



L'écho-TOXICO

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Bulletin des programmes d'études
en toxicomanie

Faculté de médecine
et des sciences de la santé
Centre collaborateur de l'OMS

Vol. 17, no 1 — janvier 2007

Le mot de Lise...



Pour ce numéro nous avons choisi des textes sur des sujets divers mais qui tous, représentent des thèmes en émergence. Nous souhaitons ainsi susciter la réflexion et alimenter les pratiques. Dans le texte sur la résilience, Diane Arsenault fait ressortir l'espoir de l'intervention pour les personnes ayant vécu des situations traumatisantes. Elle décrit comment le travail avec la résilience peut s'appliquer en toxicomanie et induire une intervention centrée particulièrement sur les forces de la personne. Karine Bertrand, dans son texte, expose comment la parentalité et la toxicomanie s'influencent mutuellement de manière complexe. Là aussi, vous trouverez matière à réflexion sur l'influence du rôle de parent dans la trajectoire de toxicomanie et les nombreux défis d'une intervention qui doit favoriser la réadaptation des parents toxicomanes tout en protégeant le bien-être des enfants. Claude-Michel Gagnon propose un texte sur l'intervention systémique brève auprès de l'entourage ainsi que des exemples d'application. Cette approche novatrice et prometteuse pourrait être davantage mise à profit dans un temps où on a un besoin criant de stratégies brèves et efficaces pour intervenir tôt dans le processus. C'est aussi la préoccupation de Lise Durocher qui nous présente une intervention en prévention secondaire en Centre jeunesse : le *Groupe de réflexion sur les drogues* permet une prise de conscience pour les adolescents qui ont une consommation à risque et une préparation vers les centres spécialisés pour ceux qui ont une consommation abusive. Dans le domaine du jeu pathologique, Lynda Poirier nous présente les résultats d'un projet pilote de prévention qui s'applique dans les bars. Au moment où la loi pourrait être modifiée, Sylvie Tremblay et Shirley Émond décrivent un projet de sensibilisation sur le cannabis au volant. D'autres sujets sont abordés plus brièvement mais ils nous font réfléchir aussi, voire modifier nos discours et pratiques : les données de Carole Pécelet, toxicologue judiciaire, sur les drogues du viol ; les données sur l'ETCAF (ensemble des troubles liés à l'alcoolisation fœtale).

Par manque de place, nous avons dû reporter la publication d'un long et intéressant texte de Benoît Geneau sur la mise en réseau intégré des services en dépendances sur le territoire du CSSS du Suroît. Il sera présenté dans le prochain numéro...

En terminant, j'aimerais remercier tous les auteurs de ces articles qui ont généreusement mis leur expertise à la disposition de nos lecteurs qui ont à relever les défis quotidiens posés par l'intervention.

Joyeux Noël et Bonne année 2007!

Lise Roy, directrice des programmes
d'études en toxicomanie

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

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

*Nouveau groupe à Québec
Au collège Mérici*

INFORMATION

1 800 267-8337, poste 564-5245
(sans frais) ou 819 564-5245
Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

DIPLÔME DE 2^e CYCLE DE TOXICOMANIE (DESS)

DÉVELOPPER UNE EXPERTISE RECONNUE

Maîtrise professionnelle en intervention prévue pour l'automne 2008 (DESS fait partie de la maîtrise)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs de baccalauréat œuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe. Cours le soir et la fin de semaine au Campus de Longueuil, certains disponibles sur Internet. Pour entre autres, parfaire ses habiletés d'intervention en santé mentale et toxicomanie, résoudre des dilemmes éthiques et utiliser les outils nécessaires à l'amélioration de sa pratique.


COURS SUR INTERNET

**TXM715 - Psychopharmacologie
et toxicomanie (3 cr.)**

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

INFORMATION

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

 Longueuil —
Université-de-Sherbrooke


Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS

- ▶ 26 janvier 2007 à **Longueuil**
**INTERVENTION AUPRÈS
DES FAMILLES TOXICOMANES :
la boîte à outils pour entrer dans
la danse avec les familles**
Stéphane Bujold, psychologue
...
- ▶ 9 février 2007 à **Longueuil**
**LES DROGUES ET LES MÉDI-
CAMENTS DANS LA MARMITE
CÉRÉBRALE : de la pensée magique
à l'intervention thérapeutique**
Dr Richard Cloutier, psychiatre
...
- ▶ 16 février 2007 à **Québec**
- ▶ 4 mai 2007 à **Longueuil**
**L'INTERVENTION ET L'INTÉGRATION
DES SERVICES AUPRÈS DES
PARENTS TOXICOMANES ET DE
LEURS ENFANTS : de multiples défis**
Karine Bertrand, Ph.D., professeure
et Jean-Marc Ménard, psychologue
...
- ▶ 16 mars 2007 à **Québec**
- ▶ 20 avril 2007 à **Longueuil**
**LE PARADOXE DU HÉRISSEMENT :
trouble de la personnalité limite
« borderline » et toxicomanie**
Maryse Paré, psychologue
...
- ▶ 23 mars 2007 à **Longueuil**
- ▶ 27 avril 2007 à **Québec**
**L'ALCOOL ET LES DROGUES :
du plaisir à l'agression**
Magali Dufour, Ph.D., professeure
...

Lieu de formation à Longueuil
Campus de Longueuil (UdeS)
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage

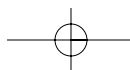
 Longueuil —
Université-de-Sherbrooke

Lieu de formation à Québec
L'Hôtel Québec
3115, avenue des Hôtels
Sainte-Foy (Québec)

*** INSCRIPTION ***

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou www.aitq.com



L'ÉQUIPE DES PROFESSEURS... LES SUJETS DE RECHERCHE...

Karine Bertrand

Docteure en psychologie, est professeure adjointe depuis août 2006. Elle est Chercheuse Principale au RISQ et professeure associée au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Sa thèse de doctorat a porté sur les trajectoires de toxicomanie et de services chez des femmes toxicomanes en traitement qui présentent des problèmes sévères d'inadaptation sociale. Elle a ainsi pu développer une expertise dans le domaine des méthodologies qualitatives. À titre de psychologue clinicienne, elle a été formée à l'Université de Montréal et à l'hôpital Douglas en intervention de couple, individuelle et de groupe notamment auprès d'une clientèle présentant des problèmes psychologiques sévères, tel le trouble de personnalité limite. Elle a agi à titre de psychologue chercheure institutionnelle à Domrémey-Mauricie/Centre du Québec, centre de réadaptation public en toxicomanie, responsable de l'évaluation et de l'amélioration continue des services. Elle a aussi collaboré activement à l'évaluation et à l'implantation de pratiques novatrices pour l'intervention auprès des jeunes toxicomanes et auprès des personnes toxicomanes présentant des troubles mentaux graves concomitants.

Son programme de recherche actuel cible le processus de réadaptation des personnes aux prises avec des conduites *addictives*. Le processus de réadaptation est étudié selon 3 axes : les trajectoires qui mènent à la dépendance ; les trajectoires d'utilisation de services ; les formes d'intervention et autres éléments contribuant au succès thérapeutique.

Un projet sur les trajectoires de réadaptation et de services chez les jeunes toxicomanes ainsi qu'un projet sur la description des profils et trajectoires de services des clientèles en urgence hospitalière présentant des problèmes d'alcool, de drogues et/ou de jeu sont présentement en cours d'évaluation.

Magali Dufour

Docteure en psychologie, occupe un poste de professeure adjointe depuis janvier 2006 et elle est membre du comité qui a pour objectif de développer le programme de maîtrise en toxicomanie.

Mme Dufour a fait ses études à l'Université de Montréal. Sa thèse de doctorat portait sur le rétablissement des victimes d'abus sexuel, résilientes et toxicomanes. Elle a publié plusieurs articles sur le sujet. À titre de psychologue clinicienne, elle a été formée à l'Université de Montréal, au Centre Dollard-Cormier et à l'hôpital Royal Victoria en intervention auprès des personnes dépendantes présentant un trouble comorbide, auprès des joueurs pathologique ainsi qu'en intervention cognitive-behaviorale pour les troubles obsessionnels-compulsifs. Elle a été responsable du Certificat en toxicomanie à l'Université de Montréal où elle a développé le nouveau cursus de ce programme. Elle a aussi enseigné différents cours en lien avec l'évaluation, la sexualité et l'intervention de crise. Elle s'est ensuite jointe, comme professionnelle de recherche, dans l'équipe du Professeur Robert Ladouceur de l'Université Laval où elle a travaillé à l'élaboration de différentes mesures d'aide pour les joueurs en difficulté.

Aujourd'hui, outre ses fonctions à l'Université de Sherbrooke, elle poursuit ses activités cliniques, notamment auprès des joueurs en crise au Casino de Montréal. Elle est aussi Chercheuse Principale au RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec) où elle mène des travaux sur l'intervention de crise, les joueurs de Poker sur Internet et sur les troubles post traumatiques chez les toxicomanes.

Élise Roy

Médecin et détentrice d'une maîtrise en santé communautaire. Elle est membre de trois équipes multidisciplinaires de recherche :

- RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec), financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture ;
- REACH-3, (Research Alliance for Canadian Homelessness, Housing, and Health), financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada ;
- L'équipe Prévention du VIH/sida et de l'hépatite C : Recherche sociale et comportementale, financée par les IRSC.

