une rencontre préparatoire afin d'informer les participants du cadre de l'activité et de ses objectifs mais aussi de leur faire verbaliser perceptions et appréhensions face à l'activité proposée.

Dès la rencontre préparatoire, il est important de préciser les règles de fonctionnement du groupe. Toujours selon les experts, l'équipe doit offrir un support dans la phase de recrutement (soutenir la motivation) ou lors des interventions individuelles (encourager la rétention tout au long de l'intervention). Il est souhaitable d'offrir un espace-temps pour une discussion de groupe au début de l'intervention (cela permettra d'évaluer en fin de projet) et un retour à la fin de l'activité pour nommer les observations (forces et difficultés). Il est souhaitable de saisir l'occasion qu'offre ce projet pour développer les habiletés sociales des participants à travers ces temps de parole.

Le bon fonctionnement de l'intervention exige que différentes personnes jouent un rôle spécifique. Outre le participant, trois autres acteurs ont été déterminants: l'enseignant de percussion, l'intervenant social et l'équipe traitante. L'enseignant a facilité le maintien dans le groupe en trouvant une manière créative d'impliquer les participants à chaque difficulté rencontrée. Considérant que j'étais en



charge du développement de l'intervention percussions et étant donné mon rôle de travailleuse sociale et spécialiste en toxicomanie auprès des clients suivis au SIM, j'ai choisi de m'impliquer activement à titre de participante pour l'apprentissage de percussions, le tout par souci de vivre une expérience commune avec la clientèle. Ainsi, j'ai pu vivre les mêmes défis, voire difficultés, que le reste du groupe et servir de modèle positif. Ma participation n'a pas exclu le rôle de co-animation, tel que suggéré par les experts, notamment par une prise de parole ponctuelle advenant une détérioration du climat du groupe. Il est d'ailleurs recommandé que le rôle d'animation pour les rencontres formelles (rencontre préparatoire, moments de prise de parole avant et après la séance de musique, bilan de groupe) soit investi par l'intervenant social rattaché au SIM. Celui-ci possède une bonne expertise de la clientèle, il peut ainsi facilement rattacher les éléments pertinents à intégrer lors des retours formels à la fin de chacun des ateliers, lors de rencontres individuelles auprès des participants ou lors des réunions cliniques avec l'équipe.

Considérant les obstacles motivationnels vécus par cette clientèle, nous terminons le projet avec un bilan positif. J'ai constaté un taux de participation significatif et un intérêt certain des participants pour l'activité. Sur dix personnes mobilisées lors de la rencontre préparatoire, six ont assisté régulièrement aux séances hebdomadaires durant les deux premiers mois de l'activité tandis que deux ont quitté par la suite mais pour intégrer un programme d'employabilité. On peut établir l'hypothèse que leur passage à l'activité percussions a facilité leur implication individuelle dans leur plan de changement. Nos observations pendant les séances ont démontré que les participants ont fait des apprentissages sur le plan cognitif et physique. Tout au long de l'intervention, on remarque que les participants ont réussi à développer à travers le temps, des techniques de base avec leur corps (placer les mains, détendre le haut du corps, relâchement des bras) pour ajuster les sons de l'instrument. Ceci permet de valider l'atteinte de nos objectifs de départ, soit que nos participants puissent profiter de l'activité pour fournir des efforts au plan physique afin d'améliorer des fonctions déficitaires. Une des participantes a reconnu que la concentration qu'exigeait l'activité percussions aurait entraîné une diminution des voix lors de

l'atelier. Pour d'autres, les efforts fournis lorsque le rythme musical augmente progressivement sont vécus comme une stimulation vers le dépassement cognitif et physique. Lors des retours en fin de séances, plusieurs ont nommé les émotions fortes ressenties lorsque le rythme s'accroît pendant l'activité. Par leurs sourires et leurs présences tout au long de l'intervention, les participants ont manifesté leur plaisir. Nous avons aussi constaté la construction de certains liens sociaux entre les participants. Ainsi, certains se sont rencontrés en dehors de l'activité et d'autres se regroupent maintenant plus aisément lors des autres activités de groupe offertes au SIM.

L'intervention s'est terminée par un spectacle offert par nos participants lors du dîner de Noël organisé par l'équipe. Moment fort qui a su faire vivre des émotions et qui a eu tout un impact pour notre clientèle! Plusieurs éléments ont permis de faire du spectacle une réussite. À titre d'exemple, l'encouragement de l'équipe à faire danser les personnes assises dans la salle et mon implication à titre de percussionniste ont facilité la participation de nos clients dans cette nouvelle expérience. Une valeur thérapeutique peut être attribuée au spectacle final. Les participants ont apprécié jouer de la musique pour un public animé.

Réflexion

Considérant que le choix de l'activité percussions a comme objectif de faire vivre une activité alternative à la consommation et qu'elle s'adresse à des consommateurs, nous avons dû aborder certains enjeux relatifs à cette réalité et nous prononcer sur le choix (difficile à faire) d'imposer des règles spécifiques à la consommation. Ainsi, il est entendu dans notre équipe SIM de ne pas intervenir avec une personne intoxiquée. Toutefois, l'activité percussions s'adresse à ceux pour lesquels la pulsion à consommer est plus que présente. De plus, ce groupe de personnes n'adhère pas aux activités de groupes dans la communauté et la plupart prétendent n'avoir aucun problème de consommation. Il m'est donc apparu important d'ajuster l'activité percussions aux personnes concernées et considérant leur absence d'implication dans toute forme d'activité autre que la consommation, le choix de ne pas imposer l'abstinence s'est justifié au fil du temps. Ce choix est une manière constructive d'offrir un traitement intégré. Bien évidem-

ment, il serait préférable que les participants vivent du plaisir à jeun et qu'ils n'aient pas l'occasion d'attribuer les bienfaits de l'activité à leur consommation. Par contre, il n'est pas réaliste d'imposer cette règle sans décourager leur participation. Malgré l'absence de règles claires sur la prise de SPA (sauf celle sur l'interdiction de marchandage), nous considérons que tout comportement qui ne respecte pas le cadre doit être pris en compte. Finalement, nous souhaitons que ce partage de notre expérience avec « Rythme ta Vie » soit inspirant et fasse émerger une vague créatrice d'interventions prometteuses et innovantes dans la perspective du traitement des troubles concomitants.

Andrée-Anne Brissette

T.S. Équipe de Suivi Intensif dans le
Milieu du CSSS Cœur-de-l'Île
Spécialiste en toxicomanie
andree-anne.brissette.cdi@ssss.gouv.qc.ca

Essai réalisé avec le soutien financier du Fonds Jean-Lapointe et sous la direction de Pascal Schneeberger, M.Sc. Criminologie, coordonnateur académique, Université de Sherbrooke

Références:

- ACIER, D., NADEAU, L. ET LANDRY, M. (2007). « Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie-santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, 32(2). Consulté le 16 novembre 2013, <http://id.erudit.org/iderudit/017797ar>.
- BAKER, F., GLEADHILL, L. ET DINGLE, G. (2007). « Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions ». *The Arts in Psychotherapy*, 3, (321-330). Consulté le 3 février 2013, <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.aip.2007.04.005>.
- BLACKETT, P. ET PAYNE, H. (2005). *Health Rhythms: A Preliminary Inquiry into Group Drumming as Experienced by Participants on a Structured Day Services Programme for Substance Misusers*. Consulté le 13 novembre 2013, www.uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1377/101663.pdf?sequence.
- BRISSON, P. (2009). *Les questions de sens dans la prévention et le rétablissement des dépendances*. Conférence présentée au 37^e colloque de l'AITQ, Trois-Rivières, Canada. 26 octobre 2011.
- CARTON, S. (2005). « La recherche de sensation: quel traitement de l'émotion? » *Psychotropes*, 3(11), 121-144. Consulté le 26 janvier 2013, <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-3-page-121.htm>.
- CLOUTIER, R. (2010). « Itinérance, santé mentale et toxicomanie: un mélange potentiellement explosif ». *Bulletin d'information et de*

liaison sur la police de type communautaire. Consulté le 16 février 2013, www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-statistiques

- KIELHOFNER, G. ET MARCOUX, C. (2006). *Le modèle de l'occupation humaine (MOH)*. Sainte-Foy: Université Laval, Faculté de médecine.
- LANDRY, M., BROCHU, S. ET PATENAUE, C. (2012). «L'intégration des services en toxicomanie». In M.J. Fleury, M. Perreault et G. Grenier (dir.), *L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie* (p. 9-25). Québec: Presses de l'Université Laval.
- LE LOUET, C. (2008). Éveil des sens et troubles cognitifs chez l'adulte schizophrène: L'exemple de l'atelier percussions en ergothérapie. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie.
- MUESER, K.T. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique, Traitement intégré des troubles mentaux graves et de la toxicomanie* (p. 166-182). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- ROSS, S., CIDAMBI, I., DERMATIS, H., WEINSTEIN, J., DOUGLAS, Z., ROTH, S. ET GALANTER, M. (2008). «Music therapy». *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41-53.
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Consulté le 9 février 2013, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/mechansim-mecanisme-fra.php
- SÉGUIN, G. (2009). *Programme intégré pour personnes atteintes d'un trouble concomitant de psychose et de toxicomanie: contribution des ergothérapeutes*. Montréal: Université de Montréal.
- TRUDEL, J. ET LESAGE, A. (2005). «Le sort des patients souffrant de troubles mentaux très graves et persistants lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique: étude de cas». *Santé mentale au Québec*, 30(1). Consulté le 16 février 2013, <http://id.erudit.org/iderudit/011161ar>

LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG DANS UN CONTEXTE DE CONSOMMATION D'ALCOOL À L'ADOLESCENCE

En plus d'être la substance psychoactive (SPA) la plus consommée chez les adolescents (Connell, Gilreath et Hansen, 2009; Gagnon et Rochefort, 2010), l'alcool est associé à l'augmentation des comportements sexuels à risque chez les jeunes (Cook et Clark, 2005). L'augmentation du nombre de partenaires sexuels, l'initiation précoce à la sexualité, les agressions à caractère sexuel, les actes non réfléchis et la non-utilisation du condom en sont des exemples (Pica et coll., 2012; Cavazos-Rehg et coll., 2011; Connell, Gilreath et Hansen, 2009). La prévalence grandissante du nombre d'adolescents qui consomment de l'alcool (Dubé, et coll., 2009), parallèlement à l'augmentation du taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez cette même population (Pica et coll., 2012), nous a incité à nous demander s'il ne serait pas pertinent d'agir sur ces deux phénomènes en même temps.

Les adolescents sont reconnus pour être à risque face à de nouvelles expériences sans vraiment se soucier des conséquences (Perreault, Bégin, Bédard et Denoncourt, 2005; Gagnon et Rochefort, 2010). Les interventions préventives axées sur la concomitance des comportements sexuels à risque et de la consommation d'alcool dans les écoles secondaires apparaissent donc tout à fait pertinentes afin de diminuer les risques (Pica et coll. 2012; Cavazos-Rehg et coll., 2011) et de rejoindre le plus de jeunes possible (Perreault et coll., 2008).

Les comportements sexuels à risque d'ITSS liés à la consommation d'alcool ont des conséquences au même titre que l'association de l'alcool et la conduite automobile (Gagnon et Rochefort, 2010). Pourtant, lorsque l'on regarde ce qui se fait en matière de prévention, il est évident que les efforts préventifs ne sont pas du tout comparables.

