

# 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 avec lequel encore une fois, nous tenterons d'alimenter votre réflexion, toujours dans le but d'apporter notre contribution à l'amélioration des pratiques en toxicomanie.

D'abord, nous voulons féliciter madame Denise Dubreuil, première étudiante à avoir complété sa maîtrise en Intervention sociale, concentration toxicomanie, dans le cadre de la passerelle Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec à Montréal. Elle a rédigé pour ce numéro un article en lien avec son mémoire et qui résume une expérience d'intervention novatrice sur le sujet de la double problématique jeu et toxicomanie. Le jeu préoccupe de plus en plus, aussi nous sommes heureux de vous proposer un texte qui aborde le joueur et ses motivations sous un angle inhabituel... Pour le jeu comme pour l'alcool, nous sommes tous à même de constater que de plus en plus de personnes se questionnent sur la position des gouvernements pris entre des profits faramineux et leur responsabilité de santé publique et vous verrez que plusieurs des textes de ce numéro ont, comme trame de fond, ces questionnements et le souci de la cohérence.

La situation préoccupante de certains jeunes a aussi sa place dans ce numéro. Dans un contexte d'augmentation de la consommation, de banalisation de produits pouvant être dangereux comme l'ecstasy, de parents consommateurs et d'interventions souvent réalisées en silos, nous vous soumettons la réflexion de fond d'un organisme qui nous fait profiter de ses 33 ans d'expérience auprès des jeunes de Montréal! Toujours, concernant les jeunes vous pourrez prendre connaissance d'un exemple de pratique novatrice et fort encourageante, inscrite dans le programme jeunesse du Centre André Boudreau.

Enfin, en lien avec les résolutions de fin d'année qui ne vont pas tarder à émerger, on vous parle de stratégies efficaces de communication pour atteindre des objectifs de changement et même, dans un texte dédié particulièrement à vous les intervenants, des pistes pour faciliter l'exercice de votre travail devenu de plus en plus exigeant.

Sur ce, bonne lecture à tous!

Profitez bien de ce temps des Fêtes auprès de vos familles et de vos amis. Joyeux Noël et bonne année 2004.

**Lise Roy**

Directrice des programmes  
1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> 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

#### 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.

Des admissions sont possibles pour l'hiver 2004 dans différentes villes du Québec: Sherbrooke, Longueuil, Québec, Ville de Saint-Georges (Beauce).

Le programme est aussi offert par protocole d'entente à Rimouski.

Le programme est offert à temps partiel sous forme de fins de semaines intensives.

#### INFORMATION :

Francine Roux

1-800-267-8337 ou 819-564-5245

Francine\_Roux@USherbrooke.ca

## POUR ASSUMER DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS

Les programmes de 2<sup>e</sup> cycle

Microprogrammes, diplôme et maîtrises

#### 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.

Possibilité de microprogrammes spécialisés de 12 crédits, d'un diplôme de 30 crédits ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en Intervention sociale, Service social (en préparation), en Éthique appliquée et en Sciences cliniques.

Des admissions sont possibles pour l'hiver 2004. L'enseignement s'offre le soir et la fin de semaine au Campus de Longueuil près du Métro Longueuil-Université-de-Sherbrooke.

Cours sur Internet à l'hiver 2004:

**TXM 700 BILAN DES CONNAISSANCES ET COURANTS ACTUELS** (3 cr.)

**TXM 715 PSYCHOPHARMACOLOGIE ET TOXICOMANIE** (3 cr.) *Nouveau*

#### INFORMATION :

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

[Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca](mailto:Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca)

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

## FORMATIONS - AITQ-UdeS 2004 à Longueuil

6 février 2004

### ADOS, JEUNES ET TOXICOMANIE : Intervenir en milieu scolaire

Pierre Paquin, intervenant en toxicomanie, agent de planification et de programmation à la Régie régionale de la Montérégie et chargé de cours au Certificat de toxicomanie

13 février 2004

### LES CAS GRAVES EN TOXICOMANIE : les services et l'intervention

Louise Nadeau, Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal; Karine Bertrand, Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal

19 mars 2004

### D'UNE LUTTE CONTRE DES PRODUITS À UNE PRÉVENTION AXÉE SUR LA PERSONNE

Line Beauchesne, Professeure titulaire, Département de criminologie, Université d'Ottawa

23 avril 2004

### DU RAVE AU MEETING :

le sacré et la spiritualité au cœur de l'expérience de l'usage et de l'abus des substances psychoactives

Pierre Brisson, chargé de cours en toxicomanie, Université de Sherbrooke, Université de Montréal et UQAM

7 mai 2004

### ORGANISMES EN TOXICOMANIE : COMMUNIQUEZ!

François Lagarde, expert-conseil en marketing social et en communications

#### Lieu de formation :

Campus de Longueuil de l'Université  
de Sherbrooke

1111, rue Saint-Charles Ouest

Tour Ouest, 5<sup>e</sup> étage

Longueuil (Québec) J4K 5G4

#### Coût et inscription :

S'adresser à l'Association des intervenants  
en toxicomanie du Québec (AITQ)

Tél. : 450-646-3271

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, les photos  
et les sources d'information.



# JEU PATHOLOGIQUE ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : UNE EXPÉRIENCE

## LE CONTEXTE ENTOURANT LES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Lorsque les gouvernements ont décidé de légaliser et contrôler l'industrie des jeux de hasard et d'argent (JHA)<sup>1</sup>, les revenus engendrés par ces jeux étaient perçus comme un moyen d'amasser des sommes d'argent supplémentaires permettant de financer des projets tels que les jeux olympiques de Montréal ou des activités de bienfaisance. Rien de comparable avec l'industrie très lucrative qu'elle est devenue depuis ! Les revenus générés par les JHA représentent un apport financier très intéressant pour le gouvernement du Québec qui ne semble pas réaliser que les sommes requises pour composer au plan sociétal avec les problèmes relatifs au jeu approchent, voire même dépassent, les profits nets des jeux étatisés. (Boreham, et al., 1996 ; Lesieur, 1998 ; Peacock et al., 1999, cités dans Chevalier et Allard, 2000).

### Du jeu à la pathologie

Les jeux de hasard et d'argent sont très populaires et plus de deux adultes sur trois s'y adonnent régulièrement (Ladouceur et al., 2000). La plupart des joueurs gardent le contrôle vis-à-vis de leur pratique du jeu sans s'impliquer d'une façon excessive. Toutefois, une minorité d'entre eux continue à jouer malgré les pertes et les problèmes qui s'accumulent. Ainsi, pour certains joueurs, la relation avec le jeu devient problématique et risque même de devenir pathologique si aucune action n'est posée<sup>2</sup>.

En 1989, on estimait à 1,2 % le pourcentage d'adultes qui avaient un problème de jeu pathologique. En 1996, le taux a grimpé à 2,1 %, ce qui représente une augmentation de 75 % en sept ans (Ladouceur, Jacques, Ferland et Giroux, 1999).

Un certain consensus existe dans la plupart des recherches pour définir le jeu pathologique comme le résultat d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Shaffer and Gambino, 1989 ; Shaffer et al., 1997). Peu de spécialistes mettent en doute que la prévalence du jeu excessif ou pathologique<sup>3</sup> découle en partie de la disponibilité

des jeux et de leur accessibilité (Custer, 1982 ; Harris, 1988 ; Eadington, 1989 ; Lesieur, 1992 ; Volberg, 1994 ; Ladouceur, 1994 ; Room, Turner et Talomiteanu, 1998 ; Chevalier et Allard, 2001). Nous savons également que ce sont les personnes ayant développé un problème de dépendance (et non celles qui jouent sur une base récréative) qui génèrent la majeure partie des revenus de l'industrie du jeu (Suissa, 2002). De plus, une étude effectuée aux États-Unis par Abboth et Cramer (1993) indique que les membres des groupes les plus pauvres dépendent au jeu une proportion plus importante de leurs revenus que les personnes dont les revenus sont plus élevés.

Parallèlement à l'analyse de ces facteurs sociaux, d'autres chercheurs se sont intéressés aux facteurs neurologiques ou physiologiques qui se retrouveraient chez les joueurs pathologiques et chez les joueurs ayant une double dépendance, jeu et consommation de substances psychoactives. Ainsi, des études établissent effectivement un lien entre le jeu pathologique et un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau. Blum (1996), Comings (1996) et leurs collaborateurs en sont venus à la conclusion qu'une dysfonction des récepteurs de dopamine a des conséquences sur les comportements dépendants et sur certains troubles de l'impulsion (alcool, cocaïne, héroïne, jeu, sexe, nourriture). D'autres études ont porté sur la dysfonction d'une substance biochimique appelée sérotonine qui aurait la propriété de réguler les comportements impulsifs et la tendance à l'impulsivité des joueurs excessifs (DeCaria et coll., 1996).

### Le poids de la comorbidité et l'absence d'interventions spécifiques

Nous retrouvons aussi dans la littérature plusieurs recherches qui se sont intéressées aux caractéristiques psychologiques des joueurs pathologiques. Après avoir passé en revue ces écrits, McCormick et Taber (1987) ont résumé en cinq groupes les principaux traits de personnalité reliés aux différents types de joueurs pathologiques : la tendance obsessionnelle-compulsive ; les troubles de l'humeur (de la dépression à l'hypomanie) ; la présence d'un traumatisme significatif ou d'un stress (récent et aigu, ou bien chronique et lointain) ; un facteur antisocial (avec des troubles reliés à un désordre de personnalité antisociale) ; des abus de substances psychoactives ou des problèmes multiples de dépendance. Ce dernier trait de personnalité nous amène au joueur pathologique qui présente en plus un problème de consommation de substances psychoactives.

En 1998, le Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie écrivait : « *En ce qui concerne la*

*comorbidité jeu-alcool/drogue, les résultats des différentes études oscillent entre des taux de 31 % à 63 %* ». Même si la comorbidité est statistiquement établie (Topp et Charpentier, 2000), nous possédons en réalité peu d'études qui portent sur les caractéristiques de cette comorbidité et nous observons une quasi absence de recherches documentées sur les programmes d'intervention spécifique offerts à cette clientèle.

Selon la théorie de Jacob sur les dépendances (1986), appuyée par Lesieur et Blume (1993), il existerait un facteur commun aux activités conduisant à une dépendance. Il s'agit de la recherche d'un sentiment de bien-être par la stimulation positive ou la diminution d'un état émotif. Jacob conclut que cette quête serait à l'origine à la fois du jeu pathologique et de la toxicomanie.