Elle a mené plusieurs études épidémiologiques sur le VIH, les infections transmis-

sibles sexuellement et par le sang auprès des personnes marginalisées notamment les jeunes en difficulté et de la rue et des études qualitatives portant sur les trajectoires de consommation et de services auprès de ces jeunes. Mme Roy a publié de nombreuses publications scientifiques et certains de ses travaux sont reconnus internationalement. Parmi ceux-ci, mentionnons la première étude longitudinale d'observation sur les conduites à risque, la santé et la mortalité chez les jeunes de la rue.

Récemment, elle a dirigé le déroulement et l'évaluation de la première campagne de prévention du passage à l'injection de drogues s'adressant aux jeunes de la rue. Unique au monde, cette campagne a été mise sur pied grâce à une collaboration étroite entre son équipe de recherche et des partenaires provenant des milieux communautaire, institutionnel et privé.

Inspirée par sa pratique médicale en santé publique, elle s'intéresse tout particulièrement aux conséquences socio-sanitaires de la consommation de drogues à haut risque chez les personnes marginalisées ainsi qu'à leur trajectoire de consommation de drogues. Ses intérêts de recherche portent également sur le développement et l'évaluation d'interventions novatrices dans le domaine des conduites *addictives*.



REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro

Éditeur :

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

Directrice des programmes :
Lise Roy

Responsable de la rédaction :
Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :
MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

LA RÉSILIENCE EN TOXICOMANIE, Y CROIRE ET AGIR !

Le concept

Depuis quelques années, le concept de résilience s'est répandu sous toutes ses composantes et dans différents secteurs d'intervention. Qu'en est-il de sa place en toxicomanie tant dans les créneaux de la prévention que de la réadaptation et y croyons-nous vraiment ? Dans un premier temps, nous devons bien comprendre le concept et son développement chez l'individu pour ensuite pouvoir reconnaître la résilience chez la personne toxicomane en demande d'aide.

Le mot *résilience* est depuis longtemps utilisé en physique pour traduire la résistance d'un matériau à la pression et sa capacité de reprendre sa forme primitive par la suite. Ce sont des chercheurs comme M. Rutter (1979), N. Garmezy (1974) et E. Werner et Smith (1982) qui ont travaillé à mieux définir ce concept que, plus tard, Boris Cyrulnik, à travers plusieurs ouvrages,¹ a fait connaître au grand public dans les champs des relations humaines. Neuropsychiatre, en missions multiples dans des pays où la population vivait des situations extrêmement traumatisantes, Boris Cyrulnik a mis en évidence les traumatismes vécus et les capacités des personnes à pouvoir s'en sortir malgré ces blessures. Plus spécifiquement, en ce qui concerne les enfants de parents alcooliques, une douzaine d'études ont été réalisées sur la résilience de ces enfants. Elles concernent surtout les garçons de pères alcooliques. Certaines de ces études ont été réalisées au Québec. Par ailleurs, une demi-douzaine d'études ont été réalisées auprès d'enfants résilients de **mères** toxicomanes.

La résilience : des capacités qui se développent

F. Vitaro, J.M. Assaad et R. Carbonneau², définissent la résilience comme « un processus dynamique inhérent au développement, qui se traduit par une adaptation réussie au plan individuel en dépit de circonstances ou d'expériences de vie néfastes habituellement considérées comme des facteurs de risque en matière d'adaptation ».

Reprenons cette définition dans quelques unes de ses composantes :

Un processus dynamique

La résilience est toujours en développement et n'est jamais acquise ou terminée. Une

personne n'est pas résiliente à vie et une fois pour toutes. Elle aura tout au cours de son existence à réaffirmer cette résilience, à la renforcer, à la redéfinir au fil des expériences diverses qu'elle vivra et de l'empreinte qu'auront sur elle, les traumatismes vécus. Seule ou avec l'aide de « tuteurs de résilience », elle parviendra à s'en sortir.

Une réalité inhérente au développement

Dans ses travaux, John Bowlby, en 1958, a formulé la « théorie de l'attachement », reprise par la suite pour éclairer la dynamique de développement des capacités de résilience chez l'enfant. Les essais cliniques de Mary Ainsworth sont venus bonifier cette théorie définissant les types d'attachement de l'enfant à une figure significative, permettant (ou non) de développer et d'acquérir les ressources internes pour se développer, se sécuriser et affronter les difficultés futures. À partir d'un attachement dit « sécure » (65 % des cas observés), « évitant » (20 %), « ambivalent » (15 %) ou « désorganisé » (10 %),³ l'enfant développera des capacités internes qui le rendront plus ou moins apte à faire face aux événements traumatisants de la vie.

Le rôle des facteurs de risque

Les événements traumatisants se présentent comme des éléments de l'environnement (familial ou élargi) ou propres à la personne même. Ils sont susceptibles d'augmenter la probabilité d'apparition de symptômes dysfonctionnels. Des facteurs psychologiques, psychopathologiques, comportementaux, familiaux, démographiques et environnementaux gravitent dans l'environnement interne et externe de l'individu et peuvent le mettre à risque de développer une dépendance au psychotrope, en ce qui nous concerne.

Cependant, différents autres facteurs, tant de protection que de compensation, viendront se greffer à ces capacités internes pour définir l'environnement dans lequel se construira l'enfant. Il s'agit de l'attachement à la famille, l'implication au sein de celle-ci, la supervision parentale, les règles mises en place, à quoi s'ajoutent l'estime de soi, l'intelligence, les capacités d'autocontrôle. Ces éléments sont autant de facteurs protecteurs face aux stress qui peuvent mener à une conduite d'inadaptation sociale. Les *facteurs de compensation*, quant à eux, augmentent le bien-être et l'adaptation des individus. Ils développent des forces contraires aux facteurs de risques et les contrebalancent. Ils

n'affaiblissent pas cependant l'intensité des facteurs de risque et c'est de l'interaction entre les deux que le problème d'adaptation pourra (ou non) s'en suivre.

Les facteurs de résilience

Des études et observations cliniques ont permis d'identifier de nombreux facteurs de résilience chez les personnes ayant connu des traumatismes et qui ont pourtant réussi à surmonter et dépasser les épreuves vécues.

(Voir le tableau de la page suivante.)

La liste de ces facteurs n'est pas exhaustive. Cependant, elle peut servir à identifier les éléments de résilience déjà présents chez une personne en demande d'aide. L'intervention peut alors soutenir et solidifier ces éléments de résilience. D'autre part, l'intervenant peut aussi identifier des éléments manquants qui sont à développer avec la personne pour qu'elle acquière plus de forces résilientes. Cette interaction entre l'intervenant et la personne aidée (sur les forces existantes et les forces à développer) ne peut qu'orienter et bonifier les objectifs de l'intervention.

Y croire pour pouvoir ou l'intervention

Suite à un traumatisme, la pulsion de survie s'active pour pousser l'individu à retrouver une forme de stabilité. Mais quel type de stabilité ?

Une stabilité réelle peut se développer grâce aux ressources internes et externes de l'individu et par l'intégration de ce qui a été vécu.

Une stabilité temporaire mais cependant forte consiste à utiliser les points forts des ressources de la personne ainsi que des compensations actives et durables telles que l'énergie, les projets, les passions, les réalisations, l'activisme, etc. L'état extérieur, visible, demeure intact mais l'état intérieur porte une fracture et il faudra que tôt ou tard l'individu se réconcilie avec la blessure.

Une stabilité temporaire faible se caractérise par un manque d'énergie. Elle doit se contenter de faibles compensations exclusivement externes et passives (alcool, psychotropes, jeu, etc.). L'énergie et les ressources internes sont nettement insuffisantes. Ce type de stabilité aide à survivre mais difficilement. La fragilisation est évidente. Nous retrouvons ici le toxicomane...

Travailler avec les facteurs de résilience en toxicomanie induit une intervention qui cible particulièrement les forces du client. Tant pour un jeune que pour un adulte, c'est la signification que sa propre histoire de vie

Suite à la page 4

1. *Un merveilleux malheur* (1999), *Les vilains petits canards* (2001) aux Éditions Odile Jacob. *Le murmure des fantômes* (2003), Éditions France Loisirs.

2. *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*.

3. Le total dépasse 100 % car les catégories sont descriptives et présentent des zones frontières superposées.

Suite de la page 3

Regardons de plus près ces facteurs :⁴

FACTEURS DE RÉSILIENCE		
<p>Au niveau individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de compétence personnelle, estime de soi • Intelligence (talents) • Tempérament facile (flexibilité, sociabilité, etc.) • Sens de l'humour • Maturité • Formation scolaire • Capacité d'introspection • Bon sens de l'identité • Orientation spirituelle • Capacité à planifier, se projeter positivement dans l'avenir • Capacité de se distancier face à un environnement perturbé • Compétences cognitives (quotient, attention, concentration, etc.) • Compétences sociales, sociabilité, popularité • Perception d'une relation positive avec un adulte • Sentiment de signification, d'utilité • Capacité de résoudre des problèmes • Optimisme • Contrôle interne • Capacité de faire face au stress • Habileté à chercher un soutien • Faible réactivité émotionnelle • Perception positive de soi • Capacité d'autorégulation de l'impulsivité. 	<p>Au niveau familial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports parents-enfants propices • Chaleur et affection dans la famille • Soutien familial solide/support • Cohésion familiale • Interactions chaleureuses et positives • Communication adéquate • Absence de violence dans les familles d'origine • Attentes parentales élevées • Enfant perçu comme une ressource ayant de l'avenir • Habiletés de résolution de conflits • Habiletés à faire face à l'imprévu • Absence de séparation en bas âge • Présence d'une figure paternelle • Justice intra-familiale • Qualité de présence du parent non-affecté • Type d'attachement développé dans la petite enfance 	<p>Au niveau environnemental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de personnes aidantes autour de la personne • Membres de la famille étendue ou des personnes significatives à l'extérieur de la famille immédiate • Milieux de soutien qui favorisent l'autonomie, la responsabilité et le contrôle • Des souvenirs heureux • Relation significative avec d'autres adultes compétents et attentifs • Relations positives avec des pairs prosociaux et normatifs • Voisinage de qualité • Absence de criminalité • Liens avec des organisations sociales ou sportives structurées et supervisées • Accès à des services sociaux et de santé adéquats

donne à ce qui lui est arrivé qui peut être traumatisante. Et ce qu'il est aujourd'hui, transporte ce qu'il a été à ce moment ainsi que les émotions vécues et la signification qu'il leur a donnée. Le sens des événements traumatisants peut être travaillé et intégré. « Il ne faut pas réduire une personne à son trauma ou l'enfermer dans une position de victime », comme le dit si bien Cyrulnik.⁵

De fait, il faut tabler sur le potentiel résilient plus que sur l'événement traumatisant. Les déterminismes humains ne sont heureusement pas définitifs. Mais pour que cela se concrétise, il faut considérer la personne comme ayant le potentiel de s'en sortir. C'est là tout l'espoir de l'intervention !

