

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise ...

Ce numéro de l'Écho-Toxico fait état de certaines préoccupations actuelles et tente d'y apporter un éclairage particulier en donnant la parole aux intervenants et intervenantes sur le terrain. Vous constaterez que les jeunes se trouvent au cœur des préoccupations. Deux projets mobilisateurs réalisés en partenariat et en concertation sont présentés. Il s'agit de l'expérience de guichet unique pour l'accès aux services pour les jeunes de la région de Québec et du programme de substitution aux opiacés (méthadone) du Centre Jean-Patrice Chiasson en Estrie. D'autres intervenants suscitent notre réflexion sur des questions fondamentales comme la marginalisation et l'exclusion des jeunes, le manque de services pour les jeunes en milieu scolaire, le jeu compulsif autant chez les jeunes que chez les adultes et les liens à considérer dans l'intervention entre la toxicomanie et la violence. Nous faisons aussi le point sur la consultation provinciale entreprise par le Comité permanent (CPLT) ainsi que sur le dossier des normes de qualité pour les centres privés et communautaires offrant de l'intervention avec hébergement en toxicomanie : deux dossiers à suivre au cours de l'automne qui s'en vient... Nous vous invitons à consulter notre nouveau site web de toxicomanie, site web : "<http://www.usherb.ca/toxicomanie>".

Sur ce, bonne rentrée !

Lise Roy
Directrice des programmes
1er et 2e cycle en toxicomanie

Université de Sherbrooke

Programmes et formation en toxicomanie

Pour toutes informations supplémentaires

* Sherbrooke :
(819)564-5245, ou
froux@courrier.usherb.ca

* Longueuil :
Sans frais le 1 877 670-4090 ou
(450)670-7685
toxico.longueuil@courrier.usherb.ca

Site Web toxicomanie :
[http : //www.usherb.ca/toxicomanie](http://www.usherb.ca/toxicomanie)

Université de Sherbrooke Toxicomanie Du Certificat à la maîtrise

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenants en toxicomanie, le Certificat permet l'acquisition de connaissances et d'habiletés de base aux plans théorique et pratique. Programme de 30 crédits, offert dans plusieurs régions du Québec, aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

Automne 2000

Activités en cours ou nouveaux groupes dans les villes suivantes:

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

Informez-vous : 1 800-267-8337 ou
(819) 564-5245

LES PROGRAMMES DE DEUXIÈME CYCLE

Micro-programmes, diplôme et maîtrise
Intervention dans le milieu

Activités de formation visant l'acquisition de connaissances approfondies 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 microprogrammes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme (30 crédits) ainsi que d'un cheminement de maîtrise, en collaboration avec l'UQAM (Intervention sociale). Campus Longueuil et Québec.

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

Automne 2000 :

TXM-700: Bilan des connaissances et courants actuels.

Les mercredis soirs, du 6 septembre au 13 décembre, à **Longueuil**.

Les 3-4-5 et les 24-25-26 novembre et les 15-16-17 décembre à **Québec**.

TXM-701: Toxicomanie et politiques publiques.

Les 8-9-10 et les 29-30 septembre 1er oct. et les 20-21-22 octobre, à **Québec**.

TXM-704: Toxicomanie et questions éthiques.

Les samedis : 9-16-30 sept., les 7-21 oct. et les 18-25 novembre à Longueuil.

TXM-713: Doubles problématiques et toxicomanie.

Les jeudis et vendredis soirs et les samedis : 7-22-23 septembre, les 12,27-28 octobre, les 2-9-16-17 novembre et les 1er et 2 décembre à **Longueuil**.

Informez-vous : 1 877-670-4090 ou
(450) 670-7685.

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 continu). Ouvert aux praticiens concernés par le sujet. Campus Longueuil et Québec.

Formations à venir : Automne 2000

L'intervention auprès des proches,

Le 22 septembre à **Longueuil**.

Lyne Guay, c.o., d. g. du centre de thérapie familiale, Le Passage.

Intervention de milieu et toxicomanie,

Le 29 septembre à **Québec**.

Gilles Marquis, intervenant et directeur de Point de Repères.

Quand le plaisir fait souffrir : introduction à la gestion expérientielle

Le 24 novembre, à **Longueuil**

André Therrien psychosociologue et d.g. de AQGE.

