

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...



C'est avec plaisir que je vous invite à la lecture de ce numéro de l'Echo-Toxico. Vous y trouverez des thèmes qui, nous le souhaitons, sauront rejoindre vos préoccupations actuelles en toxicomanie.

En janvier 2002 puis en septembre dernier, nous avons publié des textes sur les réseaux intégrés, aujourd'hui des collègues de la Montérégie nous exposent leur démarche concrète d'implantation d'un réseau intégré de services en toxicomanie. Nous avons eu la chance de pouvoir avoir en entrevue, pour ce numéro de janvier, Madame Louise Nadeau. Elle nous trace avec brio les grandes lignes pour l'avenir du traitement en toxicomanie, mettant en évidence la nécessité de travailler avec des approches intégrées. Vous trouverez également un texte présentant un nouvel outil de dépistage pour le jeu, conçu spécifiquement pour la clientèle alcoolique toxicomane en traitement. Enfin, ne manquez pas les Petites Nouvelles Brèves sur des thèmes d'actualité (parfois chauds) ainsi que des données fort intéressantes sur la consommation des jeunes (drogues, alcool et jeu).

Il est de notre habitude de remercier bien sûr tous les auteurs ou collaborateurs qui ont donné de leur temps pour rédiger les articles malgré leurs nombreuses occupations. Ces remerciements sont d'autant plus marqués que ce numéro d'Écho-Toxico a été préparé dans un automne fort chargé pour tous. De plus, j'adresse des remerciements particuliers à l'équipe des Premières nations pour leur témoignage éloquent concernant leur expérience, lors de leurs études au Certificat de toxicomanie.



Des projets sont en cours pour le développement de nouvelles activités pédagogiques à distance sur Internet. À suivre... Bonne lecture à tous! Profitez bien de ce temps des Fêtes auprès de vos familles et de vos amis. Joyeux Noël et Bonne Année 2003.



Lise Roy
Directrice des programmes
1^{er} et de 2^e cycle en toxicomanie

Toxicomanie: Du Certificat à la Maîtrise

Université de Sherbrooke, Faculté de Médecine, Centre collaborateur de l'OMS

Devenir un intervenant qualifié
(selon les normes en vigueur)

Certificat de toxicomanie (1^{er} cycle)

Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenant en toxicomanie et augmenter la qualité de vos interventions, un programme de 30 crédits est offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

L'enseignement s'offre la fin de semaine.

Le certificat de toxicomanie est offert dans plusieurs villes du Québec, par exemple Sherbrooke, Longueuil, Québec et Trois-Rivières. Des protocoles d'entente avec certaines constituantes du réseau des universités du Québec sont également établies pour offrir le certificat dans les régions de l'Abiti-Témiscamingue, l'Outaouais, le Bas-Saint-Laurent et la Côte-Nord.

Nouveau groupe:
Hiver 2003 à Québec.

Information et inscription:

1 800-267-8337 poste 564-5245

ou
1-819-564-5245

Francine.Roux@USherbrooke.ca

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

Pour assumer de nouvelles responsabilités

Les programmes de 2^e cycle

Microprogrammes, diplôme et maîtrise

Fondements et pratiques

Ces programmes s'adressent aux personnes possédant un baccalauréat universitaire et travaillant dans le domaine. Au terme de cette formation, vous serez plus à l'aise pour assumer vos fonctions et responsabilités respectives.

Possibilités de microprogrammes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme de 30 crédits ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en intervention sociale, en éthique appliquée ou en sciences cliniques.

L'enseignement s'offre le soir et la fin de semaine au **Campus Longueuil** (Complexe Saint-Charles) et à **Québec** (Collège Méric).

Cours disponible sur Internet:

TXM 700, Bilan des connaissances et courants actuels.

Information et inscription:

1 888-463-1835 ou 450-463-1835
poste 1-1795

Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

Éditeur: Les programmes de toxicomanie
de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes de toxicomanie:
Lise Roy

Responsable de la rédaction:
Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression:
MJB Litho Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

Tous nos remerciements à ceux et celles
qui ont contribué à ce numéro pour les textes
et les sources d'information.



LE RÉSEAU INTÉGRÉ EN T UN PROCESSUS EN GESTATION OU L'EXPÉ

Pourquoi un réseau intégré en toxicomanie ?¹

Historiquement, la région de la Montérégie a connu un sous-financement important et un manque de ressources publiques pour répondre aux besoins de services de la clientèle à risque ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie. À cet égard, les besoins à satisfaire ont été et demeurent nombreux. C'est dans ce contexte que différents acteurs du secteur communautaire et du secteur privé ont déployé leurs services sur le territoire. Ils étaient désireux d'accroître la disponibilité et la diversité de ressources afin de mieux répondre aux besoins de la population. Une dynamique de marché s'est installée, où chacun a tenté d'exercer sa fonction d'agent de promotion – prévention ou de prestataire de services curatifs dans les limites de ses ressources disponibles. Cette logique a cependant laissé peu de place au développement d'un maillage des services en vue de les utiliser de manière optimale. Puis, des budgets de développement ont été consentis pour consolider des ressources, en particulier celles qui offrent du traitement avec hébergement. Cette allocation s'est faite en l'absence d'orientations tactiques claires aux niveaux national et régional. La dynamique de marché s'en est trouvée accentuée ainsi que l'ambiguïté des rôles respectifs des partenaires dans l'offre de services. Le besoin de reconnaissance de chacun s'est exprimé de plus en plus fortement. Il a donné lieu au renforcement de la compétition plutôt qu'à des rapports de collaboration, basés sur le respect et la confiance mutuelle ainsi que sur la mise à profit des compétences de chacun.

Aujourd'hui, les divergences idéologiques et les enjeux stratégiques relatifs aux mécanismes d'allocation financière ainsi qu'au statut des organismes qui offrent du traitement demeurent bien réels. Cependant, des expériences de collaboration se sont développées entre

le Centre de réadaptation régional en toxicomanie, d'autres établissements publics et certains organismes communautaires en ce qui concerne le dépistage en première ligne, le soutien à la désintoxication et à la réadaptation ainsi que le soutien social. En parallèle, des expériences de concertation très prometteuses se sont également développées entre des établissements publics et des organismes communautaires de la région impliqués en promotion-prévention, particulièrement auprès des jeunes et des personnes âgées.

Pour tenter de mieux répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle, compte tenu de la pauvreté du programme régional en toxicomanie, de l'insuffisance de ressources qui en découle ainsi que la dynamique qui prévaut entre les dispensateurs de services, un exercice de mobilisation s'est imposé. Il est devenu essentiel d'utiliser les ressources disponibles en optimisant la contribution de tous les partenaires concernés, et ce, dans une perspective de complémentarité et un esprit de partenariat.

Le réseau intégré en toxicomanie vise donc une utilisation optimale des ressources disponibles en mobilisant les principaux partenaires dans une démarche qui implique fondamentalement d'adhérer aux objectifs suivants :

- Développer un consensus sur les principes directeurs d'une action concertée ;
- Établir un consensus sur le continuum de services ;
- Clarifier la fonction de chacun des partenaires dans ce continuum ;
- S'assurer d'une cohérence entre les mécanismes d'allocation financière, les orientations régionales et l'organisation des services ;
- Se doter de mécanismes d'intégration ainsi que d'indicateurs de résultats pour garantir le bon fonctionnement et le développement du réseau.

L'engagement des partenaires doit être centré sur le souci d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle et s'inscrire dans une démarche convenant d'une imputabilité au regard des

argents consentis ainsi que d'une responsabilité d'efficience et d'efficacité de tous les partenaires concernés, en tant que membres actifs d'un réseau intégré.

Un processus en gestation

Lorsque la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a initié ce processus avec ses partenaires, en décembre 1999, elle leur a proposé une adhésion volontaire à un processus de concertation, dans le cadre d'une formule dont tous ressortiraient gagnants.

Un groupe de travail a donc été formé. Il était composé de représentants de chaque catégorie d'établissements et organismes. En voici la liste : un représentant des CLSC, deux représentants des CRPAT², un représentant des centres hospitaliers, un représentant des Centres Jeunesse, deux représentants des organismes communautaires (sans hébergement et avec hébergement) et un représentant de la Direction de la Santé publique de la Régie régionale de la Montérégie.

