

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...

Plusieurs textes de ce numéro concernent les jeunes car malgré les résultats globalement encourageants de l'enquête 2006 chez les jeunes en milieu scolaire, certains éléments demeurent préoccupants, particulièrement en regard des comportements à risque. De plus, le rapport du MSSS sur la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans montre comment la pauvreté pèse lourd et entrave le développement des enfants et des jeunes. Le niveau socioéconomique s'avère ainsi un fort prédicteur de la santé physique et mentale des jeunes et un déterminant majeur dans leur développement. L'écart se creuse donc de plus en plus entre ceux qui ont des problèmes et ceux qui vont bien. Myriam Laventure, dans un texte fort documenté fait ressortir la gravité de la coocurrence du trouble des conduites et de la consommation de psychotropes chez les jeunes, tout en indiquant des pistes d'intervention pour améliorer la pratique. Éric Vaillancourt, de l'équipe de Élise Roy présente un projet de développement d'intervention pour prévenir le passage à l'injection chez les jeunes de la rue.

En lien avec un sujet de moins en moins tabou, le stress post traumatique chez les soldats de l'armée canadienne, Lynda Poirier (CASA) nous présente une expérience de traitement de la double problématique : stress post traumatique et toxicomanie. Solange Keighan (Institut Pinel) nous éclaire sur les aspects de la personnalité antisociale et les pronostics du traitement. La réduction des méfaits est-elle en péril? Jean-Sébastien Fallu a des éléments de réponse. Vous voulez arrêter de fumer? Champix est peut-être pour vous, à moins que vous préfériez en parler avec... votre ordinateur! En terminant, je tiens à féliciter le Centre Dollard-Cormier pour sa désignation par le MSSS comme Institut universitaire en dépendances. Cette reconnaissance de sa contribution significative dans le champ de la toxicomanie au Québec et ce nouveau statut promettent d'autres avancées pour la compréhension des phénomènes et l'amélioration des pratiques en dépendances. Félicitations à toute l'équipe du CDC-Institut universitaire pour avoir mené à terme ce projet des plus ambitieux!

Finalement, au moment d'écrire ces lignes, nous sommes toujours en attente de la visite des experts évaluateurs de la Commission des études des programmes (CEP) de la CRÉPUQ pour la maîtrise en toxicomanie. Entre temps, l'équipe poursuit la mise en œuvre de ce programme prévu pour l'automne 2009. À suivre... Je vous souhaite à tous fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs un Joyeux Noël et une bonne année 2008!

Lise Roy

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

CERTIFICAT EN TOXICOMANIE

Prévention et intervention

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 et Rouyn-Noranda, sous forme de fins de semaine intensives. Cheminement avec ou sans stage.

QUÉBEC : NOUVEAU GROUPE À L'HIVER 2008 AU COLLÈGE MÉRICI

TXM 110 – Aspects socioculturels et utilisation des psychotropes (3 cr.)
TXM 120 – Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes (3 cr.)
(Internet)

SAGUENAY : NOUVEAU GROUPE À L'AUTOMNE 2008 AU CÉGEP DE JONQUIÈRE

Soirée d'information – 15 avril 2008 –
19 h à 21 h – Cégep de Jonquière –
local 100.1

INFORMATION

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

MICROPROGRAMME DE 2^e CYCLE EN TOXICOMANIE

Fondements et pratiques

MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE PRÉVUE POUR L'AUTOMNE 2009


Microprogramme de 12 crédits offert aux détenteurs de baccalauréat oeuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe. Cours le soir et la fin de semaine au Campus de Longueuil et certains sur Internet.

COURS SUR INTERNET

TXM703 – L'évaluation de programmes et de services (3 cr.)
TXM715 – Psychopharmacologie et toxicomanie (3 cr.)

INFORMATION

Gaétane Quirion
1 888 463-1835 (sans frais)
ou 450 463-1835, poste 61795
Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

 Longueuil –
Université-de-Sherbrooke

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS 2007-2008

- 25 janvier 2008 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
INTERVENIR EN TOXICOMANIE AUPRÈS
D'UNE CLIENTÈLE PEU MOTIVÉE OU NON
Yves Gros-Louis, psychologue et directeur
du Centre Psycho-Solutions à Wendake
...
- 1^{er} février 2008 à Québec (9 h à 16 h 30)
INTERVENIR EN TOXICOMANIE AUPRÈS
D'UNE CLIENTÈLE PEU MOTIVÉE OU NON
Yves Gros-Louis, psychologue et directeur
du Centre Psycho-Solutions à Wendake
...
- 8 février 2008 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
ITINÉRANCE, TOXICOMANIE ET SANTÉ
MENTALE : SORTIR DU COMPLEXE DE
L'EXCLUSION
Dr Richard Cloutier, psychiatre,
Clinique Cormier Lafontaine
...
- 14 mars 2008 à Québec (9 h à 16 h 30)
ITINÉRANCE, TOXICOMANIE ET SANTÉ
MENTALE : SORTIR DU COMPLEXE DE
L'EXCLUSION
Dr Richard Cloutier, psychiatre,
Clinique Cormier Lafontaine
...
- 14 mars 2008 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
CONSONNANCE PROBLÉMATIQUE
CHEZ LES ADOLESCENTS : MEILLEURES
PRATIQUES DE PRÉVENTION
Jean-Sébastien Fallu, Ph.D.,
professeur à l'École de psychoéducation
de l'Université de Montréal
...
- 18 avril 2008 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
PSYCHOTROPES, SANTÉ MENTALE
ET INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES
Jean-Marc Pépin, MD, Domrémy MCQ
...

Lieu de formation à Longueuil
Campus de Longueuil
de l'Université de Sherbrooke
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage

Lieux de formation à Québec
L'Hôtel Québec
3115, avenue des Hôtels
Sainte-Foy
(1^{er} février et du 14 mars 2008)

*** INSCRIPTION ***

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou www.aitq.com



LE TROUBLE DES CONDUITES ET LA UNE COOCCURRENCE INQUIÉTANTE À L'ADOLE

Le trouble des conduites (TC) représente une forme sévère de conduites antisociales chez les adolescents, caractérisé par des conduites répétitives et persistantes d'agression, de vandalisme, de fraudes, de vols ou de violation de règles, tel que défini par le DSM-IV. Des études canadiennes rapportent des taux variant de 1,8 % à 10,4 % selon l'âge et le sexe des jeunes, le TC étant plus fréquemment observé à l'adolescence et chez les garçons. En outre, près de la moitié des adolescents desservis par les centres Jeunesse rencontrent les critères diagnostiques du TC (Pauzé et al., 2004).

Des données récentes tendent à démontrer que le TC est le trouble mental le plus fortement associé à l'usage de psychotropes chez les adolescents (Jainchill et al., 2005; Moss, & Lynch, 2001). Plusieurs études établissent qu'entre 40 % et 71 % de ces jeunes, en centre de réadaptation en toxicomanie, présentent ou ont présenté aussi un TC (Copur et al., 2005; Moss & Lynch, 2001). Les auteurs s'entendent également pour dire que, chez ces jeunes, la consommation problématique de psychotropes est associée à une plus grande sévérité des comportements antisociaux (Copur et al., 2005) ainsi qu'à un mode de vie marginalisé et déviant (Brochu, 2006).

Au plan de l'intervention, la cooccurrence du TC et de la consommation de psychotropes mérite toute notre attention puisque plusieurs études suggèrent que les jeunes qui présentent ces deux problématiques résistent davantage à l'intervention et sont à risque élevé de prolonger les conduites antisociales à l'âge adulte (Grella et al., 2004; Pratt et al., 2003). Certains auteurs affirment que même si ces jeunes reçoivent en volume plus de services de réadaptation que les jeunes qui ne présentent qu'un seul de ces troubles, ils sont cependant moins bien desservis par les services qui sont généralement peu appropriés aux caractéristiques personnelles, familiales et sociales des jeunes vivant cette double problématique.

Trouble des conduites et gravité de la consommation de psychotropes

Les jeunes qui présentent un diagnostic du TC présentent une consommation de psychotropes plus grave que celle des jeunes qui ne présentent pas ce trouble, et ce, même si ces derniers ne sont pas toujours exempts de conduites antisociales (Lavature, 2006). Les jeunes avec un TC se démarquent par un usage plus fréquent de substances psychoactives (White et al., 1999); une consommation plus élevée de drogues comme les hallucinogènes, la cocaïne, l'héroïne (VanKammen et al., 1990) ainsi que par la polyconsommation de psychotropes (King et al., 2004). Lorsqu'on compare les garçons et les filles qui ont un TC, on n'observe aucune différence quant à la nature et la gravité de leur consommation (Disney et al., 1999) alors que chez les jeunes qui n'ont pas ce trouble certaines différences ressortent entre les garçons et les filles, dont la fréquence de la consommation de drogues dites « dures » (Lavature, 2006). L'hypothèse selon laquelle la présence d'un TC réduit les écarts de consommation de psychotropes entre

les garçons et les filles n'est donc pas à écarter, ce qui nous indique de ne pas négliger le phénomène de la consommation de psychotropes chez les filles présentant un TC.

Les garçons et les filles qui ont un TC sont tout aussi nombreux à consommer pour le plaisir mais ils rapportent également consommer pour oublier leurs problèmes et pour se calmer, deux raisons intrinsèques associées à la surconsommation. Si les raisons de consommation liées à la fuite des problèmes, à la recherche de plaisir et de sensations fortes sont souvent mentionnées pour expliquer la consommation des jeunes (Therrien, 2003), les résultats de Curry (2005) appuient l'idée que les adolescents qui prennent des psychotropes pour ces raisons sont les consommateurs les plus à risque, celles-ci influençant leur perception quant aux risques réels de leur consommation. De plus, bien que les jeunes qui ont un TC sont plus nombreux à vivre des conséquences négatives liées à leur consommation de psychotropes (Copur et al., 2005), moins de 20 % de ces jeunes reconnaissent avoir besoin d'aide (Lavature 2006). Ainsi, l'intervention devra non seulement être adaptée à la gravité de leur consommation mais aussi à leur perception erronée des risques liés à leur consommation et à leur niveau de motivation au changement.

