

L'écho-TOXICO



Le mot de Lise...

Quoi de mieux pour terminer non pas l'année mais le millénaire que de tenter de cerner quelques-unes des tendances dans le champ de la toxicomanie ? Celles qui risquent de donner le ton aux prochaines années parce qu'elles s'appuient sur la connaissance de données probantes et sur le transfert de celles-ci auprès des différents milieux d'intervention. ...

Je veux parler des programmes de substitution, et pas seulement pour l'héroïne; de l'éventuelle décriminalisation de l'usage thérapeutique du cannabis; de la reconnaissance de l'importance du lien mère-enfant (même lorsque la mère est toxicomane) et de la nécessité de développer avec elle des compétences au niveau de l'attachement et de la prise en charge de son enfant. La prévention de la toxicomanie s'annonce quant à elle plus souvent que jamais par des interventions en amont et ciblées. Elle se trouve alors intégrée à des actions prometteuses, visant plusieurs problématiques et liées au développement global des enfants et des jeunes. Enfin, l'évaluation plus structurée et mieux acceptée par les différents milieux est en train de devenir un incontournable...

Ce sont là les principaux thèmes de ce numéro, tous des éléments plutôt novateurs qui pourraient nous faire entrer (pourquoi pas ?) dans un âge nouveau en toxicomanie mais aussi comme société.

Mais n'oublions pas que tous ces changements peuvent être sources de stress ou même d'épuisement et qu'il ne sert à rien de se brûler pour vivre (voir formation du Dr Serge Marquis) d'où l'importance de profiter pleinement des marques d'amitié et d'amour que le temps des fêtes nous procure.

En terminant, je voudrais vous informer que maintenant il est possible de me rejoindre à mon bureau de:

Longueuil: tél.: (450) 670-7685 ou
Sherbrooke: tél.: (819) 564-5245

Bonne lecture et à l'an 2000 !

Lise Roy

Université de Sherbrooke Programmes et formation en toxicomanie

LE PROGRAMME DE PREMIER CYCLE Certificat de toxicomanie Prévention et intervention

Activités de formation visant l'acquisition de connaissances et d'habiletés de base en toxicomanie au plan théorique, méthodologique et pratique. Programme de certificat de 30 crédits, offert dans plusieurs régions du Québec, aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

Hiver 2000

Programmes en cours ou nouveaux groupes dans les villes et régions suivantes :

Sherbrooke , Longueuil, Québec , Trois-Rivières, Hull , Amos, Rimouski .

LES PROGRAMMES DE DEUXIÈME CYCLE Micro-programmes, diplôme et maîtrise Intervention dans le milieu

Activités de formation visant un approfondissement des connaissances et une réflexion sur les pratiques professionnelles dans le but de permettre un transfert des connaissances. Accessibles aux praticiens en exercice et détenteurs d'un baccalauréat. Possibilités de micro-programmes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme de 30 crédits ainsi que d'un cheminement de maîtrise, en collaboration avec l'UQAM (Intervention sociale). Campus Longueuil.

Activités offertes dans le cadre des micro-programmes, du diplôme ou de la maîtrise :

Hiver 2000

TXM-702 : Méthodes de recherche et d'analyse (3cr.)

TXM-703 : L'évaluation de programmes et de services (3cr.)

TXM-710 : Action politique et communication publique (3cr.)

TXM-713 : Doubles problématiques et toxicomanie (3cr.)

ÉTÉ 2000

TXM-711 : Partenariats et intersectorialité (3cr.)

LA FORMATION SUR MESURE

Partenariat avec l'AITQ

Activités de formation ponctuelles (une journée) sur des thèmes d'actualité en toxicomanie, créées à partir des besoins exprimés par les intervenants et donnant accès à une attestation universitaire UEC (unité d'éducation continue). Ouvertes aux praticiens concernés par le sujet. Campus Longueuil et Québec.

Hiver 2000

Formations à venir:

Hépatites et toxicomanie
Dr. Marc Poliquin
21 janvier , Longueuil

Stress et épuisement : faut-il se brûler pour vivre?
Dr. Serge Marquis
28 janvier, Longueuil

Psychoses et substances psychotropes ; intervenir auprès des états comorbides
Dr. Jean-Yves Roy
11 février, Longueuil
18 février , Québec

Maternité et toxicomanie : duel ou duo?
Marielle Venne, T.S
7 avril, Longueuil

Toxicomanie et jeu pathologique : la magie d'un bon mix, illusion ou réalité
Paulette Guinois
12 mai, Longueuil

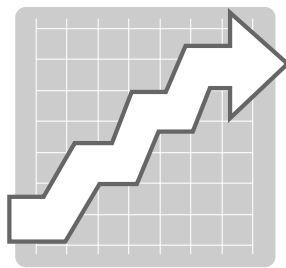
Pour plus de renseignements, voir à la page 12



Le concept d'évaluation dans le cadre des interventions sociosanitaires

L'évaluation des interventions sociosanitaires est une activité qui s'est développée durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Un des principaux facteurs ayant contribué au phénomène est la prise de conscience par les gestionnaires publics, d'une limite aux ressources qu'une société peut consacrer au secteur de la santé et des services sociaux. Aujourd'hui, plus que jamais, l'élaboration de politiques publiques impose l'usage optimal des ressources humaines, techniques et financières qui sont disponibles. Dans tout le secteur de la santé et des services sociaux, au Canada et au Québec, la démonstration de la pertinence et de l'efficacité des programmes et des services, ainsi que de leur efficacité en termes économiques, est devenue la norme. L'obligation de rendre des comptes touche même les organismes communautaires dont les subventions sont de plus en plus souvent liées à des évaluations de pertinence, d'efficacité et d'efficacité. Dans le secteur privé également, les associations professionnelles prônent une pratique basée sur les preuves et mettent en place des mécanismes d'évaluation de la qualité des actes. Dans le champ de la toxicomanie comme dans tous les autres, les intervenants sont amenés à entreprendre ou à participer à des démarches évaluatives, sans qu'ils aient toujours reçu la formation théorique et pratique nécessaire.

L'évaluation peut être définie comme l'action de porter un jugement sur la valeur d'une chose, le fait d'apprécier son prix, son importance. Parmi les synonymes donnés au verbe "évaluer" figurent les vocables suivants: apprécier, priser, expertiser, calculer, chiffrer, jauger, apprécier, coter. Toute intervention sociosanitaire, comme toute activité humaine, peut être évaluée de façon explicite ou implicite afin de répondre à la question fondamentale: En valait-elle la peine? L'évaluation est orientée vers une prise de décision. Elle conduit par rétroaction à moduler la conduite future en fonction de l'expérience acquise. L'évaluation implique la notion



de comparaison entre deux situations par rapport à une intervention.

Dans le passé, l'évaluation des activités sociosanitaires reposait essentiellement sur l'intuition et le jugement d'experts. À présent, l'évaluation fait appel à des techniques d'analyse scientifique qualitative (Lecomte, 1982) et quantitative (Cook et collaborateurs, 1982). Ce qui fait la complexité de cette activité est qu'elle se situe à l'intersection de plusieurs disciplines traditionnelles et qu'elle combine des techniques provenant des sciences épidémiologiques, statistiques, des sciences sociales et du comportement, des sciences économiques et administratives. Il en résulte une grande richesse et une grande variété des approches, mais aussi une absence de consensus dans la terminologie et la classification des études évaluatives.