La première étape a été d'établir ensemble un diagnostic du réseau existant, en faisant ressortir ses forces et ses faiblesses. De plus, à mi-parcours, une tournée d'information et consultation auprès des principaux partenaires concernés a permis de constater l'adhésion unanime aux principes directeurs qui sous-tendent la démarche et qui sont les suivants :

- Le respect de la personne ;
- La reconnaissance de l'importance de liens significatifs pour le client ;
- Des services accessibles à tous ;
- Une qualité de services s'inspirant des meilleures pratiques cliniques ;
- La concertation des actions.

Des travaux pour définir notre concept de réseau intégré, propre aux activités et services en toxicomanie, ont été menés. Ils ont abouti à l'adoption d'une définition :

1. Afin d'alléger le texte, le concept « réseau intégré de services » est remplacé par « réseau intégré » et le terme « services » est utilisé dans son sens générique et inclut tant les services curatifs que les activités de prévention de la toxicomanie.

2. Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes

TOXICOMANIE SCIENCE DE LA MONTÉRÉGIE

Un réseau intégré de services = Un ensemble de ressources publiques, communautaires et privées qui offrent en collaboration, en complémentarité et dans un continuum d'interventions, une gamme de services de qualité, organisés et coordonnés en vue d'en augmenter la pertinence, l'accessibilité, l'efficience et l'efficacité pour mieux répondre aux différents besoins de la population montréalaise présentant, ou à risque de présenter, des problèmes de toxicomanie.

Bien entendu, un réseau intégré n'est pas une fin en soi. Il reste un moyen qui exige de la part des partenaires concernés, de l'intérêt, des dispositions et un engagement soutenu. La logique d'un tel système commande d'accepter de mettre l'emphase sur les services à offrir plutôt que sur les missions respectives des établissements ou organismes.

La mise en place d'un réseau intégré oblige à revoir l'offre des activités et services, en misant sur des mécanismes d'accès et de coordination souples et efficaces, le tout sur une base essentiellement locale.

Une fois ces bases acquises, il s'agit maintenant d'aborder une phase critique, soit celle de l'implantation. Le groupe de travail identifie quatre étapes d'implantation susceptibles de garantir le passage de la vision à la concrétisation du projet collectif souhaité. Ces étapes sont fortement stratégiques et fondamentales au succès de la démarche.

Il s'agit de :

- La consultation et la rétroaction ;
- La planification opérationnelle ;
- La concertation ;
- L'évaluation.

Finalement, l'expérience de notre région, nous apprend aussi que la mise en œuvre de ce réseau intégré requiert sept conditions gagnantes :

- **Une offre de services suffisante et diversifiée** comme structure de base du réseau intégré.
- **Une reconnaissance et acceptation de l'interdépendance** des différents sous-systèmes du réseau intégré.
- **Un partage des rôles et responsabilités convenu et entériné** par chacun des acteurs concernés.
- **Du temps et des ressources** suffisants et consacrés à la mise en œuvre du réseau.
- **Un décloisonnement des pratiques professionnelles.**
- **Un système d'information clientèle efficace.**
- **Un support constant au développement de compétences nouvelles.**

La viabilité du réseau intégré de services dépend donc absolument des efforts qui seront consentis pour le maintien de ces sept conditions qui constituent des éléments incontournables.

Robert Baril, agent de planification, de programmation et de recherche

Pierre Paquin, agent de planification et de programmation socio-sanitaire
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie



AVIS AUX LECTEURS

Dans le dernier numéro d'Écho-Toxico (vol. 12, no 2), Monsieur Vincent Rossignol présentait un article intitulé « La motivation au changement dans le traitement de la toxicomanie : mythes et réalités ! ». Monsieur Rossignol tient à clarifier que ces mythes et ces réalités ont été observés dans ses ateliers mais aussi dans les ateliers offerts par d'autres membres du réseau du formateur en Entretien motivationnel et en particulier les Docteur Miller et Rollnick qui ont déjà écrit des textes sur le sujet. Monsieur Rossignol souligne que ces observations sont donc à la fois les siennes mais aussi celles de Miller et Rollnick et non uniquement de Monsieur Rossignol. Il tient à clarifier toute confusion portant sur ce texte et les idées qui en émergent. Bien qu'elles prennent naissance chez Miller, il a aussi eu l'occasion d'en observer la manifestation dans ses ateliers.

Aide et référence : Drogues et jeu



Le Centre de référence du Grand Montréal assure un service de lignes téléphoniques d'aide et référence. Voici quelques données issues du rapport d'activités 2001-2002 de l'organisme. Elles ont le mérite de jeter un éclairage sur les problématiques et les besoins, à partir des demandes formulées par les appelants.

Drogues : Aide et Référence

Depuis la création de cette ligne en 1992, près de 260 000 personnes se sont adressées à ce service.

En 2001-2002, 37% des appelants étaient des hommes avec un problème de toxicomanie et 30% des femmes avec un tel problème.

Les parents ont représenté 11% des appelants et les intervenants 8%, alors que les conjoints étaient 4%. Cette année, 3% des appelants étaient des enfants et des adolescents!

Les substances sur lesquelles ont porté les appels sont par ordre décroissant : le cannabis, l'alcool, la cocaïne.

Jeu : Aide et Référence

Depuis la création de cette ligne en 1993, près de 47 000 personnes se sont adressées à ce service.

En 2001-2002, 75% des appelants étaient des personnes très préoccupées par leurs propres habitudes de jeu (31% de femmes et 44% d'hommes).

L'entourage a représenté 7% des appelants.

Les demandes ont porté principalement (74% des appels) sur des références pour de l'aide : services de traitement, *counselling*, groupes d'entraide, ou des références pour des problèmes connexes comme : consultations budgétaires, violence, toxicomanie, suicide.

Les demandes d'informations sur la problématique représentent 22% des appels.

Parmi les types de jeux de hasard mentionnés par les appelants, les loteries-vidéo viennent largement en tête (76% des mentions), les machines à sous au casino (13%) et les loteries (7%).



Rapport Nolin...marijuana... quelques réactions...

Le rapport du Comité sur les drogues illicites du Canada, divulgué le 4 septembre dernier à Ottawa, préconise la légalisation du cannabis. Même si le Sénateur Nolin, président de ce comité, explique que la recommandation fondamentale de son rapport réside dans la demande expresse au gouvernement canadien d'établir une stratégie nationale cohérente sur toutes les substances psychotropes, la recommandation qui retient l'attention de tous et suscite les réactions les plus vives (positives ou négatives) est celle qui concerne la légalisation du cannabis.

Dès la sortie du rapport les réactions ne se font pas fait attendre. En voici quelques unes...

- Le directeur de la politique anti-drogue de l'administration Bush à Washington, John Walters, a critiqué les conclusions du rapport qui, à son avis, minimisent les effets de la marijuana, particulièrement chez les jeunes. Il en profite pour rappeler que 16,6 millions d'Américains sont considérés comme alcooliques ou toxicomanes (7,3% de la population). La proportion ne cesse d'augmenter, s'alarme-t-il, et ce, à cause de la marijuana...car sur ce nombre, 3,5 millions seraient dépendants à la marijuana au point d'avoir un traitement de désintoxication.
- Autre réaction américaine : le directeur de Marijuana Policy Project, Robert Kampia, qui salue l'audace du sénat canadien alors qu'il déplore l'immobilisme des autorités américaines sur le sujet et leur refus de considérer tous les rapports objectifs qui remettent en question la prohibition à l'égard de la marijuana. Robert Kampia se dit reconnaissant face aux Canadiens qui essaient de faire une analyse honnête et factuelle de cette question.
- Martin Cauchon, ministre fédéral de la Justice, estime quant à lui, en réaction au rapport Nolin, que la décriminalisation de la marijuana est plus plausible que sa légalisation. Il a aussi reconnu qu'il est « invraisemblable » qu'une personne puisse se retrouver avec des antécédents judiciaires pour possession simple de cannabis.
- Forte de sa base de 28 000 membres, l'Association canadienne des policiers (ACP) a pour sa part promis de « s'opposer activement aux efforts

de légalisation ou décriminalisation du cannabis ». Dans un communiqué d'une vingtaine de pages, l'ACP n'hésite pas à contredire la littérature scientifique des 20 dernières années en matière de politiques sur les drogues, tout en démolissant aussi les conclusions du rapport du sénat canadien...

- Autres policiers, autre façon de considérer les choses ! Les policiers du quartier de Brixton à Londres (Angleterre) se contentent de donner de simples avertissements aux consommateurs de cannabis de cette banlieue pauvre. Leur objectif avoué et pragmatique étant de libérer des forces policières pour lutter contre les drogues comme la cocaïne et l'héroïne et cesser de mobiliser deux policiers pendant 5 heures et 22 000\$ en frais judiciaires pour traiter 1 cas de possession simple de cannabis !
- Le député bloquiste Réal Ménard a qualifié le rapport Nolin de « travail sérieux » et de « contribution majeure » au débat. Le Bloc québécois estime qu'aucun canadien ne devrait traîner un casier judiciaire pour possession simple et qu'il faudrait consacrer davantage de ressources à la prévention de l'usage abusif.