Toxicomanie et santé mentale : intervenir auprès du trouble de personnalité

Bordeline, le 24 novembre, à **Québec**

Maryse Paré, psychologue

Intervention de milieu et toxicomanie

Le 8 décembre à **Longueuil**

Gilles Marquis, intervenant et directeur de Point de Repères.

**Inscription : AITQ : 1-888-686-3271 ou
(450) 646-3271**





Projet Accès Jeunesse-Toxicomanie (PAJeT)

L'accès aux services en toxicomanie pour les jeunes : l'expérience de Québec



Les origines

Le Projet Accès Jeunesse Toxicomanie (PAJeT) découle de travaux régionaux autour des services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie mais aussi de divers constats en regard de la clientèle des jeunes : absence de coordination pour l'accès aux services, variation dans les outils d'évaluation utilisés, duplication des évaluations, absence de critères d'appariement, méconnaissance et sous-utilisation des ressources spécialisées en toxicomanie par le réseau de première ligne, délais d'accès et de prise en charge très variables.

Les partenaires régionaux concernés (Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, Portage Québec, Centre Jean Lapointe pour adolescents, Centre jeunesse de Québec) ont donc choisi d'établir des stratégies pour augmenter l'accès à des ressources spécialisées et pallier l'absence de continuité et de complémentarité des services entre les organismes. De plus, la Régie régionale de Québec leur a demandé de proposer une trajectoire de services et d'adopter un outil de dépistage et d'évaluation commun pour l'ensemble des partenaires. Par la même occasion, les partenaires eurent à se prononcer sur la faisabilité d'implanter un système de guichet unique pour l'accès aux ressources spécialisées en toxicomanie pour les jeunes.

En octobre 1999, les ressources spécialisées, de façon consensuelle et avec beaucoup d'ouverture d'esprit, ont décidé d'élaborer un projet d'un an afin d'expérimenter un modèle qui rejoint les grandes préoccupations précédemment exposées. PAJeT est né...

PAJeT

Le PAJeT a pour objectifs généraux d'utiliser de façon optimale les services de réadaptation offerts par l'ensemble des partenaires et d'améliorer la coordination et l'accès aux services de réadaptation spécialisés en toxicomanie pour les jeunes se présentant eux-mêmes ou référés par leurs parents, les écoles, les organismes communautaires ou les CLSC.

De façon plus spécifique, le PAJeT vise à 1) élaborer une trajectoire de services à partir d'un guichet d'accès unique; 2) utiliser un outil d'évaluation commun pour l'ensemble des ressources et développer

des critères d'appariement au regard de chacune des ressources spécialisées; 3) formuler et faire adopter par les organismes impliqués des standards quant aux délais d'évaluation et d'accès aux ressources spécialisées; 4) effectuer le monitoring du projet et des clientèles; 5) informer et supporter les partenaires au regard de la référence et des services à fournir pour assurer la cohérence et la continuité; 6) assurer des activités de support à la clientèle en attente de services.

Pour supporter le projet, quelques éléments structurels ont été mis en place. Un comité avisé, composé de représentants des différents partenaires, joue un rôle de directeur. Un comité clinique, lui aussi composé de représentants des organismes partenaires, regroupe les agents de liaison du PAJeT dans chacun des organismes. Le comité a d'abord travaillé sur les critères d'appariement et continue aujourd'hui d'apporter son expertise en présence de cas litigieux. Un chercheur est associé au projet afin d'identifier des indicateurs et développer un système de saisie de données pour le monitoring du projet. Une coordonnatrice à temps complet s'occupe d'implanter le projet et de veiller à son bon fonctionnement. Elle reçoit les demandes d'évaluation, vérifie les délais de réponse, valide les résultats et l'orientation suggérée, coordonne les inscriptions dans les différentes ressources et assure le suivi des clients référés. Une équipe d'évaluateurs complète les structures en place. Il s'agit d'intervenants issus des organismes partenaires, formés à utiliser l'outil d'évaluation Indice de Gravité de la Toxicomanie pour adolescents (IGT adolescents) et qui connaissent bien les critères d'appariement définis dans le projet. Cette équipe procède à l'évaluation des clients référés par la coordonnatrice du PAJeT dans les délais préétablis (48 heures pour une situation d'urgence et une semaine pour toute autre situation).