Pour les jeunes reconnaissant avoir besoin d'aide, l'intervention pourrait cibler la réduction de la consommation de psychotropes en les sensibilisant aux risques et aux conséquences négatives qu'elle engendre, en particulier lorsque celle-ci est régulière ou qu'il s'agit de drogues « dures ». Pour les jeunes qui ne reconnaissent pas ce besoin, et tel que suggéré par Prochaska et ses collaborateurs (2003), il faudrait d'abord travailler à l'émergence d'une motivation au changement avant de viser la réduction de la consommation de psychotropes. Les jeunes ayant un trouble des conduites pourront, bien sûr, bénéficier d'interventions moins spécifiques visant à retarder l'initiation à d'autres psychotropes ou à limiter la régularité de leur consommation. Dans tous les cas, il est suggéré d'intervenir sur les mêmes cibles problématiques de consommation tant auprès des filles que des garçons.

Caractéristiques personnelles, familiales et sociales associées à la cooccurrence

Pour réduire les impacts négatifs liés à la présence d'un trouble, l'intervention doit également porter sur les corrélats personnels, familiaux et sociaux de ce trouble (Vitaro et al., 2000). Tant pour le TC que pour les problèmes de consommation, l'approche développementale est recommandée. Cette approche considère le plus de corrélats possible d'un trouble (facteurs de risque ou conséquences) afin de tracer un portrait exhaustif de la situation et d'établir les différentes cibles pertinentes d'intervention auprès des jeunes.

Tous les chercheurs qui se sont intéressés aux corrélats des troubles de nature antisociale chez les jeunes (Moffitt, 2003) ou des problèmes de consommation de psychotropes (Tarter, 2002; Vitaro et al., 2000) font état de caractéristiques individuelles, familiales et sociales associées à

la présence de ces difficultés. Plusieurs de ces caractéristiques se recoupent d'une problématique à l'autre. Par exemple, au plan personnel, des déficits d'attention, de l'hyperactivité et des problèmes intériorisés ainsi que de moins bonnes habiletés cognitives ou scolaires ont été relevés tant chez les jeunes antisociaux que chez les jeunes ayant des problèmes de consommation. Au plan social, les jeunes qui ont un TC sont nombreux à fréquenter des pairs déviant tout comme les jeunes qui ont des problèmes de consommation. Au plan familial, des problèmes de consommation ont été observés tant chez les parents des jeunes toxicomanes que chez les parents des jeunes antisociaux, ces derniers se caractérisant, en plus, par des conduites antisociales. Enfin, les pratiques parentales apparaissent déficitaires dans les deux groupes : inconstance dans la discipline et recours à la punition physique du côté des familles des jeunes antisociaux; manque de supervision chez les familles des jeunes consommateurs.

Lorsque les comparaisons portent sur la condition de cooccurrence et le TC uniquement, les résultats ne suggèrent pas les mêmes patrons ou modèles d'association chez les garçons et chez les filles.

Chez les filles, les résultats indiquent que les caractéristiques associées à la condition de cooccurrence sont similaires à celles associées au TC uniquement, voire même plus sévères en ce qui a trait à la qualité du réseau social. Les filles qui présentent à la fois un TC et une consommation problématique de psychotropes partagent, en effet, les mêmes caractéristiques personnelles et familiales que celles qui n'ont qu'un TC : faible estime de soi, problèmes intériorisés, dysfonctionnement familial et pratiques éducatives lacunaires. De plus, elles comptent un nombre plus élevé d'amis déviant, des consommateurs de psychotropes ou des jeunes délinquants (Lavature, 2007). De tels résultats suggèrent que l'intervention auprès des filles qui ont à la fois un TC et une consommation problématique de psychotropes pourrait se calquer en grande partie sur l'intervention développée spécifiquement pour les filles qui présentent un TC. Selon plusieurs auteurs, cette intervention devrait d'abord viser l'amélioration des caractéristiques personnelles des filles, principalement le développement d'un sentiment de compétence puis l'entraînement aux pratiques éducatives chez les parents, action reconnue pour être indirectement efficace auprès des filles présentant un TC (Delligatti et al., 2003; Kann & Hanna, 2000). Les études suggèrent aussi de porter une attention particulière à la qualité du réseau social des adolescentes qui ont les deux types de difficultés et ce, en raison du nombre élevé d'amis consommateurs ou délinquants dans leur entourage. Ces résultats incitent à outiller ces adolescentes en termes d'affirmation de soi et d'habiletés sociales, l'acquisition de telles compétences leur permettant de faire face à un réseau social qui constitue un facteur de risque (Brunelle et al., 2002, Vitaro et al., 2000).

Chez les garçons, les études suggèrent que les caractéristiques des jeunes avec un TC et des problèmes de consommation sont simi-

CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES : SCIENCE, DES INTERVENTIONS À DÉVELOPPER

lares ou bien *moins* sévères que celles des jeunes qui ont uniquement un TC. En effet, bien que les garçons qui ont les deux types de difficulté ont une faible estime de soi, de moins bonnes habiletés cognitives, qu'ils proviennent de familles dont les pratiques éducatives sont lacunaires et qu'ils fréquentent des pairs délinquants et consommateurs, ils ont *moins* de déficit d'attention, présentent *moins* de problèmes intériorisés et *moins* de problèmes sociaux que les jeunes qui ont uniquement un TC. De plus, leurs parents présentent *moins* de traits antisociaux (Grilo et al., 1996; Laventure, 2007). Selon Moffitt (2003) ce résultat surprenant peut s'expliquer à partir de la cooccurrence du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité observée chez un pourcentage élevé de jeunes avec un TC. De fait, cette constellation particulière de problèmes a été associée dans la littérature à un sous-groupe de jeunes (essentiellement des garçons) dont les conduites antisociales sont particulièrement précoces et sévères. Celles-ci pourraient relever de déficits neurobiologiques. Selon ces auteurs, les jeunes qui développent des conduites antisociales tôt dans l'enfance seraient moins enclins à développer des problèmes de consommation, contrairement aux jeunes qui débute les conduites antisociales plus tard à l'adolescence et ne souffriraient pas de déficit d'attention avec hyperactivité. De tels résultats prônent une intervention ajustée aux caractéristiques propres aux garçons qui cumulent les deux types de difficultés. L'intervention auprès des adolescents qui ont les deux problèmes pourrait miser sur leurs caractéristiques personnelles moins problématiques et cibler le développement de conduites d'autocontrôle, le renforcement des compétences sociales et encourager le développement d'un rôle social positif (Knopes, 2004). Le renforcement de la supervision parentale devrait également être ciblé.

Trajectoires concomitantes du trouble des conduites et de la consommation de psychotropes

Plus que la sévérité initiale, l'évolution de la consommation de psychotropes est à prendre en compte dans la trajectoire évolutive du TC (Laventure 2006). Afin d'expliquer les trajectoires concomitantes du TC et de la consommation de psychotropes, différents modèles explicatifs ont été avancés. Certains auteurs suggèrent que l'augmentation ou le maintien de la consommation de psychotropes ne fait que refléter le style de vie antisocial des jeunes qui poursuivent leur trouble des conduites au cours de l'adolescence. En effet, ces auteurs observent que l'augmentation de la consommation de psychotropes affecte négativement les compétences sociales et encourage la fréquentation d'amis déviants (Heinze et al., 2004). Ces deux situations présentent un risque élevé de maintenir ou d'accroître la sévérité des conduites antisociales. D'autres auteurs suggèrent plutôt que l'augmentation de la consommation peut aussi entraîner un cumul de conséquences négatives telles les dettes, la fréquentation d'un milieu criminel et la dépendance psychologique. Selon eux, ces conséquences peuvent entretenir les conduites

déviants (mensonges, vol, vente de psychotropes) (Brochu, 2006). Toutefois, quel que soit le modèle explicatif retenu, les auteurs suggèrent tous des différences dans les trajectoires du TC entre garçons et filles (Broidy et al., 2003). À cet effet, l'étude de Laventure (2006) indique que 60 % des garçons ont toujours un trouble des conduites deux ans après le début de l'étude comparativement à seulement 10 % des filles, ces dernières évoluant plutôt vers des troubles dépressifs (Broidy et al., 2003). Considérant les trajectoires concomitantes, l'intervention devrait, chez les garçons, cibler prioritairement ceux qui présentent un nombre élevé de symptômes du TC et ont augmenté leur consommation de psychotropes au cours des dernières années. Tandis que chez les filles, une attention particulière doit être portée au dépistage systématique des symptômes de dépression. L'ensemble des travaux concourent à démontrer que la consommation de psychotropes des garçons et des filles qui ont un TC doit faire l'objet d'une attention toute particulière, tant pour sa plus grande gravité que pour l'impact négatif que l'évolution de cette consommation peut avoir pour le maintien du TC au cours de l'adolescence et la poursuite de ce trouble à l'âge adulte.

Myriam Laventure, Ph.D.

Professeure adjointe
Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke

Références

- BROCHU, S. (2006). *Drogue et criminalité : Une relation complexe*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- BROIDY, L.M., NAGIN, D.S., TREMBLAY, R.E., BATES, J.E., BRAME, B., DODGE, K.A., ET AL. (2003). *Developmental trajectories of childhood disruptive behaviours and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study in Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.
- BRUNELLE N., COUSINEAU M.M. & BROCHU S. (2002). *Deviant youth trajectories: adoption, progression and regression of deviant lifestyles* In S. Brochu, C. Da Agra, & M.M. Cousineau (dir.), *Drugs and crime deviant pathway* (115-135). London, G-B: Ashgate Publishing.
- COPUR, M., TURKCAN, A., & ERDOGMUS, M. (2005). *Substance abuse, juvenile disorder and crime: Assessment in a juvenile detention house in Istanbul, Turkey. Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 151-154.
- CURRY, L.A. (2005). *Affect, decision and adolescent risk behaviour*. Dissertation-Abstract-International-Section-B-: *The-Sciences-and-Engineering*, 65 (12-B).
- DELLIGATTI N., AKIN-LITTLE A. & LITTLE S.G. (2003). *Conduct disorder in girls: diagnostic and intervention issues in Psychology in the Schools*, 40 (2), 2003.
- DISNEY, E.R., ELKINS, I.J., MCGUE, M., & IACONO, W.G. (1999). *Effects of ADHD, conduct disorder and gender on substance use and abuse in adolescence in American Journal of Psychiatry*, 156, 1515-1521.
- GRELLA, C.E., JOSHI, V., & HSER, Y.I. (2004). *Effects of comorbidity on treatment processes and outcomes among adolescents in Drug Treatment Programs in Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13 (4), 13-31.
- GRILLO, C.M., BECKER, D.F., FEHON, D.C., EDELL, W.S., & MCGLASHAM, T.H. (1996). *Conduct disorder, substance use disorder and coexisting conduct disorder and substance disorder in adolescent in American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 914-920.
- HEINZE, H.J., TORO, P.A., URBERG, K.A. (2004). *Antisocial behavior and affiliation with deviants*

peers in Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology, 33(2), 336-346.