S'il est vrai qu'il existe plusieurs similitudes observables entre le jeu pathologique et la toxicomanie il faut préciser qu'il y a également des dissemblances, en plus d'une interaction entre ces deux dépendances. Blume (1997) a souligné l'importance de tenir compte dans l'intervention des facteurs reliés au jeu pathologique et de ceux associés à la consommation de substances. Il faut aussi prendre en considération la conclusion (à laquelle sont parvenus plusieurs chercheurs) selon laquelle, les personnes qui présentent une double problématique consommation-jeu pathologique sont différentes de celles qui ont une seule dépendance et forment ainsi une population clinique distincte.

Ils écrivent que les personnes ayant cette pathologie combinée manifestent un niveau plus élevé d'impulsivité et de désinhibition que les toxicomanes non joueurs (McCormick, 1993 ; Lesieur et coll., 1986) ; qu'elles sont plus à risque de présenter des symptômes de dépression majeure (Ramirez et coll., 1983) ou d'affects négatifs comme l'anxiété et l'hostilité (McCormick 1993) ; qu'elles consomment davantage de substances psychoactives (Feigelman et coll., 1995 ; McCormick, 1993) et qu'elles affichent plus de déficits au plan des habiletés de résolutions de problèmes (McCormick, 1994). De plus, ces personnes sont plus souvent impliquées dans des activités criminelles, elles présentent de plus grands risques d'incarcération et un taux plus élevé de maladies reliées au stress et à des problèmes psychiatriques sévères. Elles font aussi davantage de tentatives de suicide que les joueurs pathologiques sans autre dépendance (Ladouceur, 1994).

Malgré les études qui se sont intéressées aux caractéristiques de ces clientèles, très peu

1. Nous parlons de jeux de hasard et d'argent lorsque qu'il y a mise d'argent ou d'objet de valeur qui sera irréversible et que l'issue du jeu repose principalement ou totalement sur le hasard (Ladouceur, R. et coll., 2000)

2. Nous parlons de joueur pathologique lorsque celui-ci répond affirmativement à 5 des 10 critères établis par l'Association américaine de psychiatrie (DSM-1V). Lorsqu'il y a moins de 5 réponses affirmatives aux critères du DSM 1V, nous parlons de jeu problématique

3. Le joueur pathologique est aussi appelé joueur excessif par certaines écoles de pensée

# MATION ABUSIVE DE SUBSTANCES RIMENTATION D'INTERVENTION

d'études décrivent l'intervention pratiquée auprès des personnes cumulant les deux problématiques. Lorsque de telles études existent, elles viennent de l'extérieur du Québec. Après avoir pris connaissance des différentes recherches et travaux portant sur la double dépendance jeu-consommation de substances et en nous basant sur notre pratique de plus de vingt ans dans le champ du traitement des dépendances, nous nous sommes enfin sentis prêts à planifier une intervention, sur une base expérimentale.

## La planification d'une intervention intégrant les deux problématiques

En accord avec Lesieur et Blume (1991) qui considèrent que la toxicomanie et le jeu pathologique peuvent être traités simultanément et de façon intégrée, dans une démarche thérapeutique unique, nous nous sommes attardés plus particulièrement à quatre recherches portant sur l'évaluation de programmes destinés à des joueurs pathologiques-toxicomanes dont les dépendances ont été traitées de façon concomitante, en utilisant l'intervention de groupe et l'approche multimodale. Les programmes étaient ceux de Russoen (1984) auprès de 124 hommes; Taberen (1987) avec 55 participants; Lesieur et Blume (1991) avec un groupe de 72 membres et enfin, Saiz-Ruiz, Moreno, López-Ibor (1992) avec 46 participants. La publication des résultats après des suivis de 6 à 14 mois, confirme l'intérêt qu'il y a à poursuivre ce type d'interventions. Blaszczynski et Silove (1995) concluent que les expériences multimodales auprès d'une clientèle ayant une double dépendance ont démontré « *a relative high rate of efficacy* ».

Le choix pour notre programme d'intervention a donc porté sur une intervention de groupe, en externe, inspirée de l'approche multimodale et s'adressant d'une façon simultanée au jeu pathologique et à la consommation abusive de substances psychoactives. Nous voulions vérifier la pertinence d'une telle démarche et vérifier si elle aurait une incidence sur les taux de dépression, d'anxiété et de qualité de vie des participants. L'un de nos buts était de les aider à prendre des décisions éclairées quant à leur participation aux jeux de hasard et d'argent et à leur consommation de substances psychoactives.

Notre choix d'une intervention de groupe s'appuie sur les déclarations de Levine et Gallogly (1985); Cooper (1987); Rogers et Mc Millin (1989); Cavaiola (1984); Milgram et Rubin (1992) qui désignent le groupe comme étant la modalité à privilégier pour le traitement des personnes présentant des problèmes de dépendances. Nous avons également

considéré les facteurs thérapeutiques qui sont des mécanismes de changement et qui se retrouvent dans l'intervention de groupe : le développement d'un sentiment d'espoir, le partage de préoccupations et d'émotions communes, la formation, l'altruisme (par lequel les membres constatent qu'ils sont aidant les uns pour les autres), le développement des habiletés sociales, l'apprentissage par imitation, la connaissance de soi et l'acceptation qui s'inscrit dans un processus dynamique résultant de la valeur que le membre accorde au groupe et de sa valorisation comme membre du groupe (Yalom, 1970; Bloch et Crouch, 1985; Reid (1997).

Afin de répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle, nous nous sommes inspirés de l'approche « psychothérapie multimodale brève » (PMB) mise au point et publiée en 1976 par Arnold A. Lazarus. Cette approche implique sept différentes modalités qui couvrent toutes les facettes de la personnalité de l'être humain et qui doivent être considérées et traitées d'une façon concomitante : comportement, affect, sensation, imagerie, cognition, relations interpersonnelles, drogues-biologie. Elle se pratique soit sous la forme d'une approche dite « englobante » qui permet de mettre à profit plusieurs techniques d'une même école de pensée, soit par la combinaison des éléments de diverses écoles de pensée (Topp, Charpentier, 2000). Cette approche nous a donc parue toute indiquée pour une intervention s'adressant à des toxicomanes-joueurs pathologiques puisqu'elle autorise l'utilisation de stratégies d'intervention qui ont fait leurs preuves, soit auprès des alcooliques-toxicomanes, soit auprès des joueurs pathologiques, soit avec un égal succès auprès de ceux qui présentent ces deux dépendances.

## L'Intervention

Le centre de réadaptation public qui a accepté notre projet offre des services internes et externes à une clientèle alcoolique ou toxicomane et un service d'aide externe aux joueurs pathologiques. Aux personnes qui appelaient au Centre en mentionnant avoir un problème de jeu excessif mais qui signalaient aussi des difficultés avec leur consommation de substances, deux options étaient présentées : joindre le programme de jeu pathologique offert par le Centre ou intégrer le programme expérimental d'intervention sur la double problématique jeu-toxicomanie. C'est donc volontairement que cinq personnes ont choisi la deuxième option.

L'intervention de groupe externe s'est déroulée pendant vingt semaines consécutives, à raison d'une rencontre par semaine, dans un local mis à notre disposition par le centre. Par

ailleurs, il a été beaucoup apprécié que le centre offre, à la fin du programme, un an de suivi aux membres du groupe.

## Le profil des participants

Les cinq membres du groupe avaient certaines caractéristiques communes : la reconnaissance d'un problème de jeu pathologique et le désir d'arrêter de jouer, la perte d'une relation affective importante reliée à leurs dépendances et une évaluation négative de leur qualité de vie. Les participants estimaient que leur état psychologique était le domaine le plus perturbé par leurs habitudes de jeu, suivi de près par la vie familiale et sociale. Les objectifs des participants en regard de leur consommation de substances divergeaient : certains visaient l'abstinence totale et d'autres désiraient mieux contrôler leur consommation. D'ailleurs, trois d'entre eux n'en n'étaient pas à leur première démarche en toxicomanie.

## La synthèse des résultats sur l'évolution des participants

Les résultats ont été analysés par l'intervenante et par une observatrice du centre de réadaptation. Bien que l'intervention n'ait duré que 20 semaines (deux heures par semaine), nous notons des changements significatifs chez les participants. Ces résultats correspondent à ceux des quatre recherches citées précédemment. Ainsi nous retrouvons un participant qui a vécu une abstinence totale vis-à-vis du jeu, un autre qui s'est abstenu de toute consommation de substances, deux autres qui ont diminué leur participation aux jeux de hasard et d'argent et un dernier qui, après une abstinence de cinq semaines dans les deux domaines, a repris ses habitudes de jeu et de consommation.

Trois des participants ont déclaré, dans le questionnaire d'évaluation de satisfaction, avoir développé une meilleure connaissance et une meilleure opinion d'eux-mêmes. Nous avons aussi remarqué (dans les journaux de bord et dans les séances de partage en première partie des rencontres) que les événements et les émotions étaient décrits de façon plus réaliste au fil des semaines, ce qui nous indique que les participants savaient mieux identifier, nommer et exprimer leurs sentiments. Chaque participant a su développer une meilleure connaissance des principaux déclencheurs l'entraînant à jouer ou à consommer, il a pu aussi acquérir, avec plus ou moins de succès, de nouvelles habiletés pour faire face aux difficultés.



Trois d'entre eux ont mentionné une meilleure aptitude à faire des choix, des progrès dans leur fonctionnement au travail et une nette amélioration dans leur façon de gérer le stress. Nous observons également l'acquisition de moyens concrets pour améliorer les relations interpersonnelles, l'état de santé et, pour certains, leur situation financière.

En ce qui a trait au taux d'anxiété, nous notons des progrès significatifs entre les résultats obtenus en début et en fin d'intervention, mais les scores de dépression marquent un fléchissement plus modeste. Pour ce qui est de la qualité de vie, nous constatons une grande amélioration dans l'évaluation que font les participants au plan de leur santé, des relations interpersonnelles et de la congruence entre leurs valeurs et leurs comportements dans la vie.

Les indicateurs dans les journaux de bord et l'amélioration du score obtenu dans le dernier questionnaire sur les pensées erronées nous démontrent que la connaissance du fonctionnement des jeux de hasard et d'argent a évolué positivement. Malheureusement nous devons admettre avec Ladouceur (1994) que « *Si la correction cognitive élimine les verbalisations inadéquates, il semble qu'elle n'élimine pas totalement les habitudes de jeux* ».