L'objectif de l'essai et la méthodologie

Cet essai synthèse a été réalisé dans le cadre de la maîtrise en intervention en toxicomanie. Il a permis d'évaluer, à partir d'un examen de la littérature et de l'ana-

lyse des opinions d'un groupe d'adolescents et d'un intervenant scolaire, la pertinence de l'intégration de pratiques préventives combinées visant la réduction des risques d'ITSS dans un contexte de consommation d'alcool à l'adolescence, ceci auprès des élèves du 2^e cycle (14-17 ans) d'une école secondaire privée: le collège Charles-Lemoyne.

Afin de répondre à l'objectif de cet essai deux méthodes de collecte de données ont été utilisées. Dans un premier temps, nous avons réalisé un entretien individuel auprès d'un professionnel qui côtoie les adolescents au collège Charles-Lemoyne. Les observations de cet expert depuis les dernières années, son opinion sur la pertinence d'une pratique préventive intégrée et ce qui serait souhaitable sur le sujet au collège Charles-Lemoyne sont quelques exemples de thèmes abordés lors de la rencontre d'une durée de 1 heure.

Dans un deuxième temps, un groupe de discussion (60 minutes) a été réalisé au collège Charles-Lemoyne avec 8 élèves (4 gars, 4 filles) de secondaire 5. C'est l'intervenant responsable du soutien aux élèves qui a lui-même recruté les adolescents, en leur mentionnant qu'ils étaient libres d'accepter ou non de participer. La prévention et l'information que les jeunes ont reçus à l'école et à l'extérieur de l'école, leur opinion sur la pertinence d'intégrer des pratiques préventives et leur besoins en cette matière sont les thèmes abordés lors de ce groupe de discussion.

Les principaux constats

Conformément à la littérature, les entrevues ont révélé qu'il n'y avait pas, voire très peu, de pratiques préventives abordant les risques d'ITSS dans un contexte de consommation d'alcool (Pica et coll., 2012; Cavazos-Rehg et coll., 2011). Il en est de plus ressorti, autant dans les écrits (Perreault et coll., 2005; Gagnon et Rochefort, 2010) qu'en entrevue, qu'il serait pertinent que de telles pratiques puissent être développées puisqu'il s'agit de comportements présents chez les jeunes entre 14 et 17 ans.

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:

Interscript Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

Autre fait marquant, tout comme Duquet (2003) et Otis et coll. (2012) le révélaient, l'intervenant scolaire a observé que, depuis la réforme de 2003, les cours de formation personnelle et sociale n'étant plus au programme, les jeunes se documentent par eux-mêmes pour obtenir de l'information sur la sexualité. Ces sources d'information parfois biaisées et inadéquates augmenteraient (entre autres) les risques d'ITSS puisque les jeunes seraient moins enclins à prendre les mesures préventives adéquates. Les élèves rencontrés sont aussi d'avis que leurs sources d'informations ne sont pas des plus appropriées.

Néanmoins, les élèves du collège rencontrés et l'expert soulignent que la présence d'une stagiaire en sexologie, est un élément déterminant pour le transfert d'informations et pour la prévention en matière de sexualité. Cela pourrait expliquer pourquoi les adolescents rencontrés soulignaient qu'il y a plus de prévention pour la sexualité que pour la consommation de substances psychoactive (SPA) dans l'école et ce, contrairement à l'extérieur de l'école où ils constatent le contraire.

Les résultats de cet essai montrent qu'il est important de créer des activités préventives qui sauront toucher les jeunes, attirer leur attention et faire passer les messages. Les différents médiums préventifs relevés par l'expert et les adolescents rencontrés nous informent sur l'importance d'utiliser la technologie afin de rejoindre les jeunes.

Recommandations et retombées

L'analyse des résultats indique, sans aucun doute, que la prévention combinée sur les risques d'ITSS dans un contexte de consommation d'alcool auprès des adolescents serait à développer. Très peu d'organismes abordent le sujet (nous n'avons trouvé que Émiss-ère) et peu d'études scientifiques en font mention dans leurs écrits. Pourtant, à la lumière de cet essai, la pertinence d'intégrer ce type de pratiques préventives auprès d'une clientèle adolescente s'impose.

Avoir de bonnes pratiques préventives dès le début du secondaire, à même l'école, est primordial puisque les jeunes rapportent ne pas aller chercher de l'information par eux-mêmes, sauf lorsqu'ils pensent avoir une problématique quelconque. Il faut donc aller au-devant de



leurs besoins. Des programmes préventifs s'adressant aux adolescents devraient donc être créés et présentés au début du secondaire afin de prévenir le plus tôt possible.

Les méthodes préventives devraient être plus en lien avec les besoins des jeunes, leurs réalités. Il faudrait tenir compte des meilleures pratiques pour rejoindre cette clientèle afin d'éviter la prise de risques. Pour assurer la pérennité, il serait souhaitable de faire évaluer les interventions par les principaux concernés, les jeunes, et de procéder à une mise à jour par la suite si nécessaire. Ces évaluations permettraient d'assurer la pertinence des méthodes préventives, mais surtout leurs réussites afin que les adolescents adoptent des comportements sains et sécuritaires.

À la lumière de ce qui a été relevé dans les entretiens et dans la littérature, un autre constat ressort: les écoles devraient pouvoir bénéficier d'intervenants qualifiés, formés en sexualité, par exemple, un sexologue pour soutenir la prévention de façon régulière.

Cet essai a démontré la pertinence de l'intégration de pratiques préventives combinées visant la réduction des risques d'ITSS dans un contexte de consommation d'alcool à l'adolescence, auprès d'élèves du 2^e cycle du secondaire d'une école secondaire privée, le collège Charles-Lemoyne. Il serait souhaitable, dans un avenir proche, qu'un programme destiné aux jeunes, alliant les concepts de la prise de risque sexuels dans un contexte de consommation d'alcool, puisse voir le jour. Bien que l'on ne puisse généraliser les résultats de cet essai au restant des écoles du Québec, il ne fait pas de doute qu'il existe un manque de prévention sur le sujet.

AUDREY EPARS B.A. M.I.T.

Membre de l'ordre des sexologues du Québec

Essai rédigé avec le soutien financier du Fonds Jean-Lapointe et sous la direction de Lyne Chayer, M.Sc. Criminologie, CSSS Bordeaux-Cartierville-St Laurent

Références:

- CAVAZOS-REHG, P. A., KRAUSS, M. J., SPITZNAGEL, E. L., SCHOOTMAN, M., COTTLER, L. B., ET BIERUT, L. J. (2011). Number of sexual partners and associations with initiation and intensity of substance use. *AIDS and Behavior*, 15(4), 869-874.
- CONNELL, C.M., GILREATH, T.D. ET HANSEN, N.B. (2009). A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behavior among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 943-951.
- COOK, R.L. ET CLARK, D.B. (2005). Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(3), 156-164.
- DUBÉ G., BORDELEAU, M., CAZALE, L., FOURNIER, C., TRAORÉ I., PLANTE, N., COURTEMANCHE, R. ET CAMIRAND, J. (2009). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008. Montréal: Institut de la statistique du Québec. 224 pages.
- DUQUET, F. (2003). L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation. Québec: gouvernement du Québec. 58 pages.
- GAGNON, H. ET ROCHEFORT, L. (2010). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: Conséquences et facteurs associés. Montréal: Institut national de santé publique Québec. 51 pages.
- MICHAUD, P.-A. ET BÉLANGER, R. (2010). Les adolescents, internet et les nouvelles technologies: un nouveau pays des merveilles? *Revue médicale Suisse*, 253 (6), 1230-1235.
- OTIS, J., GAUDREAU, L., DUQUET, F., MICHAUD, F. ET NONN, É. (2012). L'intégration et la coordination des actions en éducation à la sexualité en milieu scolaire dans le contexte en transformation des réseaux de l'éducation et de la santé: Rapport synthèse 2^e édition. Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. UQAM. 54 pages.
- PERREAU, N., BÉGIN, H., BÉDARD, D. ET DENONCOURT, I. (2008). Consommation et agressions sexuelles: évaluation d'une intervention en milieu collégial. *Drogues, santé et société*, 7(2), 161-189.
- PICA, L., TRAORÉ, I., BERNÈCHE, F., LAPRISE, P., CAZALE, L., CAMIRAND, H., BERTHELOT, M. ET PLANTE, N. (2012). L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Institut de la statistique du Québec. 258 pages.

L'INTERVENTION BRÈVE EN SALLE D'URGENCE

Le travail des infirmières de liaison en dépendance dans les hôpitaux montréalais n'est pas sans rappeler une approche particulière qui prend de l'ampleur aux États-Unis dans le réseau de la santé, le *SBIRT* (*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*). Cette approche est utilisée dans différents milieux (les salles d'urgence, les cliniques médicales et les programmes d'aide aux employés) auprès de personnes dont la raison de consultation initiale dans ces milieux de soins n'est pas nécessairement reliée à un trouble d'utilisation de substances (Agerwala et McCance-Katz, 2012). En ce sens, Nilsen et coll. (2008) mentionnent que 40% des gens qui se présentent à l'urgence le font pour différents traumatismes, et que près de la moitié de ces traumatismes est reliée à la consommation d'alcool. La tâche des infirmières de liaison des hôpitaux montréalais consiste à rencontrer ces patients, évaluer leur consommation de substances psychoactives (SPA), puis les référer au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU), au Centre de réadaptation (CRD) Foster¹ ou dans des ressources certifiées en dépendance².

Liens avec la pratique clinique et justification de l'objectif de l'essai

Ainsi, si les infirmières excellent dans l'évaluation de l'admissibilité et dans la référence vers des traitements spécialisés en dépendance, soit le «RT» du SBIRT, il est clair qu'elles pourraient améliorer leur pratique en intégrant des interventions brèves auprès de leurs patients. Les statistiques compilées à partir des données des hôpitaux de la ville de Québec, nous apprennent que sur 78% des références vers un CRD, seulement 50% des personnes orientées par les infirmières de liaison se rendent réellement à leur rendez-vous (Blanchette-Martin et coll., 2012). Or, plusieurs écrits démontrent que si l'infirmière avait d'emblée fait de l'intervention brève, son intervention aurait eu un impact significatif sur la consommation de SPA du patient, et ce, même s'il ne s'était pas présenté par la suite à son

rendez-vous de suivi (Agerwala et Elinore, 2012; Babor et coll., 2011; D'Onofrio et Degutis, 2002; Parker et coll., 2012; Young et coll., 2012).

Dès lors, il apparaît très pertinent d'introduire des interventions brèves dans la pratique clinique des infirmières de liaison en dépendance. L'objectif de notre essai synthèse a donc été d'établir un bilan critique des interventions brèves les plus efficaces auprès des patients qui ont été détectés à risque ou ayant une dépendance aux substances psychoactives dans les salles d'urgence des hôpitaux.

Un survol de la documentation préliminaire, effectué au cours de l'étape de questionnement sur le sujet, a permis de constater l'existence d'une grande quantité d'écrits en lien avec notre thème. Cependant, peu d'entre eux étaient consacrés spécifiquement à l'intervention brève dans un contexte de salle d'urgence et décrivaient de façon détaillée les aspects cliniques reliés aux interventions efficaces. Étant donné ce nombre restreint d'écrits et puisque aucun document ne donnait toutes les réponses au questionnement de notre essai, nous avons choisi de procéder à une recension.