Au Québec, un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes en santé a été proposé par Champagne et collaborateurs (1985) et raffiné par Pineault et Daveluy (1991). Dans ce système, les évaluations sont classées en différentes catégories selon qu'elles s'intéressent aux grandes politiques (évaluation stratégique), aux programmes et services spécifiques (évaluation tactique) ou aux activités particulières des intervenants (évaluation opérationnelle). Par ailleurs, une typologie des évaluations de programme est élaborée en fonction de l'objet de l'analyse. L'évaluation peut porter sur les ressources (évaluation de structure), les activités (évaluation de processus), les objectifs (évaluation de résultats) ou les conséquences d'un programme (évaluation d'impact). Elle

peut également porter sur la balance entre les ressources mises en œuvre et les activités réalisées (évaluation de productivité) ou entre les ressources et les effets du programme (évaluation d'efficacité). Sur l'initiative du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1998), un cadre de pratique pour l'évaluation des programmes en promotion de la santé et en toxicomanie a été élaboré par une équipe de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Dans ce document, cinq types d'évaluation sont décrits et illustrés: évaluation des besoins, des possibilités d'action, de l'implantation, des effets et du rendement d'une intervention.

Une évaluation peut être entreprise pour différentes raisons: pour juger de la pertinence d'une intervention nouvelle, de la mise en place d'un service ou d'un programme (aide à la planification), pour améliorer le fonctionnement, la gestion et l'administration d'un programme ou d'un service existants (évaluation formative), ou encore, pour apprécier les résultats et l'impact final d'une activité (évaluation sommative). Suivant le cas, l'évaluation peut être entreprise avant, durant ou après la mise en œuvre du programme ou du service. Il est essentiel que l'information produite soit disponible au bon moment, lorsque la décision doit se prendre. Une information produite trop précocement peut avoir perdu de sa valeur, si la situation évolue. Une information produite trop tardivement, une fois la décision prise, est complètement inutile. Le choix du moment opportun est crucial dans une démarche d'évaluation.

Pour Rochon (1976), il faut distinguer, en fonction des buts poursuivis, l'évaluation «technique» et l'évaluation «recherche».

L'évaluation technique s'intéresse aux composantes d'une intervention, ce sont les objectifs, les ressources, les services et les effets. Ce type d'évaluation vise principalement la

régulation et le contrôle des activités, la gestion administrative des programmes et des services. L'évaluation technique réalisée dans un but régulateur permet de prévenir et de corriger des déficiences dans les moyens mis en œuvre. Les individus, les institutions et les équipements sont jugés en fonction des normes établies. L'agrément des hôpitaux et la certification du personnel sont des exemples d'évaluation technique régulatrice. L'évaluation technique dans un but de contrôle (ou d'assurance) vise la qualité des actes posés et des procédures appliquées dans l'exécution de certaines fonctions. Selon que la responsabilité de l'évaluation technique incombe aux administrateurs d'un programme ou aux groupements professionnels concernés, on parle d'évaluation administrative ou d'évaluation professionnelle.

L'évaluation «recherche» ou recherche évaluative a pour but l'analyse des interactions entre diverses composantes d'une intervention : entre les objectifs et les ressources mises en œuvre, entre les ressources utilisées et les services rendus, entre les services et les effets (Champagne et coll., 1985). Elle vise à mieux comprendre le phénomène étudié, à donner des explications, à faire progresser les connaissances alors que l'évaluation technique s'attache à décrire les éléments et activités d'une intervention et à les comparer à des normes établies. L'évaluation «recherche» est définie comme l'application systématique de méthodes scientifiques en vue d'apprécier la manière et la mesure dans lesquelles une intervention produit des effets particuliers. Elle n'a pas pour seul objet les effets

d'une intervention mais l'ensemble du processus d'intervention. De plus, tous les effets doivent être considérés et pas seulement ceux désignés de façon explicite dans les objectifs. L'évaluation technique est un outil de gestion qui reste principalement entre les mains des administrateurs et des professionnels impliqués dans une intervention de santé. Par contre, la recherche évaluative est principalement confiée à des experts indépendants car cette activité nécessite une expertise méthodologique particulière, une vue d'ensemble de l'intervention et un recul difficile à obtenir de personnes occupées par la gestion et l'administration ou par l'exécution de tâches journalières.

Il ne faut pas considérer l'évaluation «technique» et l'évaluation «recherche» comme des activités antagonistes, mais bien comme des activités complémentaires ou même souvent combinées. Ce n'est pas la qualité de la démarche intellectuelle ou la véracité des informations produites qui différencie ces deux modes d'évaluation, mais bien la perspective et la finalité de la démarche: une prise de décision à court terme dans le premier cas, une meilleure compréhension des choses dans une perspective à long terme, dans le second cas.

Dans le cadre de son nouveau programme de diplôme de deuxième cycle en toxicomanie, l'Université de Sherbrooke offre deux activités pédagogiques portant sur l'évaluation. Le premier cours de 3 crédits est intitulé Évaluation de programmes et de services (TXM703) et a pour objectif d'identifier les applications de même que les forces et les faiblesses des modèles d'évaluation les plus utilisés dans le domaine de

la toxicomanie. Il est complété par un travail dirigé en évaluation (TXM742) qui conduit l'étudiant à rédiger un protocole d'évaluation dans le domaine de la toxicomanie. Ces deux activités devraient répondre aux besoins théoriques et pratiques des intervenants dans le champ de la toxicomanie et les équiper pour participer efficacement à l'évaluation rigoureuse de leurs activités.

Philippe De Wals, MD, PhD.
Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke

Références:

CHAMPAGNE, F., CONSTANDRIOPOULOS, A.P., PINEAULT, R. (1985). Cadre conceptuel à l'évaluation des programmes de santé. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 33: 173-181.

COOK, T.D., COOK, F.L., MARK, M. (1982). Modèles expérimentaux et quasi expérimentaux en recherche évaluative: une introduction. Dans: LECOMTE, R., RUTMAN, L. (1982) Introduction aux méthodes de recherche évaluative, Les Presses de l'Université Laval, 105-141.

LECOMTE, R. (1982). Les apports de l'évaluation qualitative et critique en recherche évaluative. Dans: LECOMTE, R., RUTMAN, L. Introduction aux méthodes de recherche évaluative, Les Presses de l'Université Laval: 143-153.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1998). Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes. Applications en promotion de la santé et en toxicomanie, Gouvernement du Québec, Québec.1-130.

PINEAULT, R., DAVELUY, C. (1991). La planification de la santé. Concept, méthodes et stratégies, Agence d'Arc Inc., Montréal, 333-473.

ROCHON, J.(1976). Stratégie d'évaluation. Dans: SACKETT, D.L., BASKIN, M.S. Méthodes d'évaluation des soins de santé. Publication de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario, 8.1-8.30



Saviez-vous que...