Diane Arsenault, Mss.

Chargée de cours en toxicomanie,
Université de Sherbrooke.



4. Liste inspirée des auteurs : Cyrulnik B. (2001); Luthar. (2003); Mangham et coll. (1995); Poirier C.(2001); Tremblay J. et Bertrand K. (2005); Vitaro F.(2004)

5. Cyrulnik Boris., entrevue réalisé à Label France, le magazine

P.N.P...

(Petites nouvelles pharmaceutiques)

LES DROGUES DU VIOL, une mise au point par les faits...

Certaines substances peuvent être utilisées dans le but de perpétrer une agression sexuelle ou tout autre crime. Ces drogues sont administrées à l'insu de la victime principalement pour leurs effets amnésiants, sédatifs ou hypnotiques. Selon la croyance populaire, les drogues communément appelées « drogues du viol » sont le GHB et le Rohypnol. Ces substances peuvent être décelées jusqu'à un délai approximatif de 8 à 12 heures dans le sang et 24 à 72 heures dans l'urine.

Dans les cas d'agressions sexuelles alléguant l'utilisation de « drogues du viol » répertoriés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale depuis 1996, ce sont l'ALCOOL, la COCAÏNE, le CANNABIS et les BENZODIAZÉPINES (ex : Ativan, Rivotril, Sérax etc) qui ont été détectés le plus souvent. *Les benzodiazépines sont les substances les plus souvent administrées à l'insu de la victime.* Il est à noter que la majorité des cas d'agressions sexuelles reçus au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale présentent des délais inférieurs à 48 heures et contiennent du sang et de l'urine dans la trousse, ce qui valide les tests pour la détection de GHB ou Rohypnol.

Une vaste étude américaine, menée de 1996 à 2000 sur plus de 3000 échantillons d'urine testés, présente des résultats similaires à ceux du Québec. Dans cette étude : l'alcool, la cocaïne, le cannabis et les benzodiazépines sont aussi les substances les plus souvent retrouvées dans les cas d'agressions sexuelles où il y a administration de substances à l'insu de la victime. Le GHB a été mis en évidence dans seulement 3 % des échantillons testés alors que le Rohypnol n'a été décelé que dans 0,3 % des échantillons. D'autres études publiées depuis, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en France ont démontré des résultats semblables.

Les seuls cas où le GHB a été décelé au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale concernent des cas où cette substance avait été consommée de façon volontaire par les victimes.

De plus, contrairement à une autre croyance populaire, ce type de soumission chimique pouvant mener à une agression sexuelle ou à tout autre crime, se produit majoritairement dans des lieux privés et non dans des lieux publics.

Si l'on souhaite mettre en place des activités préventives efficaces et adaptées aux situations, il faudrait prendre en considération ces faits.

Carole Pécelet, chimiste, toxicologue judiciaire
Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale, Montréal

TOXICOMANIE ET PARENTALITÉ : DES ENJEUX CLINIQUES D'ENVERGURE

Les parents sont nombreux à consulter dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Le bien-être de leurs enfants est souvent au cœur de leurs préoccupations et de celles des intervenants et gestionnaires des services. La parentalité et la toxicomanie sont deux phénomènes qui s'influencent mutuellement de manière complexe. Comment favoriser la réadaptation des parents toxicomanes tout en protégeant le bien-être de leurs enfants? Comment tenir compte des besoins des uns pour mieux répondre aux besoins des autres? D'une part, l'abus d'alcool et de drogues chez les parents constitue un facteur de risque pour le développement de leurs enfants, d'autre part, il semble que le rôle parental puisse avoir une influence importante sur la trajectoire de consommation de psychotropes et sur le processus de réadaptation de la personne toxicomane.

Des interactions complexes

Les effets délétères sur les enfants

L'exposition in-utero aux substances psychoactives est associée à une série de conséquences pour le nouveau-né : retard de croissance intra-utérin, petit poids à la naissance, irritabilité, difficultés de succion, problèmes de sommeil, troubles d'éveil et d'organisation, difficulté à rester dans un état d'alerte, hypersensibilité aux stimuli ou au contraire absence de réaction (Lecompte, Perreault, Venne, et Lavandier, 2002). De plus, l'alcoolisme et la toxicomanie des parents constituent des facteurs de risque pour leurs enfants en regard d'une variété de problèmes psychosociaux : troubles extériorisés (hyperactivité, agressivité, troubles du comportement, etc.), troubles intériorisés (anxiété, dépression, etc.), difficultés scolaires, consommation problématique de drogues et d'alcool (Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004). Cependant, les études mettent également en lumière le fait qu'une forte proportion de ces enfants, dits résilients, ne développent pas de problèmes particuliers. Ce sont souvent les mêmes facteurs qui protègent les enfants des sources variées de stress, dont l'abus d'alcool et de drogues des parents (Luthar, 2003). À titre d'exemple, l'accès à un large réseau de soutien et la référence à un modèle adulte sain à l'extérieur du noyau familial constituent des facteurs de protection pour l'enfant (Kumpfer et coll., 2004).

Problématiques associées à la toxicomanie des parents

On ne peut établir de liens simples de cause à effet entre l'alcoolisme ou la toxicomanie des parents et les difficultés vécues par leurs enfants. Plusieurs problématiques associées doivent être prises en compte. Ainsi, dans une

étude réalisée auprès de 8 629 adultes de la population générale, on note que les adultes qui ont grandi avec un ou des parents qui abusaient d'alcool présentaient 2 à 13 fois plus de risque d'avoir vécu durant leur enfance l'une ou l'autre des expériences adverses suivantes : abus (verbal, physique ou sexuel) ; négligence (affective ou physique) ; séparation ou divorce des parents ; violence physique entre les parents ; abus de drogues ; troubles mentaux et incarcération (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards et coll., 2001). De plus, une autre étude auprès de mères toxicomanes montre que le cumul de facteurs de risque psychosociaux, comme la dépression, des événements de vie négatifs ou la violence conjugale par exemple, est associé au niveau de stress parental qui, à son tour, est associé au risque de comportements abusifs (Nair, Schuler, Black, Kettinger, & Harrington, 2004).

De même, les parents alcooliques ou toxicomanes sont plus à risque de vivre des difficultés au plan de leurs compétences parentales que les parents de la population générale. Ces difficultés se traduisent globalement par :

- une utilisation plus marquée des menaces et des punitions ;
- une faible constance dans les pratiques éducatives ;
- une supervision parentale inadéquate ;
- un faible niveau d'échanges et d'implication positive auprès des enfants ;
- une plus faible sensibilité parentale : manque d'habiletés à interpréter les signaux des enfants et à stimuler leur nourrisson ;
- des difficultés à émettre des commentaires positifs et à communiquer avec l'enfant ;
- des attentes irréalistes à l'endroit de leur bébé ;
- des mésententes entre les parents autour des stratégies éducatives (voir Bertrand, Allard, Ménard & Nadeau, sous presse).

Bien que les effets des substances psychoactives puissent interférer avec les compétences parentales des consommateurs en altérant leur jugement, leur mémoire, leur niveau d'attention ou leurs perceptions (Clément et al., 1999), plusieurs chercheurs ont abordé l'effet médiateur de certaines variables socio-démographiques, familiales et cliniques sur l'interaction entre consommation de psychotropes et pratiques parentales (voir Bertrand et al., sous presse).

L'influence du rôle de parent sur la trajectoire toxicomane

Même si les responsabilités parentales constituent un facteur pouvant mener à rechuter ou consommer davantage de drogues ou alcool,

elles peuvent également contribuer à aider les personnes alcooliques et toxicomanes dans leur processus de rétablissement. Ainsi, dans une étude qualitative auprès de 21 femmes toxicomanes en traitement (Bertrand & Nadeau, sous presse), la très grande majorité des mères expliquent que le fait d'être enceinte ou d'être mère a été central dans leur décision de se sortir de leurs problèmes d'alcool et de drogues. Pour plusieurs d'entre elles, la structure et la valorisation reliées à leur rôle de mère les ont considérablement aidées à maintenir leurs efforts pour diminuer ou arrêter leur consommation à plus long terme. Cependant, la majorité du temps, ces femmes ont tenté seules de modifier leur consommation durant leur grossesse, sans avoir recours à des services. Dans ces cas, le niveau élevé de stress associé aux responsabilités parentales est alors devenu très difficile à gérer. Plusieurs de ces femmes ont peu eu l'occasion de développer des stratégies efficaces pour gérer le stress sans le recours aux substances. Une étude qualitative auprès de 54 mères toxicomanes (Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj et Marsh, 2002) constate également que le rôle de mère peut à la fois aider et nuire à la démarche de réadaptation de ces femmes.