Les principaux constats

Un consensus général existe chez les auteurs à l'effet que l'intervention brève a un impact positif, tant pour les personnes qui consomment de l'alcool que celles qui consomment d'autres drogues en concomitance (Aseltine, 2010; Babor et Kadden, 2005; Blow et coll., 2006; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Magill et coll., 2009; Rodriguez-Martos et coll., 2006;).

Par ailleurs, les études ne permettent pas de déterminer la spécificité de l'efficacité

de l'intervention brève en salle d'urgence³. Aucun modèle d'intervention n'ayant été répété selon le même format dans les études recensées, l'état actuel des connaissances ne nous permet pas non plus de distinguer un modèle d'interventions brèves comme étant plus efficace qu'un autre. Cependant, la tendance est à l'entretien motivationnel, au modèle FRAMES et aux «booster sessions», qui semblent être des avenues prometteuses pour augmenter l'efficacité au long cours des interventions menées en salle d'urgence (Aseltine, 2010; Blow et coll., 2006; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Rodriguez-Martos et coll., 2006).

Enfin, indépendamment de la nature de l'intervention brève, certains éléments appartenant aux patients, ou encore à la façon même d'intervenir, sont des prédicteurs d'efficacité. C'est le cas de la gravité de la consommation de patients: plus la consommation est élevée, plus la réduction de la consommation suivant l'intervention sera importante (Barnett et coll., 2010; Field et Caetano, 2010). L'intention de changer (Daepfen, Bertholet et coll., 2007) et un motif de consultation à l'urgence lié à la consommation (Field et Caetano, 2010) sont aussi des prédicteurs de succès. En ce qui a trait à la façon d'intervenir, Daepfen, Bertholet et coll. (2007) ont conclu leur étude en mentionnant que la constance en entretien motivationnel, ainsi que le fait de terminer l'entretien par des objectifs concernant la réduction de la consommation des patients semblent avoir un impact positif sur l'efficacité de l'intervention.

Recommandations

Notre première recommandation concerne la recherche. En effet, peu d'études sont disponibles; aucune intervention brève n'a pu être démontrée comme étant plus efficace qu'une autre; les ingrédients actifs de l'intervention brève demeurent inconnus et cependant des terrains fertiles sont disponibles dans les centres hospitaliers montréalais. C'est pourquoi, de plus amples recherches devraient être conduites. Ces recherches devraient viser l'évaluation d'éléments plus spécifiques à l'intervention brève en dépendance dans

1. Pour la clientèle qui parle l'anglais ou le mandarin.
2. Le CRDM-IU et le CRD Foster étant des centres où se fait de la désintoxication, les personnes n'ayant pas besoin de sevrage sont référées directement dans des ressources certifiées en dépendance. Leur rôle est d'aider les personnes sevrées à approfondir leur réflexion et leur compréhension de leur problème de dépendance et ainsi d'être en mesure de poursuivre l'atteinte de leurs objectifs par rapport à leur consommation.



3. Lee et coll. (2010) ont bien démontré que l'élaboration d'un plan de changement par les patients semble être un ingrédient actif de l'intervention brève, mais comme il s'agit de la seule étude à faire valoir ce résultat, il n'était pas justifié de l'inclure dans les principaux constats de l'essai.

un contexte d'urgence, afin d'en déterminer les ingrédients actifs en termes d'efficacité.

De plus, nous savons que la majorité des études recensées concernant l'alcool montre une supériorité de l'intervention brève sur les interventions minimales de comparaison, et que les interventions montrées efficaces ont toutes eu recours à une approche de type motivationnel (entretien motivationnel, modèle FRAMES, échelle de motivation, etc.). La salle d'urgence offrant une opportunité exceptionnelle d'intervention, il apparaît particulièrement pertinent que les infirmières de liaison des centres hospitaliers de Montréal intègrent de l'intervention brève de type motivationnel à leur évaluation.

Une proportion non négligeable de patients ne se présente pas au rendez-vous de suivi après la sortie de l'hôpital et une bonne proportion des études montrées efficaces ont utilisé des « booster sessions ». Il serait donc approprié que des « booster sessions » en suivi téléphonique soient effectuées par les infirmières de liaison quelques jours avant le rendez-vous des patients qui ont accepté d'être référés pour un suivi en externe au CRDM-IU.

Finalement, des « booster sessions » en personne pourraient être effectuées par les infirmières de liaison dans les locaux des hôpitaux pour les patients présentant des difficultés particulières, et ce dans les semaines qui suivent leur visite à l'urgence. Cette recommandation est justifiée par l'état de santé parfois précaire des patients rencontrés par les infirmières de liaison à l'urgence, par leur ambivalence face au changement et leur motivation mitigée, en plus du fait que certains d'entre eux se présentent de façon répétée dans les salles d'urgence des hôpitaux, mais pas à leur rendez-vous de suivi au CRDM-IU.

Retombées cliniques

Les résultats de notre recension des écrits appuient la pertinence d'implanter de l'intervention brève de type motivationnel intégrée aux évaluations faites par les infirmières de liaison ainsi que des « booster sessions » en suivi à court terme.

En effet, l'intervention brève est facilement applicable dans le contexte d'une salle d'urgence et demande peu de temps. Elle est intégrable dans un outil d'évaluation et permet d'articuler d'emblée la suite des choses pour les patients en termes d'objectifs concernant leur consommation et d'orientation vers des services spécialisés, si nécessaires.

Pour terminer, lorsque la motivation mitigée ou encore l'état de santé précaire de certains patients leur rend difficile de se présenter directement au CRDM-IU après leur sortie de l'hôpital, les « booster sessions » par téléphone ou en personne pourraient favoriser un passage plus graduel des patients qui ont été vus à l'urgence vers le CRDM-IU.

Caroline Fortin, M.Sc., M.I.T

Infirmière en dépendance-Addiction Nurse,
Défense nationale-National Defense

Essai réalisé avec le soutien financier du Fonds de bourse Jean-Lapointe et rédigé sous la direction de Karine Bertrand, PhD en psychologie, professeur, Université de Sherbrooke

Références :

- AGERWALA, S.M. ET MCCANCE-KATZ, E.F. (2012). Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (4), 307-317.
- ASELTINE, R.H. (2010). The Impact of Screening, Brief intervention and Referral for Treatment in Emergency Department Patient's Alcohol Use: A 3-, 6- and 12-month Follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 45 (6), 514-519.
- BABOR, T.F. ET KADDEN, R.M. (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*, 59, S80-S87.
- BABOR, T.F., MCREE, B.G., KASSEBAUM, P.A., GRIMALDI, P.L., AHMED, K. ET BRAY, J. (2011). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *FOCUS*, 9 (1), 130-148.
- BARNETT, N.P., APODACA, R., MAGILL, M., COLBY, M.S., GWALTNEY, C., ROHSENOW, J.D. ET MONTI, M.P. (2010). Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*, 105, 452-465.
- BLANCHETTE-MARTIN, N., FERLAND, F., TREMBLAY, J. ET GARCEAU, P. (2012). *Infirmière de liaison en dépendance de la grande région de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches: Portrait du service offert et des trajectoires d'usagers*. Québec, Service de recherche CRDQ/CRDCA.
- BLOW, F.C., BARRY, K.L., WALTON, M.A., MAIO, R., CHERMACK, S.T., BINGHAM, R., IGNACIO, R.V. ET STRECHER, V.J. (2006). The Efficacy of Two Brief Intervention Strategies Among Injured, At-Risk Drinkers in the Emergency Department: Impact of Tailored Messaging and Brief Advice. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 568-578.
- DAEPPEN, J.-B., BERTHOLET, N., GMEL, G. ET GAUME, J. (2007). Communication During Brief Intervention, Intention to Change, and Outcome. *Substance Abuse*, 28 (3), 43-51.

- DAEPPEN, J.-B., GAUME, J., BADY, P., YERSIN, B., CALMES, J.-M., GIVEL, J.-C. ET GMEL, G. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*, 102, 1224-1233.
- D'ONOFRIO, G. ET DEGUTIS, L.C. (2002). Preventive Care in the Emergency Department: Screening and Brief Intervention for Alcohol problems in the Emergency department: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 9 (6), 627-638.
- FIELD, C.A. ET CAETANO, R. (2010). The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: Who benefits from brief interventions? *Drug and Alcohol Dependence*, 111 (1-2), 13-20.
- LEE, C.S., BAIRD, J., LONGABAUGH, R., NIRENBERG, T.D., MELLO, M.J. ET WOOLARD, R. (2010). Change Plan as an Active Ingredient of Brief Motivational Interventions for Reducing Negative Consequences of Drinking in Hazardous Drinking Emergency-Department Patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2010, 71, 726-733.
- LONGABAUGH, R., WOOLARD, R., NIRENBERG, T.D., MINUGH, A.P., BECKER, B., CLIFFORD, P.R., CARTY, K., SPARADEO, F. ET GOGINENI, A. (2001). Evaluating the Effects of a Brief Motivational Intervention for Injured Drinkers in the Emergency Department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806-816.
- MAGILL, M., BARNETT, N., APODACA, T.R., ROHSENOW, D.J. ET MONTI, P.M. (2009). The Role of Marijuana Use in Brief Motivational Intervention With Young Adult Drinkers Treated in an Emergency Department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 409-413.
- NILSEN, P., BAIRD, J., MELLO, M.J., NIRENBERG, T., WOOLARD, R., BENDTSEN, P. ET LONGABAUGH, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injuries patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 184-201.
- PARKER G., LIBART, D., FANNING, L., HIGGS, T. ET DIRICKSON, C. (2012). Taking on Substance Abuse in the Emergency Room: One Hospital's SBIRT story. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 984-990.
- RODRIGUEZ-MARTOS DAUER, A., SANTAMARINA RUBIO, E., ESCAYOLA CORIS, M. ET MARTI VALLS, J. (2006). Brief Intervention in Alcohol-Positive Traffic Casualties: Is It Worth the Effort? *Alcohol & Alcoholism*, 41 (1), 76-83.
- YOUNG, M.M., STEVENS, A., PORATH-WALLER, A., PIRIE, T., GARRITTY, C., SKIDMORE, B., TURNER, L., ARRATOON, C., HALEY, N., LESLIE, K., REARDON, R., SPROULE, B., GRIMSHAW, J. ET MOHER, D. (2012). Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 1 (1), 22-32.

LES BESOINS DE SUPERVISION CLINIQUE EN TROUBLES CONCOMITANTS CHEZ LES INTERVENANTS TRAVAILLANT EN CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE EXTERNE

Les troubles concomitants : difficultés dans les interventions

La présence d'un trouble concomitant (TC) au trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS) peut engendrer diverses difficultés dans les interventions auprès de la clientèle (Santé Canada, 2002). Les intervenants doivent donc mettre à jour régulièrement leurs connaissances tant en toxicomanie qu'en santé mentale et ajuster leurs pratiques pour optimiser l'efficacité du traitement. En effet, le TUS peut contribuer à accentuer, maintenir, simuler ou même masquer, des symptômes de troubles mentaux. Le TUS peut aussi engendrer une impression de réduction des symptômes de santé mentale, diminuer l'efficacité de la médication ou même s'y substituer (Skinner et coll., 2004). Toutes ces interactions peuvent contribuer à la chronicité et à la sévérité des deux troubles (Drake et coll., 2006).