- L'Association Le Patriarche n'existe plus. Lucien Enghelmier a été évincé par ses bras droits. Des actions en justice pour détournements de fonds, abus sur les personnes, etc. avaient été entreprises et abandonnées en contre-partie de sa démission et son renoncement à toute activité au sein de l'organisation. La nouvelle association s'appelle Dianova. À suivre...
- Educ-alcool a un site web. En voici les coordonnées:
<http://www.educalcool.qc.ca>





Grossesse et toxicomanie ou les obstacles à l'attachement mère-enfant

C'est au début des années 1980 que les hôpitaux de la région montréalaise ont vu émerger la problématique des femmes enceintes cocaïnomanes. La cocaïne était alors plus accessible sur le marché et visait une clientèle jeune, en âge de procréer. On estime qu'entre 2 à 5 % des femmes enceintes de la région montréalaise présentent des problèmes d'abus ou de dépendance à la cocaïne. Cette drogue est souvent consommée de pair avec d'autres substances comme le cannabis, l'alcool ou les benzodiazépines. Plus récemment, on note aussi une augmentation du nombre de mères dépendantes aux opiacés. Ce phénomène découle de la chute du prix de l'héroïne, de sa pureté et du rajeunissement des consommateurs. Là encore, on parle de polyconsommation car les héroïnomanes vont souvent recourir à d'autres drogues de façon abusive.

Mais, indépendamment de leur drogue de prédilection, les femmes toxicomanes présentent un tableau clinique similaire lorsque survient une grossesse.

En premier lieu, il est rare que la grossesse ait été planifiée. Leur mode de vie et l'instabilité de leurs relations amoureuses n'incitent pas les jeunes femmes toxicomanes à une utilisation régulière de contraceptifs. De plus, les femmes héroïnomanes souffrent souvent d'aménorrhée, ce qui les porte à croire que leur dépendance les rend stériles. Donc, en plus d'être accidentelle, la grossesse est constatée tardivement et un avortement est alors impossible à envisager. Malgré le contexte initial trouble du début de la grossesse, le désir de maternité est souvent très fort. Le fait de se trouver enceintes ravive chez ces femmes plusieurs rêves: développer une relation stable avec le père de l'enfant, donner un sens à sa vie, se réinsérer dans la société en assumant un rôle hautement valorisé, soit celui de mère, renouer des liens avec la famille, avoir la certitude d'un lien affectif indéfectible

avec son enfant («quelqu'un qui m'aimera toujours»), etc.

Ces espoirs constituent une motivation puissante à poursuivre la grossesse mais leur réalisation est conditionnelle à un arrêt de la consommation. C'est là que bien souvent le bât blesse. Certaines parviennent à cet objectif assez rapidement mais pour la majorité, le parcours est plus difficile: séjours en désintoxication, rechutes, réduction de la consommation, épisodes de sobriété très brefs.

Au cœur de ce parcours, plusieurs embûches se présentent: abandon par le conjoint ou toxicomanie de celui-ci, résurgence de conflits familiaux, absence de réseau social ou familial supportant, isolement, difficultés financières. À cela s'ajoute un état psychologique rempli de doutes sur ses capacités parentales, les craintes d'un bébé mal formé à cause de la consommation de drogues et la peur de se voir retirer le bébé à la naissance.

Ce sont là d'importants obstacles au déroulement normal du processus d'attachement entre la mère et l'enfant, et ce, tout au long de la grossesse. Certaines mères expriment avoir hâte d'accoucher pour cesser de se percevoir comme toxique pour leur fœtus et espèrent pouvoir accomplir après la naissance du bébé ce qu'elles n'ont pu parvenir à accomplir pendant la grossesse. Il est exact que la naissance d'un enfant normal ravive leurs espoirs et leur motivation à un arrêt de la consommation. Cette motivation est amplifiée par la crainte réelle de perdre la garde de l'enfant car le choix est alors inéluctable (et urgent) entre le psychotrope ou l'enfant.

Pourtant, si l'euphorie de la naissance est un véritable moteur à propulsion vers la sobriété, elle n'évite que temporairement les difficultés auxquelles la mère sera à nouveau confrontée. Sans oublier toutes les

embûches que nous avons mentionnées précédemment, qui sont encore présentes, il faut ajouter celles reliées au nouveau-né, à son sevrage et à l'impact sur la dyade mère-enfant.

Un nouveau-né, exposé pendant sa vie intra-utérine, à l'alcool ou à des drogues, peut présenter à la naissance différents problèmes. Aussi, ne serait-ce qu'à titre préventif, il devra être maintenu sous observation pendant un laps de temps minimal de 24 à 48 heures. La mère ne peut donc pas cohabiter avec son enfant pendant cette période et bien souvent l'allaitement devient contre-indiqué en raison des possibilités de rechute de la mère. Ces obstacles au contact mère-enfant augmentent son sentiment d'être une mère toxique et inadéquate, sentiment décuplé par les réactions d'un nouveau-né en sevrage, agité de tremblements, qui est de plus très irritable et inconsolable. Si le sevrage est peu marqué et de courte durée chez les nouveau-nés de mères cocaïnomanes, il en est autrement chez ceux dont les mères sont dépendantes aux opiacés. C'est pourquoi à l'hôpital St-Luc du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), nous avons développé un protocole de sevrage aux opiacés pour les nouveau-nés et un programme d'intervention pour leurs parents. Quand le père est présent, il est nécessairement intégré au programme car son influence peut s'avérer déterminante pour la mère. Dans le cas d'un sevrage aux opiacés, la durée moyenne de l'hospitalisation du bébé est de six semaines et cette expérience est éprouvante pour les parents. La complexité de ces sevrages augmente les obstacles dans le processus d'attachement parents-enfant et nous avons élaboré des stratégies d'intervention pour soutenir les parents qui le désirent. Ces stratégies impliquent tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et elles sont nécessairement évolutives puisqu'il s'agit d'une clientèle relativement récente.

Dans tous les cas de toxicomanie parentale il nous faut penser à prévenir les situations à risque de négligence pour les enfants. Selon un récent rapport¹, les intervenants des Centres jeunesse de Montréal estiment que 32 % des mères et 40 % des pères dont les enfants sont référés pour négligence parentale font un usage abusif de drogues et d'alcool. La prévention de la négligence parentale doit commencer dès le début de la grossesse. C'est en favorisant le processus d'attachement, au moins mère-enfant, idéalement parents-enfant, que nous aiderons les parents à réaliser les rêves que la grossesse a suscités: cesser de consommer des psychotropes et assumer positivement leur rôle parental.

Marielle Venne
Travailleuse sociale
C.H.U.M.-Hôpital St-Luc

¹ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec. Gouvernement du Québec, Québec.

Nouveaux, nouvelles, hiver 2000

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

Québec

Une nouvelle cohorte débutera les activités du Certificat de toxicomanie en janvier 2000 au Cégep Sainte-Foy.

Renseignements : Centre CASA
Téléphone : 418-871-8380
Télécopieur : 418-871-8352

Vous pouvez également vous procurer la documentation au Cégep Sainte-Foy, Service d'information scolaire, local C-378.

Longueuil et Sherbrooke

Il est toujours possible de se joindre aux groupes de Longueuil et de Sherbrooke.