- JAENCHILL, N., HAWKE, J., & MESSINA, M. (2005). *Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment in Substance Use and Misuse*, 40, 975-996.
- KANN T. & HANNA F. (2000). *Disruptive behavior disorder in children and adolescents: How do girls differ from boys? Journal of Counseling and Development*, 78, 267-274.
- KING, S. M., IACONO, W.G., & MCGUE, M. (2004). *Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. Society for the Study of Addiction*, 99, 1548-1559.
- KNOPES D.R. (2004). *Motivating change in high-risk adolescents: An intervention focus on the deviant friendship process*, Dissertation-Abstracts-International: Section B – *The Sciences and Engineering*.
- LAVENTURE, M., DÉRY, M. ET PAUZÉ, R. (2006). *Persistence du trouble des conduites: impact de la consommation de psychotropes. Alcoologie et Addictologie*, 28 (3), 223-230.
- LAVENTURE, M., DÉRY, M. ET PAUZÉ, R. (2006). *Gravité de la consommation de psychotropes des jeunes ayant un trouble des conduites. Criminologie*. 39(2), 165-188.
- LAVENTURE, M., DÉRY, M. ET PAUZÉ, R. (sous presse). *Profils des caractéristiques personnelles, familiales et sociales des jeunes ayant un trouble des conduites et une consommation problématique de psychotropes*. Revue ciblée : *Revue Canadienne des sciences du comportement*.
- MOFFITT T. (2003). *Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda*. In B.B. Lahey (ed), T.E. Moffitt (ed), & A. Caspi (ed). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (49-75). New York: Guilford Press.
- MOSS, H.B., & LYNCH, K.G. (2001). *Comorbid disruptive behaviour disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. Drug and Alcohol Dependence*, 61, 75-83.
- PRATT, M., SMITH, M., REIGELSPERGER, R., O'CONNOR, L.V., SAUM, C., BAKER, S., & REEB, R.N. (2003). *Psychosocial treatment alternatives for adolescents with conduct problems. Journal of Psychological Practice*, 8, 1-13.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., & NORCROSS, J. (2003). *In search of how people change: Application to addictive behaviours*. In P. Salovey (ed.), & A. Rothman. (ed.). *Social Psychology of Health*. (63-77). New-York: Psychology Press.
- PAUZÉ, R., TOUPIN, J., DÉRY, M., MERCIER, H., JOLY, J., CYR, M., CYR, F., FRAPPIER, J.-Y., CHAMBERLAND, C., ROBERT, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke : GRISE, Université de Sherbrooke.
- TARTER R.E. (2002). *Etiology of adolescent substance abuse: A developmental perspective. The American Journal of Addiction*, 11, 171-191.
- THERRIEN, A. (2003). *Quand le plaisir fait souffrir: La gestion expérimentale*. Montréal: Association Québécoise de Gestion Expérimentale.
- VANKAMMEN, W.B., LOEBER, R., & STOUTHAMER-LOEBER, M. (1990). *Substance use and its relationship to conduct problem and delinquency in young boys. Journal of Youth and Adolescence*, 20, 399-413.
- VITARO, F., CARBONNEAU, R., GOSSELIN, C., TREMBLAY R.E., & ZOCOLILLO, M. (2000). *L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes : prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage*. In P. Brisson. *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol III*. (279-312). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- WHITE, H.R., LOEBER, R., STOUTHAMER-LOEBER, M., & FARRINGTON, D.P. (1999). *Developmental association between substance use and violence. Developmental Psychology*, 11, 785-803.



ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LE TABAC, L'ALCOOL, LA DROGUE ET LE JEU CHEZ LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE, 2006

L'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES) est menée par l'Institut de la statistique du Québec pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle a pour objectif principal de produire, sur une base biennale, un portrait fiable de l'évolution de l'usage de la cigarette (depuis 1998), de la consommation d'alcool et de drogues (depuis 2000) et de la participation aux jeux de hasard et d'argent (depuis 2002) chez les élèves québécois de la 1^{re} à la 5^e secondaire. Deux indicateurs font de cette enquête un outil de surveillance original : l'un porte sur la consommation problématique d'alcool et de drogues (l'indice DEP-ADO), et l'autre, sur les problèmes de jeu (l'indice DSM-IV-J). Pour la première fois, en 2006, l'enquête examine la dépendance à la nicotine (indice NDSA) et la participation des élèves au jeu de poker pour de l'argent.

Pour assurer la validité des comparaisons, la méthodologie de l'enquête est demeurée la même depuis 1998. La population visée est l'ensemble des élèves inscrits dans les écoles secondaires du Québec au moment de l'enquête, exception faite des écoles ne relevant pas du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec, des écoles autochtones, des écoles de villes très éloignées et des écoles composées d'au moins 30 % de personnes handicapées. La population visée couvre ainsi 98 % de la population des élèves qui fréquentent les établissements d'enseignement secondaire. Les données de la cinquième édition de l'ETADJES ont été recueillies à l'automne 2006 auprès de 4 571 élèves, fréquentant 173 classes réparties dans 149 écoles secondaires francophones et anglophones, publiques et privées, de la province.

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

Tabac

Les données de l'ETADJES de 2006 révèlent qu'entre 2004 et 2006 la proportion d'élèves qui ont fait usage de la cigarette au cours d'une période de trente jours a chuté, en passant de 19 % à 15 %. Cette diminution touche particulièrement les élèves de 1^{re}, 2^e et 5^e secondaire et elle se manifeste chez les fumeurs quotidiens de sexe féminin (10 % en 2004 c. 7 % en 2006). En 2006, 6 % des élèves du secondaire étaient des fumeurs quotidiens (filles : 7 % c. garçons : 4,7 %), 2,7 % étaient de fumeurs occasionnels, 7 % étaient de fumeurs débutants et 85 % étaient des non-fumeurs. Cependant, les consommateurs de cigare ou de cigarillos (22 %) dépassent maintenant en proportion les fumeurs de cigarettes. Environ 11 % des non-fumeurs de cigarettes ont déclaré s'adonner à ce type de consommation.

Alcool et drogues

Les consommateurs d'alcool sont aussi moins nombreux : de 63 %, en 2004, la proportion passe à 60 % en 2006. Toutefois, la consommation excessive d'alcool est toujours aussi populaire auprès des élèves qui ont consommé de l'alcool : 66 % d'entre eux l'ont fait de manière excessive et 23 % de manière excessive et répétitive. La proportion des consommateurs de drogues a également régressé de manière significative, soit de 36 % (en 2004) à 30 % (en 2006), particulièrement chez les consommateurs de cannabis (de 36 % à 29 %), d'hallucinogènes (de 11 % à 9 %), de cocaïne (de 5 % à 3,3 %), de solvants (de 1,9 % à 0,9 %) et d'héroïne (de 1,3 % à 0,6 %). Cependant, les constats suivants sont faits : les filles sont, cette fois encore, plus enclines que les garçons à consommer des amphétamines (11 % c. 8 %). D'après les critères de l'indice DEP-ADO, environ 7 % des élèves présentent un problème de consommation d'alcool et de drogues en émergence et 7 % ont des problèmes importants de consommation requérant une intervention professionnelle spécialisée.

Jeux de hasard et d'argent

Pour leur part, les jeux de hasard et d'argent intéressent moins d'élèves qu'en 2004 (45 % c. 36 %). On note cependant que plus de garçons que de filles risquent de développer des problèmes de jeu (13 % c. 7 %) et que 7 % des garçons sont d'ores et déjà des joueurs pathologiques probables. Enfin,

le poker a la cote chez les élèves : 15 % ont joué à ce jeu pour de l'argent avec des amis au cours d'une période de douze mois.

Ainsi donc, les résultats de l'enquête 2006 sont plutôt encourageants tant pour la consommation de substances psychoactives que pour la participation aux jeux de hasard et d'argent. Cependant, des phénomènes restent à surveiller : la consommation de cigarillos (peut-on alors parler de recul du tabagisme chez les jeunes ?) ; le boire excessif, répétitif ou non (moins de jeunes boivent mais, parmi les buveurs, ceux qui boivent en grande quantité et à répétition sont toujours proportionnellement aussi nombreux) ; l'intérêt pour le jeu de poker pour de l'argent ; le fait qu'environ un élève sur 14 aurait besoin des services d'un professionnel pour ses problèmes d'alcool ou de drogues et l'inclinaison des filles pour les amphétamines.

La vigilance s'impose donc pour continuer à suivre la prévalence globale ainsi que les comportements en émergence mais aussi mieux connaître les effets sur la santé physique ou mentale des jeunes en milieu scolaire.

Gaétane Dubé Ph. D.,
Institut de la statistique du Québec,
Direction Santé Québec

POUR EN SAVOIR PLUS :

le rapport de l'enquête peut-être téléchargé intégralement à l'adresse suivante :
www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/index.htm#tabac.

Une version imprimée peut également être commandée au Centre d'information et de documentation de l'ISQ en composant le 1-877-677-2087 ou aux Publications du Québec.

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes 1998 à 2006, on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'adresse www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq ou composer le 1-514-343-2299.

Pour tout renseignement veuillez communiquer avec Gaétane Dubé Ph. D., chargée de projet, en composant le 514-873-4749 poste 6130.

Intervention visant à prévenir le passage à l'injection chez les jeunes à haut risque : un projet en devenir

Un projet de développement, de validation et d'évaluation d'une intervention visant à prévenir le passage à l'injection chez les jeunes à haut risque est en cours. Il s'inscrit dans la foulée des travaux menés par le Dr Élise Roy depuis une douzaine d'années auprès des jeunes de la rue de Montréal. Le Dr Élise Roy, professeure et directrice du Service de toxicomanie, dirige actuellement ce projet, prévu sur plusieurs années, grâce au financement du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Avec la collaboration de plusieurs experts et de son équipe de recherche, elle a notamment pu diriger trois études longitudinales, auprès de plus de 2 000 jeunes de la rue de 14 à 25 ans. Ces études soulignent une constante : une consommation problématique de drogues extrêmement fréquente. Les derniers résultats disponibles, soit ceux de la seconde étude de cohorte (2001-2005), démontrent qu'une très forte majorité de participants avaient déjà consommé différents types de drogues à leur entrée dans l'étude : marijuana (la quasi-totalité des sujets), hallucinogènes, cocaïne, crack, amphétamines, héroïne, etc.