La littérature scientifique fait état de divers facteurs pouvant optimiser l'efficacité du traitement en TC, en particulier les connaissances des intervenants quant aux interactions possibles entre un TUS et un trouble de santé mentale. Ensuite, les approches de type intégrées seraient à privilégier notamment avec l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie comportementale dialectique (TCD) de même que la réduction des méfaits. Tout cela exige le développement d'une double expertise chez les intervenants, en plus d'être formés et supervisés pour faciliter l'intégration et favoriser un impact positif chez le client (Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2003). La littérature nous indique que créer l'alliance thérapeutique dès le début du traitement est un élément incontournable et puissant pour un traitement efficace avec des résultats positifs chez la clientèle (Flückiger, Wampold, Del Re et Symonds, 2012; Wampold, 2010). Pour ce faire, le thérapeute est le joueur clé. Il est efficace s'il est capable de préserver l'alliance thérapeutique; de s'autoréguler; de résoudre les impasses contre transférentielles (Lecomte et Savard, 2006), et s'il est capable de connaître ses forces et ses limites en fonction du type de client (Kraus, Castonguay, Hayes et Baber (2010).

La supervision clinique en contexte de troubles concomitants

La littérature fait état que la supervision clinique des intervenants travaillant dans le domaine de la santé mentale et des dépendances favoriserait une réduction du stress, de l'épuisement professionnel en plus de favoriser l'augmentation de la satisfaction au travail, la confiance et le sentiment de compétence (Roche, Todd, et O'Connor, 2007). Elle favoriserait le développement des compétences de la personne supervisée (Bernard et Goodyear, 2009; Powell et Brodsky, 2004; SAMHSA, 2007), son bien-être et l'amélioration de la qualité des services offerts auprès de sa clientèle (Bernard et Goodyear, 2009; SAMHSA, 2007). Jusqu'à présent, aucun modèle de supervision n'aurait été élaboré pour les troubles concomitants afin de permettre au superviseur et aux supervisées de structurer le développement des compétences.

Objectif de l'essai et méthodologie

L'objectif de mon essai dans le cadre de la Maîtrise en toxicomanie, était donc d'identifier, dans un premier temps, les besoins de supervision clinique des intervenants travaillant dans les services externes du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie auprès d'une clientèle présentant un

trouble concomitant (santé mentale et dépendance). Dans un deuxième temps, j'ai tenté d'identifier les éléments prioritaires d'un modèle de supervision clinique adapté aux besoins des intervenants afin d'ajuster les services de supervision clinique en complémentarité avec ceux déjà existants dans ce CRD.

Dans le but de répondre à notre objectif, un groupe focalisé, d'une durée de deux heures, a été réalisé avec 9 intervenants œuvrant dans les services externes pour adultes du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie. Le groupe avait pour but de recueillir les besoins des intervenants (leurs défis en interventions, leur niveau de satisfaction des services de soutien clinique, leur niveau de confort en intervention et les éléments prioritaires à couvrir en supervision clinique). De plus, deux entrevues individuelles semi structurées (2X1h30) ont été réalisées auprès d'informateurs clés soit les intervenants ayant un rôle de superviseur clinique au CRDE. La méthode d'entrevue semi structurée présente l'avantage du contact direct avec l'expérience du superviseur et présente l'avantage d'obtenir des informations sur le sujet complexe de la supervision clinique en TC, tout en ayant accès à des opinions, des points de vue, des faits et des vérifications de faits (Fortin, 2006). Tous les participants ont lu et signé un formulaire de consentement.

Une grille d'analyse a permis de classer les informations obtenues lors des entrevues et du focus group.



Les principaux constats

Les résultats permettent de cerner plusieurs besoins de supervision clinique en trouble concomitant chez les intervenants. Ces besoins sont reliés au Savoir, Savoir Faire et Savoir Être. Ces trois savoirs à développer devraient également se retrouver dans le modèle de supervision clinique en trouble concomitant.

Au plan du Savoir, les intervenants rapportent un manque de connaissances tant au niveau de la définition que de la compréhension du concept de troubles concomitants mais également sur les divers troubles de santé mentale et des interactions possibles avec le TUS. De plus, le développement d'une approche intégrée semble être le principal défi des intervenants. La méconnaissance des services en santé mentale des intervenants en CRD et des services en dépendance de leurs partenaires est réelle et favorise la confrontation de visions différentes et le travail en silo. Le manque de connaissances en lien avec les diagnostics en santé mentale et ses particularités à considérer dans le traitement semblent nuire au développement d'une double expertise.

Au plan du Savoir Être, les intervenants souhaitent obtenir du soutien pour optimiser leur capacité relationnelle et continuer à garder un espoir de changement chez les clients malgré la chronicité des troubles. Les superviseurs sont sollicités pour offrir des sessions de supervision clinique axées sur l'utilisation du contre-transfert et pour stimuler d'avantage l'utilisation du Savoir-Être des intervenants dans la relation avec le client.

Au plan du Savoir Faire, les intervenants rapportent un manque d'accès à la formation clinique. Ils soulignent également le fait que la supervision clinique d'intégration est difficile et parfois manquante. Il en ressort que les intervenants se sentent constamment en adaptation et essouffés.

Recommandations

Les résultats de notre essai ont permis de dégager des pistes pour la supervision clinique afin de favoriser le développement d'une expertise en TC au CRDE.

En premier lieu, étant donné que la supervision clinique ne peut être que complémentaire à la formation et que les intervenants spécialisés en toxicomanie sont appelés à développer une double expertise en santé mentale, il apparaît que les intervenants devraient avoir accès à des formations en santé mentale, incluant les

troubles de l'axe I et II, les impacts lorsque le TUS est combiné à un trouble de santé mentale et que tous s'entendent sur une définition claire des TC.

De plus, la supervision clinique devrait apporter une aide pour l'intégration des savoirs et ainsi permettre aux intervenants d'ajuster le traitement en créant une alliance thérapeutique et savoir la récupérer lorsqu'il y a rupture. Les intervenants devraient être encouragés à consulter en supervision clinique lorsqu'ils en ont besoin et la supervision adaptée afin de réduire les résistances à aller rencontrer les superviseurs.

Par ailleurs, la chronicité des clients et la complexité de leurs besoins ont amené les intervenants à exprimer une multitude de difficultés en lien avec l'absence d'une double expertise au CRDE et les nombreux changements apportés à la pratique. Il apparaît alors que la supervision clinique, telle que préconisée par Roche, Todd et O'Connord (2007), devrait être davantage véhiculée dans la culture organisationnelle comme une démarche incontournable et non comme un service optionnel. Les besoins de supervision identifiés par les intervenants concernent les trois savoirs (savoir, savoir-faire et savoir-être) ainsi que l'alliance thérapeutique (intervenant-client) et l'alliance de travail (superviseur-supervisés). De plus, plusieurs résistances à consulter ont été exprimées par les intervenants, c'est pourquoi nous préconisons un modèle de supervision intégratif en TC au CRDE.

Le traitement intégré auprès de la clientèle en TC est une recommandation basée sur les données probantes pour l'efficacité des traitements offerts et ce, depuis plusieurs années (Mueser et coll, 2003; Santé Canada, 2002). Cependant, l'application de cette approche demeure difficile alors que, selon notre essai, l'absence d'une concertation efficace avec les partenaires en santé mentale est un obstacle majeur à un traitement efficace. La supervision clinique pourrait donc apporter un soutien considérable au développement des capacités des intervenants à travailler en concertation et ainsi contribuer à l'objectif du CRDE qui priorise le développement de trajectoires de services avec les partenaires en santé mentale, et ce, à travers tous les points de services de cet établissement.

Les retombées

Cet essai a permis de soulever l'intérêt pour la supervision clinique chez les interve-

nants qui ont participé au groupe focalisé. Il leur a permis de cibler leurs besoins de formation en santé mentale. Par le processus de consultation, une reconnaissance des défis pour optimiser la consultation en supervision clinique par les intervenants et superviseurs clinique du CRDE a été réalisée. Finalement, nous pensons pouvoir servir de guide au CRDE afin de bonifier l'accessibilité à la supervision clinique et ainsi poursuivre le développement de la double expertise dépendance et santé mentale dans l'établissement, au profit de tous, intervenants et clients.

Josée Bergeron

Travailleuse sociale au Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, MIT
Essai réalisé sous la direction de Myriane Tétrault, docteure en psychologie (PhD/Psy.d.), Université de Sherbrooke

Références:

- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec – ACRDQ (2006). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes: pratiques gagnantes et offre deservice de base*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec – ACRDQ (2011). *Les services à l'entourage des personnes dépendantes: Guide de pratiques et offre de service de base*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington, DC: APA.
- BARIBEAU, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- BERNARD, J.M. ET GOODYEAR, R.K. (2009). *Fundamentals of clinical supervision*. Fourth Edition. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Centre for Addictions and Mental Health – CAMH (2008). *Clinical supervisionhandbook: A guide for clinical supervisors for addiction and mental health*. Toronto: Centre for addiction and mental health.
- DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., XIE, H., FOX, M., PACKARD, J. ET HELMSTETTER, D. (2006). Ten year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 464-473.
- FLÜCKIGER, C., DEL RE, A.C., WAMPOLD, B.E., SYMONDS, D. ET HORVATH, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.
- FORTIN, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quanti-*

tatives et qualitatives. Montréal: Chenelière Education.

- HAWKINS, P. ET SHOHET, R. (2006). *Supervision in the helping professions*. Glasgow: McGraw-Hill.
- KRAUS, D.R., CASTONGUAY, L.G., HAYES, J.A. ET BARBER, J.P. (2010). Le thérapeute « validé empiriquement » : Les cliniciens ont tous leurs forces et leurs faiblesses. *Cahier recherche et pratique*, 1(1), 12-15.
- LECOMTE, C. ET SAVARD, R. (2006). Supervision clinique: Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans C. Lecomte et C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, p. 315-349. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- MUESER, K.T., NOORDSY, D.L., DRAKE, R.E. ET FOX, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.
- O'GRADY, C.P. ET SKINNER, W.J.W. (2007). *A family guide to concurrent disorders* Toronto: Center for Addictions and Mental Health.
- POWELL, D. ET BROSCY, A. (2004). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ROCHE, A.M., TODD, C.L. ET O'CONNOR, J. (2007). Clinical supervision in the alcohol and other drugs field: An imperative or an option? *Drug and Alcohol Review*, 26(3), 241-249.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA (2009). *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA (2007). *Competencies for Substance Abuse Treatment Clinical Supervisors. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21-A*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Santé Canada (2002). *Meilleures Pratiques; Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- SKINNER, W.J., O'GRADY, C.P., BARTHA, C. ET PARKER, C. (2004). *Concurrent substance use and mental health disorder – An information guide*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health - CAMH.
- WAMPOLD, B.E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. Dans B.L. DUNCAN, S.D. MILLER, B.E. WAMPOLD ET M.A. HUBBLE (Eds). *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy, Second Edition*, p. 49-81. Washington, DC: American Psychological Association.

ÉVÉNEMENTS

► Toxicomanie et problématiques associées : agir ensemble

Le 42^e colloque de l'AITQ et premier colloque conjoint AITQ-RISQ se tiendra à Trois-Rivières les **20, 21 et 22 octobre 2014**.