Autres Petites Brèves...

- Depuis une vingtaine d'années, le problème de l'alcool au volant ne cesse de reculer au Canada. En 1980, environ la moitié des personnes décédées dans un accident étaient ivres. En 2000, la proportion dépasse un peu le quart. Reste cependant à s'attaquer à ces « résistants » que constituent les récidivistes...
- Même une faible quantité d'alcool consommée en début de grossesse peut avoir des répercussions sur la santé des enfants à naître, particulièrement sur la croissance (poids et taille). Des études américaines menées depuis 1982 le confirment, ce qui incite à prôner le message selon lequel l'alcool est contre indiqué lors de la grossesse.
- Le nombre de prescriptions de Ritalin® continue d'augmenter au Québec mais il chute de 2/3 entre juin et septembre. Les avis médicaux sur ces « congés thérapeutiques » sont partagés. Bref, la controverse persiste plus que jamais...
- Des études menées sur des singes ont mis en évidence que des doses

d'ecstasy provoquaient des lésions sur les neurones à dopamine. Or, la maladie de Parkinson est causée par une diminution durable et irréversible de la production de dopamine par le cerveau...En plus, des études antérieures avaient déjà fait ressortir qu'un des effets de l'ecstasy sur la biochimie cérébrale est la déperdition de sérotonine, un neurotransmetteur qui régule les humeurs... Un chercheur envoie donc ce message aux jeunes : « Ne jouez pas avec votre cerveau »... Peut-on ajouter que c'est du jeu pathologique ?

- Les personnes riches sont responsables de l'essentiel de l'augmentation de la consommation d'alcool au Québec depuis le milieu des années 90. Des chercheurs déplorent cependant l'absence de données qui permettraient de savoir si cette augmentation de la consommation traduit un changement culturel, par exemple boire en mangeant. Par ailleurs, on sait que c'est la consommation de vin qui a augmenté, or le vin se boit davantage lors d'un repas...
- Les normes canadiennes de faible risque en regard de l'alcool sont de 9 verres par semaine pour les femmes et de 14 pour les hommes. En France, le seuil de consommation à risque est fixé à 21 verres par semaine, tant pour les femmes que pour les hommes...
- Le nombre de médecins prescrivant de la méthadone est passé de 43 à 71 depuis 1998. Cependant, ce nombre est jugé insuffisant (en regard des besoins) par les prescripteurs eux-mêmes qui sont souvent débordés...Comment sera conciliée cette situation avec les recommandations de la coroner Kronström qui, dans un rapport récent, préconise un renforcement des suivis et contrôles médicaux auprès des clients sous méthadone ? À suivre...
- Une des difficultés des médecins prescripteurs de méthadone consiste à trouver des collègues, médecins de famille, qui prendraient en charge les clients stabilisés après 6 mois ou 1 an de suivi avec une équipe spécialisée. La situation a été dénoncée à Montréal mais elle prévaut aussi ailleurs au Québec...On savait déjà que les toxicomanes font peur à certains médecins, mais les ex aussi ? ?
- Un laboratoire britannique GW Pharmaceuticals prévoit lancer en 2003

son premier médicament antidouleur à base de cannabis. Le médicament s'appelle actuellement THC:CBD du nom de ses 2 composants principaux le tetrahydrocannabinol et cannabidiol. THC:CBD sera soumis à l'Agence du médicament britannique au début de l'année 2003. Les essais cliniques ont porté sur 350 personnes souffrant de sclérose en plaques et de douleurs névropathiques. Ils ont révélé une réduction significative de la douleur mais aussi des paralysies spasmodiques et des troubles du sommeil.

- Selon une étude, le programme d'auto-exclusion en vigueur dans les 3 casinos du Québec présente des résultats élevés d'efficacité pour certains joueurs et mérite d'être considéré dans la panoplie des traitements, selon les chercheurs. Les joueurs qui réclament l'auto-exclusion sont pour la plupart des réfractaires aux groupes de soutien et aux thérapies. Le contrat d'auto-exclusion peut durer jusqu'à 5 ans : 2/3 des participants à l'étude réclamaient 1 an alors que 1/4 demandaient 5 ans.
- Les nouveaux appareils de loterie-video réduiront le nombre de jeux de 23 à 10 et la vitesse de déroulement du jeu, la mise maximale passera de 100 \$ à 60 \$ et le joueur devra déterminer d'avance son temps de jeu... Toute une panoplie de mesures qui font partie du plan d'action du MSSS en regard du jeu pathologique et de la promotion d'une pratique appropriée du jeu. « Une erreur ! » selon Amnon-Jacob Suissa, professeur au département de travail social de l'université du Québec à Hull, qui doute qu'on puisse créer une culture des jeux de hasard tout en limitant les problèmes.
- Les drogues injectables sont responsables du tiers des nouvelles infections au VIH et de près des 2/3 des nouveaux cas d'hépatite C. Face à cette situation, Santé Canada prévoyait en novembre dernier autoriser l'ouverture de lieux d'injection supervisés dans les principales villes du pays, dont Montréal...Autres effets positifs d'une telle mesure : limiter les surdoses et favoriser un contact entre des professionnels de la santé et des toxicomanes. À suivre...



L'EXPÉRIENCE VÉCUE LORS DU CERTIFICAT DE TOXICOMANIE DONNÉ PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE : LE POINT DE VUE DES ÉTUDIANTS DES PREMIÈRES NATIONS



Avec plaisir nous partageons avec vous, ce témoignage qui provient de l'équipe de travail du Centre de Réadaptation Wapan. Nous ne prétendons pas parler au nom de tout le groupe d'étudiants. Satisfaction, appréciation, enrichissement et engagement, ces quatre mots décrivent le climat vécu durant ces 15 semaines. Espérant que vous prendrez plaisir à nous lire...

Le tout débute le 6 mai 2001...43 étudiants autochtones provenant d'aussi loin que de la Basse Côte Nord, de l'Abitibi, de la Gaspésie et la Mauricie se donnent rendez-vous à Québec pour entreprendre le certificat de toxicomanie. Après une cérémonie d'accueil avec le Groupe Mamau, l'Université de Sherbrooke et Santé Bien-Être Canada, chacun se dirige vers la communauté étudiante. Pour certaines personnes, l'éloignement de leurs famille pour 6 semaines comporte un défi difficile (chapeau en passant!). Fébrilité et inquiétude meublent la première journée en classe ; pour certains d'entre nous, il y a belle lurette que les neurones se reposaient...L'aventure débute, voilà l'occasion de relever un merveilleux défi et la concrétisation d'un rêve secrètement enfoui.

La curiosité de rencontrer collègues et professeurs motive le groupe. Connaissances ou non, des liens magiques se tissent entre nous. La solidarité, l'esprit d'entraide et la fraternité transportent le groupe. De plus, la richesse des échanges et la qualité de l'enseignement motivent les étudiants. Le mélange des cultures, des âges, des bagages d'expériences donnent le goût de s'embarquer dans l'aventure proposée. Malgré l'horaire chargé et l'intensité des cours, peu abandonnent.

En janvier 2002, dans le cadre des cours TXM 150 et 370, la présentation d'activités par chaque équipe formée resserre les liens ; chacun use de créativité, de respect et de coopération pour mener à terme ce projet si ardu soit-il. Dès ces instants, la fierté s'empare du groupe.

À chaque nouveau cours, la curiosité nous anime. Qui sera le professeur ? Quels seront ses sentiments vis-à-vis du groupe ? Quelle sera sa façon de transmettre son enseignement et surtout, de l'adapter à notre réalité ? En fait, la qualité des enseignants, leur facilité d'adaptation, leur écoute, leur engagement, leur disponibilité et leur professionnalisme ont fait que les cours nous ont paru moins laborieux. Les professeurs partagent

leurs questionnements face à cette façon nouvelle de transmettre leurs connaissances. Les différences culturelles comptant pour peu, les enseignants avaient un mandat à remplir et l'accomplissement de celui-ci fut évident. De plus, la structure des cours et la dynamique des professeurs ont nourri l'intérêt des étudiants tout au long du processus.