Le plus troublant est que, connaissant le grave problème de santé publique que constitue l'injection de drogues, près de la moitié des sujets de la deuxième étude de cohorte (46,4 %) s'étaient injectés des drogues, au moins une fois, avant leur entrée dans l'étude. De plus, parmi les 384 individus qui n'avaient jamais eu recours à l'injection, 12,5 % l'ont fait pour la première fois alors qu'ils participaient à l'étude. Il appert que la population observée soit donc particulièrement à risque d'essayer l'injection de drogues et qu'il soit des plus pertinent de développer une intervention pour prévenir le passage à l'injection chez ces jeunes à haut risque.

Dans le cadre de la deuxième étude longitudinale, les analyses d'un volet psychosocial, portant spécifiquement sur le passage à l'injection de drogues et élaboré en fonction d'un modèle intégrant les théories de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975), du comportement planifié (Ajzen, 1988) et des comportements interpersonnels (Triandis, 1977) et la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), ont permis d'identifier, avec l'appui des chercheurs monsieur Gaston Godin (université Laval) et madame Joanne Otis, (UQAM), les

déterminants du passage à l'injection chez les jeunes de la rue. La clarification de ces éléments a permis d'amorcer la phase préparatoire du projet de développement d'une intervention visant à prévenir le passage à l'injection.

Au cours de cette phase préparatoire, c'est grâce à la mise en relation de deux constats : 1) la capacité des jeunes de la rue à résister aux situations à risque de s'injecter (croyance de contrôle comportemental d'une personne) et 2) leur capacité à réduire leur consommation de drogues (contrôle actualisé des comportements d'une personne), avec les résultats d'études qualitatives de Élise Roy et les données de la littérature scientifique sur le phénomène de l'injection de drogues, qu'un modèle d'intervention préliminaire a pris forme. Le modèle est basé sur l'*Intervention Mapping Approach*, une conception théorique de développement de programmes en santé (L. Kay Bartholomew, et al., 2006). Il cible quatre déterminants personnels (les connaissances, les attitudes, l'influence sociale et l'efficacité personnelle) et un déterminant externe (le soutien ou le renforcement).

La phase opératoire du projet est maintenant en cours. Lors d'une première étape, il a fallu constituer trois comités (de suivi, d'experts et d'implantation), composés des chercheurs principaux, du personnel de recherche, de différents experts et représentants d'organismes publics (*Centre Dollard-Cormier, Centre jeunesse de Montréal, CLSC des Faubourgs*) et communautaires (*Dans la rue, Diners-Rencontres Saint-Louis-de-Gonzague, En Marge 12-17, Le Refuge des jeunes*). Ces partenaires interviendront à diverses occasions au cours de la phase opératoire, autant pour l'élaboration du canevas d'intervention, l'union cohérente des théories et des pratiques, la production du devis d'intervention et la mise en œuvre comme telle.

L'équipe prépare actuellement le devis d'intervention. Bien que le raffinement du modèle théorique ne soit pas terminé, il est déjà possible de dégager plusieurs stratégies qui vont permettre d'effectuer une série d'activités en cinq rencontres individuelles de deux heures chacune. Les 20 à 30 participants à ces rencontres seront des jeunes recrutés d'après des critères précis concernant leur statut de sans-abri et leur consommation de drogues.

Il reste à compléter le guide d'animation des intervenants qui comprendra à la fois une

conceptualisation et une description détaillée de chaque activité des rencontres (type, durée, matériel, consignes à l'intervenant et au participant), et à créer, à proprement dit, le matériel des rencontres. Le tout formera une trousse d'intervention qui sera testée auprès d'un groupe restreint de jeunes. Enfin, après les ajustements de mise, ce sera le moment de réaliser, au printemps et à l'été 2008, la dernière étape de la phase opératoire, c'est-à-dire la mise en œuvre de l'intervention. Cela implique la planification de l'implantation avec l'identification des organismes publics et communautaires montréalais dans lesquels l'intervention aura lieu ; la formation des intervenants de ces organismes qui rencontreront les participants à cinq reprises et la supervision de ceux-ci par le personnel de l'équipe du Dr Roy.

L'ultime phase du projet de développement de l'intervention visant à prévenir le passage à l'injection chez les jeunes à haut risque sera celle de l'évaluation. Elle consistera globalement à décrire la population rejointe par l'intervention, à évaluer son utilité à des fins formatives et à analyser les effets auto-rapportés de l'intervention. Plus concrètement, l'intervention préventive sera revue en termes d'objectifs, d'activités réalisées et d'investissement de ressources. Il en découlera une version définitive de la trousse d'intervention, qui inclura une méthode pour une utilisation optimale, compte tenu des caractéristiques des milieux d'intervention choisis et des clientèles rejointes. Le modèle d'intervention devrait avoir ainsi une large portée, au moins provinciale.

Éric Vaillancourt,
Coordonnateur de recherche
Recherche en toxicomanie

Références

- AJZEN, I. (1988). *Attitudes, Personality, and Behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- BANDURA, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- BARTHLOMEW, L.K.; PARCEL, G.S.; NELL, G.K. ET GOTTLIEB, H. (2006). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. USA: Jossey-Bass.
- FISHBEIN, M ET AJZEN, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- TRIANDIS, H. C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

LAISSER DES EMPREINTES DURABLES, c'était le titre des Journées annuelles de santé publique 2007 (19 au 23 novembre).

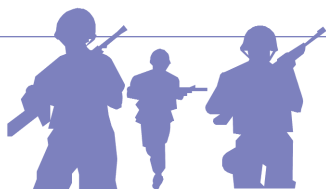
Un thème a été développé le 23 novembre : « Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent : à l'heure de l'intégration des pratiques ».

Il est maintenant possible de consulter les présentations PowerPoint en ligne dans le site Web des JASP.

On vous recommande particulièrement la conférence plénière de Thomas Babor ainsi que la présentation d'Andrée Demers de l'université de Montréal mais toutes les présentations étaient de calibre et méritent votre attention...

Allez voir : www.inspq.qc.ca/jasp dans la fenêtre située à gauche en bas du menu principal.





UNE EXPÉRIENCE DANS LE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Le 28 novembre dernier, on apprenait dans le journal *Le Devoir* le suicide d'un soldat de Valcartier un an après son retour au Québec. La semaine précédant cette nouvelle *Le Devoir* dévoilait les résultats inquiétants d'un sondage réalisé auprès de 2717 soldats (sur les 4787) ayant effectué une rotation à Kandahar. On y apprenait que 17 % d'entre eux présentent des problèmes de santé mentale, donnée grimant à 27,7 % si on inclut les abus d'alcool. Plus de 5 % souffrent du syndrome post-traumatique ; 4,6 % de dépression majeure et 4 % présentent des tendances suicidaires.

Aux États-Unis, d'après les données compilées dans 45 États, le nombre de suicide des vétérans de l'Irak (120 par semaine) surpasse le nombre de morts au combat. Le texte qui suit est donc tout à fait d'actualité...

CASA

Nous sommes un centre de traitement des toxicomanies et du jeu excessif, qui offre des services de thérapie à l'interne principalement ainsi que des services d'aide en externe aux proches des personnes bénéficiant de thérapie au Centre. À quelques kilomètres du centre ville de Québec, Centre CASA, tout en étant proche de la ville, possède en plus de son personnel qualifié et expérimenté, des atouts comme d'être installé dans un boisé, sur un très grand terrain qui assure tranquillité et discrétion. En plus des installations du Centre comme un gymnase, une salle de lecture, une salle de relaxation, CASA se trouve, à moins d'un kilomètre d'une piste cyclable provinciale, un anneau de glace, une piscine, des services bancaires, une pharmacie, une clinique médicale.

Depuis le début de ses opérations il y a plus de dix ans, Centre CASA a été confronté à la réalité des personnes alcooliques ou toxicomanes souffrant aussi de stress post-traumatique. L'équipe s'est alors renseignée et formée pour intervenir sur les dépendances en tenant compte des traumatismes vécus. Certains ont développé des spécialisations en art thérapie ou dans diverses approches (cognitivo-comportementale, systémique, musico thérapie, zoo thérapie) ainsi que dans l'intervention auprès des personnes ayant un trouble de personnalité. En vue d'un perfectionnement constant, l'équipe d'intervenants est à l'affût des nouvelles données sur la comorbidité et bénéficie de formations de pointe dispensées par des formateurs reconnus nationalement. L'équipe est aussi sollicitée dans différents congrès ou colloques pour partager son savoir-faire.

Depuis 1996, nous offrons des services aux membres et aux anciens combattants des Forces armées canadiennes qui vivent des problèmes de dépendances aux substances psychoactives. À plus d'une reprise, nous avons aussi collaboré (et nous collaborons toujours) avec les services de santé des bases de Valcartier et de Bagotville et des

Anciens Combattants pour des personnes qui, en plus de la toxicomanie, souffraient de syndrome de stress post traumatique (SSPT). Depuis deux ans, nous avons développé un partenariat privilégié avec La Vigile (organisme d'aide aux agents de la paix, comme les policiers ou les agents des services correctionnels). Ces individus qui portent l'uniforme sont référés au Centre CASA, parfois parce qu'ils sont aux prises avec des problèmes de dépendances aux substances mais parfois aussi parce qu'ils sont aux prises avec des problèmes concomitants de dépendances et de syndrome de stress post-traumatique. Cette collaboration avec le milieu militaire et la sécurité publique fait de Centre CASA un endroit privilégié où la culture de « l'uniforme » et des situations traumatisantes reliées au port de cet uniforme sont bien comprises, respectées et prises en compte lors des interventions.

Les fondements théoriques

Selon Allen (2002), un traumatisme est un stress extrême, qui génère une peur intense, qui induit un sentiment d'impuissance et un sentiment d'être dominé et sans contrôle. Le stress post traumatique n'est donc pas l'événement (expérience objective) mais le résultat, chez un individu, de cet événement ou l'expérience subjective de l'événement traumatisant. Le syndrome est le résidu de l'expérience objective. Le traumatisme se qualifie par son caractère incontrôlable et imprévisible, et par le fait qu'il est parfois dirigé donc intentionnel, par opposition à un accident (non intentionnel). Le traumatisme se représente aussi dans la rupture de certains postulats qui permettent à l'être humain de vivre plutôt que de survivre

Le monde est bienveillant : je peux y vivre en sécurité,

Le monde est significatif : il y a un sens à la vie, aux événements,

La valeur personnelle : j'ai des valeurs et j'ai une valeur en tant qu'être humain.