L'objectif d'amener les participants à se créer une réseau de soutien et de support n'a été que partiellement atteint puisque d'une part les résultats démontrent l'influence certaine du groupe sur les changements obtenus, mais cependant, dans leur vie quotidienne les participants n'ont pas recréé un réseau de soutien social propice à la prise en charge de leur situation. La suggestion de se joindre à un mouvement d'entraide comme *Gamblers Anonymes* pour de l'accompagnement et du support n'a pas été retenue dans l'immédiat.

La taille du groupe expérimental composé de cinq participants a été un élément en faveur de notre recherche. Elle a permis plus d'interactions dans le groupe et une pression plus forte pour participer, car toute absence avait un effet marqué. Chaque participant a pu bénéficier de l'attention de l'intervenante et l'observatrice. L'une des forces de cette intervention a été l'authenticité vécue par les participants tout au long des rencontres. Nous pouvons parler d'intérêt soutenu de la part des différents acteurs tout au long de l'exercice.

### Des suggestions pour l'avenir ?

L'intervention auprès des joueurs pathologiques ayant également un problème de

consommation de substances psychoactives devrait présenter encore davantage d'intensité : un plus grand nombre de rencontres par semaine et plus d'heures consacrées à ces réunions. Plus de temps consacré à l'intervention permettrait aussi de mieux présenter les mouvements d'entraide en expliquant ce que ces affiliations sont et ne sont pas. Du temps supplémentaire donnerait aux participants qui ne voient pas la complexité des liens entre leurs dépendances (jeu et consommation), l'opportunité d'intégrer l'information sur leurs propres expériences comme les périodes sans jeu mais avec substances, ou sans substances mais avec jeu, ou d'abstinence des deux. À partir de cette expérimentation, notre vision d'une intervention prometteuse demeure l'intervention de groupe mais complétée par des interventions individuelles pour personnaliser l'aide apportée, en tenant compte de la dépendance principale et du mode de fonctionnement d'une dépendance à l'autre.

Pour l'avenir, il nous apparaît aussi que nous devons nous intéresser à la double dépendance chez les femmes. Quelques rares auteurs ont mentionné les différences qu'ils percevaient entre le joueur et la joueuse pathologique mais ces études sont très embryonnaires. Nous savons en plus que les femmes avec un problème de jeu pathologique sont très difficiles à rejoindre et réticentes face à une démarche.

Enfin, il serait souhaitable que le public soit davantage et mieux informé sur la double problématique du jeu et de la consommation de substances psychoactives, à titre de prévention dans un premier temps et, dans un deuxième temps, afin de sensibiliser les personnes qui vivent cette comorbidité à l'importance de la signaler lorsqu'elles demandent de l'aide. Pour conclure, laissons le mot de la fin à Califano (2001) : « *La question n'est plus de savoir s'il y a une relation entre l'abus de psychotropes et le jeu pathologique mais bien de chercher la nature de cette relation, quelles sont les personnes qui peuvent en être affectées, pourquoi le sont-elles et que fait-on à partir de maintenant ?* ».

**Denise Dubreuil,**

Conseillère en ressources humaines  
et relations industrielles



## LE JEU PATHO CAUSE OU

**E**n apparence, le joueur n'a rien d'un toxico-mane ou d'un alcoolique. En général, il est plutôt du genre bien mis et de tempérament énergique, travailleur et souvent hyperactif. Sa bonne humeur et sa joie de vivre confondront les personnes les plus éclairées. Ce comportement s'explique, selon le docteur Robert Custer, spécialiste en traitement pour joueurs compulsifs de l'hôpital de Brecksville en Ohio, en ce que le jeu représente la plus pure forme d'accoutumance psychologique. Même lorsque la dépendance tient le joueur dans un étau de fer, le joueur, manipulateur par excellence, paraîtra à ses proches en parfaite santé et comme un être tout à fait normal. Lorsqu'il gagne, le joueur se sent invincible. Il est le plus fort et il rayonne en distribuant des cadeaux à gauche et à droite. Lorsqu'il perd, il se console rapidement et il garde en général un bon moral car il se dit que ce n'est qu'une malchance temporaire et qu'après tout, il méritait peut-être cet échec, ayant menti à sa famille ou ayant *emprunté* illégalement de l'argent pour jouer.

En fait, qu'en est-il exactement de l'état psychologique du joueur compulsif ? Comment expliquer que quelqu'un d'intelligent (plusieurs parmi les joueurs compulsifs sont des professionnels et des cadres moyens ou supérieurs) puisse être à ce point hypnotisé par le jeu qu'il en vient à flatter sa machine, à lui parler et à porter des couches lorsqu'il va au casino afin d'espacer ses visites aux toilettes, tout en croyant qu'il demeure encore et malgré tout l'argent perdu, maître du hasard ?

Déjà en 1928, Freud écrivait que le jeu n'est pas un simple vice ou une mauvaise habitude mais plutôt un symptôme de névrose profonde. Il s'agit là, selon lui, d'une forme spécifique de déculpabilisation reliée à l'enfance. Cohérent avec sa théorie du complexe d'Œdipe, Freud voyait en effet dans le jeu une forme de déculpabilisation nécessaire à la volonté inconsciente qu'a l'enfant de prendre la place de son père auprès de sa mère. Le gain (ou le rêve du gain) étant, dans un premier temps, l'expression de la toute puissance infantile et la perte étant, dans un second temps, la forme d'autopunition nécessaire au joueur pour réprimer cette régression infantile socialement inacceptable. En ce sens, le jeu devient pour le joueur une forme de transgression de l'ordre établi. D'où son association première presque naturelle avec le monde illicite : (voir : S. Freud : *Dostoïevski et le parricide* in Dostoïevski, *Les Frères Karamazov*, préface, tome 1, Gallimard, Paris, 1973)

Ce n'est pourtant qu'en 1958 que le jeu sera reconnu par les milieux psychiatriques comme une maladie mentale et étudié comme tel. Le psychiatre Edmund Bergler, dans son livre *The psychology of Gambling* (International Universities Press, 1958), va développer l'idée que le joueur compulsif est bel et bien un névrosé, comme Freud l'avait pressenti. Selon Bergler, le joueur est un névrosé qui possède le désir inconscient de perdre, même si consciemment il

# LOGIQUE : SYMPTÔME ?

estime que le gros lot lui revient entièrement. Carencé affectivement par sa mère dans sa prime enfance, le joueur compulsif mènerait un combat pour contraindre le hasard à se montrer bienveillant à son égard. Inconsciemment, il sait cependant qu'il va tout perdre, exactement de la même manière qu'avec sa mère il fut toujours perdant. Le jeu est donc l'expression d'une tendance masochiste : le joueur aime être puni. Lorsqu'il joue, il est en révolte contre ses parents. Et lorsqu'il perd, il est content car libéré de sa culpabilité. Toujours selon Bergler, ce combat absurde fait entrer le joueur dans un état d'hyperactivité malade. Possédé par le jeu, il jouera sans cesse, à toute heure du jour ou de la nuit.

Un autre psychanalyste, Ernest Simmel, estime que c'est cette soif insatiable de plaisir-déplaisir qui, non seulement anime le joueur mais l'empêche aussi complètement de cesser de jouer. Le jeu lui apparaît comme la seule façon d'échapper à la souffrance engendrée par le refoulement d'une situation pénible de sa prime enfance. Dans cette perspective d'analyse, l'enjeu qui motive le joueur est d'ordre psychologique et dépasse de beaucoup l'enjeu matériel du gain, gain que, de toute façon, un joueur compulsif ne garde jamais car il s'empresse en effet d'aller le rejouer et cela, indéfiniment, c'est-à-dire jusqu'à ce que les lois de la probabilité le rejoignent et le jettent dans la dèche, comme il le désire inconsciemment. Le joueur qui perd estimerait donc qu'il actualise ainsi son destin, c'est-à-dire celui d'un être éternellement mal-aimé...

Cependant, la question se pose quand même de savoir si le jeu est seulement le symptôme d'un problème profond de certains individus (comme Freud et les psychanalystes le pensent), ou si l'offre de jeu est elle-même, en tant que telle, la cause du problème. Ce paradoxe non résolu explique les différentes formes de traitement actuellement proposées au joueur et la tendance actuelle qui s'oriente vers des traitements prenant en compte ces deux aspects simultanément.

Il est clairement établi aujourd'hui que la maladie du jeu compulsif se développe proportionnellement à l'offre et la disponibilité du jeu sur un territoire donné. L'offre de jeu, comme pratiquée par Loto-Québec, c'est-à-dire de façon massive et soutenue, serait donc un facteur déterminant pour le développement de cette maladie dans la population. Or, tant que la maladie ne s'est pas manifestée, on ne peut pas (compte tenu de l'état actuel des recherches) détecter les individus à risque, ceux qui à cause d'antécédents personnels auraient une prédisposition plus grande au jeu. Alors, faudra-t-il toujours attendre que la maladie se manifeste pour agir ? Ne vaudrait-il pas mieux mettre toutes les chances de notre côté comme population et enrayer d'abord une offre de jeu trop grande ? Et cela, sans attendre d'avoir résolu notre problème de savoir si le jeu est un symptôme ou une cause...

Pierre Desjardins, philosophe



# AIDER SANS SE DÉTRUIRE, UNE MISSION POSSIBLE...

Certains intervenants, animés d'une sincère intention de servir de guide aux personnes alcooliques ou toxicomanes et de les orienter vers une meilleure qualité de vie, trébuchent parfois. Ils perdent espoir, se sentent impuissants et sombrent à leur tour dans l'hostilité, l'ambivalence, l'isolement et la fatigue. Que leur est-il arrivé ?

## Les pièges de l'intervention

Dès 1980, Freudenberger avait défini l'épuisement professionnel comme un état de fatigue ou de frustration résultant d'un dévouement intense et déçu face à une cause, une façon de vivre ou une relation. Grosch et Olsen (1994), quant à eux, considèrent qu'il s'agit d'un état de fatigue ou de désillusion émotionnelle chez des intervenants qui passent d'un niveau élevé d'idéal et d'engagement au désillusionnement et au cynisme. Selon Pines (1993) plusieurs personnes expérimentent des états de stress importants mais seulement celles qui abordent leur profession avec un niveau particulièrement élevé d'idéal et de motivation aboutissent à l'épuisement professionnel.