Les défis pour l'intervention et l'organisation de services

Ainsi, bien que le rôle parental puisse constituer un puissant levier d'intervention pour favoriser la réadaptation des personnes toxicomanes, les défis sont nombreux (Barnard et coll., 2004 ; Bertrand, Allard, Ménard et al., sous presse) et ce, particulièrement pour les femmes. Les mères toxicomanes ont de la difficulté à demander des services car elles ont peur de perdre la garde de leur(s) enfant(s) ou d'être jugées. Elles ont honte et peuvent sous-estimer lors de leur grossesse l'ampleur de la tâche qui les attend et leurs besoins de soutien. Le dépistage de la toxicomanie chez les femmes enceintes constitue un défi à cause de la méfiance de ces femmes face aux professionnels mais aussi des attitudes parfois réprobatrices de professionnels qui peuvent se sentir interpellés dans leurs valeurs et même réagir face à ces femmes par une approche punitive. La collaboration entre les différents types de services (protection, services de 1^{ère} ligne, traitement en toxicomanie) est souvent difficile. De fait, les cibles d'intervention et le client visé (enfant, adulte, famille) peuvent différer de même que les approches et philosophies vis-à-vis de la consommation d'alcool et de drogues (ex. : emphase sur l'abstinence ou au contraire la réduction des méfaits). En outre, les besoins des adultes et ceux des enfants n'ont pas les

Suite à la page 6



Suite de la page 5

mêmes exigences en termes de rythme. Une démarche de réadaptation en toxicomanie prend du temps et elle est souvent parsemée de rechutes alors que les besoins des enfants doivent être rapidement comblés pour ne pas entraver leur développement. L'absence d'adaptation des services pour les mères toxicomanes fait souvent obstacle à l'accès aux services et à la persévérance dans la démarche. On entend par services adaptés des services de garde et de transport; des horaires plus flexibles; des interventions spécifiques aux femmes ciblant, par exemple, des problématiques comme l'inceste, la violence conjugale, le statut de parent, la consommation dans le couple.

Les pistes d'actions

Pour conclure, voyons quelques actions pertinentes en regard des pratiques et des services auprès des parents toxicomanes et de leur enfants (Bertrand, Allard, Ménard et al., sous presse):

- La mise en place d'un continuum de services intégrés¹. Il est de la responsabilité de tous les organismes offrant des services aux enfants, parents et personnes toxicomanes de se positionner face aux services à offrir aux parents toxicomanes et leurs enfants en se posant les questions suivantes: « Quels sont les besoins de ma clientèle? Quel est mon rôle? Qui sont mes partenaires? Comment travailler ensemble efficacement et de façon intégrée? »;
- L'élaboration par les centres de réadaptation de stratégies en vue de favoriser, chez les parents toxicomanes qui les consultent, l'engagement dans des programmes de prévention efficaces qui ciblent les habiletés parentales et les besoins de l'enfant;
- Une formation adéquate en toxicomanie et sur les problématiques reliées au rôle de parent ainsi qu'à la maltraitance, à l'ensemble des intervenants offrant des services aux enfants, parents et personnes toxicomanes, pour un meilleur dépistage de la maltraitance et de la toxicomanie ainsi que des interventions mieux adaptées à ces situations;
- Un accès prioritaire et rapide aux services pour les parents toxicomanes vivant avec de jeunes enfants et consultant pour leurs problèmes de toxicomanie et pour leurs difficultés parentales et familiales;
- Des mesures concrètes facilitant l'accès aux services pour cette clientèle devraient être mises en place (ex.: garderie, transport, etc.).

Karine Bertrand, Ph.D.

Professeure adjointe,
Programmes d'études et de recherche
en toxicomanie
Université de Sherbrooke

Références:

- ADRLSSS de la Mauricie et Centre-du-Québec (2005). Faire la courte échelle pour atteindre l'inaccessible face à la négligence. ADRLSSS-04, Québec.
- Barnard M, et McKeganey, N. (2004) « The Impact of Parental Drug Use on Children What is the Problem and What Can Be Done to Help? » in Addiction, 99, 552-559.
- Bertrand, K. & Nadeau, L. (sous presse). « Toxicomanie et inadaptation sociale grave: perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation » in Drogues, Santé et Société.
- Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M. & Nadeau, L. (sous presse). « Parents toxicomanes en traitement: une réadaptation qui protège les enfants? » In C. Chamberland, S. Léveillé, & N. Trocmé (Éds). Des enfants à protéger, des adultes à aider: deux univers à rapprocher. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Clément, M.-È. et Tourigny, M. (1999). Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents: portrait d'une double problématique. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., et Giles, W. H. (2001). « Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction » in Child Abuse & Neglect, 25, 1627-1640.
- Guyon, L., De Koninck, Morissette, P., Ostoj, M. et Marsh, A. (2002). « Toxicomanie et maternité, un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille recréée » in Drogues, santé et société, 1(1), 1-25.
- Hans, S.L. (2000). « Parenting and parent-child relationships in families affected by substance abuse » In H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, B.S. et R. Zucker, (Eds.), Children of Addiction. New York: Routledge Falmer, pp. 45-68.
- Kumpfer K.L et Bluth B. (2004). « Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to Substance abuse disorders » in Substance Use et Misuse 39(5), 671-698.
- Lecompte, J., Perreault, E., Venne, M. et Lavandier, K.-A. (2002). Impact de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec.
- Luthar, S.S. (2003). Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L. et Harrington, D. (2004). « Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development » in Child Abuse & Neglect, 27, 997-1017.
- Vitaro, F., Assaad, J.-M. et Carbonneau, R. (2004). Les enfants de parents affectés d'une dépendance: bilan des connaissances et leçons pour l'intervention. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, Québec.

L'INTERV AUPRÈS ET LEUR

Un bon intervenant est soucieux de connaître la panoplie d'approches et de méthodes d'intervention qui existent pour venir en aide aux gens, plutôt que d'adopter une façon uniforme d'intervenir pour l'ensemble de sa clientèle. Il doit avoir la préoccupation d'adapter ses interventions aux besoins des personnes en consultation. En ce sens, loin d'être une panacée qui convient dans toutes les circonstances, le recours à la perspective systémique dans le coffre à outils de l'intervenant auprès des personnes dépendantes et de leur entourage s'avère une option parmi d'autres. Cependant, c'est un outil avec lequel j'ai à maintes reprises vécu de grands succès dans mes interventions en contexte de dépendance. En espérant susciter chez vous un intérêt à découvrir ou mieux connaître l'intervention systémique brève, voici un bref aperçu... de ce jeu de domino...

Avant de tenter de cerner les techniques d'intervention préconisées par la perspective systémique, il est essentiel de comprendre la façon dont les *systémiciens* perçoivent la problématique des dépendances. Selon la perspective systémique, la dépendance constitue un mécanisme ayant pour but de manifester des résistances aux changements liés à l'évolution ou à l'organisation du système. La famille, comme tous les autres systèmes, cherche à maintenir inchangé son fonctionnement et son organisation et ce, par une autorégulation. La dépendance s'avère donc une façon de communiquer, les membres du système n'ayant pas trouvé d'autres moyens pour manifester leurs malaises. La dépendance n'est pas le problème en soi mais camoufle le véritable problème. C'est pourquoi, pour intervenir sur les réelles causes du malaise, il est indispensable de voir au-delà du symptôme de dépendance. Ainsi, dans la situation où un adolescent éprouve des problèmes de consommation de drogues, l'intervenant considère que ce symptôme, même s'il est manifesté par le jeune, appartient à l'ensemble de sa famille. De plus, tout système est porteur de ses solutions et, de ce fait, compétent. C'est pourquoi le thérapeute *systémicien* doit viser à intervenir le moins possible dans le système. Il axe plutôt son intervention sur le support aux membres du système afin qu'ils utilisent leurs ressources dans la recherche de leurs solutions.

Pour ce faire, l'intervenant utilise des techniques susceptibles de permettre à l'information

1. Le programme « Faire la courte échelle » (ADRLSSS Mauricie/Centre-du-Québec, 2005) est un exemple québécois de la mise en place d'un continuum de services visant à mieux répondre aux besoins des adultes vulnérables et de leurs enfants

PREVENTION SYSTÉMIQUE BRÈVE DES PERSONNES DÉPENDANTES ENTOURAGE : un jeu de domino...

de mieux circuler et, en ce sens, aide les membres du système à nommer leurs malaises, leurs besoins et attentes, leurs solutions, le tout permettant au système d'entreprendre des changements pour s'autoréguler, évoluer et se réorganiser. Afin de mieux comprendre l'application concrète de la perspective systémique dans le travail thérapeutique, voici quelques exemples de techniques utilisées fréquemment en intervention en contexte de dépendance auprès des familles.