Blague à part...comment va le champ de p... d'un certain professeur ? (Il se reconnaîtra sûrement !) Est-ce que Monsieur Roger a perdu sa dent ? Tout ne se faisait pas sans rire, parfois même beaucoup. Il faut vous dire que les membres des Premières Nations sont des gens rieurs, alors nous avons eu beaucoup de plaisir tout au long du certificat (même si les données socio-démographiques en ont fait cauchemarder certains!).

Selon nous, toute la matière enseignée s'est avérée utile, particulièrement les apprentissages concrets, pratico pratiques. Citons : l'IGT, les ateliers pratiques en réadaptation, les différentes approches en toxicomanie, les paramètres de l'estime de soi et l'intervention de crise, pour ne donner que quelques exemples. Ces outils demeurent essentiels au succès de notre pratique aujourd'hui. Nous pensons entre autre au plan d'intervention individualisé, à la tenue de dossier, à l'importance de travailler en sous-groupe, au respect de ses limites personnelles pour éviter les burn-out, à prendre des longs congés après quelques années de travail (bye bye boss ☺...).

Après 15 semaines de dur labeur, c'est avec fierté que les étudiants se présentent le 14 juin 2002, à la remise des diplômes bien mérités. Vient le temps des adieux et du retour chez-soi, dans chacune de nos communautés, le travail continue...À nous de mettre en pratique dans nos milieux de travail les connaissances acquises au niveau du savoir, du savoir être et du savoir-faire.

Sincères remerciements à Santé Bien-Être Canada, au groupe Mamau, à nos Conseils de Bande respectifs, au Regroupement des Centres de Réadaptation, et à l'Université de Sherbrooke pour le soutien moral, financier et surtout, d'avoir cru en nous.

Louise Généreux
Rachel Kistabish
Liliane Cleary
Mélanie Côté





UNE ENTREVUE AVEC LOUISE

Lors du dernier colloque de l'AITQ, Louise Nadeau a prononcé une conférence fort intéressante sous le titre de La toxicomanie dans les 25 prochaines années : vers des approches intégrées. Nous avons eu le goût d'approfondir pour les lecteurs de l'Écho-Toxico, certains des points abordés lors de la conférence. Marie-T Payre a donc rencontré Louise Nadeau.

MTPayre : Bonjour Louise. D'abord, merci de prendre le temps d'échanger avec nous malgré un horaire très chargé... La conférence de l'AITQ avait un petit côté provocateur pour des intervenants psychosociaux, non ? Parler du changement sans traitement dans un colloque d'intervenants... Les données sont aussi évidentes que ça pour l'intervention professionnelle ?

Louise Nadeau : Il ne faut pas voir négativement ce corpus de données. Ce que l'on sait, concernant l'alcool (on n'a pas de données pour les drogues), c'est qu'il y a, dans la population, à peu près 1,5 % de personnes ayant un diagnostic de dépendance à l'alcool et 2 ou 3 % qui ont un diagnostic d'abus, selon les critères du DSM IV, ce qui donne environ 4 à 5 % de la population avec des troubles liés à l'alcool à n'importe quel moment donné. Si on est 5M d'adultes, ça fait 250 000 grands buveurs. Ça commence à faire du monde ! Bien évidemment, on n'a pas toutes ces personnes dans les centres de traitement ! Pourquoi ? Parce que plusieurs d'entre elles entrent et sortent toutes seules d'une consommation excessive qui entraîne des problèmes. Prenons la vie de tous les jours, avec nos proches. On connaît tous des gens qui ont fait le choix individuel de réduire leur consommation à un moment donné. Ainsi, on peut penser que, sur les 4 % qui ont des problèmes, une proportion significative décide d'arrêter sans consulter. Grâce à des projets de recherche, commencés il y a

dix ans, on a maintenant des données sur ces personnes qui changent sans traitement et on est même capable d'affirmer ce qui amène ces changements. Et il en reste suffisamment pour que nos listes d'attentes continuent d'inquiéter la population !

MTP : Les motifs de changements sont connus ?

Louise Nadeau : Oui. Les personnes qui ont été interviewées disent qu'elles ont modifié leur consommation pour des raisons de santé, des événements positifs comme un mariage ou la naissance d'un enfant, ou des craintes, comme la perte d'une relation amoureuse ou d'un travail... Ainsi, lorsque l'équilibre des avantages et des désavantages est rompu, les gens tentent un changement. Mais on sait aussi que les individus sont inégaux face à l'alcool, leur vulnérabilité biologique est différente. Ceux qui ne sont pas biologiquement vulnérables sont probablement principalement ceux qui réussissent à changer sans consulter, car la probabilité du changement sans traitement est inversement proportionnelle à la gravité du problème. Il reste donc un noyau dur... les gens vulnérables, biologiquement parlant, parce qu'ils ont des parents alcooliques, parce qu'ils souffrent d'anxiété et que l'alcool soulage cette anxiété... Ceux-là échouent tout seuls, ils ont besoin d'aide, ce sont eux qui vont en traitement.

MTP : D'où les observations sur l'alourdissement des clientèles dans les centres de traitement ?

Louise Nadeau : Absolument. Ceux qui fréquentent les centres de traitement sont probablement ceux qui ont échoué tout seuls, ce sont les clients pour lesquels les pronostics sont les moins bons ! Notamment parce que la chronicité s'est installée... D'où la pertinence de mettre en place et de renforcer l'utilisation de programmes d'intervention précoce du type Alco-

choix... pour aider ceux qui n'y arrivent pas seuls, mais avant que la gravité soit telle que le pronostic de succès soit compromis.

MTP : Encore une fois l'efficacité de l'intervention précoce ressort, n'est-ce pas ? Mais en plus, dans ta conférence, il était mentionné l'importance d'organiser l'environnement de façon à faire ressortir les désavantages de la consommation pour qu'assez tôt la personne ait envie de changer ses comportements... N'y a-t-il pas un risque de revenir à l'intolérance face aux gens qui ont des problèmes de toxicomanie, « pour leur bien » en plus ?

Louise Nadeau : Oui, le risque est grand, mais il est contournable. D'abord, il faut rappeler aux buveurs les désavantages, il faut créer le déséquilibre entre les avantages et les désavantages... Éduc'Alcool le fait très bien en posant le problème en terme d'excès, en visant l'intoxication. Il faut créer une norme selon laquelle être saoul n'est pas acceptable, un peu comme fumer aujourd'hui, pour amener les gens à souhaiter se réajuster assez vite dans le processus. Les syndicats auraient un bon rôle à jouer là-dessus... J'ai vu certains syndicats, à part la F.T.Q pour des raisons de sécurité au travail, avoir beaucoup de tolérance pour des membres, qui se sentaient par conséquent protégés... cependant, quand cette tolérance permet à la chronicité de s'installer... au bout du compte, c'est la personne elle-même qui le paie très cher, sa famille et la société en général... C'est bien plus difficile d'arrêter de boire après 10 ans qu'après 3 ans, et plus difficile après 3 ans qu'après 6 mois... On ne rend pas service à quelqu'un en faisant comme si...

MTP : Pour en revenir au traitement, une meilleure utilisation de la pharmacothérapie fait partie des voies d'avenir ?

E NADEAU, PH.D

Louise Nadeau: Définitivement, le médicament a sa place. Il y a eu une série d'études sur la naltrexone utilisée auprès de sujets souffrant d'une dépendance à l'alcool. Les résultats ne sont pas spectaculaires, on est loin de la pilule magique... Cependant, ce médicament diminue le besoin de boire (*craving*) et le plaisir de boire. C'est très bien documenté. Aussi, pour les patients engagés dans cette... bataille avec eux-mêmes, l'utilisation du médicament devient une corde de plus à leur arc, un outil qui doit être utilisé selon certaines règles. Il n'y a aucune raison de ne pas l'utiliser avec des patients non sobres mais qui veulent réduire leur consommation. C'est d'ailleurs la même chose pour les antidépresseurs. C'est un outil de plus, à condition de bien l'utiliser... Le client doit également comprendre que la pilule réduit ses malaises physiques mais que c'est la psychothérapie qui va aider à changer les cognitions, à augmenter les compétences personnelles, à maintenir les acquis. Voilà des mots clés : maintenir les acquis...

MTP: C'est l'addition ou l'intégration de ces deux composantes du traitement qui garantit un succès plus durable...