En tant qu'intervenants, il devient donc primordial de réviser l'ampleur de nos attentes et de renoncer aux idéaux inatteignables ainsi qu'au rôle du sauveur. Diane Bernier (1994) nous rappelle que renoncer à la perfection ne mène pas à l'incompétence et que la mise de côté d'un certain idéalisme ne conduit pas à l'apathie. C'est en endossant un rôle de sauveur que l'intervenant devient vulnérable face à l'épuisement car il travaille alors de façon excessive, sans limites et sans tenir compte de la réalité. Il utilise son travail pour tenter de répondre à des besoins personnels qu'il aurait dû satisfaire, ou qu'il devrait satisfaire, dans sa vie personnelle. Tout intervenant doit rechercher un équilibre dans sa vie personnelle et professionnelle et, grâce à cet équilibre, développer ses capacités à mettre des limites (Saakvitne et Pearlman, 1996).

D'autres pièges peuvent rendre les intervenants plus vulnérables à la détresse : se sentir personnellement responsable de la sobriété du patient et humilié ou insulté en cas de rechute de celui-ci ; se croire seul capable de comprendre et aider un client ; perdre confiance en son propre jugement clinique lorsque abusé par un mensonge. Les intervenants qui ont besoin que leur client ait besoin d'eux ; ceux qui ont besoin que leur client change absolument ou ceux qui pensent en terme de « tout ou rien » sont aussi des intervenants en difficultés.

Newman (2003) nous rappelle qu'en tant qu'intervenants, nous devons offrir notre opinion clinique et notre bonne volonté avec persévérance, que le client l'accepte ou non. Notre rôle consiste aussi à fournir à nos clients un large éventail de techniques utiles. Cependant, nous ne pouvons pas être responsables de leurs choix de les utiliser ou non. Nous ne devons par ailleurs jamais oublier que lorsque nous aidons une personne toxicomane ou alcoolique, c'est tout son réseau qui est touché : conjugal, familial et social. Ainsi, lorsque nous

réussissons, cela peut faire une différence pour beaucoup de monde.

## Des intervenants vulnérables

D'où vient la vulnérabilité de certains intervenants ? De leur histoire personnelle ? Les psychothérapeutes rapportent de plus hauts taux d'abus physiques, d'agressions sexuelles, d'alcoolisme des parents, d'hospitalisation psychiatrique d'un des parents, de décès d'un membre de la famille et plus de dysfonctions dans leur famille d'origine que les autres professionnels (Elliott et Guy, 1993). Notons toutefois que, selon le même article, les psychothérapeutes rapportent aussi moins d'anxiété, dépression, dissociation, perturbation du sommeil et difficulté au niveau des relations interpersonnelles que les membres d'autres professions. On peut donc supposer qu'issus d'un milieu difficile, ils ont appris quelque chose de leur souffrance et s'en portent mieux. Le contact avec la souffrance ne disqualifie donc pas l'intervenant, au contraire, il peut y puiser sa force s'il réussit à trouver dans sa vie, personnelle et professionnelle, des sources saines de satisfaction.

Certains utilisent toutefois le rôle d'intervenant comme une stratégie de survie inefficace. Cela les rend plus vulnérables au déséquilibre (Guy, 1987). Voyons en quelques exemples.

L'exercice du rôle d'intervenant peut être une occasion d'apprentissage mais il ne remplacera jamais une psychothérapie. De plus, lorsque la détresse personnelle est trop sévère, il devient une expérience traumatisante.

Le rôle d'intervenant nécessite des contacts émotionnels mais ceux qui souffrent d'un profond sentiment de solitude et d'isolement et qui, ne croyant pas être aimables, recherchent l'intimité (qui leur manque) dans le rôle d'intervenant seront déçus. Ce rôle ne fera qu'exacerber les problèmes du thérapeute avec l'intimité, la révélation de soi et les relations interpersonnelles.

On rencontre aussi des intervenants qui tentent de régler leurs propres conflits en profitant de toutes les occasions pour pousser leurs clients à défier l'autorité et bousculer les traditions, les encourageant même à ne pas tenir compte des normes sociales. Ceux-là découvriront vite qu'il leur faudra mener leurs propres combats...

Pour d'autres, apeurés et impuissants dans leur propre vie, le rôle d'intervenant devient un moyen de compenser, en exerçant un contrôle et une influence considérable sur la vie des clients. De fait, l'idéalisation du thérapeute peut amener celui-ci à se sentir omniscient et omnipotent. De tels sentiments nourrissent une tendance vers l'agression, l'exploitation et la domination, ce qui peut alors se manifester par des tentatives de convertir le patient à ses croyances personnelles, religieuses ou philosophiques. Pour ces intervenants, renoncer à prendre le contrôle sur autrui et prendre le contrôle de soi est un impératif.

Suite à la page 6



Certains autres cherchent à satisfaire à travers l'intervention leur besoin d'exprimer tendresse et amour sans prendre le risque d'établir des relations égalitaires. Leur narcissisme et leur sentiment de grandeur les amènent à se croire investis de pouvoirs presque magiques. Ils abusent du fait que la relation d'aide favorise chez le client l'émergence de désirs de compréhension, d'amour, peut-être même de punition ou de gratification sexuelle. Ils basculent dans un rôle messianique et rêve plus ou moins consciemment à une secte dont ils seraient le gourou autoproclamé. Ils risquent de tomber de haut...

Même chez l'intervenant sain ne présentant aucune de ces prédispositions mentionnées, le travail de gestion du contre transfert demeure un grand défi (Imhof, Hirsch, et Terenzi, 1984 ; Scheffer, 1994 ; Weiss, 1994). Ce type de difficulté peut nécessiter un cheminement en profondeur et il faudra alors travailler sur soi. Plusieurs auteurs comme Young et Klosko (1995), de Héту (2000), de Cottraux et Balkburn (1995) et de Cottraux (2001) ont traité ce sujet et proposé des stratégies de base utiles à tous.

### Les stratégies d'adaptation

Rappelons-nous que les pensées et les sentiments que nous développons sur un problème sont aussi importants que le problème lui-même pour ce qui est de l'impact d'un événement sur notre vie. Ainsi, dans toute situation difficile, la stratégie gagnante consiste à s'observer attentivement et voir comment influencer positivement le cours des événements en utilisant efficacement la marge de manœuvre disponible. Voici quelques conseils, a priori banals, mais pourtant fort pertinents :

*Rappelez-vous vos bons coups. Cherchez de l'information de qualité. Faites place à la réflexion. Tenez compte de vos capacités actuelles. Évaluez bien l'effort à fournir. Évaluez bien les risques réels. Préparez-vous. Fixez-vous des objectifs réalisables. Apprenez ce que vous devez savoir. Répartissez les changements sur une certaine période lorsque vous en avez le choix. Libérez-vous pour ce qui est prioritaire.*

*Faites une bonne gestion de votre temps. Planifiez des activités agréables. Détendez-vous. Traitez-vous comme un(e) ami(e) plutôt que comme un ennemi. Évitez les pensées toxiques. Demandez-vous jusqu'où vous êtes prêt à aller. Révisez vos modèles. Choisissez votre entourage. Profitez des ressources des gens de votre entourage. Mettez le passé à sa place. Acceptez de faire des deuils.*

### Des solutions complexes

Les stratégies d'adaptation devront toujours être ajustées à la nature du problème. Les conseils évoqués précédemment sont pertinents mais ils peuvent toutefois amplifier la souffrance et la culpabilité en cas d'échec à les suivre. L'intervenant peut, par exemple, revivre ses problèmes de compulsion ou ses difficultés à mettre des limites dans les loisirs qu'il essaie de pratiquer. Se distraire devient alors une charge supplémentaire.

Gérer la souffrance n'est pas une tâche simple. L'intervenant devra donc régulièrement réexaminer la nature de sa tâche, ses conditions de travail, son style de vie et évaluer la satisfaction globale de ses besoins ainsi que l'état de son réseau de support. Il pourra également remettre en question ses critères d'estime de soi et ses propres attentes quant à son

rôle. Dans d'autres cas, particulièrement s'il se sent piégé dans la répétition de schèmes primitifs d'inadaptation, il devra résoudre les situations non réglées ou inachevées de son histoire personnelle et familiale. Il deviendra alors pertinent d'identifier par exemple les règles familiales au sujet de la gestion des conflits, au sujet du travail, de la performance, du rôle de sauveur, de la différenciation, soit l'habileté à être en contact émotionnel avec les autres tout en demeurant autonome dans son propre fonctionnement émotionnel. L'intervenant aura également avantage à évaluer sa capacité à être non réactif, c'est-à-dire à ne pas être poussé à réagir d'une façon prévisible, à sortir des triangles difficiles et établir de vraies relations de personne à personne.

Être intervenant, c'est endosser un idéal parfois inaccessible. Intervenir devient alors en partie une source de fatigue et de souffrance à cause justement de la comparaison inévitable entre ce que nous sommes et cet idéal inaccessible (Fortin, 1996). Ce rôle d'intervenant continuera d'être accompli par des êtres humains imparfaits qui devront toujours viser l'accessible plutôt que l'idéal, tout en tenant compte des attentes de leur client, du mandat que leur confie leur employeur, et du contexte dans lequel se déroule leur intervention. Ils ne devront jamais oublier non plus l'avertissement de Newman (2003) selon lequel il est parfois plus facile de tomber d'une montagne que d'y grimper...