Renseignements :

Longueuil :
Ligne sans frais : 1-877-670-4090
ou 450-670-7685

Sherbrooke :
Ligne sans frais : 1-800-267-8337
ou 819-564-5245
Courriel : froux@courrier.usherb.ca

À propos du cannabis, que faire ?

La demande de soins de nombreux malades qui désirent bénéficier des effets thérapeutiques du cannabis, de même que les épreuves vécues par les familles du député Loubier et des fermiers de la Montérégie subissant la menace de trafiquants de grande envergure qui protègent leur culture dans cette région, remettent à l'avant-scène le débat sur la pertinence de maintenir la prohibition de cette drogue.

Comment se présente la situation ?

D'une part, il est évident que l'implantation d'un modèle de distribution thérapeutique par les autorités fédérales est retardée par leur recherche d'un créneau d'action qui répond à la fois à une demande de soins de la part de «certains» de ces malades, mais préserve également la légitimité de prohiber l'utilisation de cette drogue à des fins récréatives. D'autre part, il est également clair que la violence actuelle présente dans certaines régions de culture du cannabis, est générée par l'expansion d'un marché noir de plus en plus lucratif à cause de la prohibition.

Alors, à propos du cannabis, que faire ?

Rappelons-nous le cas du marché noir du tabac et la violence issue de son expansion. La solution fut relativement simple, dans le cas de cette drogue légale : briser le marché noir en cassant les prix. Ce qui fut fait. Un scénario logique découlant de cette expérience serait la légalisation du cannabis. Logique peut-être, mais trop risqué à court terme. Le cannabis est illégal et ce, du fait que le Canada est lié aux Conventions internationales en matière de drogues dont les États-Unis, nos proches voisins, sont les principaux acteurs. La légalisation de cette drogue demanderait que nous ayons la capacité politique de contrarier fortement les États-Unis. Je ne crois pas que ce soit le cas. D'ailleurs, même si nous avions cette capacité politique, cela signifierait également que nous soyons prêts à laisser s'installer sur notre territoire tout un marché noir d'exportation vers les États-Unis demeurés prohibitionnistes. À cet égard, la situation vécue en Montérégie ne changerait pas beaucoup, elle pourrait même s'étendre, ce qui est inacceptable.

Alors, que faire ?

En fait, deux voies s'offrent à nous, et elles nécessitent toutes les deux imagination et stratégies politiques : la voie thérapeutique ou celle de la décriminalisation de facto.

La voie thérapeutique.

Les Conventions internationales interdisent l'usage non-médical de la marijuana mais il n'en est pas de même pour l'usage médical¹. Cet usage médical est non seulement reconnu dans nombre d'études² mais se retrouve à ce jour dans la législation de 36 États américains.³

Les bienfaits thérapeutiques de cette drogue ne s'arrêtent pas à la diminution des effets secondaires des médicaments prescrits aux personnes atteintes du sida. Le cannabis s'est également montré efficace pour plusieurs problèmes médicaux tels les maux de dos chroniques, les migraines, etc. Pourquoi l'appréciation thérapeutique de cette drogue croît-elle en popularité auprès de nombreux médecins et patients ?

1 Arnao, G. (1999) The Single Convention and drug policy reform *International Journal of Drug Policy* Vol.10(3) 173-175.

2 Voir le site de la Canadian Drug Policy Foundation pour le débat canadien sur cette question et les hyperliens menant aux sites d'intérêt sur le sujet : www.cfpd.ca

3 Mais dans la plupart de ces États, les freins du gouvernement fédéral à la mise sur pied de mécanismes de distribution empêchent la mise en œuvre de ces législations permettant l'usage de la marijuana à des fins thérapeutiques.



Il y a trois raisons à cela. Tout d'abord, elle est remarquablement non-toxique. À la différence de la plupart des médicaments présentement à notre disposition, cette drogue n'a jamais causé d'overdoses mortelles. Ses effets secondaires à court terme et à long terme sont minimes comparativement aux traitements qui remplacent l'usage de cette drogue. Ensuite, dans le scénario d'une possibilité d'usage de cette drogue à des fins thérapeutiques, cette médecine est peu dispendieuse. Enfin, cette drogue est très versatile. Les histoires de cas et les expérimentations cliniques qui ont pu se faire jusqu'à maintenant indiquent qu'elle est efficace dans le traitement de plus de deux douzaines de symptômes et syndromes, et d'autres pourraient s'y ajouter dans le futur.⁴

Ainsi, la voie thérapeutique peut permettre des cultures variées en fonction du cumul des connaissances sur les différents effets thérapeutiques selon les types de culture. De plus, si on ajoute le fait que la marijuana est efficace dans la diminution du stress et du syndrome prémenstruel comme de multiples histoires de cas l'indiquent, cela ouvre un créneau d'accessibilité très large. Cette voie thérapeutique offre trois avantages: 1) la réglementation des cultures dans de bonnes conditions de manière à s'assurer d'une qualité adéquate et de l'étiquetage approprié des divers produits du cannabis pour une meilleure gestion par les usagers; 2) un changement culturel progressif à l'égard de cette drogue, propre à moins heurter ceux à qui cette drogue fait encore très peur; 3) le contrôle de la production de cette drogue pour une clientèle locale, évitant ainsi le narco-tourisme de voisins prohibitionnistes en maintenant et même renforçant la possibilité de poursuivre au criminel les groupes criminalisés opérant des cultures illégales.

Bien sûr, ce scénario n'est pas idéal. Il oblige un passage par des instances médicales pour s'inscrire en tant qu'usager ou cultivateur de cette drogue, ce qui, de toute évidence, déplaira aux nombreux consommateurs et cultivateurs qui aspirent à une normalisation de la consommation de cette drogue.⁵ Mais c'est probablement une étape nécessaire pour passer de l'intolérance à la tolérance. Ce qui m'amène à parler stratégie.

Les politiques en matière de santé au Canada sont de juridiction provinciale. Ce détail est très important. En effet, songer à légaliser un usage thérapeutique à l'échelle fédérale présente un obstacle lié à la diversité culturelle des populations dont les sensibilités ne sont pas identiques à l'égard des drogues, même gérées.⁶ La santé étant de juridiction provinciale, on peut très bien rapetisser l'échelle du scénario à la grandeur du Québec, sans créer de précédent d'ailleurs puisque pendant de nombreuses années l'avortement (criminalisé) était pratiqué dans de nombreuses cliniques au Québec, sous couvert thérapeutique. Il y a là de l'expérience disponible et utilisable dans l'élaboration d'un scénario en matière de cannabis passant par la voie thérapeutique.

La voie de la décriminalisation de facto

Cette voie est celle qui est suivie, entre autres, aux Pays-Bas. Par une directive, il fut annoncé en 1976 qu'il n'y avait plus d'obligation de criminaliser la possession de moins de 30 grammes de cannabis, ce qui a conduit à la naissance des *coffee-shops* et à une décriminalisation de facto de la simple possession du cannabis. Ainsi, même si la loi n'avait pas changé, la pratique n'était plus de criminaliser (tel le cas de l'avortement au Québec). L'évaluation des premières 20 années de cette politique par le gouvernement néerlandais a permis la reconnaissance de ses bienfaits, mais également de la nécessité d'y apporter certaines modifications.