Louise Nadeau: Exactement. Il faut aussi penser au fait que la décision d'aller en traitement est indépendante de la décision de changer. On peut rester en traitement sans vouloir changer, et on peut vouloir changer sans rester en traitement. Les travaux du RISQ sont extraordinaires là-dessus. Ce que l'on voit le plus souvent, c'est quelqu'un qui veut changer et qui sera soutenu par la psychothérapie, celle-ci lui permettra de remettre en question ses cognitions erronées et même de comprendre ce qui l'a amené à abuser d'alcool. Tout cela est positif, et augmente les probabilités de rémission, d'aller mieux.

MTP: On sentait, dans ta conférence, une ouverture sur d'autres mondes, d'autres préoccupations en regard de l'intervention mais dans une pers-

pective enrichissante pour la toxicomanie. Les responsabilités que tu assumes au niveau des Instituts de recherche en santé du Canada y sont probablement pour quelque chose ?

Louise Nadeau: Cette participation dans le champ plus large de la santé me permet de comprendre le rôle des neurosciences et l'importance des vulnérabilités génétiques. Par exemple, le fait que nous ne sommes définitivement pas égaux devant l'alcool et qu'on doit tenir compte de cette réalité dans le traitement. Par ailleurs, je constate aussi que les approches intégrées ne sont pas le propre de la toxicomanie. L'autisme, le diabète et d'autres problématiques nécessitent ce type d'approches. Dès qu'il y a de la complexité au niveau d'une problématique, inévitablement les solutions requièrent aussi de la complexité, et des passerelles entre le différents professionnels de la santé, les proches, la collectivité.

MTP: D'où des organisations et prévisions de services à niveaux multiples...

Louise Nadeau: Oui, notre vision doit englober tout cela. Je suis particulièrement préoccupée par les personnes qui souffrent d'alcoolisme chronique. La notion de guérison totale et à vie est illusoire. Il faut accepter et prévoir, disons, les « déstabilisations » inévitables qui viennent avec le seul fait de vivre sa vie. Il faut donc prévenir la personne qu'elle va être mal et qu'elle peut se désorganiser, même si on ne lui souhaite pas. Notre travail avec ses patients devrait consister à les soutenir et à les remercier de venir chercher de l'aide quand ils en ont besoin. Pour ces cas difficiles, ne pas considérer qu'une ré-admission en traitement est un échec mais un succès devrait faire partie de notre vision du traitement...

MTP: Tous nos remerciements à toi, Louise pour cette contribution à Écho-Toxico, dans un emploi du temps que l'on sait chargé !



P.N.P... (Petites nouvelles pharmaceutiques)

LA MÉTHADONE : LA PETITE COUSINE DE L'HÉROÏNE...

Les opiacés (ou opioïdes) comprennent les opiacés naturels extraits du pavot (opium, codéine, morphine) et les opiacés de synthèse, produits en laboratoire (mépéridine, Démérol, héroïne, Dilaudid, méthadone et autres). La méthadone a été découverte lors de la Seconde Guerre mondiale. L'anneau pipéridine de la méthadone est semblable à celui de l'héroïne et de la morphine, elle possède donc des propriétés analgésiques semblables à ces substances. Cependant, elle possède aussi des propriétés pharmacocinétiques la distinguant nettement des autres opiacés, ce qui explique son utilisation comme médicament de substitution. L'absorption par voie orale est excellente ce qui permet de modifier les comportements rappelant l'usage de drogues intraveineuses mais aussi de diminuer les risques d'infections liés à l'usage de seringues.

La méthadone a une longue durée d'action. L'effet d'une seule dose, chez un patient stabilisé, peut durer 24 à 36 heures et lui permet de fonctionner normalement sans symptôme de sevrage ni de somnolence. Elle s'administre une seule fois par jour contrairement aux autres opiacés dont l'absorption doit être répétée pour maintenir les effets. Métabolisée au niveau du foie, la méthadone est excrétée par le rein. Auparavant offerte seulement en poudre à dissoudre, elle est, depuis mai 2000, disponible en solution orale dosée à 10mg / ml (Métadol) et prête à l'emploi.

Contrairement à l'héroïne qui donne des sensations intenses, la méthadone amène peu ou pas d'euphorie. De plus, son mode d'action est tel que l'effet euphorisant de l'héroïne sera diminué ou annulé si le patient en consomme. Les principaux effets secondaires de la méthadone sont ceux des opiacés : la sédation et la léthargie. L'importance de ces effets varie avec la dose. L'usager peut également présenter un myosis chronique, une constipation et une transpiration abondante. Une diminution de la libido et une dysfonction sexuelle sont aussi possibles. On a signalé des effets indésirables du type fatigue, nausées, rétention urinaire, étourdissements, prise de poids, palpitations et symptômes dépressifs. L'organisme acquiert une certaine tolérance à ces effets, qui peut survenir rapidement dans le cas de la sédation mais qui peut prendre jusqu'à trois ans dans le cas de la constipation.

Suite à la page 8



Suite de la page 7

Aux doses appropriés, rien n'indique que la méthadone cause des effets toxiques à long terme. On retrouve dans la littérature des cas d'utilisation prolongée et continue de plus de 15 ans sans effets néfastes importants documentés. On peut donc dire que la méthadone à dose thérapeutique est sécuritaire. Cependant, les effets d'un surdosage peuvent être dramatiques : dépression respiratoire et dépression du système nerveux central accompagnés d'une hypothermie et d'un collapsus circulatoire qui peut mener à un coma et à un arrêt respiratoire. La dose toxique est difficile à déterminer : elle dépend de l'âge du patient et de son métabolisme hépatique, elle varie s'il y a consommation concomitante d'autres drogues. Les problèmes graves d'intoxication, parfois mortels, surviennent le plus souvent chez les personnes sans tolérance à la méthadone (c'est-à-dire qui ne consomment pas d'opiacés de façon régulière) ou qui mélangent la méthadone avec d'autres drogues (surtout avec les autres déprimeurs du système nerveux central : alcool, tranquillisants, somnifères, etc.). Depuis une vingtaine d'années la méthadone est utilisée au Canada pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Elle peut aussi être utilisée pour le soulagement de la douleur intense résistante aux autres opiacés.

Comme traitement de substitution, elle est prescrite pour une période plus ou moins longue, ce qui permet de diminuer la consommation illicite d'opiacés et de réduire la criminalité tout en facilitant une réinsertion sociale. En effet, la méthadone élimine les symptômes physiques liés au sevrage, la personne dépendante n'a donc plus à trouver les moyens de se procurer une dose pour soulager des symptômes de sevrage.

Le dosage initial pour une thérapie de substitution varie d'une personne à l'autre. Il se situe entre 10 et 40 mg par jour. Cette dose sera augmentée par la suite de 10 mg par semaine en visant une disparition des symptômes de sevrage et l'absence d'effets indésirables. Cette dose de maintien se situe habituellement entre 80 et 120 mg par jour. La méthadone peut aussi engendrer une dépendance. Le sevrage à la méthadone doit alors se faire très progressivement.

Opiacé puissant, bien absorbé par voie orale et qui agit plus longtemps que les autres opiacés, la méthadone est une substance de substitution fort intéressante mais c'est aussi une substance dangereuse qui, mal utilisée, peut causer la mort du consommateur.



Maryse Rioux,
pharmacienne

LE DÉBA-JEU : UNE GRILLE D'REGARD DES PROBLÈMES DE ALCOOLIQUE ET TOXICOMANE



Toxicomanie et jeu pathologique : des facteurs de risque communs

De nombreuses études ont mis en évidence une prévalence importante des problèmes de jeu excessif parmi les personnes présentant un problème de consommation de psychotropes. Alors qu'on situe la prévalence du jeu pathologique chez la population adulte autour de 1% à 3% (DSM-IV, APA, 1994), on estime qu'il y aurait de 4 à 10 fois plus de problèmes de jeu parmi la clientèle alcoolique et toxicomane en traitement (Spunt et al. 1998). Le lien établi entre les problèmes de consommation et les problèmes de jeu excessif a été associé à une série d'hypothèses concernant les facteurs de risques communs aux deux problématiques : des problèmes de jeu ou de consommation chez les parents ; la présence de traits d'impulsivité importants dès le début de l'adolescence ; un niveau de supervision parentale limité ; la fréquentation de pairs déviants ; une exposition à des environnements qui favorisent simultanément le jeu et la consommation ; une histoire de vie marquée par des expériences de rejet et de négligence associée à un niveau d'activation physiologique inadéquat ; etc. (Derevensky & Gupta, 2000 ; Ladouceur, Vitaro & Arsenault, 1998 ; Vitaro et al. 2001). Le cumul de ces différents facteurs contribuerait à augmenter le risque de développer un problème de consommation et/ou de jeu excessif. Selon les points de vue, des processus d'apprentissage, de prise de risque, de recherche de sensation, de recherche d'apaisement ou de dissociation seraient impliqués dans les deux comportements problématiques.