Bruno Fortin, psychologue

### Références

- Bernier, Diane (1994). *La crise du burnout*. Ed. Stanké. Montréal. Québec.
- Cottraux, J. et Blackburn, I. (1995). *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 244 p. Ed. Masson. Paris. France.
- Cottraux, Jean (2001). *La répétition des scénarios de vie : demain est une autre histoire*. 284 p. Éditions Odile Jacob. Paris. France.
- Elliott, D. M. et Guy, J. D. (1993). « Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning » in *Professional Psychology: research and Practice*, 24(1), 83-90. New York: Free Press. Ed. New York.
- Fortin, B. (1996). « La fatigue normale de l'intervenant en santé mentale » *Psychologie Québec*, 13(5), 30-31. Québec.
- Grosch, W.N. et Olsen, D.C. (1994). *When helping starts to hurt: A new look at burnout among psychotherapists*. W. W. Norton & Company, Inc. New York
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. Wiley Ed. New York :
- Héту, Jean-Luc (2000). *Bilan de vie : quand le passé nous rattrape*. Chapitre 5. p. 51-61. ISBN 2-7621-2283-X
- Imhof, J., Hirsch, R. et Terenzi, R. e. (1984). « Countertransference and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction » in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 21-30.
- Newman, Cory F. (2003). *Thérapie cognitive de l'abus de substance*. Atelier présenté à Montréal le 7 novembre 2003, parrainé par Cogicor inc. Québec.
- Pines, A. M., Aronson, E. et Kafry, D. (1990). *Le burnout: se vider dans la vie et au travail*. Éditions Le Jour. Montréal, Québec.
- Saakvitne, K. et Pearlman, L. (1996). *Transforming the pain: a workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. W. W. Norton & Company Ed., 160 p.
- Scheffer, H. J. (1994). « Denial, ambivalence and countertransference hate » In *The Dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Levin, J. D. et Weiss, R. H. Eds. Jason Aronson Ed. 421-437. New Jersey.
- Weiss, R. Hl. (1994). « Countertransference Issues in Treating the Alcoholic Patient: Institutional and Clinician Reactions » in *The Dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Levin, J. D. et Weiss, R. H. (Eds). Jason Aronson: New Jersey. 407-420.
- Young, J. E. et Klosko, J. S. (1995). *Je réinvente ma vie*. Les Éditions de l'Homme, Montréal, Québec.



## La prévention en milieu scolaire

Dans un numéro récent de la revue du CCLAT (automne 2003), on pouvait lire un petit texte intitulé Un sondage soulève des doutes sur la prévention dans les écoles. On y explique que « Un sondage examinant les forces et les faiblesses des interventions communautaires face aux toxicomanies attribue des notes médiocres aux programmes de prévention des écoles ». De fait, le sondage repose sur des entrevues menées auprès de 40 personnes-clés affiliées au RCCET (Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies) et SEP (Santé et service de police en partenariat).

Devant une telle information, des questions de base se doivent d'être posées. Qui sont exactement ces informateurs-clés ? De quels programmes parlent-ils ? Programmes dispensés par quels intervenants ? Selon quelle approche ? À partir de quels critères ont-ils posé leur diagnostic ? Où est le problème selon eux ? Dans le fait de faire de la prévention à l'école ou parce que les programmes mis en place dans les écoles actuellement ne répondent pas à des critères de qualité ?

Toutes ces questions sont particulièrement importantes à l'heure où on lit dans un certain nombre de publications que c'est à l'école que doit se faire la prévention, en l'intégrant le plus possible aux activités quotidiennes de l'enfant. Santé-Canada a publié un document Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes: Compendium des meilleures pratiques dans lequel nous pouvons lire :

*« Les écoles sont des lieux extrêmement propices à une programmation universelle axée sur les jeunes, et elles doivent offrir des programmes appropriés à tous les niveaux. Étant donné le nombre d'enfants qui commencent à consommer dès l'âge de 12 ans, la prévention primaire doit porter une attention particulière aux élèves de 9 ans et 10 ans. »*

Tout récemment, au Québec, dans la même foulée, et s'appuyant aussi sur une revue de littérature étoffée et internationale, le Programme national de Santé publique retient comme mesure efficace pour la prévention auprès des jeunes, l'implantation dans toutes les écoles du Québec du programme « Écoles en santé ». Ce programme, d'approche globale, devrait viser plusieurs thèmes dont les comportements pacifiques, les rapports égalitaires filles-garçons, la sexualité, la violence, les toxicomanies, etc.

Voici donc encore un dossier que tous les planificateurs de services et intervenants en prévention vont devoir suivre de près et pour lequel la recherche de cohérence va devoir primer !

Marie-Thérèse Payre

# DROGUES DE RUE ET DROGUES PRESCRITES POUR LES JEUNES : À LA RECHERCHE DE LA COHÉRENCE

Le Bureau de Consultation jeunesse de Montréal (BCJ) compte à son actif plus de 33 ans d'intervention et d'action auprès des jeunes en difficulté. Ses principaux territoires d'intervention sont Montréal, Laval et la Rive Sud. L'organisme a été dans le passé (dès les années 70) et il est encore aujourd'hui, un terrain d'expérimentation de nouvelles pratiques. Rappelons-nous seulement les travaux communautaires, la première clinique jeunesse au Québec et bien d'autres initiatives qui ont été par la suite reprises par les milieux. En ce qui concerne le phénomène des drogues, le BCJ avait d'ailleurs largement étayé son approche dans une publication intitulée « Les drogues : des choix à faire », en 1990. Le Bureau de Consultation jeunesse privilégie toujours une approche globale, c'est-à-dire sur l'ensemble de la réalité d'une personne et il reconnaît à cette dernière d'être l'expert tant dans la définition de sa réalité que dans le choix des actions à entreprendre.

## Des constats inquiétants

Aussi, lorsque nous avons été approchés pour faire un article sur notre vision de l'usage de la drogue dans l'univers actuel des jeunes, nous nous sommes demandés si nous étions les mieux placés pour écrire cet article. Bien de l'eau a coulé sous les ponts depuis la publication de « Les drogues : des choix à faire » et les réalités ont bien changé. Aujourd'hui nous nous retrouvons face à un réseau de services en toxicomanie beaucoup plus organisé et structuré que par le passé, mais nous constatons en même temps que le recours à la médication de type psychotrope ne cesse d'augmenter. Aussi, nous demander de parler de consommation de psychotropes en 2003 nous oblige, du moins au BCJ, à questionner non pas seulement le rapport à la consommation de drogues illégales mais également le recours à la médication qui ne semble pas encore questionnée très fortement par les milieux. Cela nous oblige également à porter attention à la cohérence des messages véhiculés tant à la télévision que dans nos politiques et pratiques. A l'instar du psychiatre américain Peter Briggan, dans son livre *Toxic Psychiatric* publié aux éditions St-Martin qui fait état des liens qui existent entre les jeunes à qui on a prescrit du ritalin® et le développement d'une dépendance accrue à la cocaïne, nous nous questionnons sur la facilité que nous avons comme société à avoir recours à la pilule miracle et au message qu'une telle attitude adresse alors aux jeunes.

De plus en plus, les jeunes qui fréquentent le BCJ (jeunes et jeunes adultes) consomment

des stabilisateurs d'humeur, des antidépresseurs, des anxiolytiques. Les connaissances sur la pharmacopée de bon nombre de ces jeunes dépassent celles de bien des intervenants. Ils consomment souvent en concomitance des drogues illégales et des psychotropes légaux. Cette situation nous préoccupe énormément et nous aimerions que cette préoccupation soit aussi celle des institutions. Certaines questions demeurent, à notre avis, sans réponse. Prenons seulement l'exemple du ritalin® et les questions que soulève la prise de ce médicament au sein des écoles. À quoi et à qui sert-il exactement ? Peut-on affirmer que son usage n'est pas abusif ? Les corrélations entre la consommation de ce type de médicament et un usage ultérieur de drogues sont-elles connues ?

## De quels jeunes parlons-nous ?..

La majorité des jeunes que nous côtoyons au BCJ proviennent de la rue ou des Centres Jeunesse. Pour la plupart, ils ou elles se retrouvent sans fratrie et véritablement seuls dès 18 ans, car il n'y a pas de transition pour eux au sortir du système qui les avait pris en charge jusqu'à leur majorité. Ayant été à la marge dès le début de l'adolescence, la plupart de ces jeunes se retrouvent à l'âge adulte sans avoir terminé leur secondaire. Cependant l'expérience de toutes ces années, nous a aussi permis de constater que pour beaucoup d'entre eux la consommation ne pose pas nécessairement de problèmes, en termes de dépendance ou de santé physique ou mentale. Chez ceux ou celles qui disent avoir des problèmes nous remarquons que le rapport à la consommation a quelque peu changé. Dans leur cas la consommation est intégrée au mode de vie, elle ne se retrouve pas uniquement dans son caractère festif ou de lâcher prise ou encore dans une consommation de gang. La consommation est individuelle et, tout comme la cigarette et le café au réveil pour certains, la consommation de drogues fait partie des rituels quotidiens. La substance la plus consommée est le cannabis, plus que toutes les autres drogues, à l'exception de médicaments dûment prescrits. Nous avons également été en mesure de constater que dans ce groupe, nous retrouvons des jeunes qui ont eus des prescriptions de médicaments de types psychotropes.

Aussi, lorsqu'un jeune nous parle de sevrage ou encore de toxicomanie et de dépendance, la première question qui nous vient à l'esprit est celle-ci : pouvons-nous aborder la consommation de drogues sans tenir compte de cette importante problématique qu'est le recours à la pilule miracle ? À quoi est-il dépendant ? Ce phénomène de consommation de psychotropes

dûment prescrits et de façon aussi généralisée est relativement nouveau et nous semble en augmentation. Cette situation pose de nombreux problèmes tant au niveau de l'éthique que de la pratique et elle devrait, selon nous, préoccuper davantage les institutions et tous ceux qui s'intéressent à la situation des jeunes.

Comme société, nous aurions tout avantage à nous préoccuper de nos messages concernant les drogues car ils sont très contradictoires. Ainsi, sur le cannabis, nous avons simultanément un débat social et des propositions sérieuses de légalisation (remettant les choses dans une perspective très juste) de la part d'un sénateur, mais aussi des écoles qui continuent à adopter et pratiquer des politiques de tolérance zéro vis-à-vis des drogues.