La rupture entre ces 3 croyances est au cœur du SSPT et c'est entre autres sur ces

prémises que nos interventions se situent, pour aider les survivants à retrouver une certaine confiance en l'humanité, une certaine sécurité dans l'environnement et le sentiment d'avoir une valeur et un droit de vivre en tant qu'être humain.

Ces énoncés expriment simplement notre compréhension du syndrome et selon ces prémises nous avons élaboré un programme de traitement qui tient compte des symptômes et des conséquences de ce trouble associé aux problématiques d'abus et de dépendance aux substances psychoactives.

Le modèle de Allen (2002)

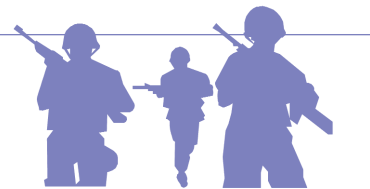
Ce modèle tient compte de plusieurs éléments retenus par plusieurs auteurs (Aboytes 1993, Figloy 1988, 1994) qui sont chercheurs et cliniciens. Les personnes qui souffrent de SSPT, principalement les soldats :

- vivent une détresse intense qui découle de leur expérience traumatisante ;
- subissent le mythe sociétal que les héros n'ont pas ou ne doivent pas avoir de problèmes ;
- ressentent l'injustice des situations subies ;
- supportent les symptômes récurrents liés au traumatisme ;
- se sentent inadéquats, incompetents, se blâment, s'estiment faibles ;
- se sentent de plus en plus différents des autres, isolés, nient ;
- se font du mal, souvent par l'abus de substances psychoactives.

Il est important de comprendre que pour les militaires, la reconnaissance du SSPT comme conséquence de la guerre (ou de mission de paix) est assez récente. En effet, jusque dans les années '80 on ne croyait pas que la guerre pouvait causer des traumatismes ou des dysfonctions à long terme (Handbook, p.180). On expliquait plutôt l'état critique des militaires par 1) une dépression due à un stress extrême : la situation était passagère et le soldat devait retourner en mission ou 2) une fragilité pré morbide, donc par la faiblesse préalable de la personne ou encore 3) la situation était due à l'erreur humaine : mauvais comportements, erreurs de commandements ou tout autre élément à corriger pour éviter de nouvelles erreurs.

Ainsi se retrouver « affecté » était un indice de non compétence. De plus, la tendance sociétale à minimiser les horreurs de la guerre (« Vous êtes préparés pour ça ») peut encourager les militaires et les vétérans à minimiser ou à nier ce qui s'est passé lors de leurs missions. Ces réactions de négation des horreurs peuvent être perçues

TRAITEMENT DU SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET DE LA TOXICOMANIE



comme un rejet des sacrifices accomplis par le vétéran ou ses compagnons. Dans ce contexte, un accueil au héros peut entraîner de la honte, culpabilité, ou même de la colère.

Alors que la guerre, ou les missions de paix, peuvent entraîner des expériences et des sensations intenses, extrêmes, sur le plan émotif, cognitif, physique, les militaires peuvent ressentir qu'ils ont le pouvoir de vie ou de mort sur les autres, mais aussi qu'on le possède sur eux. Ces tensions extrêmes, teintées de menaces régulières ou constantes, des situations de crise imprévues, l'accumulation de diverses expériences traumatisantes et les pertes peuvent entraîner des passages à l'acte dont les acteurs sont peu fiers. Puis, ils rentrent à la maison...

Les expériences sur le terrain peuvent faire émerger un conflit sur le plan spirituel où les valeurs du Bien et du Mal s'affrontent. Des questionnements comme « Être là, est-ce ok ? » « Est-ce qu'on fait la guerre ou le maintien de la paix ? » « Doit-on agir ou non ? », « Quand ce n'est pas de la légitime défense, est-ce ok ? Ou pas ? »...

Notre choix théorique et ses fondements sur les pratiques exemplaires

Une approche globale

Après plusieurs rencontres avec des militaires, des agents de la paix souffrant de stress post traumatique, suite à nos lectures et nos formations, après avoir démontré les résultats de nos approches, nous définissons notre approche comme holistique et globale, qui tient compte des besoins de base des individus, d'une hiérarchie d'objectifs définis en fonction des attentes et des capacités des individus.

Des services individualisés

La diversité des moyens utilisés est à retenir car chaque personne doit être rejointe dans sa dignité, ses valeurs et ses convictions. Allen (2002) mentionne abondamment que les meilleurs moyens sont ceux qui conviennent à la personne devant soi : la relaxation peut être extrêmement anxiogène pour une personne alors qu'elle devient salubre pour une autre dans la gestion d'états impulsifs ou dissociatifs. Connaître la personne, développer une alliance thérapeutique, clarifier les objectifs, nommer les différentes étapes du processus thérapeutique, clarifier le cadre et les limites de l'intervention sont autant d'éléments qui favorisent le traitement de SSPT et des toxicomanies concomitantes.

Ce choix est conforme aux Meilleures pratiques de Santé Canada dans Traitement de l'alcoolisme et la toxicomanie (1999), le Traitement et réadaptation et Troubles

concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie (2002).

Un concept de programme intégré

Nous adhérons aussi au concept de programme intégré c'est-à-dire qu'une même équipe traite à la fois le SSPT et le problème lié aux substances psychoactives. Les interventions intégrées sont garantes de meilleurs résultats dans le traitement des différents troubles de santé mentale. Ce postulat rejoint les énoncés des Meilleures pratiques de Santé Canada qui expriment que les approches séquentielles ou parallèles donnent de piètres résultats dans les troubles concomitants. De plus, nous retenons de Santé Canada et ses Meilleures pratiques que :

- les différents organismes, publics, communautaires, en lien avec les personnes en traitement devraient se concerter afin de faciliter le retour dans le milieu naturel à la fin de la thérapie ;
- une approche cognitivo-comportementale et une approche intégrée où on traite à la fois la toxicomanie et le SSPT sont les plus probantes de résultats positifs ;
- un ensemble de services, notamment une approche échelonnée depuis l'engagement et à la prestation de service, le traitement ambulatoire, l'entrevue motivationnelle, le traitement cognitivo-comportemental, l'approche de réduction des méfaits et le soutien à la réadaptation psychosociale sont des éléments concluants et pertinents aux pratiques exemplaires.

Les approches principalement utilisées

En premier lieu, il faut nommer l'approche privilégiée par Santé Canada dans les Meilleures pratiques : l'approche cognitivo-comportementale. Elle est bien maîtrisée par l'ensemble de nos intervenants qui la pratique tant en toxicomanie qu'en traitement du jeu pathologique. De plus, nous utilisons aussi les approches systémiques. Nous comptons sur la collaboration d'une travailleuse sociale qui a mis sur pied un programme d'aide aux proches qui vise l'éducation et le support, mais aussi la réalisation de rencontres de couple pendant le processus thérapeutique. Un autre membre de l'équipe, psychologue, travaille aussi avec les proches. Centre CASA compte sur un personnel composé de professionnels de la relation d'aide et de la santé. Parmi les approches souvent mentionnées dans la littérature sur lesquelles nos intervenants ont développé des compétences, on retrouve également l'art thérapie. Le recours à l'activité physique et la psychoéducation est aussi présent dans notre programmation.

De plus, au cœur des interventions du Centre CASA, sont ancrés des principes comme : éthique, professionnalisme, respect des individus, approches intégrées, partenariat, éclectisme.

Les fondements théoriques qui orientent notre programme et nos interventions ont été énumérés dans les sections précédentes et les références bibliographiques (à la fin de ce texte) permettent de s'y référer facilement. Le cheminement professionnel qui aboutit au programme actuel est parsemé d'années de rencontres avec des personnes aux prises avec la toxicomanie, le syndrome de stress post traumatique et de diverses problématiques associées. La supervision clinique hebdomadaire permet de donner du support au personnel et invite aussi à la prise en charge de sa propre santé.

Les éléments du traitement et leurs séquences

Le traitement intégré du SSPT et de la toxicomanie dure 30 jours et comprend les éléments suivants après la référence par les services de santé :

- Accueil, évaluation, bilan de santé, explication du programme et des responsabilités des personnes qui résident au Centre (règle de vie), vérification de la capacité et de la motivation à suivre le programme, engagement au programme ;
- Intégration dans le groupe (petit groupe, 5 à 6 personnes) pour le traitement interne, ce qui comprend la présentation des différents intervenants, leur rôle mais aussi l'assignation à un intervenant individuel ;
- Rencontres psychoéducatives en groupe, le matin et l'après midi pour s'informer du SSPT et de la toxicomanie ; identifier les différents symptômes ; identifier des stratégies pour composer, gérer ces symptômes ; identifier des moyens permettant de se mettre en sécurité, de demander de l'aide, de se mettre en retrait.

En vue de la fin du traitement, on travaille le retour progressif dans le milieu naturel et les objectifs sont alors :

- d'identifier et prévenir les situations à risque, tant au niveau de la consommation que du stress
- d'identifier et prévenir la rechute
- de clarifier ses buts personnels, à court et moyen terme
- de démystifier la sphère émotionnelle et les relations interpersonnelles
- de partager les succès, les aspects à améliorer en groupe...

Suite à la page 8



Ce processus est circulaire, on peut au besoin revenir sur tous les éléments mentionnés dans les rencontres précédentes.

Le programme est complété par des rencontres psychoéducatives hebdomadaires, en groupe et en individuel, pour la gestion des temps libres, des loisirs, des activités relaxantes ; des ateliers quotidiens d'activités physique ; des rencontres individuelles avec l'intervenant responsable du dossier, deux fois semaine à raison d'une heure. Ces sessions sont adaptées au besoin et à la capacité des individus. Elles sont principalement orientées vers l'arrêt des substances et le traumatisme. Les relations interpersonnelles et les objectifs personnels sont aussi abordés. Le tout est complété par des ateliers d'art thérapie, de musicothérapie et des rencontres avec les proches, rencontres de couples au besoin.

Cette première phase d'une durée de 30 jours sera suivie d'un processus de retour progressif dans le milieu naturel. D'une durée de 24 heures ou plus d'abord, puis de 48 heures ou plus pour en arriver à des séjours d'une semaine au bout de 30 jours ou plus. Les retours au Centre seront consacrés à l'évaluation, l'analyse des moments vécus, tant positifs que négatifs. Des intervenants du Centre sont disponibles pour assurer un support en cas de besoin pendant le séjour à l'extérieur. À la fin de cette deuxième phase (28 à 40 jours), un bilan est complété et les clients peuvent revenir pour des séjours brefs si des situations particulièrement difficiles ou à haut risque de rechute se présentent.