DÉBA-Jeu : un outil bref de dépistage

La clientèle des centres de traitement en alcoolisme et toxicomanie est plus susceptible de présenter des problèmes de jeu excessif que la population générale. Ce constat est à l'origine de la recommandation souvent répétée dans la littérature, préconisant d'instaurer pour ces

clientèles des activités de dépistage systématique des deux problématiques. Le sens commun veut qu'un tel dépistage favorise un meilleur ajustement du traitement et ainsi optimise ses résultats. Le dépistage systématique des problèmes de jeu actuels parmi la clientèle qui formule une demande d'aide pour un problème de consommation implique, pour les centres de traitement en toxicomanie, l'intégration d'un outil de dépistage validé à leur protocole d'évaluation de la toxicomanie. Étant donné que les protocoles d'évaluation de base en toxicomanie doivent déjà couvrir de nombreuses sphères susceptibles d'être affectées par une problématique de consommation et d'influencer l'orientation du traitement, la longueur des outils de dépistage existant au niveau du jeu pathologique nous a incité à entreprendre la validation d'une grille de dépistage très brève, le DÉBA-Jeu, auprès d'une population de personnes adultes en traitement pour un problème de consommation. Cette grille vise à discriminer de façon efficiente parmi ce groupe cible, les individus qui ne présentent pas de problème de jeu, ceux qui ont un problème de jeu en émergence et ceux qui présentent un problème de jeu pathologique.

L'expérimentation du DÉBA-Jeu

Nous avons sollicité 986 usagers en traitement répartis dans onze centres de traitement publics et privés du Québec pour personnes alcooliques et toxicomanes. Parmi ceux-ci, 186 usagers (19%) furent retenus parce qu'ils s'étaient adonnés à des jeux de hasard et d'argent, excluant les simples loteries, au cours des 12 mois précédant leur entrée en traitement. Pourquoi exclure les loteries ? Parce que ce type de jeu avait été faiblement corrélé, dans une étude précédente, aux problèmes de jeu excessif parmi la clientèle alcoolique et toxicomane en traitement (Ménard et al. 2001).

Les usagers retenus étaient majoritairement des hommes (58%), âgés en moyenne de 38 ans (écart-type = 11,8).

E DÉPISTAGE DU BESOIN D'AIDE EN JEU EXCESSIFS PARMIS LA CLIENTÈLE EN TRAITEMENT AU QUÉBEC.



L'entrevue semi-structurée « Critères diagnostique du jeu pathologique, DSM-IV » ou le DSM-IV-JP19 (Stinchfield, 2001) et sept items du South Oaks Gambling Scale (SOGS ; Lesieur & Blume, 1987) ont été utilisés. Pour chaque items, les usagers devaient déterminer sur une échelle de 0 (jamais) à 4 (presque toujours), dans quelle mesure ils avaient présenté chacun des comportements investigués au cours des 12 derniers mois. L'évaluation diagnostique à partir des critères du DSM-IV a permis d'établir le taux de prévalence du jeu pathologique à 7,1 % chez les personnes alcooliques et toxicomanes en traitement. De plus, 4 % des usagers présentaient une problématique de jeu en émergence (1 à 4 critères du jeu pathologique), ce qui pourrait nécessiter une intervention visant à prévenir l'éclosion complète du problème (5 critères et plus).

Une fois cette première classification établie, différents regroupements d'items ont été évalués en regard de leur sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative, et précision globale de classification. Finalement, un regroupement de six items a été retenu. Ces items portent sur la présence de pensées obsédantes en regard du jeu, le fait de retourner jouer *pour se refaire*, de jouer plus que prévu, de cacher ses habitudes de jeu, d'emprunter de l'argent pour régler ses problèmes financiers associés au jeu et de se sentir nerveux ou irritable à la diminution ou l'arrêt du jeu. À ces six items a été ajoutée une question sur le besoin d'aide manifesté en regard des habitudes de jeu. L'ensemble de ces items¹ forment une échelle où le score total varie entre 0 et 24.

Les analyses de validité révèlent qu'un point de rupture de 6 est optimal pour discriminer les participants présentant un diagnostic de jeu pathologique de l'ensemble des autres participants (sensibilité

= .92, spécificité = .97, classification juste = 96%). Un point de rupture de 2 est optimal pour discriminer les individus présentant au moins un critère diagnostique du jeu pathologique de ceux n'en ayant aucun (sensibilité = .95, spécificité = .94, classification juste = 94%). Dans le but de départager les participants selon les trois groupes cités précédemment, les points de rupture suivant sont choisis : 0-1 (feu vert), 2-5 (feu jaune), 6-24 (feu rouge).

Le « feu vert » correspond aux joueurs actifs ne présentant aucun problème relié au jeu. Le « feu jaune » correspond aux joueurs actifs qui ont commencé, dans la dernière année, à manifester certains problèmes associés à leurs habitudes de jeu. Le « feu rouge » traduit une probabilité très forte chez le joueur actif de présenter l'ensemble des critères associés au jeu pathologique. En suivant ces paramètres, 90 % des participants sont bien classifiés. De façon plus spécifique, aucun individu recevant un diagnostic de jeu pathologique selon le DSM-IV-JP19 (Stinchfield, 2001) n'est classifié à titre de feu vert. Seulement 8 % des joueurs pathologiques sont identifiés comme ayant une problématique de jeu en émergence (feu jaune). De la même façon, aucun individu ayant zéro critère diagnostique à l'aide du DSM-IV-JP19 n'est catégorisé feu rouge. En fait, 6 % des individus ayant 0 critère au DSM-IV-JP19 sont identifiés comme ayant une problématique de jeu en émergence.

Les qualités du DÉBA-Jeu

Le DÉBA-Jeu permet, avec une marge d'erreur restreinte, d'identifier rapidement parmi la clientèle des centres de traitement en alcoolisme et toxicomanie, les personnes susceptibles de présenter un problème de jeu en émergence ou pathologique. En favorisant un dépistage efficace, cette grille permet une orientation judicieuse des personnes vers les services appropriés.

De plus, la classification tripartite, plutôt que binaire, semble plus performante

puisque d'une part, elle s'apparie à la structure des services de traitement du jeu (1ère ligne vs 2ième ligne) et d'autre part, elle permet un filet de sécurité de services pour les joueurs pathologiques non identifiés par la grille. Ces derniers se verront offrir des services de traitement du jeu de type première ligne et pourront être ainsi récupérés dans le maillage des services.

Une limite de l'instrument est qu'il a été développé uniquement auprès d'alcooliques et toxicomanes qui entreprennent un traitement et ne peut donc pas simplement être généralisé à l'ensemble des joueurs pathologiques ou encore aux personnes toxicomanes qui ne sont pas en traitement. Des études ultérieures devront démontrer la validité de la présente grille dans d'autres contextes...

Jean-Marc Ménard, M.A.
Joël Tremblay, Ph.D.
Francine Ferland, Ph.D.

Références :

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*.
- Derevensky, J.L. & Gupta, R. (2000). Youth gambling: A clinical and research perspective. *EGambling: The electronic journal of gambling issues*. <http://www.camh.net/egambling>
- Ladouceur, R., Vitaro, F. & Arsenault, L. (1998) *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes : prévalence, coexistence et conséquences*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec. Québec.
- Lesieur, H.R., and Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Ménard, J.M., Tremblay, J. & Ferland, F. (2001) La double problématique toxicomanie – jeu excessif: Un profil plus lourd? *Risq-Info*, 9, 6-9.
- Spunt, B., Dupont, I., Lesieur, H., Liberty, H.J. & Hunt, D. (1998) Pathological gambling and substance misuse: A review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 33, 2535-2560.
- Stinchfield, R. (2001). Reliability, Validity, and Classification Accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R. & Tremblay, R.E. (2001) Gambling, delinquency, and drug use during adolescence : mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, 17, 171-190.