Suite à cette évaluation, le référent reçoit un profil de gravité de la consommation et des problèmes qui y sont associés, ainsi que l'identification de la ressource qui répond aux besoins du jeune. Notons que le transfert d'information est effectué avec l'autorisation écrite de l'adolescent (14 ans et plus). Le référent peut alors informer les parents et voir à motiver le jeune, s'il y a lieu.

Et ça marche ?

La trajectoire de services et l'organisation de la référence sont assez simples, c'est sans doute pour ça qu'on peut d'ores et déjà observer que «Oui, ça marche ! ».

Tous les référents (école, organisme communautaire, CLSC, etc.) utilisent le même outil de dépistage. Il s'agit de la grille élaborée par le RISQ (voir encadré p.3). Simple, rapide et validée sur le plan scientifique, cette grille plaît aux intervenants. Pour les fins de cet article nous l'appellerons l'IGT ado / dépistage. Les référents (425 intervenants) ont fait l'objet d'une vaste campagne de sensibilisation et d'information, entre janvier et juin 2000.

La référence (IGT ado / dépistage) est transmise au guichet unique, où la coordonnatrice du PAJeT reçoit les demandes et commande les évaluations à l'équipe d'évaluateurs (l'outil d'évaluation unique retenu est l'IGT adolescents). Lorsque l'évaluation est complétée et qu'il y a matière à recommander l'utilisation d'un service spécialisé en toxicomanie, un appariement est effectué en fonction de critères définis par l'ensemble des partenaires. L'objectif est d'orienter l'adolescent vers la ressource la plus appropriée pour lui. Pour y arriver, chaque sphère de l'IGT adolescents a été analysée. Il apparaît essentiel, lors de l'orientation d'un client, d'utiliser l'ensemble de l'information provenant de l'IGT adolescents, en lien avec l'ensemble des critères d'appariement, et non de s'en tenir uniquement à un thème ou deux, pour effectuer une orientation appropriée et pertinente.

La coordonnatrice du PAJeT transmet alors au référent une recommandation découlant de l'évaluation et l'appariement. Le référent fait alors le suivi à son client : orientation recommandée, lien avec la ressource spécialisée désignée ou encore travail sur la motivation du client en vue d'une démarche.

Résultats préliminaires

À ce jour, 221 jeunes ont été rejoints par le PAJeT. De ce nombre, 195 jeunes (80%) nécessitaient l'aide d'une ressource spécialisée, les 20 % restant pouvant être maintenus en première ligne. En ce qui a trait aux jeunes qui nécessitaient un service spécialisé,

143 d'entre eux (73%) ont effectivement reçu des services spécialisés alors que 52 (27 %) des jeunes n'étaient pas disposés à faire une démarche.

Des résultats préliminaires¹ au plan des références nous indiquent que les jeunes proviennent dans 50 % des cas du Centre jeunesse de Québec ; 25 % des milieux scolaires et 25 % de tous les autres milieux confondus.

Pistes de réflexion

La mise en place du PAJeT a suscité beaucoup d'intérêt dans la région de Québec et nous pouvons déjà parler d'une formule gagnante. Le projet a également permis de mettre en lumière certaines questions sur lesquelles nous devons nous attarder pour l'avenir : la motivation d'un jeune à entreprendre une démarche au regard de sa consommation, le contenu et l'efficacité des interventions de première ligne et les liens avec la deuxième ligne ...

L'importance du contact entre le milieu d'origine et le jeune en services spécialisés a été maintes fois soulevée. L'approche développée dans le PAJeT a permis de maintenir ce lien tout au long de la démarche d'évaluation préliminaire - évaluation - recommandation de services-référence. Le PAJeT devra éventuellement raffiner ses outils de monitoring afin de suivre un peu plus le cheminement du jeune dans les services sans perdre de vue ce lien, essentiel à maintenir, entre le jeune et son milieu d'origine, voire son référent initial.

En conclusion, PAJeT représente pour la région de Québec une voie de succès vers la mise en place d'un mécanisme d'accès aux services spécialisés en toxicomanie, efficace pour les jeunes. Ce succès repose d'abord et avant sur une volonté politique, commune à l'ensemble des partenaires du projet et à leur intense travail de collaboration et de concertation. L'ouverture démontrée par chacun des organismes concernés, leur confiance réciproque et l'implication, tant des dirigeants que du personnel clinique, sont aussi des gages importants de la réussite rencontrée par le PAJeT.