Un bilan, une évaluation des résultats seront acheminés aux référents pendant et à la fin du processus thérapeutique afin de s'assurer que le support et le suivi nécessaire soient apportés aux clients. Notre programme en application depuis octobre 2006 a permis à 28 militaires, vétérans et anciens combattants de recevoir des services.

Lynda Poirier, directrice
Centre CASA

Références

- ALLEN, J.A. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. John Wiley & Sons. N.Y. 460 p.
- BRILLON, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Édition Québec. 446 p.
- FIGLEY, C.R. (1994) *Compassion Fatigue*, in *Trauma counsellors: Assessment, treatment, and prevention*. Charleston, SC: The Wolf at our doorstep, International Association of Trauma Counsellors Annual Meeting.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook / Practical Therapist Manual. For Assessing and Treating Adult with Post-Traumatic Stress Disorder*. Institute Press of Waterloo. Waterloo. 600 p
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques. Troubles concomitant de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie*. Publications Santé Canada.

Deux nouveautés du CCLAT :

Le réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes www.rcptdc.ca

Premier site web national s'adressant spécialement aux intervenants canadiens en toxicomanie.

Le site offre plusieurs particularités inédites comme par exemple :

- des mises à jour sur des initiatives clés relatives à l'intervention en toxicomanie ;
- un accès à des ressources professionnelles factuelles ;
- une liste des occasions de perfectionnement professionnelles partout au Canada ;
- des pratiques exemplaires ;
- une présentation de profils de praticiens et d'histoires de réussite sur le terrain.

Une foule d'informations intéressantes !!!

Un nouveau rapport intitulé « Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes »

Rédigé par des spécialistes en toxicomanie auxquels se sont joints des spécialistes des soins de santé pour adolescents, ce rapport porte sur les problèmes de consommations et les méfaits chez les jeunes (marginalisés ou non), les façons dont nous abordons ces problèmes (notamment en neuroscience et biomédecine) et les lacunes dans nos réponses à ces problèmes. Le rapport se termine par un appel à l'action. La sensibilisation, la formation sur le dépistage précoce et l'intervention brève est l'une des pistes investiguée.

Disponible sur le site : www.cclat.ca

ÉCO-SANTÉ QUÉBEC 2007

Données statistiques sur la santé de la population et sur le système de santé du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires

Téléchargement gratuit à partir des sites web suivants :

www.inspq.qc.ca

www.msss.gouv.qc.ca

www.stat.gouv.qc.ca

www.irdes.fr

De plus, un module d'interrogation simplifié est directement disponible au :

www.ecosante.fr

P.N.P...

(Petites nouvelles pharmaceutiques)

Avez-vous entendu parler de « Champix » ?

Depuis janvier 2007, on dispose d'une nouvelle arme dans l'arsenal thérapeutique contre la dépendance au tabac, le Champix, médicament approuvé comme traitement dans le sevrage tabagique chez l'adulte en association avec un programme de *counselling* antitabagique. Le principe actif du Champix est la varénicline. Contrairement aux thérapies de remplacement par la nicotine (timbre, gomme ou inhalateur), le Champix ne libère pas de nicotine mais agit directement sur le cerveau, il se fixe avec grande affinité et sélectivité aux récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine. L'efficacité du produit est attribuée à son activité sur ces récepteurs, tout en empêchant la liaison de la nicotine aux mêmes sites. La varénicline stimule les mêmes récepteurs que la nicotine toutefois avec une puissance significativement moindre, réduisant ainsi la gravité des symptômes de sevrage sans causer de dépendance, tout en diminuant la sensation de plaisir que provoquerait la prise d'une cigarette chez les patients traités.

L'efficacité et la tolérance de ce médicament ont été évaluées dans quatre études cliniques auxquels ont participé près de 4000 fumeurs chroniques qui fumaient en moyenne 21 cigarettes par jour depuis à peu près 25 ans. Deux de ces études à méthodologie identique ont révélé que chez les patients traités par Champix durant 12 semaines, la probabilité de cesser de fumer a été environ 3 fois plus élevée que chez ceux ayant reçu un placebo et environ 2 fois plus élevée que chez ceux qui ont reçu du bupropion / Zyban (autre médicament non nicotinique utilisé pour le sevrage tabagique). Une troisième étude a démontré que la probabilité de demeurer abstinents à long terme était plus grande chez les patients qui avaient reçu un traitement supplémentaire de 12 semaines par Champix après avoir cessé de fumer à la suite de la période initiale de traitement (donc traitement total de 24 semaines). Les nausées, les rêves anormaux, l'insomnie et les céphalées sont les effets indésirables les plus fréquents avec le Champix. La plupart de ces effets sont transitoires et surviennent durant les quatre premières semaines de traitement.

Le Champix est administré par la voie orale. Le patient doit se fixer une date pour arrêter de fumer et la prise du médicament doit débuter une à deux semaines avant cette date. Les doses sont augmentées graduellement. Pour maximiser les chances de succès, le traitement doit être associé à un programme de *counselling* antitabagique. Le Champix, obtenu uniquement sur ordonnance médicale, représente une nouvelle option thérapeutique intéressante pour aider les adultes à arrêter de fumer mais il doit être utilisé par des fumeurs motivés à cesser de fumer. Selon certaines études effectuées sur des rats de laboratoire, il pourrait aussi être efficace pour traiter l'alcoolisme. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour confirmer cette indication.

Maryse Rioux, pharmacienne

LE CENTRE DOLLARD-CORMIER OU L'INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES

Recherche, formation et amélioration des pratiques

L'infrastructure de recherche développée depuis une quinzaine d'années par l'université de Montréal et le centre Dollard-Cormier, en collaboration avec la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes s'est avérée suffisamment viable et performante au fil des années, pour créer un carrefour d'expertises dans le domaine des dépendances et ce, grâce à la volonté persistante et créatrice des chercheurs, du centre et de leurs divers partenaires. Le collectif de recherche de départ s'était élargi avec les années jusqu'à rassembler des spécialistes de plusieurs universités du Québec, dont l'université de Sherbrooke ainsi que des représentants de l'ensemble des milieux de pratique préoccupés par les dépendances. Sans l'existence du RISQ et de la recherche en toxicomanie, le portrait de l'intervention dans ce domaine au Québec serait tout à fait différent. Les réalisations sont nombreuses, certaines étant devenues des « incontournables » de l'intervention au Québec : pensons aux outils de détection Dep-Ado et DÉBA, aux instruments d'évaluation IGT et IGT-ADO et autres éléments qui marquent profondément l'intervention dans le champ des dépendances aujourd'hui.

Un projet de développement

La charge de morbidité associée aux dépendances reste élevée. Les problèmes se manifestent dans toutes les sphères de la vie, privée et publique, chez les personnes aux prises avec ces problèmes et chez leurs proches, et affectent à la fois la santé mentale et la santé physique des individus. On observe une complexification importante de ces problèmes et de la compréhension que nous en avons. Aussi, des pratiques de pointes fondées sur la recherche et des programmes de formation et d'enseignement ciblés et à jour sont toujours et même de plus en plus nécessaires. Pour poursuivre sur la lancée des réalisations il est devenu évident aux partenaires impliqués autour du RISQ, du Centre Dollard-Cormier, de l'Université de Montréal et de tous leurs partenaires que la création d'un institut universitaire sur les dépendances devenait l'instrument à mettre en place. Que peut apporter de plus un institut? Non seulement la pérennité, mais également une structure de recherche plus étendue dans le domaine des dépendances, dont les retombées contribueraient encore davantage à l'amélioration de la qualité des services, en donnant

une assise institutionnelle solide au réseau de recherche existant et, en lui accordant les ressources financières et humaines nécessaires pour faire face aux défis spécifiques au domaine des dépendances. Par ailleurs, un tel institut peut aussi se donner la mission de devenir la référence au Québec pour les intervenants de tous les secteurs d'activité ayant besoin de soutien ou de services pour des questions relatives aux problèmes liés aux substances et aux jeux de hasard et d'argent.

Le Centre Dollard-Cormier et l'université de Montréal, estimant avoir atteint le niveau de maturité requis pour répondre aux nombreux et exigeants critères menant à la désignation d'institut, ont donc préparé leur dossier et présenté leur candidature sur invitation de la ministre déléguée à la Santé et aux Services sociaux, Madame Margaret Delisle.

Le centre Dollard-Cormier, institut universitaire

En août 2007, le ministre Philippe Couillard a désigné le centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances. Pour ce faire, le centre devait répondre positivement aux critères relatifs à ce statut. Il s'agit de critères portant sur :

- la qualité et la reconnaissance de celle-ci (agrément);
- l'innovation et l'excellence incluant un leadership national et international;
- la formation et l'enseignement;
- la structure de recherche;
- une réserve permanente de chercheurs;
- une politique de développement de la recherche;
- la capacité à mener des recherches évaluatives;
- la viabilité financière de la structure de recherche.

Le RISQ continuera d'être une force vive au sein de l'institut comme il l'a été au Centre Dollard-Cormier.

Trois axes de recherche déjà précisés

Les consommateurs et leur entourage

Cet axe s'intéresse aux personnes à risque de devenir dépendantes et à celles aux prises avec une dépendance. Il repose principalement sur l'épidémiologie et les méthodes qualitatives. Pour sa part, l'épidémiologie descriptive et analytique sert à documenter l'ampleur des problèmes ciblés

et les facteurs qui leur sont associés. Les méthodes qualitatives permettent de documenter les processus pouvant expliquer les trajectoires de consommation (progression, maintien, diminution, arrêt) ou de rétablissement, incluant l'évolution des problèmes liés aux substances et/ou au jeu, les autres problèmes associés (médicaux, familiaux et interpersonnels, psychologiques, légaux et d'emploi) de même que l'influence de certains milieux ou de réseaux sociaux.

Les services, les pratiques, les outils

L'axe 2 du programme de recherche s'intéresse à l'efficacité et à l'efficience des mesures qui sont prises par l'État et par les collectivités pour réduire les difficultés des joueurs et des consommateurs pathologiques ou à risque de le devenir. L'objectif de cet axe est de produire des travaux qui amélioreront la qualité des services dans les sphères suivantes :

- les interventions préventives (car outre le fait que les buveurs à risque sont plus nombreux que ceux qui ont un diagnostic, ils ont également un pronostic nettement plus favorable);
- le traitement, la réinsertion sociale, incluant la réinsertion professionnelle;
- les outils, par la mise au point et la validation d'instruments de mesure (dépistage et évaluation) et d'intervention répondant aux besoins des milieux d'intervention et de la recherche.