1. Une copie du questionnaire peut être obtenue auprès des deux premiers auteurs. Il sera prochainement disponible sur le site internet du RISQ/ CIRASST au www.fas.umontreal.ca/risq-cirasst



ALCOOL, DROGUES, JEU CHEZ LES JEUNES

Grâce à une enquête de 1991, menée par Richard Cloutier et des collaborateurs, nous avons une certaine connaissance des habitudes de vie des jeunes fréquentant l'école secondaire ainsi que celles des jeunes en Centres Jeunesse. Par ailleurs, certaines données issues de l'enquête Santé-Québec nous avaient donné aussi des informations concernant la consommation d'alcool et drogues chez les jeunes de 15-24 ans. Plus récemment, une publication du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, sous signature de Frank Vitaro et collaborateurs, nous a livré un fort intéressant portrait de l'évolution de la consommation chez les jeunes, ces dix dernières années. Enfin, une enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), réalisée à l'automne 2000 auprès de plus de 4700 jeunes des écoles secondaires, a produit son rapport détaillé en juin 2002. Il nous livre des données fiables et récentes sur la consommation d'alcool et de drogues ainsi que sur la pratique des jeux de hasard chez les jeunes du secondaire.

Vous vous questionnez encore sur la consommation d'alcool des jeunes Québécois ?

Au niveau secondaire, 71 % des élèves disent avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête de l'ISQ. Parmi ce groupe, 20 % disent consommer régulièrement (fréquence hebdomadaire). La consommation quotidienne est un phénomène peu courant puisque 0,4 % déclare ce comportement.

Diverses enquêtes menées par le passé avaient fait ressortir que les 15-24 ans ont tendance à consommer de l'alcool selon des modalités dangereuses pour leur santé : enivrement et cinq consommations et plus en une seule occasion. Qu'en est-il de ces pratiques, selon les données de l'enquête de l'ISQ ? Le comportement semble persister puisqu'une proportion de 22 % des jeunes buveurs seraient des buveurs excessifs répétitifs d'alcool. Ils déclarent avoir consommé 5 consommations et plus en une seule occasion et ce, au moins 5 fois dans les 12 mois précédant l'enquête. Comportement à risque s'il en est !

Nous avons aussi la confirmation que la proportion de buveurs réguliers augmente tout au long du secondaire (6 % en secondaire I vs 40 % en secondaire V) ainsi que celles des buveurs excessifs et répétitifs (7 % en secon-

daire I vs 36 % en secondaire V). La différence persiste entre les sexes puisque selon cette enquête, comme selon d'autres antérieures, les garçons sont plus nombreux que les filles à consommer, régulièrement ou selon un mode excessif.

Et les drogues ?

L'enquête confirme que le cannabis est la drogue illicite privilégiée des jeunes et que la perception du risque lié à cette drogue est très faible pour une bonne proportion d'entre eux. La popularité du cannabis n'est pas un phénomène proprement québécois, c'est un constat qui touche toute l'Amérique du Nord mais aussi nombre de pays du vieux continent. Il s'accompagne partout d'une banalisation de la substance et d'une faible perception des risques associés à cette consommation.

Même si la majorité des jeunes consommateurs fréquentant l'école secondaire s'en tiennent à une consommation expérimentale ou occasionnelle, un élève sur 5 consomme du cannabis sur une base hebdomadaire (15 %) ou quotidienne (4,8 %).

Le passage entre secondaire I et secondaire V marque une augmentation marquée de la proportion de ceux qui ont consommé au moins une fois dans les 12 mois précédant l'enquête (15 % en secondaire I vs 36 % en secondaire II), ce qui valide les approches choisies par plusieurs intervenants de commencer les activités préventives en regard de la consommation d'alcool et de drogues dès la 5^{ème} année de l'école primaire.

Les drogues illicites les plus populaires auprès des jeunes, après le cannabis, sont les hallucinogènes. La proportion de consommateurs se situe, d'après cette enquête, à 5 % en secondaire I pour atteindre 25 % en secondaire V. Il est important ici de rappeler que cette enquête fut réalisée en milieu scolaire et qu'on peut donc supposer que la proportion de jeunes plus en difficultés y est sous-représentée car ceux-là ont quitté l'école avant le secondaire V (décochage, Centres Jeunesse, etc.).

Et les jeux de hasard et d'argent (loterie, « gratteux », appareil de loterie vidéo, etc.) dont on parle tant ces temps-ci ?

Nous savons qu'actuellement deux tendances s'affrontent sur ce sujet. Il y a ceux qui pensent que le problème est important chez les adolescents et qu'il faut de façon urgente s'en occuper, alors que d'autres estiment que ce problème concerne davantage les jeunes adultes plutôt que les adolescents.

Les données ressorties de l'enquête de l'ISQ révèlent que 63 % des élèves du secondaire sont des joueurs occasionnels alors que 7 % jouent de façon assidue, soit au moins une fois par semaine.

Il semble que 3,5 % des élèves ont potentiellement un problème de jeu. Dans les 12 mois précédant l'enquête, ces jeunes ont eu des discussions ou des disputes avec leur famille ou leurs amis à ce propos. Certains ont emprunté ou volé pour payer des dettes de jeu.

La perception du risque joue là encore un rôle en regard du problème : plus celle-ci est élevée, moins le jeune a tendance à jouer. Les jeunes qui ont un emploi sont proportionnellement plus nombreux à jouer que ceux qui n'ont pas d'emploi. Mais, plus un élève a des projets d'études à long terme, moins il a tendance à jouer de façon assidue. Rappelons-nous qu'aimer l'école est aussi un facteur de protection en regard de la consommation problématique d'alcool ou de drogues par les jeunes.

En conclusion du bref survol de cette enquête ?

L'enquête ISQ confirme que les substances psychotropes font actuellement partie de la vie de la majorité des jeunes. Pour la plupart il s'agit d'un usage occasionnel et plutôt modéré. Mais l'enquête révèle aussi que pour la plupart des consommateurs réguliers, la consommation régulière s'installe avant 15 ans et que ces jeunes ont eu des contacts précoces avec l'alcool et les drogues. Elle nous confirme de plus que ceux qui ont des difficultés à gérer et contrôler leur consommation, bien qu'ils soient un petit nombre, cumulent toute une panoplie de problèmes : difficultés scolaires, faible estime de soi, milieu familial plus difficile, etc. en plus d'une polyconsommation et de la pratique des jeux de hasard... et qu'ils ont une faible perception des risques associés à leur consommation. Toutes ces informations sont précieuses. Elles doivent être considérées pour la préparation d'activités et programmes de prévention adaptés et prometteurs. Une prévention efficace préconise aussi l'association des clientèles que l'on souhaite rejoindre, l'enquête ISQ a le mérite de rapporter dans son rapport les propos de certains de ces jeunes. Laissons leur le mot de la fin :

« ...pour certains sortir en fin de semaine, fumer ou boire, c'est normal... La meilleure façon de prévenir ça, c'est de s'adresser à eux avant que ça commence... à l'école primaire... Au secondaire c'est trop tard. » ou encore : « 9 à 13 ans. C'est là que ça commence, et on n'a jamais d'information à 9 ans ».

Marie-Thérèse Payre
Direction de la Santé Publique
Régie Régionale de l'Estrie

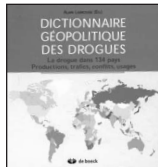
Références :

Institut de la statistique du Québec. (2002). L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Gouvernement du Québec, Québec.

Vitaro, F., Gosselin, C., Girard, A. (2002). Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec, Québec.

Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., Giroux. (1991). Les habitudes de vie des élèves du secondaire : Rapport d'étude. Ministère de l'Éducation du Québec, Québec.

Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., Lancop. (1994). Nos ados et les autres : études comparatives des adolescents des centres jeunesse et des élèves du secondaire. Centre de recherche sur les services communautaires, université Laval, Québec.



■ Labrousse, Alain. (2002). Dictionnaire géopolitique des drogues, la drogue dans 134 pays : production, trafics, conflits, usages. De Boeck éditeur, Paris. France.

Ce dictionnaire analyse en profondeur le rôle des drogues dans 134 pays, dans des domaines comme la production (illicite), l'activité mafieuse, la corruption politique, la toxicomanie, le financement du terrorisme, les conflits armés ou le blanchiment d'argent. Lecture géopolitique du sujet garantie et fort intéressante en ces temps de mondialisation !

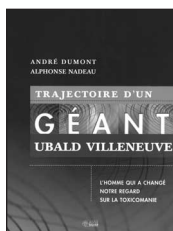
Distributeur pour le Canada :

E.R.P.I
5757, rue Cypihot
Saint-Laurent (QC) H3S 1R3
Tél. : (514) 334-2690
Fax : (514) 334-4720

■ Davidson, Christine ; Maso, Philippe. (2002). Dépendances et changements : un autre regard. Édition du Carrefour Prévention. Genève, Suisse.

Guide destiné à toute personne confrontée à la dépendance, d'un point de vue privé ou professionnel. Cet outil de travail modulable traite des difficultés en lien avec un processus de changement. Manuel avec fiches techniques.