Le **questionnement circulaire** consiste à formuler des questions en mettant en relation des données présentées par la famille de façon à transformer en informations nouvelles ces données. En outre, le thérapeute met davantage l'accent sur *comment* se passent les interactions dans le système familial plutôt que sur le *pourquoi* d'un comportement. La famille peut alors percevoir différemment le vécu au sein du système, par le biais de questions comme :

« Qu'est-ce que tu observes chez toi lorsque ton père est en état d'ivresse ?

Comment ta mère réagit ?

Quel comportement ta grande sœur manifeste à ces moments-là ?

Qui est le plus inquiet dans la famille quand monsieur boit ?

Est-ce qu'il y a des situations où les choses se passent différemment ? »

Le **recadrage** consiste à changer l'étiquette par laquelle des gens caractérisent ou résument une situation ; à présenter la même situation sous un autre angle ; à suggérer un nouvel éclairage, une relecture des faits, une nouvelle signification positive jusque là méconnue ou non considérée. En recadrant, l'intervenant tente de modifier le sens accordé à la situation et à changer la perception du problème :

Un parent affirme que sa fille dans son épisode intense de consommation de drogues, de délinquance et de vécu au sein de milieux marginaux a perdu de belles années de sa vie. Mettant le focus sur un autre aspect de la situation, le thérapeute recadre en disant : « Est-il possible que votre fille, dans sa période difficile, ait développé des compétences, des forces particulières ? Est-ce que le fait de posséder un tel vécu pourrait l'aider d'une quelconque façon dans sa vie actuelle et future ? ».

La **connotation positive** permet de souligner le positif dans le fonctionnement ou le comportement de la personne et de se centrer sur les compétences, à voir « le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide » :

« Ce qui m'a le plus gêné au cours de l'entrevue, c'est que, chaque fois que votre fils affirme vouloir s'en sortir, vous remettez en doute sa motivation. Mais, je sais que la peur qui vous tenaille à l'effet qu'il pourrait ne pas s'en sortir est une preuve que vous tenez à lui, donc une preuve d'amour... »

L'**injonction paradoxale** est utilisée lorsqu'une personne transmet deux messages en apparence contradictoires. Le thérapeute utilise ces messages conflictuels afin d'aider l'individu à prendre conscience de la position sans issue véhiculée par ces discours. Il tente ainsi d'obliger la personne à sortir de cette impasse par un comportement ou un mode relationnel nouveau et plus adéquat. Un thérapeute s'adresse à un père dont le fils a des problèmes de consommation de drogues :

« Vous demandez à votre fils de devenir autonome et responsable car c'est important pour vous. D'autre part, vous faites beaucoup de choses à sa place. Comment votre fils peut-il devenir autonome et responsable si vous faites tout à sa place ? »

Devant une telle impasse, le parent n'a d'autre choix que d'investiguer d'autres options.

La **métaphore** consiste à caractériser une chose par une autre, apportant ainsi un nouvel éclairage à la chose décrite. C'est le transfert d'un sens à un autre sens qui permet aux personnes d'utiliser une symbolique pour mieux comprendre leur vécu :

« Le dépendant et son co-dépendant sont comme des jumeaux siamois. Ils sont collés l'un à l'autre d'où la nécessité qu'ils se séparent pour devenir autonomes ».

La **prescription de tâche** c'est... une activité clairement identifiée, limitée et structurée. À la demande de l'intervenant des actions sont réalisées en vue d'un objectif immédiat car le changement se réalise par les actions et ne se manifeste réellement que dans les comportements. Placé dans une situation de réussite, le client bonifie sa confiance.

Par exemple, le thérapeute suggère comme tâche à la famille d'observer les différences dans les comportements des membres de la famille dans les moments où le parent est en état d'ivresse et lorsqu'il est sobre. Ce type de prescription de tâches est susceptible d'amener de nouvelles informations desquelles peuvent émerger des pistes de solutions.

Bien que réducteur, cet aperçu de la panoplie de techniques dont l'intervenant dispose dans ses interventions selon la perspective systémique, donne tout de même une bonne idée des assises théoriques et idéologiques de ce type d'intervention. Le renforcement de l'autonomie et de la capacité d'agir d'une personne ou d'une famille pour gérer ses difficultés (*empowerment*) ; la coopération thérapeute-client où ce dernier devient co-thérapeute et co-créateur de solutions ; le climat de compétences et les solutions axées sur une vision positive du présent et du futur sont autant de bases justifiant le choix des techniques du *systémicien* dans ses interventions. Puisqu'un petit changement peut induire un changement plus important, en tentant de modifier quelque chose du contexte, le thérapeute vise à introduire une différence qui va générer une différence. Le rôle du thérapeute consiste alors à amplifier le changement, à modifier la façon de penser ce qui se passe. Le fait de percevoir la situation différemment amène un changement d'attitudes et ouvre à de nouvelles possibilités d'actions. En pensant autrement, la personne en vient à agir d'une autre façon. Et c'est ainsi que la magie s'opère et qu'une succession de changements se succèdent d'où le jeu de domino...

Claude-Michel Gagnon, M.Ps. M.A.P.

Références :

- AUSLOOS, G. (2001). *La compétence des familles : temps, chaos, processus*. Erès éditeur, Toulouse, France.
- BELPAIRE, F. (1994). *Intervenir auprès des jeunes inadaptés sociaux : approche systémique*. Éditions Le Méridien, Laval, Québec..
- LANE, T. (1994). « La circularité du questionnaire et des questions dans l'entrevue circulaire » in *Service social*, 43 (3), 59-77.
- SALEM, G. (2001). *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson éditeur, Paris, France.
- SEYWERT, F. (1993). « Le questionnement circulaire » in *Thérapie familiale*, 14 (1), 73-88.



L'activité « Groupe de réflexion sur les drogues »¹ au Centre jeunesse de Montréal, un exemple d'intervention en prévention

Le portrait de la consommation de psychotropes chez les jeunes desservis par les centres jeunesse du Québec

Une recherche longitudinale (1998-2003) menée par Pauzé et ses collaborateurs² auprès d'un échantillon de 408 adolescents de quatre centres jeunesse (Montréal, Québec, Estrie, Côte-Nord) a mis en évidence une situation préoccupante puisque les proportions de consommateurs de psychotropes au sein de cette clientèle sont très élevées.

Ainsi, 91 % des jeunes des centres jeunesse auraient déjà consommé un ou plusieurs psychotropes. De ce nombre 87,7 % ont déjà consommé de l'alcool (vs environ 63 % pour les jeunes en milieu scolaire³), 77,5 % ont déjà consommé du cannabis et 39 % des hallucinogènes (vs 35,5 % pour le cannabis et 11,2 % pour les hallucinogènes parmi les élèves des écoles secondaires). Les résultats concernant la cocaïne sont encore plus inquiétants puisque les proportions de consommateurs apparaissent trois fois supérieures (15 %) à ceux des élèves des écoles secondaires (5 %).

Par ailleurs, les fréquences de consommation, spécialement pour l'alcool et le cannabis sont également élevées et l'âge d'initiation relativement jeune, soit autour de 12 ans.

Profiter de leur passage au centre jeunesse pour les mobiliser vers un processus de changement

En somme, la moitié des jeunes des centres jeunesse présentent une consommation d'alcool et de drogues jugée à risque et un sur quatre une consommation problématique. Pourtant l'étude a révélé que très peu d'entre eux sont préoccupés par leur consommation ou souhaitent de l'aide. Ce portrait plutôt sombre a confirmé la

nécessité de poursuivre les efforts quant à l'implantation de différentes activités en lien avec la consommation de psychotropes au sein des services de réadaptation du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). L'une d'entre elles, s'intitule « **Groupe de réflexion sur les drogues** ». Avant d'en faire une courte description, voici d'abord un tableau qui résume les rôles et les niveaux d'intervention que le CJM-IU assume en regard de la consommation de psychotropes chez les jeunes :

Trois niveaux d'intervention

DÉPISTER les jeunes présentant des problèmes de consommation d'alcool et de drogues à l'aide de l'outil DEP-ADO

RÉFÉRER les jeunes qui ont une consommation problématique d'abus ou de dépendances (jeunes cotant « feu rouge » au DEP-ADO) vers les services spécialisés en toxicomanie selon la procédure du mécanisme d'accès régional.

INTERVENIR auprès des jeunes qui éprouvent des difficultés liées à leur consommation et présentant une consommation à risque de devenir problématique (jeunes cotant « feu jaune » au DEP-ADO et leurs parents).

Intervenir également auprès des jeunes qui ont une problématique de consommation (jeunes cotant « feu rouge » au DEP-ADO) étant peu ou pas motivés à recevoir des services spécialisés en toxicomanie ou nécessitant un encadrement statique élevé. Une intervention en complémentarité avec les services spécialisés est alors prévue.

En fait, l'activité **Groupe de réflexion sur les drogues** se veut un espace, un moment où les jeunes peuvent se questionner et échanger sur des sujets touchant la consommation d'alcool et de drogues. Il s'agit de susciter chez les participants une réflexion sur leurs habitudes de consommation afin qu'ils puissent réduire les risques et les conséquences de leur consommation d'alcool et de drogues et les amener à se responsabiliser en acquérant des habiletés prosociales. Cette démarche permet également de favoriser la motivation à utiliser des services spécialisés en toxicomanie chez les adolescents qui le requièrent.