Les représentations

Cet axe s'intéresse à l'évolution des idées et des conceptualisations en ce qui concerne les conduites de dépendance et ce que certains nomment les nouvelles pathologies de l'excès : l'internet, les relations amoureuses et la sexualité, la suralimentation et l'obésité. L'objectif de cet axe est de créer un espace de recherche afin d'assurer une surveillance culturelle et sociale relativement à la place de l'alcool, des drogues, du jeu et des autres conduites de dépendance dans notre société, incluant un examen des politiques sociales à cet égard.

Le Centre Dollard-Cormier, institut universitaire sur les dépendances, va donc poursuivre sa quête du savoir et travailler au développement de pratiques de pointe en dépendance et ce, au profit de l'ensemble des intervenants et de la population du Québec.

SOURCE : Au carrefour des expertises en matière de dépendances, dossier de candidature-Institut universitaire sur les dépendances, Centre Dollard-Cormier, 2007.



LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

J'aimerais commencer cet article en vous posant une question : « Avez-vous déjà volé dans votre vie ? » La probabilité de réponse positive est élevée. En effet, les gens racontent avoir volé une petite gomme à effacer à une amie en première année scolaire ou encore quelques sous à leur mère pour des bonbons. Quoi qu'il en soit, nous ne sommes pas si différents en ce qui concerne le désir de voler. Par contre, la nuance est importante lorsqu'il s'agit de passer aux actes. En effet, l'intériorisation de nos interdits parentaux nous bloquent le passage à l'acte et c'est tant mieux. Toutefois, cette intériorisation des interdits occasionne quelques complications lorsqu'il s'agit d'entrer en relation d'aide avec des personnes aux prises avec cette problématique antisociale. En effet, nos valeurs personnelles sont alors confrontées aux actes illégaux de ces personnes. Il est important de clarifier ces aspects lorsque nous travaillons régulièrement avec ce type de clientèle.

Le tableau clinique de la personnalité antisociale

Dans un premier temps, notons le mépris et la transgression des droits d'autrui. Certaines croyances erronées viennent cautionner cette tendance pathologique : « *J'ai le droit de briser les règles puisqu'elles sont arbitraires et faites pour protéger ceux qui sont au pouvoir* » ou encore « *Les autres sont des exploités et j'ai donc le droit de les exploiter en retour* ». L'antisocial est incapable de se conformer aux normes sociales. Pour lui, les règles et les lois sont mises en place pour être transgressées. Dans un deuxième temps, soulignons l'impulsivité ou l'incapacité de planifier à l'avance. Cette propension à l'agir provient d'une faille dans le système parole – action. L'action est, chez lui, une habitude, une idéologie qui prend la place de la réflexion, de l'imagination et de l'anticipation. Cette « toxicomanie » de l'agir explique l'instabilité et l'inconséquence. Dans un troisième temps, regardons l'irritabilité ou l'agressivité qui se traduit dans la répétition de bagarres ou de voies de fait. Ce que ressent l'antisocial est aussi urgent et volatil que ce qui le mobilise, d'où des engouements qui accentuent son impatience et son insatisfaction. Lorsqu'une émotion est présente, elle prend essentiellement la forme de la colère contre l'injustice, la culpabilité est ainsi sans cesse évacuée. Par contre, cette

analgésie devient rapidement un handicap au long cours. Dans un quatrième temps, notons l'absence de remords manifestée par l'indifférence ou le fait de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui. Chez l'antisocial, l'affirmation de soi met de côté la souffrance au profit du mépris. Il redoute les sentiments tendres, perçus comme des signes de faiblesse pouvant entraver sa progression sociale. Dans un cinquième temps, examinons l'irresponsabilité persistante qui réfère à l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer ses obligations financières. L'antisocial présente des distorsions de l'ordre de la pensée magique ou de l'indifférence arbitraire. Il est convaincu qu'il va s'en tirer. N'oublions pas qu'il méprise les difficultés. Lorsqu'il quitte un emploi impulsivement, son acte n'a souvent une signification qu'après coup. Finalement, soulignons le mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui. Plusieurs d'entre eux recherchent constamment des sensations fortes et des expériences nouvelles et variées. Ce besoin implique le goût et la volonté de prendre des risques physiques et sociaux. Pourquoi arrêteraient-ils de prendre de tels risques puisqu'ils méprisent l'autorité ? De plus, l'incapacité de planifier et d'anticiper entraînent l'absence de peur au niveau des conséquences éventuelles.

Que penser en termes de pronostic ?

D'une part, il est important d'évaluer la capacité d'adaptation de chaque individu. D'autre part, il s'agit de vérifier s'il y a présence de faille dans le système parole – action. Autrement dit, est-ce que l'individu possède une capacité de mentalisation (capacité de se représenter les conséquences) suffisante pour mettre en échec la portée de son agir. Nous pouvons affirmer que le pronostic est sombre lorsque l'individu présente plusieurs failles dans son système. Ces failles se résument en quelques points :

- lorsqu'il y a irruption d'un agir ;
- lorsque la fréquence de celui-ci est élevée ;
- lorsque la portée de cet agir s'aggrave en termes de conséquences ;
- lorsque la capacité d'identifier ce fonctionnement, de se l'approprier et de tenter d'y trouver des réponses s'avère faible.

En présence d'un tel tableau clinique, nous sommes devant une structure de personnalité antisociale pathologique qui indique un pronostic assombri.

Heureusement, nous rencontrons des individus dont les capacités d'adaptation et de mentalisation s'avèrent suffisantes pour effectuer un processus psychothérapeutique. En termes de traitement, l'approche cognitivo-comportementale récolte des fruits avec ce type de clientèle. Le but de ce type de traitement est de se concentrer sur la faillite des représentations en réinstaurant des significations. Autrement dit, il est important de remettre en place des buts, des logiques et des sens pour permettre à l'individu d'anticiper et de planifier. Trois étapes s'avèrent nécessaires pour atteindre le but de ce processus. La première étape consiste en une réflexion sur le sujet. La seconde porte sur ses relations avec les autres. La dernière, quant à elle, se concentre sur son rapport à l'ensemble de la société. L'essentiel du travail thérapeutique consiste alors à faire apparaître dans l'existence du sujet les notions d'alternatives, de conséquences et de hiérarchie. Lorsque l'individu a introduit ces logiques, il est invité à réfléchir aux réactions des autres. Par la suite, il est appelé à généraliser ces logiques à certaines institutions. Ce travail demande un investissement cognitif de la part du sujet, il s'avère donc important, pour l'intervenant, de supporter le sujet à ce niveau.

Solange Keighan, psychologue
Institut Philippe-Pinel, Montréal

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSM-IV. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder (4^e édition)*, Washington, DC. Référence de l'édition française : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition)*, Paris, Masson.
- DEBRAY, Q., NOLLET, D. (1997). *Les personnalités pathologiques : approches cognitives et thérapeutique*. Masson, Paris, 173 p.
- DURAND, V.M., BARLOW, D.H. (2002) *Psychopathologie, une perspective multidimensionnelle*, traduction par Michel Gottschalk, 2^e édition américaine, Bruxelles : De Boeck Université, 920 p.
- FÉLINE, A., GUELFI, J.D., HARDY, P. (2003) *Les troubles de la personnalité*, Édition Flammarion, Paris, 443 p.
- SANTÉ-CANADA. MEILLEURES PRATIQUES – *Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/concomitantsmeilleurespratiques.pdf
- MILLAUD, F. (1998). *Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris, 196 p.

P.N.B...

(Petites nouvelles brèves)

- Le conseil national de la sécurité routière de France conseille de baisser le taux d'alcool au volant de 0,5 gramme par litre à 0,2 gramme d'ici 2010. Ici au Québec, on en est encore à 0,8 gramme et le 0,5 gramme ne fait pas l'unanimité!
- Le Mexique est devenu le producteur mondial de marijuana et le pays de transit de 80 % de la consommation américaine de stupéfiants. Un tiers des terres cultivables y est destiné à la culture de drogues. L'état mexicain a fait appel à l'armée, un groupe aéromobile des forces spéciales (GAFES) entraîné aux États-Unis pour combattre le trafic de drogues. La gaffe! ? Des milliers de GAFES ont déserté, recrutés par les salaires alléchants du cartel du Golfe d'Osiel. Il en manque 1380...
- L'éradication des plants de coca en Colombie n'est pas très efficace car si la culture de coca a diminué dans ce pays, elle a fortement augmenté au Pérou et en Bolivie, avec des variétés encore plus productives (5 récoltes par an). Peut-on parler de partage des richesses?
- Un député suisse, médecin, a déposé une motion demandant que les établissements scolaires dépistent le cannabis. « Les écoles doivent effectuer des tests d'urine ou de salive pour prouver une prise de drogue chez un élève. Et sanctionner le coupable », explique le médecin. La même tendance se dessine au Canada (dans la foulée des États-Unis) alors que les pédiatres américains (American Academy of Pediatrics) se sont prononcés en mars 2007 pour la 3^e fois contre ces pratiques en raison de la non fiabilité des tests et du fort potentiel de détérioration des relations entre les jeunes et les adultes.

La Réduction des méfaits en péril

La nouvelle stratégie antidrogue du gouvernement Harper, que le GRIP Montréal considère déjà désuète, est le point culminant d'une tendance nationale à négliger la réduction des méfaits qui a pourtant amplement fait ses preuves.

La réduction des méfaits est une approche qui a émergé dans les années 80 face au flagrant constat d'échec des approches classiques de réduction de l'offre et de la demande pour prévenir l'épidémie du VIH/SIDA et ses coûts associés. Cette approche pragmatique et humaniste a depuis fait ses preuves dans plusieurs sphères de la santé publique. Elle doit faire partie du continuum de services et d'approches pour couvrir tous les besoins de la population. Elle fait d'ailleurs partie des quatre piliers (prévention/promotion, traitement, répression et réduction des méfaits) des politiques des gouvernements les plus efficaces en la matière. Sans la réduction des méfaits, toute stratégie ressemble à une table bancale.