Daniel La Roche
Conseiller en planification,
Programme alcoolisme, toxicomanies, jeu compulsif
et pharmacodépendances
Régie régionale de Québec

¹ Au moment d'effectuer cette évaluation, la tournée des partenaires n'était pas complétée, en CLSC particulièrement.

Un outil d'évaluation de la consommation chez les adolescents

Un nouvel outil est disponible pour dépister la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents. Il s'agit d'une grille de dépistage, conçue par le groupe de Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ). Cette grille a été préparée pour les intervenants et intervenantes de première ligne qui souhaitent utiliser un outil rapide d'utilisation et valide sur le plan scientifique, pour dépister les adolescents ayant une consommation abusive d'alcool ou de drogue.

Pour vous procurer un exemplaire de la Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents, ainsi que les notes explicatives et les codifications pour les utilisateurs, adressez-vous au RISQ :

Téléphone : (514) 385-3490, poste 1133 ou 1132

Télécopieur : (514) 385-4685

Courriel : risq@centresjeunesse.qc.ca

Une application stratégique de la réduction des méfaits en centre de réadaptation pour personnes toxicomanes : le programme de substitution aux opiacés du Centre Jean-Patrice Chiasson-Maison St-Georges



La dépendance aux opiacés est, comme pour les autres drogues, un phénomène complexe où interagissent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Cependant, les clients héroïnomanes présentent diverses particularités dont un fonctionnement en réseau à l'intérieur duquel sont menées toutes les activités de la vie quotidienne nécessaires à leur survie. De plus, ils font preuve d'une évidente réticence vis à vis des services sociaux et de santé.

Depuis cinq ans, le Centre Jean-Patrice Chiasson accueille dans ses services de plus en plus de personnes aux prises avec une dépendance aux opiacés. C'est pourquoi le Centre a choisi de développer, en plus des différents programmes et approches qu'il utilise, conformément à sa mission et aux orientations régionales et provinciales en la matière, un programme stratégique de substitution aux opiacés. Ce programme est basé sur une approche de réduction des méfaits afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle en augmentation.

Le programme

Ce programme veut permettre aux consommateurs d'opiacés un contact avec un réseau de professionnels de la santé plutôt qu'avec un réseau pourvoyeur de drogues. Il leur offre une approche intégrée et un réseau alternatif et centralisé, qui se rapproche de leur mode de fonctionnement habituel :

répondre au maximum à leurs besoins avec un minimum de démarches. Ils ont ainsi accès à la gamme de services sociaux et de santé nécessaires à leur réadaptation et à leur réinsertion sociale, dans un même espace, le Centre Chiasson. Notre philosophie consiste à leur proposer la possibilité de faire d'autres choix de vie, pour éviter la détérioration de leur situation tout en préservant les éléments positifs sur lesquels ils pourront continuer à bâtir leur avenir.

L'utilisation de la méthadone en substitution aux opiacés permet à l'utilisateur, dans un premier temps, de cesser ses comportements à risque (injections avec des seringues non stériles, criminalité, prostitution, propagation VIH et hépatites, désorganisation sociale, etc.) et dans un deuxième temps, de réorganiser sa vie de façon satisfaisante pour lui et la société.

Cependant, «(...) il convient de ne pas oublier que si la méthadone correctement dosée et bien administrée peut favoriser un équilibre physique et psychique du patient, en aucun cas elle ne peut résoudre ses difficultés affectives personnelles et ses problèmes psychosociaux. Elle reste donc un moyen technique chimique qui doit obligatoirement être complété par une relation psychothérapeutique indispensable, ainsi que par un soutien social et professionnel efficace.» (Dr. Jean Jacques Déglon).