## La fameuse question de la corrélation entre la consommation des parents et celles des enfants !

Notre expérience ne nous permet pas de voir s'il y a corrélation entre la consommation des parents et celle des jeunes, mais nous sommes cependant bien placés pour constater les failles dans la planification des services et la prévention et leur impact sur la situation des jeunes. Ceux que nous rencontrons, malgré leur longue trajectoire à l'intérieur des services sociaux, n'ont pour la plupart jamais eu une prise en charge globale de leur situation. Les services qui leur ont été dispensés ont été axés uniquement sous l'angle des problèmes de comportements, sans répondre aux demandes de support thérapeutique des jeunes. Le Bureau de Consultation jeunesse a déjà attiré l'attention des décideurs concernant les services aux jeunes en centre d'accueil via la publication d'un dossier noir, publication qui remonte à douze ans maintenant. Notre participation aux Chantiers Maltais concernant les jeunes en grande détresse insistait également sur ce manque de support aux jeunes en difficulté, à cause d'une approche trop axée sur la modification de comportements et la responsabilisation. La plupart des jeunes avec qui nous travaillons ont dû faire le deuil d'une famille mais ils n'ont pas été accompagnés sur cette dimension de leurs problèmes. Très peu de place a été accordée à l'immense détresse et angoisse qu'une telle situation a pu créer et aux besoins d'une prise en charge familiale. Nous avons constaté au fil des ans la réduction des services à la famille qui, spécifions le, n'est pas l'addition d'individus mais bien une cellule en soi avec sa propre dynamique et ses propres mécanismes de survie. Aujourd'hui, bien des parents nous demandent de tels services. Leurs jeunes sont pris en charge par les



# QUAND CHANGER D'AIR

Centres Jeunesse et les parents sont souvent dirigés, hélas, vers d'autres ressources qui, à leur tour, hésitent à leur offrir des services puisque leur jeune est déjà pris en charge par un établissement. Dans un tel contexte, pouvons-nous vraiment oser parler d'intervention et de prise en charge familiale? Des services si fragmentés ne présupposent-ils pas d'une réponse tout aussi fragmentée? Ce système, d'abord et avant tout axé sur l'individu, ne prend que très rarement en compte le milieu (sauf pour l'analyse du problème) et réduit souvent l'intervention familiale à une intervention individuelle de groupe. Les jeunes avec qui nous travaillons aujourd'hui sont passés par ce système et ils ont souvent recours à la rue et à la drogue pour pallier ce vide et ce manque de réponse, malgré leur long passage dans le réseau de services. La question du lien de consommation du jeunes avec celle du parent, nous amène encore à nous demander « de quelle consommation parlons-nous? » Beaucoup de jeunes ont des parents qui prennent des médicaments psychotropes légaux. Quel support ont ces jeunes? Lors de l'intervention auprès d'un jeune prend-on cette réalité en compte? Exclure cet élément de l'analyse de la consommation du jeune revient à considérer la consommation de drogues chez les jeunes comme étant strictement une question de comportements ou encore de mauvaises habitudes. Nous pensons qu'il est temps que l'ensemble du système se sente concerné par ce volet et que l'on examine non pas seulement le recours aux drogues illégales mais également notre facilité de consommer tant au niveau légal qu'illégal. Peut-être y trouverions nous une partie de réponse concernant la surconsommation?

En conclusion, nous voulons rappeler qu'il est urgent de faire en sorte que la spécialisation des champs de compétences n'ait pas pour effet d'accroître encore le morcellement des interventions. Nous sommes convaincus, par nos observations sur le terrain, qu'il faut revenir à une analyse et une approche globales des situations où la personne définit elle-même le problème et participe au choix des solutions mises en place. Notre vision de la toxicomanie doit inclure l'ensemble des substances (prescrites donc légales et illégales) et mobiliser tous les acteurs concernés. Notre objectif ultime devrait être celui de la cohérence tant dans l'intervention que dans les messages dont nous sommes tous porteurs.

**Claudine Lorrain**

Bureau de Consultation Jeunesse de Montréal



**L**e monde où gravit Julien est empreint de fumée, de mensonges, de fuites et de délits. Aujourd'hui pourtant, pendant que ses amis « vedgent » pour récupérer de la défonce d'hier, Julien transpire, court, tombe et... se relève pour repartir. Il en est à sa deuxième journée d'expédition en trottinette des neiges, en plein cœur de la forêt Laurentienne. Ni le froid, ni la neige ne font obstacle à ces moments d'intensité qu'il est en train de vivre avec six autres jeunes venus, comme lui, vivre autre chose, pour se rebrancher sur eux-mêmes. Bien qu'exténué, Julien se sent vivant comme cela ne lui était pas arrivé depuis longtemps!

En fait, Julien participe à un volet du programme destiné aux adolescents surconsommateurs de psychotropes, offert par le Centre André Boudreau, centre de réadaptation en toxicomanie de la région des Laurentides. Permettre à des jeunes de vivre une activité intensive de thérapie par le plein air a démontré son efficacité au cours des années.

## Historique du programme

C'est depuis 1992 que le Centre André Boudreau s'intéresse au plein air comme outil thérapeutique. Au début, le centre organisait seulement quelques sorties par année, à mêmes ses ressources. L'impact de ce type d'activités est apparu assez vite concluant et les résultats probants. Cependant, il a fallu attendre 1999 et des développements budgétaires adéquats pour que le Centre Boudreau puisse inscrire dans sa programmation jeunesse une activité intensive de 7 jours visant à faire vivre aux adolescents une expédition thérapeutique. Dès lors, les sorties se font de façon systématique, à raison de une (1) expédition par mois et une équipe d'intervenants est assignée au développement de l'expertise de l'intervention par la pratique du plein air.

Quelques mois plus tard, il fallut se doter de mécanismes assurant la sécurité et le bon déroulement des expéditions. En décembre 2002, les dirigeants du centre ont signé une entente de collaboration avec la base de plein air Cockanagog, de Ferme-Neuve dans les Hautes Laurentides. Ainsi, chaque départ d'expédition se fait dans un environnement vaste mais connu et des mesures d'urgence sont mises en place pour répondre dans un délai très court à d'éventuelles situations critiques. Cette entente implique également que les expéditions sont dirigées conjointement par un guide de plein air de Cockanagog et un intervenant du Centre André Boudreau.

## Les jeunes mais aussi les parents

Le programme s'adresse à tout jeune de 13 à 18 ans dont la surconsommation de psychotropes affecte le fonctionnement personnel et social. Les jeunes sont référés par leurs parents, l'école, un intervenant social ou le système judiciaire. Tout adolescent participant à un intensif de plein air est inscrit dans une démarche de réadaptation et accepte, dans son plan d'intervention, de s'engager dans une expédition afin de réaliser ses objectifs de traitement. Cette activité thérapeutique peut être vécue soit en début de démarche, soit après un certain cheminement dépendamment des objectifs poursuivis. Ainsi, il peut même arriver qu'un jeune participe à plus d'une expédition dans l'ensemble de sa démarche de réadaptation. Chacune des expéditions devra être associée à la poursuite d'objectifs spécifiques en lien avec les étapes de cheminement du jeune.

Fait important à souligner, les parents des jeunes qui partent en expédition sont appelés, tout au long de la démarche, à s'impliquer aussi. Il y a des rencontres préparatoires, ainsi qu'une rencontre bilan-photos au retour de l'expédition.

## Le programme de la thérapie par le plein air

L'idée à la base de ce programme est de parvenir à rejoindre les jeunes surconsommateurs sur des caractéristiques qui leur sont propres: recherche de la nouveauté, de l'intensité et besoin de se confronter à eux-mêmes. Toutes les sphères de la vie de ces jeunes sont affectées par la surconsommation. Ils perdent le contrôle de leur consommation mais ils se perdent eux-mêmes aussi.

Sortir d'un milieu où l'ensemble de la vie s'organise autour de la consommation pour se retrouver dans un contexte inconnu, extrême et dans des conditions climatiques parfois hostiles, favorise le retour aux sources et surtout à soi-même. Offrir ce que tout adolescent recherche, soit des expériences nouvelles, intenses, mais aussi échanger avec d'autres; apprendre à se connaître; à dépasser ses limites pour se réaliser et tout cela, sans les méfaits de la surconsommation, voilà ce qui est proposé à ces jeunes. Pour la plupart des participants, il s'agit également de reprendre contact avec leur corps longtemps bafoué, de se rebrancher sur soi, sur leurs valeurs. Toutes des choses dont ils se sont éloignés par leur consommation...

Une autre particularité de ce programme est qu'il priorise quand même les services en externe afin de maintenir le jeune fonctionnel



# DEVIENT NÉCESSAIRE !

dans son milieu. Ainsi, l'intensif plein air se veut un volet d'activités, inscrit dans un continuum de services s'adressant à l'adolescent et sa famille, pour réduire les méfaits de la consommation et augmenter la qualité de vie.

## Contact avec la nature...

### Contact de chacun avec sa nature...

L'intervention par la pratique du plein air se veut une expérience psycho-éducative où le milieu de vie et le vécu du groupe sont utilisés pour intervenir auprès de l'adolescent. Aller jusqu'au bout de l'expédition, vivre une période d'abstinence, dépasser ses limites physiques et relationnelles, apprendre à reconnaître ses besoins de base et s'organiser pour y répondre, se responsabiliser face à ses choix...voilà autant de défis que doit relever chaque participant à une expédition. Il vit enfin des succès et il pourra retourner dans son milieu enrichi d'une confiance en soi sur laquelle se reconstruire.

En fait, la thérapie par le plein air débute bien avant l'expédition. Elle commence dans le bureau de l'intervenant lorsque ce dernier et l'adolescent conviennent d'un plan d'intervention et que l'expédition y est identifiée comme un moyen d'atteindre les objectifs fixés. L'étape suivante est celle d'une rencontre préliminaire avec le groupe, où les jeunes nomment leurs attentes personnelles. L'intervenant indique alors les modalités de l'expédition et on fixe à chaque jeune un objectif personnel à travailler pendant la semaine de thérapie. On vise le savoir (connaissance de soi), le savoir-être (comportement) et le savoir-faire (habiletés sociales) afin que l'adolescent soit plus fonctionnel à son retour dans son milieu.

La préparation avant le départ représente une autre étape importante. Il s'agit de rencontrer les parents pour les informer sur les modalités entourant la réalisation de l'expédition et de planifier et organiser les détails logistiques comme la nourriture et le matériel. C'est déjà le début de la thérapie puisqu'un contrat de groupe est élaboré et les jeunes s'engagent à le respecter. L'intervenant travaille sur la cohésion du groupe et installe le climat thérapeutique. Très tôt, on voit se définir les rôles adoptés par chacun et on peut identifier déjà les défis que le groupe aura à relever pendant la semaine de l'expédition.

Enfin, le matin du départ! Certains vivent de l'insécurité face à l'inconnu, alors que d'autres, avides d'expériences nouvelles, débordent d'excitation. Chose certaine, tous sont fébriles...