Pour plus de détails sur le programme :

http://www.aitq.com/pdf/colloque/2014/Programme_bref_WEB_v.8.pdf

► Journées ARUC et CRDM-RISQ

13 et 14 novembre 2014 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

La journée ARUC portera sur L'INTÉGRATION DES SERVICES EN TOXICOMANIE POUR LES PERSONNES ADULTES et la journée CRDM-RISQ sur la CHRONICITÉ : PROFILS ET MODÈLES DE TRAITEMENTS.

L'inscription aux deux journées inclut le repas du midi et les pauses.

http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2013/04/Programme-pr%C3%A9liminaire-ARUC_13-novembre-2014_2.pdf

Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Pavillon Bédard
Salle principale : BE-322-18

Pour toutes questions sur cette journée, contactez Catherine Patenaude à catherine.patenaude.1@umontreal.ca ou au 514-385-3490 poste 3201

► Rond Point 2015... À inscrire dès maintenant dans votre agenda !

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) annonce l'organisation d'un congrès quinquennal à l'intention des acteurs du réseau de la dépendance au Québec, l'une des rares occasions de faire le point sur les pratiques et les développements dans le domaine de la dépendance à l'échelle mondiale.

ROND-POINT 2015, qui se tiendra au Centre Sheraton Laval, **1 et 2 octobre 2015**.

PNB... (Petites Nouvelles Brèves)

- Au Brésil, un détenu en liberté surveillée a mis son bracelet électronique à son coq enfermé dans le poulailler pour tromper la surveillance électronique et aller vendre de la drogue. La police brésilienne a découvert le stratagème lors d'un contrôle de routine... Depuis cette découverte, l'homme est considéré comme « fugitif ». Et le coq ? Complice????
- Au Québec, un homme a plaidé « coupable » à des accusations liées au trafic de crack et écopé d'une peine de deux ans de prison. Il affirme aussi avoir souffert de troubles auditifs, fatigue et haute pression « causés par l'intervention abusive des agents ». Il estime avoir le droit de réclamer une compensation financière à la Ville de Montréal au gouvernement du Québec et au gouvernement du Canada. Le montant de sa demande ? Exactement le montant de ses profits annuels à titre de trafiquant : 2 Millions \$ pour le préjudice physique et moral subi en conséquence de l'opération effectuée à leur domicile. C'est ce qu'on appelle ratisser large, non ?
- Le programme fédéral de production de marijuana à des fins médicales rencontre quelques problèmes de contrôle : utilisation de prête-noms et de sociétés à numéro, permis donnés à des individus au passé criminel, dépassement des quotas, plantations illégales sous une couverture légitime... Les « filtres » utilisés pour l'octroi de permis (antécédents criminels du détenteur de permis ; état de santé du demandeur ; vérification du nombre de plants réels ; etc.) ne doivent pas être très efficaces ! Résultats ? Infiltration du programme par le crime organisé et une production « légale » pour un marché illégal!!!!
- En 2012, la police espagnole avait arrêté à Barcelone une Panaméenne transportant 1,4 kg de cocaïne dans ses implants mammaires. Record battu, en 2014 : une Vénézuélienne a été arrêtée à Madrid avec 1,7 kg de cocaïne dans ses implants. L'Espagne, principale porte d'entrée de la drogue venant d'Amérique latine, deviendra-t-elle le pays expert mondial en trafic par implants mammaires ? À suivre...

LE PROGRAMME CRAFT OU COMMENT TRAVAILLER POSITIVEMENT AVEC LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE POUR DÉBUTER UN TRAITEMENT

En 2007, un comité sur l'entourage, mis sur pied par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), dressait un portrait de la situation des membres de l'entourage (ME) de personnes dépendantes ainsi que des services leur étant offerts. Il ressort de leurs travaux que 13% (environ 6500 individus) des 50 000 personnes qui s'adressent chaque année à l'un des 16 centres de réadaptation en dépendance publique du Québec sont des membres de l'entourage consultant en raison des habitudes problématiques de consommation d'alcool, de drogues ou de jeux de hasard et d'argent d'un de leur proche (Mongrain, 2011).

Des problèmes importants et des besoins confirmés par les études

De façon générale, ce sont principalement les conjoints(es) et les parents de personnes dépendantes qui entreprennent des démarches d'aide à titre de ME (Orford, 2010; Bertrand, Tremblay & Ménard, 2005; Meyers, 2014). Cela n'étonne guère puisque les membres du système familial sont souvent les plus affectés par les habitudes de consommation ou de jeux de hasard et d'argent d'un proche (SAMSHA, 2008; Bertrand, Ménard & Tremblay, 2005).

Dans une revue récente des études qualitatives réalisées au cours des 20 dernières années et portant sur l'expérience des ME de personnes dépendantes, Orford et ses collègues (2010) présentent les principales difficultés rencontrées par ceux-ci. L'ensemble des études recensées totalise 800 personnes, principalement des mères et des conjointes. Au nombre des conséquences vécues se retrouvent des problèmes de santé psychologique (anxiété, dépression), physique (insomnie) ainsi que de la violence (physique et verbale). On note aussi des difficultés émotionnelles (irritabilité, culpabilité, colère, incertitude, impuissance, diminution confiance et estime de soi, tristesse), relationnelles et familiales (conflits, tensions, mensonges, sécurité). À cela s'ajoutent des problèmes financiers et sociaux (peur du jugement, isolement).

Ces résultats concordent avec ceux de Benishek, Kirby et Dugosh (2011) qui, à la suite d'entrevues auprès de 110 membres de l'entourage de personnes dépendantes (84% conjointe(s) et 16% parents), ont

observé que tous avaient vécu des problèmes d'ordre émotionnel et relationnel; 91% des problèmes d'ordre financier; 87% des problèmes d'ordre familial; 70% des problèmes de santé et 65% des problèmes reliés à la violence.

Avant même de formuler une demande d'aide auprès d'une ressource spécialisée (pour composer avec les conséquences, mais aussi pour aider leur proche), les membres de l'entourage ont souvent tenté une multitude de stratégies (Meyers, 2014). Orford et ses collègues (2010) ont établi une typologie de ces différentes stratégies d'adaptation mises de l'avant par ceux-ci. On y trouve: la résignation et l'acceptation; le sacrifice et le compromis; le soutien de la personne dépendante; la confrontation et le contrôle; l'évitement et la fuite; l'indépendance; le refus et la résistance; la protection de soi et des autres membres de la famille. Chacune de ces stratégies ne présente évidemment pas le même degré d'efficacité en termes d'atteinte des objectifs visés par les ME. Ces stratégies diffèrent également en fonction du niveau d'engagement du ME dans la relation et de son désir de s'impliquer auprès de son proche consommateur.

Sur le plan des motifs de consultation, certains sont plus souvent mentionnés comme étant à l'origine de la demande d'aide des ME. Il s'agit de convaincre la personne dépendante de cesser de consommer ou de jouer et d'entreprendre un traitement; briser la solitude; mieux comprendre la problématique; développer des habiletés pour venir en aide à la personne dépendante et améliorer sa relation avec cette dernière (Mongrain, 2011). En concordance avec les besoins manifestés et dans un contexte de services spécialisés s'adressant à l'entourage, l'ACRDQ suggère deux objectifs principaux concernant l'intervention auprès de cette clientèle: d'une part, l'amélioration du bien-être des membres de l'entourage de la personne dépendante et d'autre part, l'amélioration de l'efficacité de l'intervention auprès de la personne dépendante (Mongrain, 2011). En effet, les membres de l'entourage de personnes dépendantes vivent des conséquences importantes en lien avec la consommation de leur proche, mais lorsqu'ils sont prêts à s'investir pour aider leur proche, ils représentent un levier d'intervention fort intéressant pour venir en aide

à la personne dépendante, ne serait-ce qu'en raison de la force du lien relationnel qui les unit.

Deux programmes pionniers : Al-Anon et L'Intervention

Au fil des ans, différents programmes ont été mis sur pieds afin de venir en aide à l'entourage de personnes dépendantes. Deux programmes sont considérés comme les pionniers en la matière.

Le premier, Al-Anon, a vu le jour dans les années 1950. Avec plus de 25 000 groupes dans 130 pays (Al-Anon family Group Headquarter, 2012) Al-Anon prend la forme de groupes d'entraide basés sur le programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes. Les trois objectifs d'Al-Anon sont d'améliorer le bien-être du membre de l'entourage; d'accroître sa capacité de détachement et d'améliorer sa capacité à prendre soin de soi. À la base de la philosophie d'Al-Anon se retrouve l'idée que le ME est impuissant devant le comportement de consommation de son proche. Plusieurs études révèlent une amélioration significative du bien-être des participants aux groupes Al-Anon (Barber & Gilbertson, 1996; Miller, Meyers & Tonigan, 1999; Dittrich & Trapold, 1984). D'autre part cette modalité d'intervention est associée à des taux d'entrée en traitement de la personne ayant des habitudes de consommation problématiques variant de 13% à 29% (Miller, Meyers & Tonigan, 1999; Meyers, Miller, Smith & Tonigan, 2002; Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey & LaMonaca, 1999).

À l'opposé de la philosophie du mouvement Al-Anon, l'*Intervention*, du Johnson Institute, n'endosse pas les points de vue selon lesquels l'entourage est impuissant devant la consommation de son proche et qu'il soit nécessaire que ce dernier ait «touché le fond» avant de pouvoir s'en sortir. Cette modalité d'intervention, proposée par le Dr. Vernon Johnson dans les années 1960, propose un programme en quatre étapes s'adressant à l'entourage de personnes dépendantes (famille, amis, etc.). L'objectif du programme est de préparer, à l'insu de la personne dépendante, une rencontre de confrontation réunissant divers ME significatifs afin de lui faire part de leurs préoccupations à son égard et de l'inciter à entreprendre un traitement.

Peu d'études d'efficacité ont été menées sur l'*Intervention*. Il semblerait toutefois que cette modalité d'intervention obtienne de bons taux d'entrée en traitement (90%) lorsque le proche consommateur prend part à la rencontre de confrontation (Logan, 1983). Par ailleurs, des études suggèrent que la rencontre de confrontation ne s'actualiserait concrètement que dans 22% à 29% des cas (Liepman, 1993; Miller et al., 1999; Liepman, Nirenberg et Begin, 1989). Malgré cela, Miller et ses collègues (1999) ont trouvé que les ME participant à l'*Intervention* amélioreraient significativement leur bien-être personnel, et ce, que le proche consommateur débute un traitement ou non.

Malgré de bons résultats sur le plan de l'amélioration du bien-être du ME de personnes dépendantes, on constate qu'un aspect moins concluant de ces deux programmes réside dans l'amélioration de l'intervention auprès de la personne dépendante, que ce soit pour l'entrée en traitement ou la diminution des habitudes de consommation. Dans le cas d'Al-Anon, il importe de préciser que ce programme ne vise pas l'entrée en traitement de la personne dépendante.

Une avenue récente et intéressante permettant d'adresser les deux objectifs proposés par l'ACRDQ en ce qui a trait aux services à l'entourage de personnes dépendantes (bien-être du ME et amélioration intervention auprès personne dépendante) est le programme *Community Reinforcement Approach and Family Training* (CRAFT) (Smith & Meyers, 2008).