Concernant les bienfaits, les Néerlandais ont constaté qu'ils avaient un des plus bas taux de consommation de cannabis pour la population en général, et chez les jeunes en particulier (de fait, bien moindre qu'aux États-Unis). De plus, les modes de consommation qui se sont développés étaient beaucoup plus sécuritaires, en raison des programmes de prévention, mais aussi du phénomène d'«enculturation»⁷ qui avait permis aux usagers de développer une gestion contrôlée de cette drogue. Cette situation a aussi permis de développer des créneaux plus sécuritaires de vente de cannabis en réglementant les activités des *coffee-shops* dans le cadre de tribunaux administratifs. Ainsi, le non respect de certaines règles dans les commerces vendant des produits du cannabis (par exemple, consommation de drogues illégales autres que le cannabis et ses dérivés) peut amener leur fermeture, comme le non respect de certaines règles dans les commerces vendant de l'alcool au Québec peut aboutir à une perte de licence. Enfin, le développement de cultures locales avec un certain contrôle gouvernemental (pas direct car, par la signature des Conventions internationales, les Pays-Bas ne peuvent assumer officiellement la gestion de ces cultures pour des fins récréatives) constitue un autre effet positif des choix néerlandais.

4 Grinspoon, L. (1999) Medical marijuana in a time of prohibition, *International Journal of Drug Policy* Vol.10(2) p.145. Notre traduction.

5 Les trafiquants qui en ont fait un revenu important, bien sûr, ne désirent pas la normalisation du produit dans le marché légal.

6 Beauchesne, L. (1999) La culture protestante américaine : influences sur les politiques en matière de drogues *Histoire sociale-Social History* Vol.XXXII, no.64, novembre.

7 Ce terme désigne l'inscription dans la culture de quelque chose de nouveau. Le temps d'enculturation d'une nouvelle drogue est le développement de règles d'usage et de dosage, de même que la création de perceptions sur ce qui en est de cette nouvelle drogue par ceux qui n'en font pas (encore) usage. (Cohen, P. 1999) Shifting the main purposes of drug control: from suppression to regulation of use *International Journal of Drug Policy* Vol.10 (3) 223-234.

En ce qui concerne les problèmes à corriger, le seuil de tolérance officiel de la police est passé de 30 à 5 grammes de manière à diminuer le narco-tourisme qui suscitait l'ire des pays voisins. Il est maintenant plus difficile pour les étrangers de faire de l'importation à partir des Pays-Bas. De plus, pour diminuer les problèmes liés à l'approvisionnement à l'étranger des produits du cannabis et dérivés, l'approvisionnement local est fortement encouragé. Enfin, la police néerlandaise a renforcé ses collaborations avec les corps policiers d'autres pays pour «chasser» les filières étrangères de drogues qui installent leur marché aux Pays-Bas afin de diminuer la présence de groupes criminalisés chez eux.⁸

Quels avantages représenterait cette voie pour le Québec ?

En premier lieu de diminuer le contrôle policier en cette matière. Même si au Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes, on est déjà moins actif en termes d'arrestations policières et de poursuites judiciaires en matière de drogues illicites,⁹ il demeure tout de même que 4 717 personnes en 1996 ont été accusées pour simple possession de cannabis, 2 245 pour trafic, et 1 210 pour culture¹⁰ et que les casiers judiciaires demeurent pour les milliers de personnes reconnues coupables.¹¹ Ensuite, le Québec profiterait de l'expérience des Pays-Bas, ce qui permettrait d'être moins expérimental avec ce scénario, facilitant un apprentissage à la fois politique et sur le terrain dans la manière de procéder. Enfin, les cultivateurs indésirables seraient maintenus dans l'illégalité, et la répression à leur égard pour les «chasser» de notre territoire pourrait être continuée, voire accentuée.

Mais cette voie présente également des difficultés. La première et non la moindre difficulté tient au fait qu'elle est plus vulnérable que la précédente à la réaction américaine. Elle demande donc que les politiciens en défendent ouvertement la légitimité comme aux Pays-Bas. De plus, comme il n'y a pas la «couverture thérapeutique», il est impossible pour le gouvernement de réglementer officiellement la gestion des cultures pour assurer la qualité et l'étiquetage adéquat des produits. Enfin, la tradition de régionalisation des politiques aux Pays-Bas, permettant que chaque région, selon ses besoins et ses désirs, s'inscrive ou non dans une directive, n'existe pas au Québec. Cela rend difficile une implantation progressive de ce type de politique de manière à minimiser les heurts parmi certaines populations qui ne sont pas du tout prêtes à ce changement.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a recommandé en juillet dernier au gouvernement du Québec la déjudiciarisation¹² de la possession simple du cannabis, ce qui reviendrait à la mise en place d'une approche parallèle au système de justice.¹³ Les modalités de cette déjudiciarisation sont peu définies dans le document. S'agira-t-il d'une étape vers la décriminalisation de facto ? L'esprit qui se dégage du document ne semble pas aller dans cette direction,¹⁴ mais la pratique en fera peut-être bifurquer les intentions si le gouvernement donne un suivi à cet avis du CPLT. C'est là certainement une histoire à suivre...

Tout sauf le statu quo

La répression que vivent nombre d'usagers de cannabis, la perte de soins subie par plusieurs malades qui bénéficieraient de son usage, et les épreuves des victimes de la violence d'un marché noir en croissance indiquent clairement que nous ne pouvons plus rester dans le statu quo politique sur la question du cannabis. Toutefois, pour que la situation change sans générer d'autres problèmes majeurs et éviter que des populations deviennent les otages de trafiquants, il faudra être stratégiques et faire preuve d'imagination. Peut-être en menant de front la voie thérapeutique et celle de la décriminalisation de facto ?

*Line Beauchesne, professeure agrégée,
Département de criminologie, Université d'Ottawa.*

8 Pour un suivi de la politique néerlandaise, voir : www.nederland.drugtext.nl/vws/drugnota/3/drugall.html

9 DION, G.A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998 : portrait statistique*. Montréal : CPLT. Tableau 2.5.

10 On a beau dire que de plus en plus le cannabis est considéré comme une drogue peu nocive et n'entraînant pas de dépendance, n'étant plus une priorité de la répression, les statistiques en ce secteur disent autre chose, au Canada comme en d'autres pays. Au Canada, le cannabis est toujours l'objet de 45 000 accusations au criminel, dont 30 000 sont des cas de simple possession. S'il est vrai que les priorités de la police ont changé, délaissant la consommation privée au niveau des enquêtes, et que le système judiciaire donne peu de sanctions de prison pour simple possession, depuis 1990, les accusations en matière de cannabis ont augmenté en regard des accusations pour la cocaïne et l'héroïne, qui ont décliné, passant de 58% des accusations en matière de drogues en 1991 à 72% en 1997. (Statistiques Canada, Bureau de la statistique juridique). À ce jour, il y a plus de 600 000 Canadiens qui ont eu un casier judiciaire à cause du cannabis. (Boyd, N., 1998, Rethinking our policy on cannabis *Options politiques*, octobre, 31-33)

11 Et ce même avec la nouvelle Loi sur les stupéfiants. Voir à ce sujet Beauchesne, L. (1997a). Un sujet d'actualité : la loi C-8. *L'Écho-toxico*, 8(1) :7-10.