Que ce soit en traîneaux à chiens, en skis de fond, en raquettes de montagne, en randonnée pédestre, en canot camping ou kayak de mer, chaque journée d'expédition apporte son lot de défis et d'apprentissages. Il faut s'organiser, faire des efforts, acquérir des habiletés, oublier sa souffrance pour continuer à avancer... Il faut aussi utiliser ses forces, vaincre sa peur, apprendre à vivre en groupe, répondre à ses besoins, se responsabiliser. Le soir venu, autour d'un feu, dans une ambiance unique, tous s'installent pour... la thérapie et l'intégration des apprentissages en lien avec les événements de la journée et leurs objectifs personnels. Ainsi, chaque jour permet d'approfondir la connaissance d'un besoin de base (plaisir, appartenance, survie, liberté, pouvoir) en plus d'identifier un moyen adéquat (autre que la consommation) pour combler ce besoin.

Une semaine après le retour, les jeunes se retrouvent, accompagnés de leurs parents, pour une rencontre bilan. Ils y présentent leur cheminement par le biais des photos qui ont été prises pendant toute la semaine. On en profite également pour vérifier comment se déroule la consolidation des acquis dans leur milieu.

Récent, ce programme n'a pas fait l'objet d'une compilation scientifique quant aux résultats atteints. Cependant, des observations ont été relevées et elles vont toutes dans le sens de l'atteinte des objectifs. On peut parler de l'augmentation de l'estime de soi, de la connaissance de soi, de la prise en charge... Les parents rapportent une meilleure implication dans les responsabilités familiales, plus de facilités à l'effort, un plus grand sens des responsabilités, des regains d'énergie, un rapprochement avec les parents et une reprise d'espoir.

**Quand Julien est revenu de son expédition, ses parents sont surpris par son enthousiasme et son débordement d'énergie malgré la fatigue évidente. Ils ont même l'impression qu'il a grandi de plusieurs centimètres. En fait, c'est la fierté, la satisfaction d'être allé jusqu'au bout et la confiance en lui qui l'amènent à se tenir la tête bien haute...**

Manon Clavel, intervenante  
Service jeunesse  
Centre André Boudreau



## La stratégie canadienne anti-drogue, la suite...

Une autre composante de la Stratégie canadienne anti-drogue est en train de se mettre en place. Comme annoncé il y a quelques mois (Écho-Toxico, vol.13, n° 2), Santé-Canada met en branle de nouvelles activités de recherche afin de « mieux cerner les tendances en matière de drogues pour favoriser les processus décisionnels ».

Ainsi, un forum sur la recherche sur l'alcool et les drogues illicites s'est tenu en octobre dernier à Kanata (Ontario). Soixante dix chercheurs se sont donc entendus sur les 9 priorités de recherche qu'ils devront suivre pour mieux connaître les causes et mieux comprendre les conséquences des abus d'alcool et de drogues.

La composante-clé de ce programme de recherche est le partenariat avec les intervenants, ce qui n'a rien pour nous surprendre ici au Québec où le RISQ (Recherche et interventions sur les substances psychoactives du Québec) a donné le ton depuis plusieurs années.

Les 9 priorités rejoignent aussi les préoccupations des milieux impliqués en toxicomanie. Les voici :

- Le traitement et la prévention de la rechute,
- Les différences selon les sexes et leurs influences,
- La promotion de la santé, la prévention et la politique pour un public en santé,
- Les peuples autochtones,
- La conception et l'évaluation des systèmes,
- Les tendances d'usage et de dépendance (épidémiologie),
- Les populations et les facteurs protecteurs,
- La diffusion et le transfert des connaissances,
- La biologie de l'usage des substances et la toxicomanie.

Les participants ont aussi entériné que ces recherches doivent être interdisciplinaires et transcender la science fondamentale et clinique. À suivre absolument.



# ▲▲▲ PROVOQUER LE CHANGEMENT PAR LES GESTES ET LA PAROLE

Les organismes en toxicomanie se penchent presque quotidiennement sur la question de la transmission d'information. Ils communiquent avec la population, d'autres professionnels, des bénévoles ainsi qu'avec des décideurs dans le but de les inciter à adopter certains comportements (participation, pratiques, etc.) ou à prendre des décisions (financement, adoption de programmes, etc.). Force nous est de constater que la seule transmission d'information objective sur l'ampleur des enjeux ou sur les caractéristiques d'un programme ne provoque des changements qu'auprès d'un nombre limité de personnes.

Les organismes qui réussissent analysent les facteurs déterminants des comportements afin d'élaborer des stratégies visant leur adoption volontaire. Ils s'efforcent ensuite de créer les conditions favorables à l'adoption de ces comportements ou décisions, notamment pour atténuer les obstacles. Enfin, ils communiquent efficacement en faisant valoir les avantages de ces comportements ou actions, ainsi que l'adhésion d'un nombre grandissant de personnes.

Ces quelques pratiques s'inspirent des principes du marketing social dont la définition suivante (traduction libre), l'une des plus récentes, semble faire consensus dans le domaine :

« Le marketing social se définit par le recours aux principes et techniques du marketing dans le but d'amener un public cible à accepter, rejeter, modifier ou délaisser volontairement un comportement, dans son intérêt, dans l'intérêt d'un groupe ou de l'ensemble de la société. » (Kotler et coll., 2002)

Par les gestes et la parole, une démarche de marketing social permet de rendre le comportement ou le programme proposé plus attrayant, facile d'accès et populaire (selon la formule consacrée « *Make it fun, easy and popular* » de W.A. Smith, 1999).

« Plusieurs personnes ou groupes sont choqués à l'idée d'appliquer le marketing à des fins éducatives ou sociales » (de Guise, 1991). Les termes « marketing » et « social » semblent en effet incompatibles, notamment parce que certains ne voient dans le marketing qu'un exercice de manipulation ou un processus excluant les premiers intéressés, ce qui va à l'encontre des principes de mobilisation communautaire

(Andreasen, 2002). On accuse aussi le marketing social de mettre une responsabilité indue sur le dos des gens. Enfin, certains s'interrogent sur la relation de cause à effet établie entre le marketing commercial et les enjeux sociaux, sanitaires et environnementaux de notre époque.

Ces réticences relèveraient plus de l'ignorance et du préjugé que d'une évaluation éclairée du processus en cause. Les principes et les techniques du marketing social cherchent à tenir compte des particularités des publics ainsi qu'à veiller à créer des conditions attrayantes et facilitantes d'adoption de comportements. Le marketing social n'exclut pas d'emblée la participation des premiers intéressés au processus ni l'influence de décideurs pour agir sur des déterminants de la santé ou sur des politiques publiques.

Afin d'aider les intervenants en toxicomanie à développer leurs connaissances et leurs compétences en la matière, une formation sur le marketing social et les communications, intitulée « ORGANISMES EN TOXICOMANIE : COMMUNIQUEZ ! », se tiendra à Longueuil le 7 mai 2004, de 9h à 17h. La formation regorgera de conseils pratiques sur la façon d'aborder les changements de comportement et l'influence de décideurs, ainsi que sur la mise en œuvre de communications efficaces.

**François Lagarde**

Expert-conseil en marketing social  
et en communications

Pour plus d'information, consultez la page Web de l'AITQ : <http://www.aitq.com/activite/format/htm>

#### Références :

- Andreasen, A.R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 3-13.
- De Guise, J. (1991). Le marketing social. Dans M. Beauchamp, *Communication publique et société – Repères pour la réflexion et l'action* (pp. 285-333). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Kotler, P., Roberto, N. et Lee, N. (2002). *Social Marketing – Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Maibach, E.W. (2002). Explicating social marketing : What is it, and what isn't it? *Social Marketing Quarterly*, 8(4), 6-13.
- Smith, W.A. (1999). Marketing with no Budget. *Social Marketing Quarterly*, 5(2), 6-11.



- ◆ Le syndicat des employés de magasins et de bureau de la Société des Alcools du Québec (SEMB-SAQ) dit partager les inquiétudes des chercheurs de l'Institut national de santé publique (INSPQ) quant aux effets potentiels des pratiques commerciales de la SAQ sur la santé de la population québécoise. Par la voix de son président, monsieur Martin Charron, le SEMB-SAQ se questionne sur l'éthique de la SAQ et le discours selon lequel il y aurait encore de la place pour augmenter la consommation d'alcool au Québec. Rappelant que la SAQ a été créée pour contrôler la vente d'alcool, M. Charron considère que l'organisme se comporte davantage comme une entreprise privée... Cela rappelle un autre dossier, non ?
- ◆ Justement, tiens ! Loto-Québec ne peut pas à la fois s'occuper de faire la promotion des jeux de hasard et éduquer les gens quant aux risques liés à cette pratique, c'est ce qu'affirme la Coalition pour le jeu responsable (CJR). Cet organisme nouvellement mis sur pied s'est donné comme mandat de proposer au gouvernement du Québec des solutions pour réduire les méfaits du jeu compulsif. Sans vouloir choquer personne, ce nouvel organisme sait-il qu'il y a au Québec plusieurs instances capables de tenir ces discours (le MSSS, l'INSPQ, des chercheurs universitaires, etc.) mais que c'est plutôt l'oreille qui semble faire défaut au gouvernement???
- ◆ Une employée de la Banque Laurentienne avait été congédiée en 1998 après avoir volé 2500\$ alors qu'elle avait des problèmes de jeu pathologique. Son syndicat a obtenu l'annulation du congédiement (remplacé par 22 mois de suspension) et la Cour suprême du Canada a refusé d'entendre la Laurentienne qui contestait la décision.
- ◆ Le ministre des Finances du Québec s'attend à recevoir 75 millions de plus que l'an dernier en dividendes de la société d'État. C'est donc avec la bénédiction du gouvernement que Loto-Québec a décidé de ne pas réduire le nombre de vidéopokers dans les bars... Logique, ce sont ces machines qui créent le plus de dépendances et font rentrer le plus d'argent dans les caisses...
- ◆ Une personne itinérante de moins de 30 ans sur trois, à Québec, présente un problème de jeu pathologique. La proportion est de une personne itinérante sur 10 chez les plus de 30 ans. Ainsi, le jeu pathologique s'inscrit dans les nouvelles problématiques dont il faut tenir compte lorsqu'on parle de l'itinérance.