Le programme CRAFT

Le programme CRAFT repose sur les besoins du membre de l'entourage. Il est centré sur l'acquisition de nouvelles habiletés pour amener le consommateur à diminuer (ou cesser) ses habitudes de consommation et, au moment opportun, lui proposer de débiter un traitement. Le programme cible également l'acquisition d'habiletés visant à améliorer le bien-être dans la vie du ME, et ce, indépendamment des décisions prises par son proche. Les objectifs du programme sont d'amener le proche en traitement ou diminuer la consommation du proche d'améliorer la qualité de vie du membre de l'entourage. Pour réaliser ces objectifs, huit thèmes ou modules sont abordés:

1. *Stimuler la motivation du ME à participer au programme*: explorer l'histoire de consommation et les tentatives du ME pour faire cesser la consommation du proche, parler de ses attentes et explications du programme;



2. *Analyse fonctionnelle de la consommation du proche*: identifier les déclencheurs et les conséquences (positives et négatives) de la consommation du proche de façon a) à susciter l'espoir chez le ME en réalisant que la consommation est prévisible et b) à identifier les paramètres de l'environnement afin d'agir pour réduire les comportements indésirables et augmenter ceux souhaités;
3. *Analyse fonctionnelle de la violence conjugale*: évaluer le potentiel de violence, réaffirmer son caractère inacceptable, établir un plan de protection, identifier les éléments précurseurs à un épisode de violence et les conséquences pour en diminuer les risques et mettre en place des stratégies de prévention;
4. *Entraînement aux habiletés à la communication*: cesser tout dénigrement, favoriser la communication constructive (souvent contagieuse et adopté par l'autre), sensibiliser à l'importance de l'à-propos du choix de discuter avec le proche, utiliser les jeux de rôles;
5. *Utilisation des renforcements positifs auprès du proche*: préparer et appliquer un plan plus systématique de renforcement positif lors de moments de sobriétés afin d'en augmenter la fréquence et d'entrer en compétition avec les épisodes de consommation;
6. *Utilisation des conséquences négatives naturelles de la consommation auprès du proche*: ne pas recourir aux punitions, mais plutôt cesser de pallier aux conséquences naturelles de la consommation, choisir et retirer les renforçateurs positifs importants de la consommation pour le proche;
7. *Amélioration du bien-être des ME*: identifier les insatisfactions du ME dans diverses sphères de vie, mettre en place des objectifs et des activités pour pallier à ces manques;

8. *Préparation de la suggestion au proche de débiter un traitement*: identifier les moments où la motivation au traitement du proche est la meilleure, maîtriser les habiletés de communication positive pour exprimer sa demande, se préparer à composer avec les refus et préparer une option de traitement fonctionnelle.

La première rencontre permet de faire une évaluation de la situation du ME (entrevue et questionnaires), de fixer des objectifs positifs et de présenter le programme tout en stimulant sa motivation à s'impliquer. L'ensemble des modules sont abordés dans un ordre flexible et adaptés à la réalité de chaque membre de l'entourage. Il est recommandé d'utiliser à chaque rencontre des jeux de rôle pour pratiquer les habiletés diverses, dont particulièrement les habiletés à la communication. Le modèle s'appuie fortement sur une conception comportementale-cognitive. C'est pourquoi l'analyse fonctionnelle est utilisée à de multiples reprises, tant pour identifier les déclencheurs et les renforçateurs de la consommation que pour mieux comprendre les moments de violence conjugale. À la fin de chaque rencontre, des tâches et devoirs simples sont décidés avec le ME. Le programme peut être suivi en individuel ou en groupe. Le nombre de rencontres varie de 10 à 12, mais peut s'échelonner sur une plus longue période si nécessaire.

Le programme se déroule dans un climat d'ouverture empathique, de renforcement positif et motivationnel. Afin de s'assurer du respect de l'esprit du programme, le thérapeute est invité à se poser certaines questions après chaque rencontre: Ai-je renforcé verbalement le ME chaque fois que c'était approprié? Ai-je favorisé un sentiment d'optimisme? Suis-je resté centré sur les forces et les solutions plutôt que sur les problèmes? Ai-je fait preuve d'un style emphatique sans jugement ni confrontation? Ai-je livré le message au ME qu'il n'est pas responsable du pro-

blème de son proche? Ai-je identifié la ou les sources de motivation actuelles du ME au traitement et les renforceurs du ME en général?

La formation originale donnée par l'auteur du programme, le Dr. Robert Meyers, est d'une durée de deux à trois jours. Les participants doivent posséder une formation clinique de base en intervention, mais une spécialisation en dépendance n'est pas nécessaire. Pour compléter la formation, de la supervision et du *coaching* via l'écoute de bandes audio par l'équipe du Dr. Meyers sont offerts. Ces étapes sont nécessaires pour obtenir la certification à titre de thérapeute au programme CRAFT.

Efficacité du programme CRAFT

Le programme CRAFT a fait l'objet de plusieurs études d'efficacité, particulièrement aux États-Unis. L'ensemble des études démontrent une amélioration significative du bien-être du ME à la suite de sa participation au programme et ce, que le proche consommateur débute un traitement ou non. De plus, le programme CRAFT obtient des taux d'entrée en traitement de la personne consommatrice qui oscillent entre 55% et 74% (Miller et al., 1999; Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1999; Meyers, Miller, Smith & Tonigan, 2002; Waldron, Kern-Jones, Turner, Peterson & Ozechowski, 2007; Dutcher, Anderson, Moore, Luna-Anderson, Meyers, Delaney & Smith, 2009; Knapp-Manuel, 2011). Plus près de nous, une étude d'implantation du programme CRAFT en contexte québécois a récemment été réalisée au sein de deux centres de réadaptation en dépendances. Les résultats obtenus auprès de 12 ME, conjoints(es) de personnes dépendantes, sont comparables à ceux obtenus dans le cadre des études américaines quant à l'entrée en traitement de la personne dépendante (58,3%) et à l'amélioration du bien-être du ME (Couture, 2014).

Une revue systématique visant à comparer l'efficacité du programme CRAFT à celle des programmes NarAnon/Al-Anon et à l'*Intervention* du Jonhson Institute a été réalisée récemment. Elle met en lumière de meilleurs taux d'entrée en traitement de la personne consommatrice dans le cadre du programme CRAFT: trois fois plus d'entrées en traitement qu'avec un programme en 12 étapes et deux fois plus qu'avec l'*Intervention* du Jonhson Institue (Roozen, Waart & van der Kroft, 2010). Le programme CRAFT présente un taux d'engagement moyen de 66% et ce pour une moyenne de quatre à six rencontres avec le ME. L'analyse

des études recensées (n=4) permet également de faire ressortir une amélioration significative du bien-être des ME (n=264) et ce, peu importe la modalité d'intervention. Le programme CRAFT se distingue donc particulièrement des autres sur le plan de l'engagement en traitement du proche consommateur.

Les auteurs du programme précisent que les parents de jeunes consommateurs sont ceux pour qui le programme semble être le plus efficace. Une des hypothèses avancées pour expliquer cette observation réside dans la nature de la relation et la force du lien qui unit un parent avec son enfant: les parents, pour la plupart, n'abandonneront pas les démarches auprès de leur enfant même si elles sont peu fructueuses alors que les conjoints seront plus enclins à se séparer devant un constat d'échecs répétés de leurs efforts (Meyers, 2014).

En conclusion

Sur le plan clinique, l'intervention auprès d'un membre de l'entourage présente plusieurs avantages. En effet, le ME a souvent une connaissance approfondie de son proche et de ses habitudes de consommation. Le lien affectif qui les unit est fort et ils passent un nombre d'heures significatif ensemble. Ainsi, placer le ME dans une position active et positive pour utiliser sa motivation à inciter son proche à entrer en traitement représente certainement un levier d'intervention intéressant. De plus, au plan empirique, le programme CRAFT présente des résultats intéressants quant à l'entrée en traitement des proches et à l'amélioration du bien-être des ME. Plus près de nous, au Québec, quelques intervenants ont déjà été formés au programme et quelques études et projets d'implantation sont en cours et à venir. Des questions demeurent. Même si une première étude pilote confirme l'efficacité en sol québécois du CRAFT auprès de conjoints de toxicomanes non volontaires à changer, en va-t-il de même pour les parents de jeunes toxicomanes. De plus, est-ce que le CRAFT pourrait aider à améliorer l'efficacité des traitements une fois que la personne toxicomane a débuté l'intervention. D'autre part, est-ce que d'autres traitements innovants tels que le *5-Step Method* (Copello, templeton, Orford et Velleman, 2010) seraient tout aussi avantageux reste à déterminer.

En conclusion, il est stimulant de constater que les milieux cliniques québécois s'intéressent de plus en plus à l'inclusion des membres de l'entourage dans le trai-

tement des personnes dépendantes tout en se préoccupant d'intégrer les résultats des recherches cliniques au sein des pratiques.

Karine Gaudreault,
MIT, T.S., doctorante en sciences cliniques
avec spécialisation en toxicomanie,
Université de Sherbrooke

Annie-Claude Savard,
M. Serv. Soc., doctorante et professeure à
l'École de service social, Université Laval

Joël Tremblay,
Ph.D., professeur au département
de psychoéducation,
Université du Québec à Trois-Rivières

Les deux premières auteures ont contribué de façon égale à la rédaction de cet article alors que Joël Tremblay a agi à titre de lecteur.

Références:

- Al-Anon family Group Headquarter (2011). Introduction. Répéré à <http://www.al-anon.org/french/pdf/mediakit/introfr.pdf>
- BARBER, J. G. & GILBERTSON, R. (1996). An experimental study of brief unilateral intervention for the partners on heavy drinkers. *Research on Social Work Practice*, 6, 325-336.
- BENISHEK, L. A., KIRBY K. C. & DUGOSH, K. L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved-one. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37 (2), 82-88.
- BERTRAND, K., MÉNARD, J.-M. & TREMBLAY, J. (2005). Les membres de l'entourage des personnes alcooliques et toxicomanes: portrait des services offerts au Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- COPELLO, A., TEMPLETON, L., ORFORD, J., & VELLEMAN, R. (2010). The 5-Step Method: Principles and practice. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(Suppl 1), 86-99. doi: 10.3109/09687637.2010.515186
- COUTURE, A. (2014). Étude pilote d'implantation et d'efficacité du CRAFT au Québec. Mémoire doctoral. Québec: Université Laval.
- DITTRICH, J. E. & TRAPOLD, M. A. (1984). Wives of alcoholics: A treatment program and outcome study. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 3, 91-102.
- DUTCHER, L. W., ANDERSON, R., MOORE, M., LUNA-ANDERSON, C., MEYERS, R. J., DELANEY, H. D. & SMITH, J. E. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): an Effectiveness Study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2, 80-90.
- KIRBY, K. C., MARLOWE, D. B., FESTINGER, D. S., GARVEY, K. A. & LAMONACA, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 85-96.
- KNAPP-MANUEL, J. (2011). Treating the concerned family members of alcohol and drug users: A randomized study. Thèse de

doctorat. Albuquerque: University of New Mexico.