12 La déjudiciarisation existe à l'heure actuelle dans la *Loi sur les jeunes contrevenants*, loi fédérale qui permet la déjudiciarisation des mineurs, i.e. une approche parallèle au système de justice. Cette permission de déjudiciariser est donnée aux provinces afin d'éviter, si jugé approprié, qu'un mineur ne se retrouve avec un casier judiciaire. Lorsqu'il y a admission des faits, le jeune est référé à un programme. Si on évalue que ce suivi a été un succès, on retire l'accusation. Toutefois, si on évalue que ce choix de référer le jeune à un programme a été un échec, le procureur en est informé et peut ramener l'accusation originale au tribunal. Le juge n'est pas informé de ce qui s'est passé avant sa décision de culpabilité. Ce n'est qu'à la suite de sa décision, avant de rendre la sentence, que le juge est informé du programme dans lequel le jeune a été inscrit et du résultat de cette démarche.

13 COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1999). *Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis* Gouvernement du Québec: CPLT

14 Beauchesne, L. (2000) Une politique publique de réduction des méfaits. Les pièges à éviter dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol.III, sous la direction de Pierre Brisson, Montréal: Gaëtan Morin, chap. 6. (à paraître).



Le point sur la méthadone

La consommation d'héroïne demeure un problème principalement montréalais, et on estime qu'il y aurait 5 000 à 6 000 usagers réguliers de cette substance dans la région de Montréal. Depuis au moins cinq ans, il y a de petits groupes d'usagers dans d'autres régions. Les villes de Québec et Sherbrooke ont été les premières à reconnaître le problème et à offrir des services de traitement par la méthadone. Plus récemment, des services de traitement avec méthadone sont organisés ou en voie de l'être, dans les régions suivantes: Laurentides, Lanaudière, Trois-Rivières, Montérégie, Laval et Beauce Appalachiques.

Il y a véritablement absence de controverse scientifique sur l'efficacité du traitement à long terme avec la méthadone pour aider les personnes dépendantes à diminuer ou cesser leur usage d'héroïne. Secondairement, divers autres bénéfices, tant pour l'individu que pour son entourage et la communauté, ont été mis en évidence tels que la diminution de la criminalité, l'augmentation de la participation au marché du travail, l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la personne dépendante. On sait également que les personnes traitées avec la méthadone sont moins susceptibles de contacter l'infection au VIH. Ces bénéfices ont été démontrés dans plusieurs contextes et dans plusieurs pays au cours des 35 dernières années. Ce traitement est probablement aussi celui qui présente le plus d'acceptabilité pour les patients. En effet quand il est rendu accessible, jusqu'à 50% des héroïnomanes peuvent être attirés et retenus en traitement. L'acceptabilité est d'autant plus grande, que le système de soins est perçu positivement par les patients, comme étant sensible à leurs besoins et comme n'étant pas punitif.

Malgré son efficacité, ce traitement est difficilement accepté, tant par le public en général, que par certains centres de réhabilitation et certains décideurs. En effet, dans plusieurs pays du monde, et ceci inclut le Québec, ce type de traitement souffre de sous-financement,

ce qui a un impact sur l'accessibilité et la qualité du service. De plus, le public en général gagnerait à être mieux informé. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes de l'entourage immédiat du patient qui ont souvent de la difficulté à accepter qu'un médicament doive être pris sur une longue période de temps.

Pourtant, le traitement ne se limite pas à la simple administration du médicament mais comporte plusieurs aspects complémentaires. Les services médicaux consistent en plus de la prescription d'une dose adéquate de méthadone, de soins de santé de première ligne, et de diverses autres interventions préventives telles que le counselling sur les comportements à risque, l'immunisation, le dépistage. Le médecin doit garder un contact régulier avec le patient à qui il prescrit de la méthadone. De son côté, le pharmacien assume la responsabilité de dispensateur du médicament. Pendant les premiers mois du traitement, le pharmacien sera aussi responsable d'observer l'absorption de la médication et il aura donc, pour ce faire, des contacts quotidiens avec le patient. C'est souvent aussi le pharmacien qui conseille les patients qui prennent d'autres médicaments que la méthadone, notamment pour le traitement de conditions psychiatriques ou pour le traitement du VIH en s'assurant de la fidélité au traitement. Il joue aussi un rôle important, auprès des patients qui consultent plusieurs médecins et obtiennent divers médicaments pouvant interagir entre eux.

Les services psychosociaux font également partie du traitement. Il est important d'évaluer le besoin pour de tels services au moment de l'admission. Lorsque ces services sont offerts sur une base optionnelle, environ la moitié des patients sous méthadone vont les utiliser. Il peut s'agir d'interventions brèves axées sur la solution de problème, d'interventions de crise ou encore de psychothérapie à plus long terme. Les proches du patient peuvent également être rencontrés selon diverses modalités: entretien unique en début de traitement, rencontres régulières sur

quelques mois, groupe de parents, etc...L'aspect important demeure d'individualiser l'intervention pour répondre aux besoins de chacun des patients, à différents moments du processus de traitement.

L'accessibilité demeure toujours le problème principal à Montréal et en région. On estime qu'à Montréal environ 800 personnes ont accès à un traitement avec méthadone à long terme alors que les besoins seraient de l'ordre de 2500 à 3000 places de traitement. L'accessibilité doit se développer non seulement à partir d'organismes spécialisés comme, à Montréal, le Centre de recherche et aide aux narcomanes (CRAN), l'Unité de toxicomanie de l'hôpital St-Luc ou la clinique Herzl de l'hôpital Général Juif de Montréal mais aussi dans le cadre d'un suivi médical en première ligne dans la communauté. Environ 60 médecins suivent déjà des patients dans la région de Montréal. Il faudrait qu'environ 200 à 300 d'entre eux s'impliquent pour satisfaire les besoins actuels. Un programme de formation est offert aux médecins de famille depuis maintenant deux ans, et dépendant du financement qui sera disponible, des mesures d'appui aux médecins de première ligne pourront être organisées. Ces mesures devraient comprendre une ligne téléphonique accessible en tout temps, pour des consultations sur les aspects médicaux ou psychosociaux du traitement ainsi qu'un service d'évaluation et de prise en charge psychosociale pour les patients des médecins participants.

Au CRAN, nous sommes particulièrement préoccupés par le fait de rejoindre les héroïnomanes dans les premiers mois ou années de leur dépendance de façon à réduire la morbidité et la mortalité qui y sont associées. C'est l'objectif spécifique de notre nouveau service, à exigences peu élevées, appelé Relai-Méthadone, débutant ses activités en octobre 1999. Ce service s'adresse aux personnes qui ne consultent pas spontanément et qui seront donc recrutées par "outreach" (exemple, par le travail de rue).