De nombreuses recherches démontrent que l'abstinence est une stratégie peu adaptée à la problématique des héroïnomanes. Elle serait certes la protection la plus efficace mais à défaut, la réduction des méfaits est préférable à une consommation d'héroïne non maîtrisée. Il est donc préférable de viser des objectifs très réalistes et accessibles, à court terme, dans notre proposition d'aide aux personnes dépendantes aux opiacés. Un programme de réadaptation, avec une stratégie spécifique de réduction des méfaits via la substitution aux opiacés, permet d'attirer et de maintenir dans nos services une clientèle qui ne répondrait pas aux exigences élevées des objectifs d'abstinence.

Le regroupement des services au centre de réadaptation, permet de répondre simultanément à un ensemble de besoins de cette clientèle aux problématiques multiples. Deux observations justifient ce regroupement. Nous constatons qu'une partie de la clientèle ne consulte pratiquement jamais sauf en urgence, alors qu'une autre partie surconsomme, voire abuse, des services psychosociaux et médicaux. Une équipe multidisciplinaire est qualifiée pour faire l'évaluation des différentes problématiques (toxicomanie, santé physique et psychologique, familial, inter-personnel et judiciaire) vécues par l'utilisateur. La démarche centralisée est essentielle afin de collecter toutes les informations d'ordre biologique, psychologique et social sur le client. Elle permet de bien documenter et orienter nos interventions. De plus, le regroupement facilite, entre autres, la collaboration avec nos partenaires des réseaux publics, privés et communautaires.

Les conditions d'implantation

Une formation et information en continu...

Depuis un an, une équipe de projet multidisciplinaire (médecins, infirmières, intervenants sociaux) s'est développée. Les membres de cette équipe, des professionnels et des cadres ont reçu diverses formations appropriées aux particularités de cette problématique et ce, au cours des dernières années.

Différentes sessions d'information continuent à avoir lieu depuis le début du projet. Les intervenants, les membres du conseil d'administration du Centre Chiasson et différents partenaires ou collaborateurs ont profité de ces occasions pour se familiariser avec les objectifs, les enjeux et les caractéristiques du programme.

Un concept de programme précisé...

À l'automne 1999, dans le but d'amorcer notre réflexion, des échanges ont eu lieu avec l'équipe du CRAN (Montréal) qui offre un programme de méthadone depuis 1986. Par la suite, une autre visite a eu lieu au Relais Méthadone (projet pilote à bas seuil d'exigences, parrainé par le CRAN et CACTUS), qui a ouvert ses portes en octobre 1999 et qui offre des services à une clientèle dans une situation de vie précaire.

Ces visites, la connaissance de la clientèle estrieuse, via le travail des médecins de l'équipe de projet, nous ont permis de mieux cerner la problématique et de conceptualiser notre propre programme. Notre clientèle actuelle est très variée et nos services doivent impérativement s'adapter donc faire preuve d'une certaine souplesse. Par exemple, certains clients nécessitent absolument un suivi intensif et encadrant, alors que d'autres, au stade de maintien ont besoin d'un suivi moins contraignant.

Le partenariat

Une diversité de partenaires est indispensable à la réussite d'un tel programme et des liens doivent être établis. Dans notre région, il s'agit du CLSC de la Région-Sherbrookoise (ententes de services), le Centre de détention, les pharmaciens impliqués dans le programme de méthadone. De plus, la Coalition Sherbrookoise pour le travail de rue est un partenaire primordial de par sa connaissance du milieu et de ses liens avec la clientèle que nous souhaitons rejoindre avec ce programme de méthadone. Tous les médecins de la communauté qui détiennent un permis de prescription de méthadone sont aussi des partenaires avec lesquels nous devons travailler, par exemple, pour certains clients stabilisés n'ayant plus besoin que d'un suivi médical souple.

Les réalisations

En janvier 2000 nous avons implanté un bureau médical au Centre Chiasson et transféré ainsi les dossiers provenant de la clinique privée où, avant la mise sur pied du projet, les médecins rencontraient les usagers aux prises avec une dépendance aux opiacés. Les services médicaux, infirmiers et psychosociaux, dans le cadre du programme de méthadone sont disponibles à raison de deux jours par semaine. Ces services sont de l'ordre de l'évaluation des niveaux de dépendance, l'évaluation du syndrome de sevrage, l'introduction du traitement à la méthadone

selon les lignes directrices provinciales, les examens et suivis médicaux et infirmiers. Du point de vue psychosocial, on pense à l'évaluation et le suivi, le support, l'accompagnement, la référence à d'autres services complémentaires, l'hébergement à court ou moyen terme. Le tout se fait dans un contexte de collaboration, référence et supervision médicale. De plus, des sessions d'informations et de formations sont offertes régulièrement aux usagers et aux partenaires et l'accompagnement de la clientèle en détention est disponible aussi.