- LIEPMAN, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: the Johnson Institute intervention approach. Dans O'Farrell, T. J. (Ed.). *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York: Guilford Press. p. 54-77
- LIEPMAN, M. R., NIRENBERG, T. D. & BEGIN, A. M. (1989). Evaluation of a Program Designed to Help Family and Significant Others to Motivate Resistant Alcoholics into Recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 209-221.
- LOGAN, D. G. (1983) Getting alcoholics to treatment by social network intervention, *Hospital and Community Psychiatry*, 34(4), 360-361.
- MEYERS, R. J. (2014). Community Reinforcement and Family Training. Documents de formation inédit. Houston, Texas.
- MEYERS, R. J., MILLER, R. W., HILL, D. E. & TONIGAN, J. S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- MEYERS, R. J., MILLER, W. R., SMITH, J. E. & TONIGAN, J. S. (2002). «A randomized trial of two methods for engaging treatment refusing drugs users through concerned significant others». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1182-1185.
- MILLER, W. R., MEYERS, R. J. & TONIGAN, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- MONGRAIN, L. (2011). *Les services à l'entourage des personnes dépendantes. Guide de pratique et offre de service de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Montréal.
- ORFORD, J., VELLEMAN, R., COPELLO, A., TEMPLETON, L. & IBANGA, A. (2010). The experience of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drug: education, prevention and policy*, 17 (S1), 44-62.
- ROOZEN, H. G., WAART, R. & VAN DER KROFT, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729-1738.
- SMITH, J. E., & MEYERS, J. R. (2008). *Motivating Substance Abusers to Enter Treatment, Working with Family Members*. New-York: The Guilford Press.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Counselor's treatment manual. Matrix intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorders*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. 255 p.
- WALDRON, H. B., KERN-JONES, S., TURNER, C. W., PETERSON, T. R. & OZECOWSKI, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133-142.

REPRÉSENTATIONS ET USAGES DES MÉDICAMENTS UTILISÉS À DES FINS NON MÉDICALES: «LES MÉDICAMENTS, C'EST PAS DES DROGUES QUE T'ACHÈTES DANS LA RUE»

Depuis une quinzaine d'années, nous observons une progression de l'utilisation de certains médicaments en dehors de leurs indications thérapeutiques. Ces pratiques concernent notamment les analgésiques, en particulier ceux contenant des opioïdes (OxyContin, Percocet, Vicodin), et les sirops pour la toux à base de dextrométhorphan, qui sont consommés en quantités excessives par les adolescents et les jeunes adultes, dans le but d'obtenir des états de conscience modifiés (Cooper, 2013; Jones, 2012). L'usage de psychostimulants comme l'Adderall ou le Ritalin en l'absence de troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), semble également en augmentation chez les 18-25 ans (Lakhan, Kirchgessner, 2012), en particulier chez des étudiants, pour améliorer leur performance académique (De Santis et al., 2008; Bogle et Smith, 2009; Wilens et al., 2008). Ce phénomène de détournement des médicaments n'est pas nouveau mais semble aujourd'hui concerner un public plus large et impliquer une plus grande variété de spécialités pharmaceutiques (Thoër, Pierret et Levy, 2008).

Les objectifs des recherches que nous avons réalisées étaient d'explorer les pratiques de consommation de médicaments à des fins non médicales (notamment, les stimulants, les antalgiques et les médicaments pour la toux); de saisir les contextes dans lesquels ces pratiques se développent et le rôle que joue Internet dans leur diffusion. Nous souhaitons éga-

lement comprendre comment les jeunes se représentent les médicaments qu'ils utilisent hors du cadre médical et cerner les significations qu'ils attribuent à leur consommation.

Nos résultats sont issus de trois études qualitatives: une recherche auprès de jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui détournent des médicaments à des fins de recherche de sensations (20) ou d'amélioration de la performance académique ou professionnelle (26), et deux recherches s'appuyant sur des analyses de contenu de forums sur l'utilisation détournée de certains médicaments, incluant des entrevues avec les habitués de ces espaces (Thoër et al., 2012; Thoër et Aumond, 2011; Thoër et Robitaille, 2011).

Initiation et accès aux produits

Selon nos données, les pratiques de consommation de médicaments hors du cadre médical sont, dans le cas des sirops pour la toux et des antidouleurs, généralement initiées à l'adolescence et à l'université pour ce qui est des psychostimulants. Les jeunes se procurent le plus souvent les médicaments par l'entremise de pairs qui leur vendent, échangent ou même donnent les produits. Les médicaments en vente libre (sirops pour la toux, antidouleurs) sont obtenus en pharmacie en diversifiant les points d'achats afin de ne pas éveiller l'attention des professionnels. Ainsi, il apparaît que l'accès aux médicaments ne semble pas poser de problèmes aux jeunes rencontrés.

La première expérience d'analgésiques ou de médicaments pour la toux à des fins récréatives, se fait généralement au contact d'un ami qui vante l'effet ressenti et offre une occasion de l'expérimenter. Dans le cas des antalgiques, l'expérimentation peut s'inscrire dans le cadre d'une prescription médicale à la suite d'une blessure ou d'une extraction des dents de sagesse. La prise de l'analgésique prescrit, contenant de la codéine, permet au jeune d'expérimenter un léger *buzz* qu'il juge intéressant et qu'il tente ensuite de reproduire ou d'intensifier. Certains jeunes, informés par leurs



amis des effets secondaires de l'antidouleur, augmentent immédiatement la dose prescrite afin d'obtenir des sensations plus intenses. Dans le cas des stimulants, les amis ou les connaissances sur le campus jouent également un rôle important :

« J'entendais des étudiants du département parler de cette soi-disant drogue magique qui donnait un certain avantage pendant les périodes d'examen. J'avais envie d'essayer. (Li)¹ »

Différentes logiques de consommation

En ce qui concerne les médicaments stimulants, les étudiants et les jeunes travailleurs québécois que nous avons rencontrés y ont recours pour des raisons assez similaires : améliorer la qualité de leur travail et leur productivité. La fréquence de consommation semble toutefois plus régulière chez les jeunes travailleurs que chez les étudiants, qui les réservent pour des périodes d'étude intense. Cependant ce constat serait à valider par des enquêtes quantitatives.

Les discours que construisent ces jeunes adultes autour de leur consommation de stimulants renvoient à trois problématiques : une faille personnelle ; un déséquilibre perçu entre les ressources personnelles et les contraintes imposées par l'environnement académique ou professionnel ; ou encore, une difficulté à concilier les engagements dans des rôles multiples (travail, études, vie sociale). Le recours aux médicaments stimulants est alors présenté comme une stratégie d'automédication ou d'adaptation aux exigences de l'environnement (académique, professionnel ou social). Plusieurs étudiants banalisent leur consommation, soulignant que l'usage des stimulants à des fins d'amélioration de la performance constitue une pratique assez généralisée sur leur campus. Pourtant, les études disponibles démontrent que leur perception est loin d'être la réalité

Les usages des antidouleurs varient d'un individu à l'autre. Ils semblent dans certains cas, ne pas s'inscrire dans une perspective récréative. Certains participants rapportent une consommation d'antidouleurs dans le but de « ne plus sentir ». C'est une façon de faire face à un sentiment de mal-être. Ils témoignent, dans ces cas, d'une consommation plus régulière et semblent avoir développé une dépendance aux produits. Toutefois, la majorité des participants rencontrés rapporte une consommation ponctuelle des antidouleurs et des sirops pour la toux,

s'inscrivant dans une logique de recherche de sensations plus ou moins fortes. Dans certains cas, l'expérience du produit est directement associée aux activités dans lesquelles ils s'engagent et vise à en amplifier les sensations. Dans d'autres cas, l'objectif est de vivre une expérience réflexive d'exploration de soi et d'expérimentation d'états de consciences modifiés.

Représentations des médicaments et des risques associés à leur consommation

Les discours des jeunes adultes rencontrés témoignent de la complexité de la représentation des médicaments utilisés hors du cadre médical. Quelques participants comparent les médicaments stimulants à des substances comme le café ou les boissons énergétiques. D'autres, plus ambivalents, jugent que les médicaments s'apparentent aux drogues illégales ou s'en rapprochent sérieusement. Ces représentations varient selon les individus mais aussi selon la finalité des usages. Ainsi, l'utilisation des médicaments à des fins de performance est jugée plus légitime parce qu'elle vise la réussite académique ou professionnelle. Par ailleurs, la plupart des participants souligne le statut spécifique des médicaments et les distingue des drogues illégales. Les médicaments sont considérés plus sécuritaires parce que leur composition est connue et qu'ils sont fabriqués en laboratoire. De plus, leurs effets sont jugés plus stables, plus prévisibles et souvent plus puissants que ceux des drogues illégales.

Il ne faut pas continuer toujours [...] Mais ça m'inquiète pas [...] les médicaments ça peut être toxique mais c'est aussi pour ta santé. [...] c'est pas des drogues que t'achètes dans la rue. Fake, je préfère ça avec des médicaments. C'est contrôlé pour ce qu'ils mettent dedans. Je trouve que c'est une garantie. (Patrick)

Les jeunes rencontrés semblent peu inquiets ou préoccupés par les risques associés à leur consommation à des fins non médicales. Certains soulignent toutefois que leur prise médicamenteuse peut occasionner des effets secondaires et entraîner une dépendance. Cependant, ils se rassurent en soulignant qu'ils connaissent toujours quelqu'un qui « fait pire » (qui consomme des drogues illégales) ; qu'ils sont bien informés ; qu'ils contrôlent leur consommation (en espaçant les prises) et qu'ils n'ont pas développé de dépendance. Ce qui ne semble pourtant pas être le cas de tous. Par ailleurs, l'accent est mis sur les bénéfices de la consommation.

Les pairs et Internet comme sources d'information principales sur ces pratiques

Parmi les sources d'information que mobilisent nos participants, l'Internet et les pairs sont privilégiés, entre autres, pour leur caractère accessible et anonyme dans le cas d'Internet. Les médecins ou les pharmaciens sont par contre rarement sollicités concernant les médicaments utilisés à des fins détournées sauf pour ceux qui font partie de l'entourage des jeunes et par certains participants, qui avaient consulté pour obtenir une prescription du médicament désiré. Dans l'ensemble, nos participants décrivent un manque d'accès aux services de santé, ils craignent le regard moralisateur du soignant sur leurs pratiques, ou témoignent d'une volonté d'autonomie à l'égard du corps médical.

Certains sites Internet proposent de véritables « guides pratiques » sur les utilisations des médicaments hors du cadre médical (Klein et Kandel, 2011). Plusieurs des participants les avaient utilisés. Les jeunes se renseignent également sur les forums Internet au sein desquels des utilisateurs partagent leurs connaissances et leurs expériences des produits. Les informations qui circulent sur ces plateformes concernent le choix et l'accès aux substances ; leur mode d'utilisation ; l'expérience des effets (recherchés et non désirés) ainsi que les risques associés à la consommation des médicaments. Les experts traditionnels (médecins, pharmaciens) y sont rarement cités mais certains utilisateurs plus expérimentés, qui cumulent expérience et connaissances scientifiques sur l'utilisation détournée des médicaments, répondent aux questions des autres usagers, favorisant la construction de nouveaux savoirs. Ces espaces d'échange semblent contribuer à la diffusion de la consommation permettant notamment l'identification des médicaments pouvant faire l'objet d'un usage détourné. Ils jouent aussi un rôle important dans l'encadrement des pratiques, largement assuré par ces usagers experts qui s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits et condamnent les utilisations abusives.