Une démarche qui donne une place tant aux émotions et à la réflexion qu'aux connaissances

L'activité consiste en une série de huit rencontres en groupe abordant les thèmes suivants :

- ✓ L'initiative à la démarche : qu'est-ce que le *Groupe de réflexion sur les drogues* ?
- ✓ Les substances : que sont-elles, quels sont leurs effets ?
- ✓ L'individu : qui sommes-nous, quels sont nos besoins, quel est mon type de consommateur ?
- ✓ Les contextes et la loi de l'effet : où, quand, avec qui, quels sont les risques associés aux différents contextes ?
- ✓ Les avantages et les inconvénients de la consommation : quels sont les motifs de ma consommation, quels sont les risques de développer une dépendance ?
- ✓ Le plaisir et les alternatives à la consommation : qu'est-ce qui m'allume, qu'est-ce qui me fait *tripper* ?
- ✓ Le processus de changement : le choix des objectifs et des moyens : pourquoi changer, quoi changer et comment ?
- ✓ Les ressources et l'évaluation de la démarche : quoi faire et à qui me référer si j'ai besoin d'aide ?

Chacune de ces rencontres comporte plusieurs activités qui visent à rencontrer les objectifs mentionnés. Différentes formes et techniques d'animation sont proposées telles que des discussions de groupe, jeux de rôles, jeux questionnaires, etc. De plus, pour chacune des rencontres, des notes à l'intervenant ainsi que des feuilles-support à l'animation résument les informations essentielles à connaître et à transmettre aux participants.

Une démarche soutenue par deux approches visant la responsabilisation de l'adolescent

La philosophie d'intervention qui anime la démarche est celle de l'approche de la réduction des risques et des conséquences de la consommation, mieux connue sous le nom de réduction des méfaits, celle-ci étant soutenue par l'approche cognitive comportementale. L'approche de réduction des méfaits amène l'adolescent à faire des choix réalistes en regard de ses besoins ; respecte son rythme de

1. Soulignons que le guide d'animation **Groupe de réflexion sur les drogues** a remporté tout récemment le prix **Publication-Qualité d'un ouvrage écrit** dans le cadre de la remise des prix de la Reconnaissance de l'excellence du Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

2. Laventure, M., Pauzé, R., Déry, M. La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des CJ du Québec : Profils de gravité et caractéristiques associées. 2005.

3. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, Institut de la Statistique du Québec, 2004.

u Centre Jeunesse n tion secondaire

changement et favorise l'appropriation de la démarche par ce dernier. Cette approche correspond davantage aux normes et valeurs développementales de la culture adolescente et prend en considération tant la situation personnelle du jeune que les facteurs de son environnement. Contrairement à ce que certains croient l'approche de réduction des méfaits ne banalise pas l'usage et n'encourage pas le jeune à la consommation. Quant à l'approche cognitive comportementale, elle vise la reconstruction cognitive de l'adolescent afin qu'il adopte des habiletés prosociales dans ses relations interpersonnelles.

Quelques impacts sur les jeunes

La démarche permet aux adolescents qui ont une consommation à risque (jeunes cotant « feu jaune ») une appropriation du processus de changement et une prise de conscience en ce qui concerne une consommation appropriée. Par ailleurs, pour ceux qui ont une réelle problématique d'abus (jeunes cotant « feu rouge ») mais qui ne se sentent pas motivés à recevoir des services spécialisés, cette démarche représente une étape de préparation vers les ressources spécialisées où les jeunes arrivent alors mieux préparés et plus motivés à s'engager vers le changement. Dans tous les cas, elle permet au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire, conformément à sa mission, de mieux assumer son rôle et ses responsabilités auprès de sa clientèle plus susceptible de connaître des problèmes associés à la consommation d'alcool et de drogues.

Lise Durocher, Conseillère

Direction des services professionnels
et des affaires universitaires,

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

Il est possible de se procurer le guide d'animation *Groupe de réflexion sur les drogues* à la Bibliothèque du CJM-IU au 514 896-3396



CANNABIS AU VOLANT



La sensibilisation débute!!!



Débuté il y a deux ans, le projet de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) a pour objectif de sensibiliser les jeunes de 16 à 24 ans aux risques associés à la conduite automobile sous l'influence du cannabis. Ce projet est financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie antidrogue. Le thème de la campagne est « **Si t'en roules un, roule pas l'autre** ».

Phase 1 – Une campagne de sensibilisation (Projet-pilote) en Montérégie

Au tout début du projet, les jeunes ont été rencontrés lors de groupes de discussions afin de mesurer leurs connaissances sur le cannabis et leurs questionnements quant à la conduite automobile sous l'influence du cannabis. D'entrée de jeu, pour eux, le cannabis n'avait pas d'impact sur la conduite automobile. Ceux qui avaient déjà conduit après avoir fumé du cannabis disaient même être plus sécuritaires! Voici les questionnements des jeunes: « Quels sont les effets du cannabis sur la conduite automobile? Est-ce que le cannabis a un impact sur le bilan routier? Est-ce dangereux? Si oui, pourquoi n'en parle-t-on pas dans les médias? Est-ce que les policiers peuvent nous arrêter si on conduit après avoir consommé du cannabis? ». Ces rencontres avec les jeunes ont également permis de vérifier quel type de document de prévention développer dans le cadre de la campagne *Cannabis au volant*: importance d'un message clair, dans leur langage, couleurs attrayantes, de facture professionnelle et... pas trop de texte!

Un comité consultatif, composé de chercheurs de l'Université de Montréal, de professionnels de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), d'un intervenant en toxicomanie, d'une étudiante et du personnel de l'AITQ, a été mis en place afin d'orienter et de valider le contenu des outils tout au long de leur conception.

Le cannabis au volant peut être envisagé comme étant un méfait relié à la consommation mais également comme une problématique de sécurité routière. La collaboration d'experts dans ces deux domaines de compétence a permis de développer des outils de qualité qui prennent en compte tous les aspects reliés à cette problématique.

Le slogan « **Si t'en roules un, roule pas l'autre** » a été adopté après bien des discussions. Il était important de poursuivre dans la même veine que le message de la SAAQ des deux dernières années: « Prévoyez le coup! Lorsqu'on boit, on ne conduit pas. ». Une brochure de 16 pages, un jeu questionnaire, une affiche et un guide d'animation ont été préparés et testés dans trois

écoles secondaires de la Montérégie. Au total, 375 jeunes ont participé aux ateliers. Une semaine après l'atelier, les jeunes étaient invités à compléter un formulaire d'engagement comportant deux volets: (1) Ne pas conduire après avoir consommé et (2) Ne pas être passager lorsque le conducteur a consommé du cannabis et/ou tenter de dissuader les amis de prendre le volant après avoir consommé du cannabis. Les objectifs reliés à cette campagne de sensibilisation étaient d'informer les jeunes et de les faire réfléchir sur leur consommation afin qu'ils adoptent des comportements plus sécuritaires.

L'évaluation du projet-pilote est très positive: 80 % des répondants estiment que le slogan de l'affiche est clair; la moitié des jeunes rapporte avoir lu la brochure et 80 % trouvent que le message est clair, le contenu instructif et incite à réfléchir à sa consommation (69 %). Pour les ateliers, 45 % des participants indiquent que cette activité leur a permis de réfléchir à leur consommation et un peu plus de la moitié des répondants témoignent avoir appris sur les effets du cannabis (52 %) et plus particulièrement concernant son impact sur la conduite automobile (74 %). Fait important, 59 % considèrent que l'atelier leur a permis d'apprendre sur le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de leurs amis, 54 % mentionnent avoir appris des trucs pour dissuader leurs amis de conduire après avoir consommé et un peu plus des deux tiers (68 %) considèrent que l'atelier était dynamique.

Finalement, la moitié des jeunes ayant participé aux ateliers ont signé le contrat d'engagement concernant le cannabis et la conduite automobile.

Phase 2 – Des multiplicateurs afin d'étendre la sensibilisation à l'ensemble du Québec

Débutée à l'automne 2005, la seconde phase du projet vise à former des multiplicateurs qui pourront organiser des activités de sensibilisation dans leurs régions respectives. Pour ce faire un cahier de l'intervenant a été élaboré. Il comprend des informations sur la sécurité routière: évolution du bilan routier au Québec; portrait des jeunes conducteurs; réglementation en matière d'accès graduel à la conduite et de conduite avec les facultés affaiblies; des informations sur le cannabis et la conduite automobile et un guide d'activité pour l'animation d'ateliers auprès des jeunes.

La formation des multiplicateurs dure une journée. Elle est animée par la chargée de projet à l'AITQ et la responsable du dossier drogue à la S.A.A.Q. Elle vise différents intervenants: éducateurs en prévention des toxicomanies, policiers, personnel des écoles

Suite à la page 10





Suite de la page 9

de conduite, intervenants dans les maisons de jeunes, travailleurs de rue, personnel des centres de traitement pour toxicomanes, etc. À la fin du projet, soit en décembre 2006, près de 500 multiplicateurs auront été formés dans la plupart des régions administratives du Québec.

Sensibilisation en milieu scolaire

Parallèlement à la formation des multiplicateurs, la responsable du projet à l'AITQ a poursuivi l'animation d'ateliers dans différents milieux scolaires (établissements scolaires privés, publics, écoles de racrocheurs). À la fin juin 2006, 1 800 étudiants de la Montérégie, de Montréal et de Laval avaient participé à des ateliers de sensibilisation sur le cannabis au volant. Plusieurs stands ont été également animés dans divers cégeps et universités de ces régions. L'évaluation de la sensibilisation en milieu scolaire n'est pas encore terminée mais les résultats préliminaires sont prometteurs.