L'équipe qui dispense la gamme de ces services est composée de deux médecins, une infirmière, une agente de relations humaines (ARH), un éducateur de rue, ainsi qu'une secrétaire. Depuis l'amorçage du programme en automne 1999, plus de soixante usagers, en majorité de jeunes adultes, ont bénéficié de nos services et les deux jours d'intervention ne suffisent déjà plus à la demande.

Les défis et les enjeux

Le premier défi rencontré a été de mettre une nouvelle équipe multidisciplinaire en place et ce, sans surcharger les équipes déjà existantes. De plus, pour maintenir une telle équipe et offrir l'ensemble des services (ex : dépistages Sida, hépatite, MTS et maladies associées à l'utilisation de drogues par injection, suivi psychosocial, etc.) une infrastructure particulière s'est avérée nécessaire. Pensons seulement à la gestion des tests de laboratoire... Un tel projet commande un budget annuel et récurrent, de l'ordre de 210 000\$. Par ailleurs, étant donné la rareté des programmes de méthadone, cela signifie pour notre région des coûts engendrés par les usagers provenant des régions administratives avoisinantes.

Un défi particulier est lié à la politique de tolérance 0 souvent pratiquée les policiers. Cet élément est de taille car nous désirons développer une complémentarité dans nos approches respectives et nous croyons possible cette complémentarité, mais seulement dans la mesure où le policier réfère l'individu à une ressource appropriée.

Malgré le temps que cela requiert, nous nous impliquons dans divers comités (ex : Comité pour l'accessibilité à la méthadone (CAMA); Comité sur les lignes directrices; etc.) afin d'influencer les décisions et les orientations, d'exprimer notre point de vue et de faire profiter nos partenaires de nos expériences dans le domaine. Une telle implication sera

probablement appelée à devenir plus importante dans l'avenir, compte tenu du développement de notre programme.

L'autre défi important est de garder l'équipe et l'intervention à la fine pointe des connaissances en ce qui concerne la méthadone et le traitement des héroïnomanes, de fournir les moyens nécessaires au développement professionnel (supervision, documentation, participation à des congrès, formations, comités, etc.). En plus de l'acquisition et l'échange de l'information, ce maintien à jour des connaissances facilite le travail multidisciplinaire, mais là encore, requiert du temps...

Les perspectives de développement

Alors que nous en sommes encore au stade d'implantation du programme, déjà des projets de développement sont en cours. Actuellement des démarches encourageantes se font avec le milieu universitaire (l'unité d'enseignement de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke) afin d'intégrer un cours sur le traitement de la dépendance aux opiacés avec la méthadone. Les finissants de cette formation auraient ainsi accès au permis les autorisant à prescrire de la

méthadone. Les programmes des soins infirmiers seront aussi approchés dans le cadre de cette formation.

La mise en place d'une structure pour assurer le relais de l'information entre les différents services entourant ce programme, s'avère essentielle et ce, à court terme.

Le comité d'enseignement et de recherche du Centre Jean-Patrice Chiasson-Maison St-Georges donnera un appui important dans le développement des outils nécessaires à l'évaluation du programme méthadone. Ces outils serviront également à évaluer le pouvoir d'attraction et de rétention de ce programme afin d'en déterminer l'efficacité.

Des moyens devront être développés, plus précisément avec l'aide du travailleur de rue travaillant avec l'équipe, afin de rejoindre davantage les utilisateurs de drogues par injection (UDI) qui sont en constante croissance selon les dernières données du CPLT (clientèle rejointe évaluée à 30%).

En conclusion, il faut retenir que la prévalence des comorbidités associées à la consommation d'opiacés justifie à elle seule le traitement par substitution. Pourquoi un programme multidisciplinaire structuré et centralisé dans un centre de

réadaptation, pour le traitement des dépendances aux opiacés, est si important ? Parce qu'en plus de mieux répondre aux besoins des clients et leur éviter la multiplication des démarches, il facilite la communication, la formation et l'organisation des services tout en évitant l'alourdissement de la charge de travail et l'isolement des professionnels.