Néanmoins, la réduction des méfaits est en net recul au Canada et au Québec. D'abord, malgré le fait que le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) affirme qu'elle est son approche privilégiée, il n'a pas réussi à l'intégrer dans le plan d'action interministériel en toxicomanie adopté au printemps 2006 (contrairement au précédent plan du MSSS qui reposait principalement sur cette approche). Les autres ministères (Sécurité publique, Justice, Éducation, Transport, etc.) sont, semble-t-il, trop frileux à cet égard. Au Canada, la nouvelle stratégie canadienne antidrogue ne prévoit aucune mesure ni argent pour la réduction des méfaits. M. Harper a même affirmé que la réduction des méfaits est au mieux une stratégie de second ordre. Il songe même à ne pas renouveler la licence de In Site, un lieu d'injection supervisée qui a fait ses preuves à un point tel que la police de Vancouver endosse maintenant ce projet, contrairement à sa position initiale, après en avoir constaté les bienfaits dans Vancouver Eastside. Est-ce par idéologie ou

ignorance? La réduction des méfaits touche pourtant deux éléments centraux de l'idéologie conservatrice : réduction de la criminalité et réduction du fardeau fiscal des contribuables. Les conservateurs doivent donc se questionner sur l'incohérence entre certaines de leurs valeurs : morale contre sécurité et économie.

Si la tendance se maintient, nous assisterons à une augmentation des problèmes et des coûts (individuels et sociaux) liés à la toxicomanie incluant l'augmentation du VIH et du VHC, l'augmentation des emprisonnements et plus encore. Nous devons faire un choix : soigner les personnes selon les connaissances ou construire des prisons et ruiner les finances publiques (et des vies). Ne suivons pas les traces des É-U qui en sont arrivés à un échec avec leur fameuse guerre à la drogue. En effet, à en croire Richard Stevenson du Fraser Institute (*think tank* conservateur), depuis que Nixon a déclenché la guerre à la drogue, les É-U n'ont jamais cessé de voir le problème grossir à pratiquement tous les niveaux (augmentation du nombre de consommateurs, d'incarcérations, des coûts, de la corruption, etc.). La prohibition en matière de drogues cause plus de dommages individuels et sociaux que les drogues illégales elles-mêmes.

Le GRIP Montréal, avec ses dix années d'expérience en matière de réduction des méfaits auprès des jeunes consommateurs de drogues de synthèse, est convaincu que la réduction des méfaits, en son sens large, devrait être la pierre d'assise et la philosophie des politiques publiques en matière de drogues. Les politiciens doivent avoir le courage de choisir des approches qui fonctionnent malgré le vent de droite et de conservatisme qui souffle sur l'électorat et qui suggère des solutions coercitives toutes aussi inefficaces et problématiques les unes que les autres. Sinon, nous nous dirigeons vers un échec.

Contacts/infos :
Jean-Sébastien Fallu
Barbara Jomphe
coordination@gripmontreal.org

Séminaire international de recherche sur l'injection comme mode de consommation de drogues (1 et 2 novembre, campus de Longueuil)

L'injection comme mode de consommation de drogues est un grave problème de santé publique à travers le monde, notamment à cause du lien avec la propagation des épidémies de VIH/sida et d'hépatite C. À l'invitation du Dr Élise Roy, professeure et directrice du Service de toxicomanie, et grâce à l'animation du Dr Jean-François Boivin (Département d'épidémiologie et de biostatistiques de l'Université McGill), des experts universitaires et professionnels de six pays répartis sur trois continents ont pu faire le point sur les connaissances relatives aux dimensions individuelles et sociales expliquant l'injection de drogues et les interventions préventives existantes et envisageables.

Les résultats des plus récentes recherches de type étiologique sur le

phénomène ont été présentés ainsi que des exemples d'interventions visant à prévenir le passage à l'injection. Les facteurs sociaux, économiques, culturels pouvant expliquer les proportions d'utilisateurs de drogues par injection et le choix de l'injection comme mode principal de consommation de drogues ont aussi été abordés. Malgré certaines similitudes, des variations, parfois dans un même pays, sont à noter. La progression des recherches illustre la complexité du phénomène de l'injection. Les experts s'entendent pour privilégier certaines pistes de travail comme le recours à des recherches, en simultané, sur plusieurs sites, afin d'être en mesure d'étudier diverses populations avec des bases comparatives similaires.



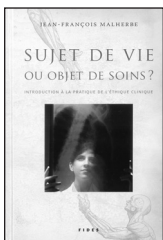
L comme Lire...



■ BOVAY, M. (2007). *La violence faite à l'école. Apprendre à vivre ensemble*. Septembre éditeur. Québec.

Pour briser les silences autour de cette problématique préoccupante et pour réhabiliter l'école dans son rôle le plus noble que Martine Bovay a écrit cet essai qui décrit, décortique et analyse le problème... pour mieux l'appréhender.

Illustré avec humour, une façon de dédramatiser et d'aborder le sujet en toute objectivité, ce livre est plus qu'une simple étude. C'est une source d'information complète sur la violence à l'école (taxage, intimidation, etc.) et la violence de l'école (décrochage, dévalorisation); une invitation à réfléchir individuellement et collectivement à un fléau de société; un guide pratique qui propose aux parents, enseignants et intervenants des actions concrètes pour que l'école demeure un lieu « d'apprentissages ».



■ MALHERBE, J.F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Éditions Fides. Montréal. Québec.

Fruit de plus de 25 ans de réflexion, ce livre propose une philosophie de la médecine à partir de la question éthique. Il s'adresse en tout premier lieu aux professionnels de la santé pour les amener à réfléchir sur le sens de leur pratique. L'auteur est convaincu que la médecine est l'art de cultiver l'autonomie des humains en prenant soin de leur corps et que l'art médical n'est praticable que si le désir de soigner renonce à la volonté de tout maîtriser.



■ Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Les jeunes et les drogues de synthèse*. Gouvernement du Québec. Québec.

Brochure réalisée par le Service des toxicomanies du MSSS en collaboration avec le GRIP Montréal. Ce petit document présente de façon simple, en s'adressant directement aux jeunes, les substances les plus fréquemment rencontrées : amphétamines, ecstasy, GHB, kétamine ainsi que les effets et les risques associés à la consommation. Sur le même principe que la brochure sur l'alcool et celle sur les drogues, publiées depuis quelques années, il s'agit

d'informer dans un ton non moralisateur et se fier ensuite sur le jugement et la capacité des individus de prendre des décisions éclairées.

Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca ou commandes à : diffusion@msss.gouv.qc.ca



■ Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Riches de tous nos enfants, 3^e rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Direction du programme de santé publique du MSSS et institut national de santé publique du Québec, sous la direction de Alain Poirier, M.D directeur national de santé publique et Marc-André Maranda, direction du programme de santé publique. Québec.

Ce rapport examine les effets de la pauvreté sur la santé des jeunes en démontrant comme elle pèse lourd et entrave le développement des enfants et des jeunes. Plus d'une centaine d'indicateurs ont été analysés pour illustrer les écarts de santé chez les jeunes, tant au plan de la santé physique que de la santé mentale et du développement et de l'adaptation sociale. Ainsi, les écarts de santé observés entre les enfants québécois les plus favorisés et les plus défavorisés sont d'une ampleur déconcertante. Il apparaît de plus que ces écarts ne s'amenuisent pas au fil des années. Des milliers d'hospitalisations et de nombreux décès sont associés à la défavorisation chez les jeunes de moins de 18 ans. On se rappelle que la réduction des écarts de santé est un enjeu majeur de santé publique...

Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca

■ Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services Dépendances, 2007-2012*. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.

Attendu par tous ceux qui travaillent dans les régions et localement sur les programmes cliniques en dépendances, ce document présente les orientations du MSSS et précise l'offre de service à mettre en place par les CSSS dans les territoires d'ici 2012.

Disponible sur : www.msss.gouv.qc.ca



QUAND L'ORDINATEUR REMPLACE LE PSY

En Grande-Bretagne, les patients doivent attendre jusqu'à six mois pour consulter un psychiatre en passant par le système de santé publique, mais désormais une nouvelle possibilité s'offre à eux : s'asseoir devant un ordinateur et raconter leurs problèmes à un logiciel spécialisé dans la lutte contre les crises de panique, les dépressions légères et les phobies. « Fearfighter » est l'un des deux programmes informatiques approuvés en février par les autorités britanniques pour aider les personnes souffrant de crises de panique, de dépressions légères ou de phobies. Certains patients ont donc désormais le choix entre voir un thérapeute ou recourir au logiciel, dont le coût d'utilisation est pris en charge par le système de santé publique, le National Health Service (NHS). Les patients peuvent se connecter depuis chez eux ou se rendre dans des bibliothèques afin d'utiliser des ordinateurs spécialement configurés.

Un tel traitement est rendu possible par le fait que les personnes souffrant de phobies, comme la peur des araignées ou le vertige, reçoivent en général la même thérapie de base. L'idée est que les parties répétitives de la thérapie soient réalisées par un ordinateur, qui peut ensuite prendre des décisions basées sur ces réponses », explique le Dr Isaac Marks, cocréateur de « Fearfighter ».

« Mais nous avons toujours besoin des thérapeutes pour être créatifs, manifester de l'empathie et réagir à la singularité de l'histoire d'une personne », souligne le Dr Jesse Wright, psychiatre à l'université de Louisville, aux États-Unis. En outre, des problèmes psychiatriques graves comme les troubles bipolaires, les tendances suicidaires et la schizophrénie sont trop complexes pour être soignés par des logiciels. Avec « Fearfighter », les patients apprennent par exemple à reconnaître les signes qui déclenchent leurs crises de panique pour tenter de les éviter, ou encore à gérer leurs peurs.

• • •

Dans le même ordre d'idée, un logiciel a été développé dans la région de Amos (Québec). **DEPCONTRÔLE**, logiciel interactif (bilingue) pour le contrôle des dépendances.

Le répondant n'a qu'à entrer sa consommation quotidienne et le logiciel s'occupe du reste. Interactif, l'outil émet des commentaires, pose des questions et active des animations selon la quantité de consommation entrée. Des graphiques se tracent et des compilations hebdomadaires, mensuelles, et annuelles se font automatiquement. On demande à l'utilisateur d'établir son objectif en début de mois et on lui remet aussi un parachute qu'il doit garder en bon état s'il veut réussir à atteindre son objectif. Lorsque la consommation est trop élevée, le parachute s'abîme, devient instable et difficile à manœuvrer. Des commentaires audio sont aussi émis pour souligner les bons moments comme les plus difficiles.

DEPCONTRÔLE peut être utilisé seul pour prendre conscience d'un problème en toute confidentialité ou en complément d'un traitement ou d'une thérapie.

Pour plus d'information : www.depcontrôle.com
Téléphone : 819 727-3372