## (Petites nouvelles brèves)

- ◆ Selon quels critères analyse-t-on l'art d'être parent ? Les règles familiales, les autorisations, la supervision et l'apprentissage des conséquences. Pour tout ça, il faut expliquer et tenir son bout. Or, d'après une étude sur l'univers social des adolescents, seulement 30 % des parents québécois en sont capables. Et les autres ? À part un 10 % trop autoritaire, les autres parents seraient trop tolérants, ce qui donnerait des jeunes très intolérants... à la frustration. À méditer...
- ◆ La thérapie du flash-back est remise en cause. Alors que ces thérapies de groupe (où plusieurs personnes ayant subi un traumatisme semblable racontent leurs émotions face au choc ressenti) sont considérées comme un des meilleurs traitements pour éviter le syndrome du stress post-traumatique, des experts américains, réunis par l'American Psychological Society, ont exprimé des doutes sur les effets bénéfiques de cette pratique. Par ailleurs, selon des chercheurs hollandais le « trauma debriefing » n'aurait aucune incidence positive sur le rétablissement des victimes, il aurait même plutôt tendance à interférer avec la réaction naturelle et ralentirait même le mécanisme de guérison...
- ◆ Des chercheurs suédois ont découvert que l'injection d'un placebo à une personne à qui on promettait un analgésique (pour soulager sa douleur) entraînait une libération de dopamine et d'endorphines endogènes, substances qui miment l'effet de la morphine... À la demande de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, un des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), une équipe de chercheurs va se pencher sur l'effet placebo pour tenter d'en comprendre les mécanismes sous-jacents... Cependant, à la lumière de l'expérience suédoise on peut comprendre pourquoi ce genre de recherche se heurte particulièrement à des contraintes et règles d'éthique !
- ◆ En 1998, il y a eu à Montréal un seul cas de syphilis. En 2003, on en prévoit une centaine, surtout dans la population homosexuelle. Le Dr Réjean Thomas était très inquiet au début 2003 face à 10 cas, ses craintes ont augmenté... Une telle propagation est déjà observée dans certaines villes aux États-Unis.
- ◆ Alors que les centres d'hébergement pour sans-abri refusent les personnes qui s'y présentent intoxiquées, le gouvernement fédéral étudie la possibilité de financer des résidences pour alcooliques et toxicomanes, incluant des salles d'injection supervisées. L'éventuelle initiative fédérale qui s'appuie

sur le concept de la réduction des méfaits soulève l'indignation de certains députés qui craignent que rendre la vie plus facile aux toxicomanes ne soit qu'un encouragement à la consommation.

- ◆ À défaut de convaincre, on va contraindre... C'est probablement le raisonnement qui sous-tend le projet de cours d'écoles sans fumée... Sous la bannière de la recherche de cohérence, on renforce les mesures anti-tabac... « Pas grave, disent certains jeunes, le pot va être légalisé... » Cherchez la cohérence !
- ◆ Le Manitoba pourrait devenir la première province canadienne à interdire à tous les travailleurs de fumer, qu'ils travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur. Certains disent que cela ferait du Manitoba la province la plus progressiste au Canada. D'autres affirment que ça ressemblera plutôt à l'Allemagne nazie. Et vous, qu'en pensez-vous ??

### Ça me travaille...



La démonstration des liens entre les problèmes de santé mentale et la consommation de psychotropes n'est plus à faire, d'où l'intérêt de ce programme de prévention et dépistage des maladies mentales en milieu de travail. ÇA ME TRAVAILLE est un projet-pilote de la Fondation des maladies mentales, il consiste en une série d'ateliers de formation et de conférences-midis pour les employés et les gestionnaires, sur les maladies mentales et leurs symptômes. Ce programme vise à fournir les outils pour dépister et agir rapidement.

Au Canada, des troubles de santé mentale expliqueraient 35 % des absences au travail. On estime qu'un seul cas de dépression équivaut à la perte de 40 jours de travail. Les employeurs prenant de plus en plus conscience du poids humain et économique de ces problèmes (4 milliards de \$ pour le Québec), on comprend l'intérêt suscité par le programme.

Ainsi, plus de 1000 dirigeants et employés ont été formés. Les compagnies qui ont accueilli le programme sont Hydro-Québec, la Société des transports de Montréal, Urgences-Santé, etc.

C'est la dépression qui a été le principal sujet abordé lors des formations.

Pour plus de détails sur ce programme, visitez le site :

[www.fmm-mif.ca](http://www.fmm-mif.ca)

## Perspective de santé publique sur les pratiques commerciales de la SAQ

- Morin, R., April, N., Bégin, C., Quesnel, G. (2003). État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des Alcools du Québec. Perspective de santé publique. Institut national de santé publique.

Préoccupé par la progression constante de la consommation d'alcool dans la population québécoise mais aussi par les pratiques commerciales de la SAQ, les directeurs de santé publique ont demandé à l'Institut national de santé publique de fournir un éclairage scientifique et documenté sur l'évolution de la consommation d'alcool au Québec et les impacts éventuels des stratégies commerciales de la SAQ.

Les auteurs du rapport documentent l'augmentation de la consommation d'alcool moyenne hebdomadaire et de la consommation à risque. Ils font ressortir aussi que la consommation des jeunes est particulièrement préoccupante. Ainsi, chez les adolescents âgés de 15 à 17 ans la proportion de buveurs augmente de façon constante depuis le milieu des années 1980.

Depuis quelques années, la SAQ intensifie ses pratiques commerciales (multiplication des points de vente, rabais sur achat de gros volume, bons de réduction, cadeaux après achat, etc.). On observe aussi la diminution du contrôle exercé par l'État sur l'accessibilité à l'alcool. Selon une étude canadienne cette situation prévaut partout où les monopoles d'État affichent une hausse des revenus.

<http://www.inspq.qc.ca>

## Un nouvel outil en prévention pour parler des drogues avec les jeunes !

### TROUSSE DE PRÉVENTION POUR LES INTERVENANTS JEUNESSE

La trousse comprend : un guide d'activités pour les intervenants jeunesse, cinq affiches en vinyle souple et en couleurs, grand format (44 po x 36 po).

Prix : 25 \$ + 15 \$ de frais d'expédition et de manutention = 40 \$

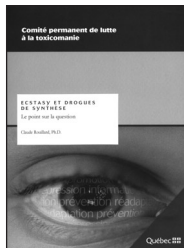
Disponible à l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc.

Tél. : 450-646-3271

# L comme Lire...

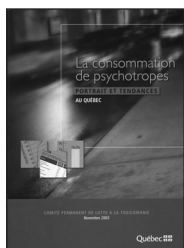


Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). Ecstasy et drogues de synthèse: le point sur la question. Gouvernement du Québec. Québec.



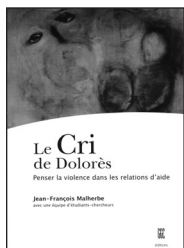
Dans ce document, l'auteur, (Claude Rouillard, docteur en neurobiologie) met en relief la situation préoccupante de la consommation de ces drogues puissantes que sont les drogues de synthèse. On y apprend que ce n'est pas seulement l'ecstasy qui est très populaire mais toute la grande famille des amphétamines ainsi que d'autres drogues connues sous le vocable de drogues de synthèse. L'auteur présente aussi la situation à l'échelle mondiale, la vulnérabilité des clientèles touchées et les effets à court, moyen et long terme. De quoi voir différemment les « party rave » !

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). La consommation de psychotropes: portrait et tendances au Québec. Gouvernement du Québec. Québec.



Basé sur des enquêtes épidémiologiques, ce rapport fait le portrait de la situation à partir des publications d'une dizaine d'organismes québécois ou canadiens en lien avec le secteur de la toxicomanie. Il s'attarde davantage sur la question de l'alcool.

Malherbe Jean-François (2003). Le cri de Dolorès, penser la violence dans les relations d'aide. Éditions CGC. Sherbrooke, Québec.



Cet ouvrage, écrit avec une équipe d'étudiants-chercheurs du Diplôme de 2<sup>ème</sup> cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, est un manuel qui propose des outils concrets pour réfléchir sur les rapports entre la souffrance et la violence dans les pratiques cliniques.

DANS LE CADRE DE SON MANDAT D'ÉVALUATION DU PROGRAMME EXPÉRIMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE, L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) A PRODUIT UN ENSEMBLE DE RAPPORTS (9) QUI SONT DISPONIBLES EN VERSION INTÉGRALE SUR LE SITE WEB DE L'INSPQ: <http://www.inspq.qc.ca>

Voici une brève présentation de certains de ces rapports qui nous semblent particulièrement utiles pour qui veut comprendre le phénomène du jeu pathologique :

Caux, C. (2003) Les politiques publiques en matière de casinos et de loteries instantanées. Le cas du Québec, de l'Ontario et de l'Australie. Institut national de santé publique du Québec. Québec.



Après avoir légalisé les jeux de hasard et d'argent, les pays ou provinces étudiées se préoccupent plus de rentabilité économique que de santé publique. La mise en place de sociétés d'État pour gérer l'offre de jeu ne favorise pas forcément une gestion cohérente de la situation. Le rapport fait ressortir les éléments de confusion et se termine sur la recommandation d'une remise en question de fond.

Chevalier, S. (2003). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 4. Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement de problème de jeu-Rapport préliminaire. Institut national de santé publique du Québec. Québec.



On ne naît pas joueur de jeu de hasard et d'argent, on le devient. Ensuite, pourquoi continuer à jouer? Présentation des déterminants et des caractéristiques intrinsèques des jeux qui favorisent la répétition des comportements.

Papineau, É. & Chevalier, S. (2003). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 3. Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives. Institut national de santé publique du Québec. Québec.



Une revue de littérature qui présente onze évaluations de programmes de prévention (primaire et secondaire). On y retrouve les initiatives habituelles en prévention, de la ligne téléphonique au programme d'auto-exclusion.

Tous ces programmes ont souvent en commun le fait de n'avoir pas été évalués de façon systématique. D'où quelques conclusions à tirer en regard de la nécessité non seulement d'évaluer mais de bien évaluer.

Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É. & Kimpton, M.-A. (2003). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 8. Le point de vue des usagers. Institut national de santé publique du Québec. Québec.



Des usagers ont accepté de donner de leur temps, leur émotion et leur espoir pour présenter leur perspective des services reçus dans le cadre du programme expérimental sur le jeu. Cette présentation des problèmes, des besoins, des attentes et

de la variété des situations est un outil pertinent pour qui veut comprendre et agir...

Chevalier, S., Papineau, É. & Geoffrion, C. (2003). Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 9. Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent. Institut national de santé publique du Québec. Québec.



Ce rapport propose une description détaillée des lignes d'aide, de leur fonctionnement et leur rôle mais il présente aussi des informations sur leur utilisation et la satisfaction des usagers. Ce qui permet là encore de se rapprocher des besoins et des attentes des joueurs et de leurs proches.