Annie Lefevre, infirmière
Danielle Pinsonneault, psychoéducatrice
Membres de l'équipe multidisciplinaire du programme de méthadone

Références :

- Collège des médecins et Ordre des pharmaciens du Québec, (Octobre 1999). Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés, Lignes directrices, Québec.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (Octobre 1999). Toxicomanie et réduction des méfaits (Les cahiers du CPLT) Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Déglon J.J., (1983). La méthadone, mon option thérapeutique actuelle in Le traitement à long terme des héroïnomanes, Éditions : Médecine et hygiène.
- Hurtubise, R., Vatz Laaroussi, M., Dubuc, S., (2000). Les jeunes de la rue à Sherbrooke : Des stratégies collectives portées par un réseau de pairs, d'adultes et de familles, recherche descriptive en collaboration avec la coalition sherbrookoise pour le travail de rue Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- RILEY D. (2000). Le modèle de réduction des méfaits : Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie, Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Canada, Internet.



CPLT : **Connaître les besoins pour mieux y répondre...**

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a entrepris, en 1999, une consultation visant à refaire le point sur l'ensemble de la situation qui prévaut au Québec en matière de toxicomanie. Le CPLT mène pour une deuxième fois ce type de consultation. La précédente remonte déjà à 1995-1996.

Organisé sous le thème « La toxicomanie au Québec : connaître les besoins pour mieux y répondre », le processus de consultation 1999-2000 suit la même démarche que le précédent, soit un processus en trois phases. La première phase a été amorcée à la fin de l'été 1999 et a été complétée à la fin de l'automne. Cette étape consistait en une collecte de données par questionnaire et elle a permis de tracer, à grands traits, un premier portrait de la situation. Le CPLT a ensuite entrepris, en février 2000, une tournée des régions du Québec, en vue de valider et d'étoffer ce portrait préliminaire et de l'enrichir des témoignages des intervenants, notamment au niveau des particularités régionales. La tournée s'est terminée le 4 mai dernier. Onze villes du Québec ont été visitées et plus de 500 personnes, au total, ont été rencontrées. Des intervenants

issus de milieux fort diversifiés ont participé activement aux échanges tenus lors de ces rencontres. Le matériel recueilli, d'une très grande densité et d'une très grande richesse, s'ajoutera aux données compilées à l'issue de la phase 1. Au cours du mois de juin 2000, se tiendra une rencontre réunissant une cinquantaine d'experts, décideurs et représentants de regroupements d'intervenants, à qui seront présentés les faits saillants des phases 1 et 2 de la consultation. Ces personnes seront appelées à dégager, avec les membres du CPLT, les thèmes majeurs qui devraient faire l'objet de recommandations. Cette rencontre constituera la phase 3 de la consultation.

Sur la base de l'ensemble de ces données, ainsi qu'à partir des conclusions des travaux que le CPLT a menés au cours des dernières années, des recommandations seront adressées à la ministre de la Santé et des Services sociaux et au ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse. Le rapport est prévu pour l'automne 2000.

À l'issue des premières phases de la consultation, et particulièrement après avoir

complété la tournée des régions, le CPLT est plus que jamais convaincu de l'importance de combiner, comme sources d'informations privilégiées, les données issues de la littérature scientifique et les témoignages appuyés sur les expériences et les réflexions des gens du terrain. Le CPLT est aussi plus déterminé que jamais à jouer un rôle actif dans la transmission des messages adressés par les intervenants aux principaux décideurs. Les préoccupations exprimées par rapport aux jeunes (et très jeunes) consommateurs de substances psychoactives, à la complexification des problèmes liés à la consommation, au manque de services disponibles pour certaines clientèles, aux efforts supplémentaires à consentir pour la prévention feront sûrement l'objet de recommandations. Certaines positions seront réaffirmées, certains messages seront réitérés avec plus d'insistance, de nouveaux éclairages seront apportés, dans l'espoir que les énergies soient mieux canalisées et les efforts mieux coordonnées pour l'obtention de résultats plus probants.

Jocelyne Forget,
directrice générale, CPLT





La parole aux intervenants...

L'exclusion sociale des jeunes et leur détresse...