En mars 1999, M. Gilles Baril annonçait l'octroi d'un montant additionnel de 1M\$ pour le développement d'une accessibilité accrue au service d'un traitement avec méthadone dans la région de Montréal. A ce jour, les fonds n'ont pas encore été versés aux organismes qui seront responsables d'offrir les services aux patients. L'accessibilité accrue au traitement dépendra également de la capacité de ces organisations à recruter des médecins pour dispenser les services. Il ne s'agit pas d'un domaine où le recrutement

médical est facile. Il pourrait donc être nécessaire de prendre des mesures particulières pour le faciliter. Au moment où j'écris cet article (27 septembre 1999), je suis dans l'attente des décisions tant de la Régie régionale de Montréal que du Ministère de la santé dans ce dossier. L'impact sur l'accessibilité dépendra tant des décisions concernant la facilitation du recrutement médical que de celles concernant l'octroi de fonds additionnels aux différentes organisations concernées (CRAN, Unité de toxicomanie de l'hôpital St-Luc, clinique Herzl) et que du moment où les sommes seront versées.

Le Québec accuse un retard sur le reste du Canada et l'ensemble des pays développés en ce qui conserve l'accessibilité à la méthadone. Les mesures annoncées devraient permettre de le combler, au moins en partie, d'ici 2002.

Pierre Lauzon, médecin
Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)
Unité de toxicomanie de l'hôpital St-Luc

P.N.P.

Dépendance à l'héroïne : l'arsenal thérapeutique

Quant on pense aux problèmes de dépendance aux opiacés, on fait référence, la plupart du temps, au problème d'héroïnomanie. L'héroïne est un narcotique semi-synthétique dérivé de la morphine. Il est sans doute l'opiacé le plus utilisé de façon illicite. L'utilisation intraveineuse de cette drogue présente des risques de transmission de différents virus tels le VIH et les hépatites A et B, traçant ainsi un sombre tableau de morbidité et de mortalité.

Le traitement de substitution le plus connu au Canada est la méthadone administrée par voie orale. Malheureusement, peu d'individus peuvent bénéficier à ce jour du programme de méthadone. En 1996, seulement 3300 canadiens ont pu recevoir ce traitement. Par exemple, à Toronto, seulement 2000 des 14000 utilisateurs voulant se joindre à un programme ont pu en bénéficier. Plus près de nous, le 17 octobre dernier, le journal La Presse faisait état qu'au Québec, seulement 700 sur 5 000 à 6000 héroïnomanes auraient accès à des programmes de sevrage à la méthadone.

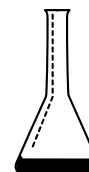
Malgré le fait qu'il soit intense, le sevrage à l'héroïne met rarement la vie de l'individu en danger de mort. Le syndrome débute six à douze heures

après la dernière dose pour atteindre un pic en 48 à 72 heures et se résorbe en cinq à dix jours.

L'arrêt subit de la consommation d'héroïne entraîne donc un syndrome de sevrage. Ce syndrome est caractérisé entre autres par l'anxiété et l'insomnie, un état de besoin (le *craving*), des tremblements et des secousses musculaires, la chair de poule (*cold turkey*), des douleurs lombaires (*kicking*), des vomissements, crampes, diarrhée. À cela s'ajoutent en plus des signes d'hyperactivité, de l'hypertension et l'augmentation du rythme cardiaque, une sudation excessive et un écoulement nasal accompagné de larmoiements (symptômes grippaux). La mydriase (agrandissement des pupilles) est aussi un signe caractéristique du sevrage aux opiacés.

Il existe différentes substances pharmacologiques pouvant aider au sevrage. Certaines sont utilisées en situation de sevrage aigu, d'autres à long terme et ce, en fonction des objectifs visés.

De quel arsenal thérapeutique disposons-nous pour contrer les effets du sevrage aux opiacés ? C'est ce que nous allons voir dans les prochaines lignes.



La méthadone

La méthadone possède l'avantage de pouvoir être administrée par voie orale. De plus, son action dure en moyenne 24 heures, ce qui permet une prise unique journalière. Elle permet ainsi au patient d'oublier sa dépendance et de se concentrer sur la reconstruction de sa vie. L'utilisateur ne ressentira ni euphorie, ni sensation de bien-être, ce qui diminue les risques de dépendance psychologique.

On l'utilise comme médicament de substitution en désintoxication pendant une courte période (40 à 180 jours), puis on poursuit un sevrage graduel sur une période pouvant atteindre, selon les besoins, de six mois à plus de quatre ans. La dose de départ dépend de différents facteurs tels la consommation initiale de drogues, la pureté des drogues employées, l'usage concomitant d'autres substances, l'individu et son état de santé général. La dose de maintien habituelle se situe entre 80 à 120mg par jour.





Le LAAM

Ce produit est utilisé depuis 1993 aux États-Unis et n'est distribué qu'en centre de désintoxication. Sa durée d'action (en moyenne 72 heures) permet une fréquence d'administration réduite à trois fois par semaine, lui conférant ainsi un avantage quant aux coûts du suivi médical requis. Par contre, l'expérience démontre que ce suivi moins serré peut rendre certains patients plus vulnérables aux rechutes.



La buprénorphine

La buprénorphine se présente en comprimés sublinguaux. Son effet consiste à empêcher tout état d'euphorie occasionné par la prise d'opiacés et décourage ainsi tout écart au sevrage. Ses propriétés analgésiques préviennent également les réactions de sevrage. La durée d'action du produit permet une fréquence d'administration espacée sur deux, trois ou quatre jours, dépendamment de la dose. Ce produit d'usage courant dans plusieurs pays n'est pas encore offert au Canada.

La naltrexone (Révia)

La naltrexone est utilisée en traitement de maintien pour assurer l'abstinence chez les personnes dépendantes aux

opiacés. Elle doit toujours être précédée d'un traitement de désintoxication et d'un test d'urine pour s'assurer que le patient n'a pas consommé d'opiacés depuis au moins sept à dix jours. Elle agit en bloquant l'effet euphorique provoqué par les opiacés. Ainsi, l'usager ne ressent pas la sensation recherchée lors de la prise d'une drogue opiacée (absence d'effets subjectifs). Une dose quotidienne de 50mg par jour sera suffisante pour inhiber l'action des opiacés. Afin de faciliter l'observance au traitement, elle pourra être prescrite à raison de 100mg aux deux jours ou 150mg aux trois jours.



L'ibogaïne

On l'utilise aux États-Unis depuis 1962 pour supprimer la dépendance aux opiacés. Son action est très complexe et ses sites d'action diversifiés. L'ibogaïne est efficace pour diminuer les symptômes de sevrage aux opiacés mais possède beaucoup d'effets secondaires qui la rendent moins intéressante d'un point de vue clinique.



Les cocktails pharmacologiques

Ces mélanges de différents agents pharmacologiques ne sont administrés qu'en milieu hospitalier lors de traitements aigus. Ils visent à contrer

différents symptômes de sevrage. Ils se composent principalement d'anti-inflammatoires (ex : ibuprophène), d'antispasmodiques pour diminuer les crampes abdominales (ex : dicyclomine), d'anti-diarrhéiques (lopéramide), d'anxiolytiques contre l'anxiété et l'insomnie (diazépam) et finalement de clonidine. Ce dernier médicament permet de diminuer la chair de poule, les bâillements, l'écoulement nasal et les larmolements. Ce traitement dure en moyenne dix jours et nécessite l'hospitalisation du patient. À la fin du traitement, le patient est retourné à la maison sans médication.