En conclusion

Utiliser des médicaments à des fins non médicales est une pratique qui progresse et ces produits bénéficient d'un statut particulier qui les distingue des drogues illégales. La grande disponibilité des médicaments qui sont largement prescrits ou disponibles en vente libre et la diffusion d'information dans les médias et sur

1. Notre traduction

Internet contribuent à leur familiarité et à la banalisation de leur utilisation, même détournée.

De plus, les médicaments bénéficient d'une image relativement positive: ils sont perçus comme des produits efficaces et relativement sécuritaires. Pour ce qui est des stimulants, leur utilisation pour améliorer la performance est jugée légitime et largement répandue dans les milieux universitaires. Il serait donc important de sensibiliser les jeunes à la réelle prévalence de l'utilisation détournée des médicaments et aux risques associés qui restent assez mal cernés, même si les jeunes se disent bien informés.

Investir les forums sur Internet ou d'autres réseaux comme Twitter, utilisés par les jeunes adultes pour se renseigner et construire le projet de consommation (Hanson et al., 2013) pourrait constituer une stratégie intéressante. À ce titre, il serait sans doute important de ne pas faire irruption dans ces espaces mais plutôt de cibler les usagers experts qui sont très friands d'information permettant de limiter les risques associés à la consommation détournée des médicaments.

Il serait également utile de mener des campagnes d'information pour les professionnels et les familles sur les risques de «fuitage pharmaceutique» (Lovell, 2008, p. 309), et aussi les renseigner sur les modalités de circulation des médicaments entre et au sein des sphères médicale et familiale.

Enfin, il est important de souligner que plusieurs des utilisations détournées s'inscrivent dans des logiques qui ne sont ni récréatives ni de l'ordre de l'amélioration de la performance, mais renvoient à des stratégies d'automédication de faiblesses personnelles ou d'un mal être dont témoignent certains jeunes qui gagneraient à être redirigés vers des ressources adéquates.

Christine Thoër, Ph.D

Professeure, département de communication sociale et publique

Références:

- BOGLE, K. E., SMITH, B. H. (2009). Illicit methylphenidate use: a review of prevalence, availability, pharmacology, and consequences. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(2), 157-176.
- COOPER, R.J. (2013). Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature, *Journal of Substance Use*, 18(2): 82–107. Consulté en ligne: http://www.academia.edu/1055869/Over-the-counter_medicine_abuse_a_review_of_the_literature
- DESANTIS, A.D, WEBB, E. M., ETNOAR S.M. (2008). Illicit Use of Prescription ADHD Medications on a College Campus: A Multime-

PNP... (Petites Nouvelles Pharmaceutiques)

La cocaïne contaminée au lévamisole

La cocaïne se présente sous différentes formes (poudre blanche, cailloux, pâte). Avant sa distribution la cocaïne peut être «coupée» avec différents produits. Les taux de pureté des échantillons saisis dans la rue se situent entre 20 et 75% de cocaïne pure avec une moyenne de 40%.

Les principaux produits utilisés pour «couper» la cocaïne sont les anesthésiques locaux (pour imiter les propriétés anesthésiantes locales de la cocaïne), les sucres (lactose, mannitol), les stimulants (caféine, éphédrine) et quelques substances pharmacologiquement actives (acétaminophène, diltiazem, hydroxyzine, lévamisole, phénacétine, quinine). L'usage de ces produits de coupe accroît la dangerosité de la cocaïne.

Depuis quelques temps un produit de coupe attire particulièrement l'attention, il s'agit du lévamisole. La présence du lévamisole dans la cocaïne est connue depuis 2002, toutefois depuis quelques années le pourcentage de lévamisole contenu dans la cocaïne semble en augmentation importante. En effet, plus de 70% de la cocaïne saisie par les autorités américaines en 2009 contenait du lévamisole. Santé Canada a aussi rapporté la présence de lévamisole dans des échantillons de cocaïne saisis dans la rue.

La consommation de cocaïne coupée avec du lévamisole peut mettre la vie du consommateur en danger.

Le lévamisole est un anthelminthique (vermifuge) et un immunomodulateur. Il a aussi été utilisé chez l'homme pour traiter certains types de cancer. Son usage chez l'humain est maintenant interdit en raison d'effets secondaires importants. Il n'est plus disponible au Canada depuis 2003. Il demeure toutefois disponible dans certains pays comme vermifuge chez les animaux.

La prise de lévamisole peut causer à court terme (prise aiguë) une éruption cutanée, une augmentation du rythme cardiaque, des nausées, de la diarrhée et des étourdissements. Un usage chronique de lévamisole peut entraîner des douleurs musculaires, des céphalées, de la fièvre, des convulsions et des complications vasculaires et hématologiques dont l'agranulocytose (absence de certains globules blancs du sang qui font partie du système de défense de l'organisme). Cette dernière peut être mortelle si elle n'est pas traitée à temps.

Des cas d'agranulocytose ont été rapportés au Québec en lien avec la consommation de cocaïne coupée avec du lévamisole.

On s'est questionné sur la raison de la présence du lévamisole dans la cocaïne. Selon certaines études, le lévamisole aurait aussi un effet psychoactif, ce qui augmenterait la dépendance du consommateur à la cocaïne. Les risques de toxicité de cette association sont donc très préoccupants. Selon certaines sources, il semblerait que la cocaïne soit coupée avec du lévamisole dans son pays de production, avant d'arriver au Canada. On parle plutôt d'un phénomène de contamination internationale.

Bien des substances pharmacologiquement actives utilisées pour couper la cocaïne, ou d'autres drogues, sont très préoccupantes. Lévamisole en fait partie et en 2010 l'institut national de santé publique du Québec a publié un document afin d'informer les professionnels de la santé du Québec impliqués dans la prise en charge des cas d'agranulocytose reliés à la consommation de cocaïne contaminée au lévamisole:

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1074_AgranulocytoseCocaineContaminee.pdf

Maryse Rioux, pharmacienne

thodological Approach. *Journal of American College Health*, 57(3), 315-323.

- HANSON, C. L., BURTON, S.H., GIRAUD-CARRIER, C., WEST, J.H., BARNES, M.D., HANSEN, B., (2013). Tweaking and Tweeting: Exploring Twitter for Nonmedical Use of a Psychostimulant Drug (Adderall) Among College Students, *Journal of Medical Internet*

Research, 2013;15(4):e62. Consulté en ligne, <http://www.jmir.org/2013/4/e62/>

- JONES C (2012). Frequency of prescription pain reliever nonmedical use: 2002-2003 and 2009-2010, *Archives of Internal Medicine*. 172(16):1265-1267. Consulté en ligne: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1203519>

- KLEIN CA, KANDEL S. (2011). www.mydrug-dealer.com: Ethics and legal implications of Internet-based access to substances of abuse. *Journal of American Academic of Psychiatry and the Law*. 39(3):407-11.
- LAKHAN S.E., KIRCHGESSNER, A. (2012). Prescription stimulants in individuals with and without attention deficit hyperactivity disorder: misuse, cognitive impact, and adverse effects, *Brain & Behavior*, 2(5), 661-677.
- LOVELL A.M. (2008). « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfiguration d'un médicament de substitution aux opiacés. *Drogues, santé et société*, 7(1), 297-355.
- THOËR, C., MILLERAND, F., ORANGE, V. MYLES, D. (2012). Se raconter et conseiller les autres sur les forums en ligne: la construction d'une

identité d'expert en médicaments détournés. In C. Perraton, O. Kane et F. Dumais (eds.), *Mobilisation de l'objet technique dans la production de soi*. (99-120). Presses de l'Université du Québec, collection « Cahiers du gerse ».

- THOËR, C., AUMOND, S. (2011). « Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés dans les forums sur Internet » *Anthropologie et sociétés*, numéro spécial « Cyberespace et Anthropologie: transmission des savoirs et des savoir-faire », 35(1-2), 111-128.
- THOËR, C., PIERRET, J., LEVY, J.J. (2008). « Détournement, abus, dopage et automédication: quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation du médicament hors avis médi-

cal », *Drogues santé et société*, 19-56. Consulté en ligne: http://droguess.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol7_no1_0.pdf

- THOËR, C., ROBAILLE, M. (2011). Utiliser des médicaments stimulants pour améliorer sa performance. Usages et discours de jeunes adultes québécois, *Drogues santé et société*, 10(2), 1-41. Consulté en ligne: http://droguess.whc.ca/wp-content/uploads/2012/12/vol10_no2_04.pdf
- WILENS, T. E., ADLER, L. A., ADAMS, J., SGAMBATI, S., ROTROSEN, J., SAWTELLE, R., UTZINGER, L., ET AL. (2008). Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 21-31.

L comme LIRE...



■ AQCRDQ (2014). *Guide des compétences et des responsabilités des gestionnaires clinico-administratifs œuvrant en CRD*

Ce guide est le résultat du travail d'un comité piloté par l'ACRQDQ. Suite logique de la normalisation de l'offre de service en CRD, il aide à cibler les compétences personnelles et professionnelles requises pour exercer les fonctions de gestion propres aux CRD. C'est un outil précieux que l'AQCRDQ met ainsi à la disposition de ses membres et membres associés.

Le document est disponible sur: <http://www.acrdq.qc.ca/document/autres-publications>



■ Un article intitulé « Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence: quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation » vient de paraître en primeur sur le site de la revue *Drogues, santé et société*.

Pour lire cet article de Imaine SAHED, Doctorante, Sociologie Démographie, Laboratoire CADIS, EHESP, Paris, Réseau doctoral EHESP, Rennes: http://drogues-sante-societe.ca/wp-content/uploads/2014/08/sahed_volXXnoX_secur.pdf



■ Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies – 2^e édition revue et augmentée*

Aspects théoriques et méthodologiques, 296 pages. Éditeur: Presses de l'Université de Montréal.

Cet ouvrage, initialement paru en 2010, revu et augmenté à la faveur d'une seconde édition, est une introduction aux concepts, à la méthodologie, aux moyens d'action et aux résultats de recherche qui guident l'intervention préventive, appliquée au domaine de la toxicomanie. Il est le fruit d'une réflexion amorcée il y a plus de vingt-cinq ans dans le contexte de cours donnés à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke, dans le cadre des programmes de toxicomanie de ces institutions.

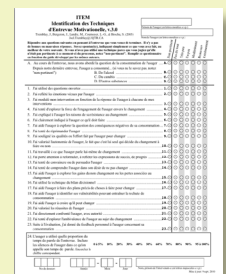
Pour commander version papier ou pdf: <http://www.pum.umontreal.ca/catalogue/prevention-des-toxicomanie-2e-edition-revue-et-augmentee>



■ RISQ (2014). *Identification des Techniques d'Entrevue Motivationnelle (ITEM)*

Pour aider les thérapeutes à améliorer leur utilisation des techniques d'Entrevue Motivationnelles, le RISQ met à leur disposition, sur son site, un instrument de mesure qui vise à évaluer l'utilisation des techniques d'Entrevue Motivationnelle par le thérapeute. Cette autoévaluation est à faire immédiatement après l'entrevue. Il suffit d'environ 5 minutes pour répondre au questionnaire.

Disponible pour consultation et téléchargement: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC3472/F1353813915_Mot_Item_v3.pdf



■ www.risqtoxico.ca

Une adresse incontournable pour des présentations PowerPoint de conférences; pour des conférences web; pour des informations sur la longue liste d'activités prévues avec les partenaires du RISQ; pour connaître les travaux de la chaire de recherche de l'Université de Sherbrooke, etc.