Évaluation de la phase 2

La formation développée dans le cadre du projet *Cannabis au volant* est une première au Québec. Le projet qui a été implanté dans douze régions du Québec a rejoint plusieurs milieux (scolaire, communautaire, centre de thérapie, policiers, écoles de conduite automobile, maison de jeunes). La formation a été très bien reçue par la majorité des régions où elle a été offerte. L'évaluation globale de la formation est très satisfaisante. Les objectifs poursuivis par cette journée étaient d'informer les participants sur la sécurité routière et sur les données de recherche concernant le cannabis et son usage en contexte routier, de permettre le transfert d'expertise au regard du projet et d'outiller les participants pour qu'ils puissent organiser des activités de sensibilisation. Mission accomplie! Près de 85 % des participants ont l'intention d'organiser des activités de sensibilisation! La seule difficulté rencontrée lors de ces journées de formation a trait à l'approche de la réduction des méfaits retenue pour développer la campagne de sensibilisation. Tous les participants n'étaient pas nécessairement familiers avec cette approche et pour certains policiers, le slogan « Si t'en roules un, roule pas l'autre » est embarrassant, compte tenu du rôle répressif qu'ils ont à jouer par rapport aux stupéfiants. Par contre, certains policiers ont manifesté leur intention de travailler en concertation avec

d'autres intervenants de leur région pour réaliser des activités de sensibilisation en matière de cannabis et conduite automobile.

Cannabis et conduite automobile... un dossier à suivre...

Le 10 novembre dernier, le premier ministre Harper a annoncé son intention de s'attaquer au problème de la conduite avec les facultés affaiblies par les drogues. Un projet de loi modifiant le Code criminel sera déposé incessamment. Ces modifications sont attendues depuis longtemps par l'ensemble des administrations provinciales. Elles sont une des composantes importantes du plan d'action visant à améliorer le bilan routier en matière de capacité de conduite affaiblie par les drogues. Sûrement qu'elles viendront appuyer le travail de sensibilisation amorcé depuis peu!

Shirley Émond, chargée du projet pour l'AITQ

Sylvie Tremblay, conseillère en sécurité routière à la SAAQ

Selon les résultats d'une enquête routière réalisée au Québec en 1999 et 2000, la présence de cannabis a été détectée:¹

- chez 6,7 % des conducteurs interceptés au hasard
- chez 24,8 % des jeunes de 16 à 19 ans
- chez 18,9 % des jeunes de 20 à 24 ans

Les résultats des analyses faites chez les conducteurs décédés au Québec entre 1999 et 2002²:

- Présence de drogue³ détectée chez 33 % des conducteurs décédés selon les résultats basés sur l'urine et chez près de 25 % des conducteurs décédés selon les analyses basées sur le sang (ce qui indique davantage une consommation récente)
- Le cannabis est la principale drogue retrouvée chez les conducteurs décédés (surtout les conducteurs mâles âgés entre 16 et 34 ans).

1. Brault et al, *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec: Résultats finaux*, SAAQ, 2004.

2. Bouchard, J., Brault, M., *Le lien entre le dossier de conduite et la présence d'alcool et/ou de drogues chez les conducteurs décédés*, SAAQ, 2004.

3. Dans cette étude le mot drogue exclut l'alcool.

Les effets du cannabis sur la conduite automobile

- Difficultés à se concentrer, à rester attentif à l'environnement routier
- Risque de moins bien percevoir l'environnement
- Coordination affectée
- Difficulté à maintenir une trajectoire en ligne droite
- Difficulté à rouler à une vitesse constante et à évaluer les distances
- Temps de réaction augmenté, réflexes ralentis et conduite hésitante
- Risque de ne pas pouvoir faire face à l'imprévu



PRO .

Projet pilote pour favoriser le jeu responsable et la prévention du jeu pathologique auprès des adultes utilisateurs d'appareils de loterie vidéo principalement au Centre-Ville de Québec¹.

Historique du Projet

Janvier 2001... Le Centre CASA débute l'utilisation du logiciel ontarien *Les jeux@nu: la Machine à Sous démythifiée* dans son programme de thérapie auprès des joueurs excessifs. Cet outil permet de faire la démonstration des pièges et des pensées erronées souvent associées au jeu excessif. Les joueurs sont choqués, surpris, déçus, incrédules...mais jamais indifférents à cette découverte du monde inférieur des ALV. Quelques mois plus tard, nous tentons l'expérience avec la clientèle de CASA aux prises avec des problèmes de dépendances aux drogues, à l'alcool. Nous espérons faire de l'éducation et ainsi prévenir le jeu chez ces derniers. En effet, plusieurs études démontrent que les toxicomanes sont plus à risque de faire un transfert de dépendance vers le jeu que la population en général. Les réactions sont concluantes et nous encourageant à intégrer le logiciel comme outil de traitement et de prévention du jeu excessif.

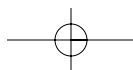
Hiver 2004... L'Agence de santé et de services sociaux de Québec (alors Régie régionale de Québec) accepte de financer un projet de prévention du jeu excessif qui vise l'éducation, par l'expérience sur le terrain.

Septembre 2004... Notre projet d'éducation et de prévention du jeu excessif est officiellement lancé. Audacieux, nous souhaitons réaliser ce projet dans un contexte réel de jeu, soit dans des bars de la Basse ville de Québec.

Deux bars prennent le risque et nous ouvrent leurs portes pour qu'on puisse s'installer au comptoir avec notre ordinateur portable et éduquer, des personnes volontaires et intéressées, sur les risques de dépendance liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent. Les clients ont la possibilité de vivre cette expérience éducative au regard du jeu et des appareils de loterie-vidéo par l'utilisation du logiciel informatique *Les jeux@nu: la Machine à Sous démythifiée*.

Notre projet se réalise aussi dans le contexte communautaire de la Basse ville de Québec. Plusieurs organismes de ce milieu nous accueillent quelques jours par semaine: au moment de la soupe populaire; lors de rencontres informelles; dans des centres de jour... pour que les personnes intéressées à en savoir plus sur les pièges des ALV puissent être renseignées en expérimentant

1. L'abréviation A.L.V. est utilisée dans le texte pour: Appareils de Loterie-Vidéo



JET ÉDUC-JEU

le logiciel. L'intervenant de CASA débute alors ses activités, portable et logiciel en mains. Au fil des semaines, se confirme la pertinence de cette action qui se veut davantage un « reaching out » qu'une activité de prévention traditionnelle...

Juin 2006... Nous produisons un premier bilan qui met en évidence que plus de 300 individus ont participé à une séance et que plus d'une douzaine d'organismes communautaires reçoivent régulièrement nos intervenants. Par ailleurs, les tenanciers de bars restent fidèles à leur engagement de prévention et d'éducation au jeu responsable.

Juillet 2006... Le projet Éduc-Jeu s'installe à Magog, puis à Val d'or et aux Îles de la Madeleine ainsi qu'à Maniwaki, Rouyn Noranda, Lebel sur Quévillon et plus tard Schefferville et Sept-Îles. Ces endroits ont été identifiés par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux comme fragilisés à cause d'un nombre d'ALV per capita qui dépasse les normes habituelles². Le projet Educ-jeu est retenu comme une mesure visant à prévenir l'apparition du jeu excessif. Les intervenants de ces milieux ciblés ont été formés et ils ont démontré beaucoup d'ouverture à l'utilisation du logiciel dans leur pratique, qu'elle soit en réadaptation ou prévention. Les organismes communautaires visités et les bars qui ont accepté que nous entrions chez eux l'ont fait avec beaucoup de courtoisie et avec une ouverture évidente à contribuer à la prévention du jeu excessif. Nous avons rencontré des gens qui ne sont pas indifférents aux conséquences de la dépendance au jeu.

Les objectifs de Éduc-Jeu

Ils sont au nombre de deux : favoriser le jeu responsable chez la clientèle utilisatrice d'appareils de loterie-vidéo et prévenir le développement du jeu pathologique chez les personnes recevant différents types de services du réseau communautaire et utilisant les appareils de loterie-vidéo.

Plus spécifiquement, Éduc-Jeu vise à :

- Améliorer les *connaissances* des utilisateurs des A.L.V. sur les jeux de hasard et d'argent, particulièrement sur le fonctionnement de ces machines ;
- Modifier les *croyances* des utilisateurs des A.L.V. au regard du fonctionnement des A.L.V. ;
- Doter les intervenants communautaires d'un nouvel outil pour améliorer les liens avec leur clientèle, à travers l'accompagnement dans une expérience éducative sur le jeu ;

2. La norme dite « sécuritaire » est établie à 1,9 ALV par 1000 habitants

- Valider la pertinence de l'outil éducatif utilisé ;
- Offrir aux propriétaires et employés des lieux de jeu qui le désirent, de l'information sur le projet et le matériel utilisé.

Qui est la clientèle visée ?

Éduc-Jeu est un programme de prévention. Aussi, la clientèle visée est toute personne désireuse d'en savoir plus sur le fonctionnement des ALV, que l'on peut rejoindre dans les organismes communautaires ou dans les bars avec lesquels nous avons des ententes pour dispenser ces séances. Sans jamais faire de sollicitation auprès de la clientèle, nous demeurons accessibles et disponibles pour les intervenants, les employés de bars et leurs clientèles.

Au départ, les tenanciers de bars se sont montrés plutôt réservés et soucieux des impacts négatifs de notre présence, mais ils ont réalisé rapidement que nous ne souhaitons pas rebuter la clientèle mais plutôt l'informer afin qu'elle évite de développer une dépendance car alors, tout le monde est perdant... sauf?...