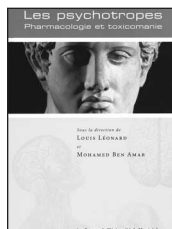
Pour plus d'informations : une adresse courriel : livre@maso-davidson.com ou un site internet : www.maso-davidson.com



■ Dumont, A., Nadeau, A. (2002). Trajectoire d'un géant Ubald Villeneuve, l'homme qui a changé notre regard sur la toxicomanie. Éditions Anne Sigier, Sillery, Québec.

Le père Ubald Villeneuve fut un pionnier de la relation d'aide auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes. Sa disparition en 2000 avait marqué le monde de la toxicomanie. Voici un livre qui retrace le cheminement et la vie de cet homme passionné qui a véritablement ouvert la voie à la

création d'institutions québécoises novatrices dans le champ de la toxicomanie mais qui fut aussi remarquable par son humanisme.



■ Léonard, L., Ben Amar, M. (2002). Les psychotropes pharmacologie et toxicomanie. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal.

Ce traité de pharmacologie constitue une somme de données sur les psychotropes selon la classification suivante : déprimeurs du SNC, stimulants, perturbateurs, médicaments psychothérapeutiques, androgènes et stéroïdes anabolisants. Il présente les notions de base d'anatomie, physiologie, toxicomanie et analyse des concepts comme l'abus, la dépendance, la tolérance, la pharmacodépendance et le sevrage.

■ Drogues, Santé et Société. Novembre 2002.

La toute première revue québécoise scientifique dans le domaine des drogues, éditée en mode numérique (le premier numéro traite du thème *Famille et Toxicomanie*). Le lancement a été effectué à Montréal le 25 novembre dernier. Michel Landry, directeur de cette revue, explique que l'objectif est de proposer des informations basées sur des données probantes, des réflexions de praticiens expérimentés mais aussi une plate-forme pour la publication de témoignages, points de vue personnels et textes d'opinion.

On peut consulter la revue (gratuitement) à l'adresse suivante :

www.drogues-sante-societe.ca



■ MSSS (2002). Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan national de lutte contre la toxicomanie. Ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec. Québec.

Ce cadre de référence constitue la première étape d'un processus d'élaboration d'un plan

d'action national de lutte à la toxicomanie. À lire même si on déplore que le plan soit prévu en l'absence d'une stratégie québécoise réclamée depuis plusieurs années (une décennie ?) par les différents partenaires concernés...



■ MSSS (2002). Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005. Ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec. Québec.

Le document présente les mesures proposées et préconisées dans cette problématique par le MSSS et ses partenaires.

On peut trouver ces 2 documents sur le site :

www.msss.gouv.qc.ca

Dans la Section *Documentation*, sous la rubrique *Publications*.

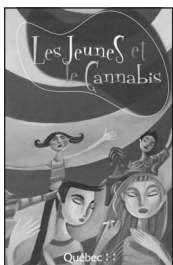


■ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2002). Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale. Prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, CPTL éditeur. Gouvernement du Québec. Québec.

Certains auteurs de cette nouvelle brochure sont fort connus et reconnus pour leur expertise. Il s'agit de Claire Gascon-Giard, Richard Tremblay et Frank Vitaro. Ils proposent des chroniques faciles et accessibles pour améliorer la vie en famille, un moyen pour prévenir les problèmes de consommation d'alcool et de drogues chez les enfants et les adolescents. Des moyens simples et efficaces sont proposés pour favoriser la communication et l'amélioration du climat familial.

Pour se procurer gratuitement les brochures :

CPTL :
Téléphone : (514) 389-6336
Télécopie : (514) 389-1830
Courriel : info@cplt.com
Site : www.cplt.com



■ MSSS et coll. (2002). Les jeunes et le cannabis. Gouvernement du Québec. Québec.

Cette brochure d'une vingtaine de pages à l'élaboration de laquelle ont collaboré l'AITQ, Action Toxicomanie Bois-Francs, Pro-Santé ainsi que la Maison des jeunes Kekpart de Longueuil reprend le modèle de la brochure *Les jeunes et l'alcool*. Les textes faciles à lire et les illustrations attrayantes en font un outil d'information préventive à mettre en toutes les mains, dans une perspective de prévention de la consommation à risque.

Commande par télécopieur au (418) 644-4574

Par courriel :

communications@msss.gouv.qc.ca

V comme vidéo...

■ Centre Jeunesse de Laval, Centre Le Maillon de Laval et CECOM. (2002). La toxicomanie, ça se passe près de chez nous.

Ce film vidéo de 23 minutes, avec guide d'accompagnement s'adresse à tout adulte amené dans son quotidien à interagir avec les jeunes : parents, professeurs, intervenants professionnels, employeurs, etc. Il vise l'éveil d'une certaine vigilance face aux signes distinctifs qui caractérisent la personne aux prises avec des problèmes de toxicomanie et à sa souffrance.

Pour commander :

Téléphone : (514) 328-3503

Télécopieur : (514) 323-4163

Site internet : www.cecom.qc.ca



Nouveau site sur la toxicomanie : Toxquebec.com

Mis sur pied par le regroupement Maison Jean Lapointe et Pavillon du Nouveau point de vue en collaboration avec la direction des programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, ce site comporte environ 3000 pages d'informations et de liens vers les ressources disponibles en plus de proposer des témoignages.

La création de ce site a été soutenue financièrement par le MSSS, par l'entremise de la Régie régionale de Montréal.

Toxquebec.com permet aussi un accès rapide à une équipe d'intervenants spécialisés disponibles en permanence. Le site permet à ses visiteurs d'évaluer leur comportement à l'égard de l'alcool, des drogues, des médicaments et du jeu. Une façon tout à fait moderne de rapprocher les services des clients. Allez visiter :

www.toxquebec.com

Le cours en toxicomanie sur internet

Comme annoncé dans le dernier Écho-Toxico, depuis septembre dernier **TXM700 Bilan des connaissances et courants actuels** est disponible à distance, via internet. Ce **cours de deuxième cycle** a été structuré de façon à maximiser le potentiel interactif et collaboratif de l'enseignement à distance. Pierre Brisson en est le concepteur et le professeur virtuel.

La session en cours est expérimentale. Elle regroupe une vingtaine d'étudiants de la Montérégie, l'Abitibi-Témiscamingue, la Mauricie, l'Outaouais, Québec, les Bas-St-Laurent, etc. Bref, de partout au Québec. L'accessibilité est fort appréciée... puisque les étudiants peuvent ainsi mettre à jour leurs connaissances sur le contexte de l'intervention, les approches, les données de la recherche et les courants actuels de pratiques en toxicomanie, le tout, sans quitter leur maison, bureau ou autre envi-

ronnement familial et à l'horaire qui leur convient.

Un bilan sera produit à la fin de la session, mais devant le succès de la démarche actuelle, un autre cours est déjà en préparation... Top secret... vous en saurez plus à l'automne 2003. À suivre...

Par ailleurs, pour ceux et celles qui souhaitent suivre **TXM700** à l'hiver 2003 (13 janvier au 25 avril), un nouveau groupe est en train de se former.

Information, admission, inscription

1-888-463-1835 ou 450-463-1835, poste 1-1795, Gaétane Quirion

Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca

Vous pouvez aussi visiter notre site web :

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

La formation sur mesure : notre partenariat avec l'AITQ...

Activités de formation continue (une journée) sur des thèmes d'actualité en toxicomanie, créées à partir des besoins exprimés par les intervenants et donnant accès à une attestation universitaire UEC (unité d'éducation continue).

Ouverts aux praticiens concernés par le sujet.

Campus de Longueuil et Québec.

Programmation disponible à l'Université de Sherbrooke au :

1-888-463-1835 poste 1-1795 ou 450-463-1835 ou à l'AITQ : 450-646-3271

Formations à venir :

14 mars 2003 Longueuil

Les toxicomanes judiciairisés : leur trajectoire et les interventions possibles

Serge Brochu, Ph.D. et Roger Roy, criminologue

28 mars 2003 à Québec

9 mai 2003 à Longueuil

Les substances et l'humeur : de la molécule à la clinique

Jean-Yves Roy, md., FRCP.

4 avril 2003 à Longueuil

Ado, jeunes et toxicomanie : relever les nouveaux défis

Pierre Paquin, agent de planification et de programmation

6 juin 2003 à Longueuil,

Toxicomanie et stress post-traumatique : théorie et pratique

Évelyne Donnini, psychologue

Catherine Séguin-Savioz, psychothérapeute