En conclusion, il existe un éventail de traitements pour aider le patient à devenir ou demeurer abstinent, du moins à réduire sa consommation de drogues illicites. La méthadone en traitement chronique à long terme a fait ses preuves. Elle permet une amélioration de la qualité de vie des patients, une diminution de la propagation du VIH et des hépatites et une baisse de la criminalité et de la violence qui y sont associées. Elle demeure toutefois encore sous-utilisée par les prescripteurs et ce, à l'aube de l'an 2000. Souhaitons que les nouvelles politiques gouvernementales permettront d'offrir à un plus grand nombre de patients l'accès aux programmes de maintien à la méthadone et ce, dans un laps de temps réaliste.

*Christine Larivière, pharmacienne
Chargée de cours au Certificat de toxicomanie
Université de Sherbrooke*

Le CENTRE QUÉBÉCOIS DE DOCUMENTATION EN TOXICOMANIE

À qui s'adressent les services du CQDT?

Le CQDT veut particulièrement répondre aux besoins spécifiques des personnes impliquées dans l'intervention, la recherche et la formation en toxicomanie.

La collection du CQDT

Elle est constituée en grande majorité de documents spécialisés en toxicomanie et compte actuellement près de 16 000 monographies et documents audiovisuels, 100 titres de périodiques et 10 000 tirés à part. Le catalogue du CQDT est informatisé sur le logiciel Nicolas, ce qui permet la consultation rapide du catalogue et la recherche bibliographique sur place et à distance.

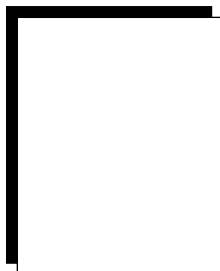
Il existe une entente de service entre les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke et le CQDT.

Les étudiantes et étudiants peuvent consulter des publications sur place ou à distance, emprunter des documents et utiliser le prêt entre bibliothèques via celle de la santé et le centre de documentation de Longueuil et ceci sans frais.

Heures d'ouverture: Lundi et jeudi: 8h30 à 18h00
Mardi et mercredi: 8h30 à 19h00
Vendredi: 8h30 à 16h30

Adresse: 950, rue de Louvain Est, Montréal QC H2M 2E8
Tél.: (514) 385-3490, postes 1153 et 1161 • Téléc.: (514) 385-5728
Courriel: cqdt@cdc.centresjeunesse.qc.ca

L...comme lire

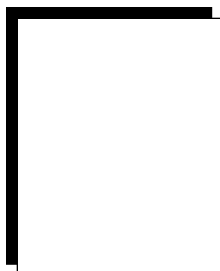


Roberts, G. et Ogborne,A., (1999). Meilleures pratiques-Alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation. Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance Santé Canada, Stratégie canadienne antidrogue, Ottawa.

Rapport offrant de l'information relative au traitement et à la réadaptation en toxicomanie. Les lecteurs qui connaissent l'étude de Éliany et Rush (1992) ainsi que celle de Landry (1995) vont reconnaître une partie des informations transmises dans ce rapport, avec cependant une mise à jour et une synthèse intéressantes. Ne pas manquer à la fin du document la liste des 25 meilleures pratiques...

La publication est disponible sur internet :
<http://www.hc.sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues>

Possibilité de commander le rapport à :
Publications Santé Canada-Ottawa (ONT) K1A 0K9
Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

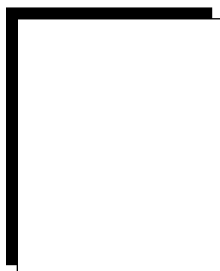


Suissa, Amnon Jacob, (1998). Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie, Éditions Fidès, Montréal.

L'auteur considère que la médicalisation de l'alcoolisme revient à déresponsabiliser et déculpabiliser l'individu et son réseau social, ce qui ne lui offrirait pas toujours les moyens de s'en sortir. Livre provocateur pour certains mais dont le but ultime est de favoriser des prises de conscience pour mettre de l'avant des approches basées sur les compétences et la capacité de changer des humains.

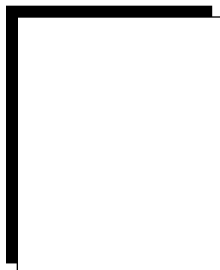
Disponible en librairie ou à l'Association des intervenant(e)s en toxicomanie du Québec (AITQ)

Téléphone : (450) 646-3271
Télécopieur : (450) 646-3275



Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (1999). Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.

Après avoir présenté les caractéristiques familiales liées à la consommation de psychotropes chez les jeunes et celles reliées à la participation des parents dans les programmes, les auteurs (Vitaro, Normand et Charlebois) font le tour des stratégies prometteuses pour impliquer et surtout retenir les parents dans les programmes de prévention.



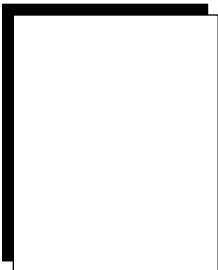
Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1999). Jeunes et prévention de la toxicomanie : quand les parents s'impliquent, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.

Petit fascicule extrêmement bien monté à partir du document de base cité ci-dessus. L'information pertinente est résumée pour servir de base de référence pour tout(e) intervenant(e) qui souhaite travailler en prévention auprès des jeunes en impliquant les parents.

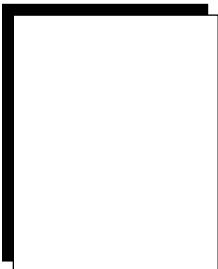


L...comme lire

Deux autres documents du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) parus en 1999 et en lien direct avec certains thèmes traités dans ce bulletin *Echo-Toxico* :



CPLT. (1999). Avis sur les mères toxicomanes, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.



CPLT. (1999). Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis, MSSS, Gouvernement du Québec, Québec.

Pour toute commande de documents au CPLT vous pouvez procéder de l'une des façons suivantes :

Téléphone : (514) 389-6336
Télécopieur : (514) 389-1830
Courriel : lutte.toxicomanie@qc.aira.com

Prendre note que pour les numéros publiés en 1999:

Pour les numéros de
l'Écho-Toxico publiés en 1999:

- Remplacer la numérotation du Vol.1 no1 (Janvier 1999) par Vol.9 no1
- Remplacer la numérotation du Vol.1 no2 (septembre 1999) par Vol.9 no2

Université de Sherbrooke Programmes et formation en toxicomanie

Renseignements :

Pour toutes informations supplémentaires (contenus, horaire, demande d'admission, démarrage de nouveaux groupes en région) :

• **Sherbrooke :**

819-564-5245 ou
sans frais : 1-800-267-8337
Courriel : froux@courrier.usherb.ca

• **Longueuil :**

450-670-7685 ou
sans frais : 1-877-670-4090
Courriel :
toxico.longueuil@courrier.usherb.ca

• **Québec :**

Centre CASA : 418-871-8380 ou
819-564-5245 ou
sans frais : 1-800-267-8337
Courriel : froux@courrier.usherb.ca



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

*Marie-Thérèse Payre
Responsable du bulletin*

Éditeur :

Les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

*Directrice des programmes de
toxicomanie :*
Lise Roy

Responsable de la rédaction :
Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :
MJB Litho Inc.

ISSB 1481-546X
Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