Le projet et ses résultats

Nous voulons faire vivre aux joueurs sur les ALV une expérience éducative d'une durée de 15 à 60 minutes environ, à partir d'un logiciel informatique. Le logiciel *Les jeux@nu : la machine à sous démystifiée* démontre le fonctionnement interne d'une machine à sous. Il permet donc de confronter certaines croyances populaires, erronées, sur les possibilités réelles de prédiction, de contrôle ou de gains avec les ALV.

Un spécialiste en évaluation du Centre Québécois d'Excellence pour la Prévention et le Traitement du Jeu pathologique (CQEPTJ de l'université Laval) est associé au projet et sa contribution, a permis de dégager certaines conclusions fort pertinentes :

- La majorité des personnes ayant participé à une séance éducative ont corrigé leurs pensées erronées suite à la séance, comme en font foi les questionnaires administrés en pré et post séances ;
- 82 % des répondants ont affirmé avoir appris des choses pendant la séance d'information ;
- 65 % des répondants ont affirmé que la séance va changer leur comportement de jeu ;
- 89 % des répondants ont affirmé que la séance avait changé leur façon de percevoir les ALV.

Certains commentaires parlent d'eux-mêmes :

Je vais savoir que je n'ai pas le contrôle sur la machine

Je ne jouais pas avant, ça me tente encore moins !

Je vais mettre mon 100 \$ où ça rapporte quelque chose...

Moins d'illusion, d'espoir de gagner!!

Je ne jouais jamais avant ; encore moins avec cette formation car maintenant je comprends...

C'est encore pire que je croyais, ça défait les illusions de contrôle!

Je n'ai aucun contrôle sur mon jeu, ce n'est que du hasard...

Une machine est une machine. Un cœur électronique, pas humain!

Les commentaires et les résultats nous incitent à continuer à donner le plus d'information au plus grand nombre de personnes. Déjà, de nouveaux organismes communautaires et intervenants du milieu nous demandent de rencontrer leur clientèle dans des contextes informels.

Nous nous proposons maintenant de vérifier l'impact de nos séances dans le temps. Nous avons entrepris une réflexion sur les meilleurs moyens à utiliser pour faire une relance 3 à 6 mois après que les personnes aient vécu l'expérience de la séance d'information. Plusieurs questions sont dignes d'intérêt. Par exemple :

- Y a-t-il des pensées qui sont plus tenaces ou récurrentes que d'autres ?
- Est-ce qu'il y a un profil type de joueur qui maintient des pensées erronées ?
- Pouvons-nous développer des stratégies plus efficaces dans l'information ?
- Y a-t-il une différence lorsqu'une personne reçoit l'information dans un bar, un organisme communautaire, seule ou accompagnée... ?

Notre projet est encore tout jeune et bien des aspects sont à explorer et exploiter... D'autant que le Centre CASA s'est vu renouveler son mandat par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, pour une troisième année du projet-pilote.

Notre intention est de rendre « Éduc-Jeu » disponible pour l'ensemble des régions.

Au plaisir de vous offrir une séance d'Éduc-Jeu !

Lynda Poirier, directrice générale
Centre CASA

L comme Lire...



Sur l'alcool et la grossesse

L'alcool constitue l'une des principales causes de déficience mentale dans le monde. Au Canada et au Québec, la prévalence l'ETCAF (Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) et du SAF (Syndrome d'alcoolisation fœtale) n'est pas documentée à ce jour. Cependant, à partir de données américaines comme le FASNET, on estime que le taux pour le SAF oscille entre 0,5 à 2/1000¹ (estimation conservatrice) à 2,8 à 4,8/1000¹. Les auteurs s'entendent sur le fait que le taux pour l'ETCAF est 3 fois supérieur à celui du SAF. Selon Santé Canada² il oscille autour de 9,1/1000. À titre comparatif, le taux de prévalence à la naissance de la trisomie 21 est de 1,3/1000¹. Par ailleurs, certaines données laissent présumer que les Québécoises auraient une perception différente (de celle des autres Canadiennes) sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ainsi, en 2000-2001, 24 % des Québécoises ayant eu un enfant au cours des 5 dernières années affirmaient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. La proportion est deux (2) fois plus élevée que pour le reste du Canada.³ Aussi, il apparaît important que la préoccupation concernant l'usage de l'alcool pendant la grossesse émerge.

Voici quelques lectures sur le sujet :

■ A.Chudley ; J.Conry ; J.Cook ; C.Loock ; T.Rosales ; N.LeBlanc. (2005). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. CAMJ.JAMC (Journal de l'Association médicale canadienne). 2005. 172 (5 suppl) : SF1-SF22.

Le document examine et clarifie l'utilisation des systèmes de diagnostic actuels et formule des recommandations quant à leur application pour le diagnostic des déficiences liées à l'ETCAF chez les individus de tous âges. Ces lignes directrices sont fondées sur un consensus de praticiens et autres intervenants dans le domaine.

■ Institut national de santé publique (2004). État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec. Auteurs : N. April et A. Bourret. Direction du développement des communautés, INSPQ, Québec.

Ce rapport documente l'importance du SAF et dresse le portrait de la consommation d'alcool des femmes québécoises en âge de procréer. De plus, il présente certains projets réalisés

1. Sampson PD et coll. *Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder*. Teratology 1997 ; 56: 317-26.
2. Santé Canada (2003). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)*. Ottawa. Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
3. ISQ-Direction Santé Québec (2005). *Totalisations spéciales*, fichier de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1 (2000-2001).

au Canada et se termine par un ensemble de recommandations en termes de pratiques professionnelles.

■ Société canadienne de pédiatrie.(2002). L'avis du médecin : conseils à l'intention des parents et des soignants sur le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF).

Disponible sur le site : www.soinsdenosenfants.cpc.ca

■ Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2005). Alcool et grossesse. Édité en collaboration avec la Fédération des médecins suisses. Lausanne, Suisse.

Disponible sur le site : www.sfa-isp.ch

Sur d'autres thèmes

■ Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec (2006). Grilles d'évaluation du personnel et de l'organisation.

Ce document regroupe les neuf grilles suivantes : autoévaluation d'un membre du conseil d'administration, évaluation de l'organisation par la clientèle, évaluation de l'organisation par ses administrateurs et dirigeants, évaluation de la direction administrative, évaluation de la direction générale, évaluation des bénévoles, évaluation du personnel auxiliaire, évaluation du personnel clérical et administratif et évaluation du personnel clinique.

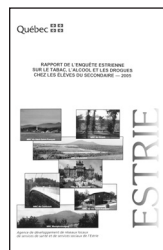
En vente à l'AITQ : 450 646-3271



■ Beauchesne, L. (2006). Les drogues : légalisation et promotion de la santé. Préface du sénateur Pierre Claude Nolin. Éditeur Bayard Canada, Montréal, Québec.

La fin de la prohibition des drogues est-elle pour demain ? C'est ce que souhaite Line

Beauchesne qui aborde le sujet en proposant une analyse des arguments du débat. De la remise en question de la prohibition à une proposition de légalisation réglementée, l'auteur vise à faire la démonstration selon laquelle la légalisation, en éliminant une grande partie de la criminalité, améliorera la qualité de vie des citoyens.



■ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2006). Rapport de l'enquête estrienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves du secondaire-2005. Direction de santé publique.

Depuis 1997, quatre enquêtes ont été réalisées sur le sujet afin de suivre l'évolution des comportements par la Direction de la santé publique de l'Estrie. L'enquête 2005 a rejoint toutes les écoles secondaires (publiques et privées) de cette région (13465 répondants).

Le rapport présente les résultats et termine sur des pistes d'action à poursuivre ou développer.

Disponible dans la section Publications, sous la rubrique Santé publique, Documentation du site Web de l'agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie : www.santeestrie.qc.ca/agence



Le travail en réseau intégré, les projets cliniques... Autant de changements dans les pratiques de première ligne ! Ne manquez pas dans notre prochain numéro, un texte sur la mise en réseau intégré des services en dépendances sur le territoire du CSSS du Suroît. L'auteur est Benoît Geneau, travailleur social au CSSS du Suroît.



Événements

18^e Conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues

Du 13 au 17 mai 2007.

La conférence met en évidence les problèmes liés à la drogue, à l'alcool et au VIH/sida dans la région.

Adresse :

Varsovie, Pologne

Site Web : <http://www.harmreduction2007.org/>

Les multiples facettes du jeu

Le 1^{er} Juin 2007, Québec



Ce colloque francophone s'adresse aux intervenants, chercheurs, étudiants, décideurs publics et à toutes les personnes intéressées par la problématique des jeux de hasard et d'argent.

Site Web :

<http://en/en.html>

Adresse de courriel : cmrsc@polymtl.ca

Tél. : (514) 340-4669

Téléf. : (514) 340-4131



Des nouvelles d'un diplômé...



Léonce Roy, diplômé du certificat, nous informe qu'il a produit un document de 300 pages intitulé Rencontre avec Alcooliques anonymes. Connaître la philosophie des AA (version clinique). Ce document vise à permettre à l'aidant autant qu'à l'aidé, une meilleure compréhension de la philosophie AA. L'auteur a tenu à expliquer en détail tout ce qui a trait aux AA, soit les douze étapes, l'ivresse mentale, la rechute et bien d'autres.

Commande directe à l'auteur :

(418) 297-1332

Ou leeac1@hotmail.com

Coût : 59 \$