En Marge 12-17 est un organisme communautaire qui a pignon sur rue dans le centre-ville de Montréal. Nous offrons des services aux jeunes mineurs qui se retrouvent dans la rue ainsi qu'à leur famille. Ces jeunes sont en fugue, abandonnés, et plus ou moins ancrés dans le mode de vie de la rue. Ils vivent des ruptures sociales et familiales et font partie lorsque nous les accueillons de la jeunesse en crise. L'état de notre jeunesse est le baromètre de la santé de notre société. Il est incontournable d'aborder le contexte social avant de diagnostiquer des signes de détresse psychologiques chez nos adolescents.

Notre vision des jeunes et notre philosophie d'intervention ne sont pas établis à partir des symptômes que nous côtoyons tous les jours. En effet, l'approche globale est au cœur de nos interventions et ce, à tous les niveaux. C'est pourquoi, nous souhaitons, dans un premier temps, poser le cadre de notre analyse dans une perspective sociale, partagée par les membres du Regroupement des maisons d'hébergement jeunesse - Les Auberges du cœur du Québec (dont nous faisons partie).

De tout temps, on a vu des jeunes qui vivaient à l'adolescence des difficultés d'adaptation sociale. Cependant, le problème actuel dépasse largement les difficultés d'adaptation des individus. Les crises économiques successives ont privé les jeunes de l'espace social qu'ils occupaient autrefois de façon normale. La rareté des emplois, les mutations du marché du travail et les exigences largement accrues de performance et de connaissances ont relégué à la pauvreté, à la dépendance sociale et à l'exclusion un nombre croissant de jeunes qui, en d'autres temps, auraient plus facilement trouvé des moyens légitimes d'atteindre une autonomie d'adulte à un âge même précoce. Qui plus est, au cours des dernières années, on a vu poindre une nouvelle sorte de personnes sans-abri. Des jeunes, mieux instruits, et qui se retrouvent, malgré tout, dans des conditions socio-économiques similaires aux cohortes traditionnelles des jeunes de la rue. La pauvreté liée au statut de « Jeune » constitue donc un déterminant majeur du décrochage et de la marginalisation des jeunes.

Les jeunes vivent dans des conditions de pauvreté économique mais ils font également face à une «pauvreté» dans les choix qui se présentent à eux. À toutes les époques, l'école n'a pas constitué le seul moyen d'apprendre. Aujourd'hui, sans alternative aux parcours académiques traditionnels, les jeunes sont poussés à adopter les alternatives de la rue (activités au noir et criminalité de survie, prostitution, drogues). La « gang », épiphénomène de l'adolescence (Fréchette), constitue alors pour eux une alternative sociale et économique à la pauvreté et l'insécurité.

Il existe un nombre important de jeunes qui, de toute façon vont décrocher de l'école, parce qu'elle n'est pas adaptée à leurs besoins. Mais, il existe aussi un nombre important d'écoles qui décrochent des jeunes en les enlisant dans des suspensions à répétition et ce, dès le primaire. Les compressions budgétaires dans l'Éducation ont aggravé le problème d'adaptation de l'école en appauvrissant les conditions pédagogiques et éducatives. Ces compressions contribuent à la détérioration des situations et au décrochage, tant pour l'école que pour le jeune. La surpopulation des classes et le manque d'effectifs semblent également avoir encouragé, selon certains, l'utilisation de solutions curatives telles le Ritalin®. Le médicament pour contrer l'appauvrissement du milieu éducatif ?

Les jeunes qui sont moins performants à l'école et qui font face à des problèmes économiques d'adultes, tendent à décrocher du milieu scolaire, sans toutefois accéder au marché du travail, qui leur est fermé. Ils se retrouvent alors en dehors de tous les grands réseaux sociaux : famille, travail, école. Ils deviennent isolés et marginalisés, sans porte d'accès à la société. Ainsi donc, l'absence d'alternative professionnelle ou économique à l'école constitue un problème en soi. Un jeune qui ne veut plus aller à l'école et qui veut poursuivre des activités d'apprentissage différents, devrait en avoir la possibilité. Ce n'est pas le cas actuellement et cette réalité contribue fortement à l'exclusion de certains jeunes.

Qu'ils se réfugient dans la rue pour cause de difficultés familiales, qu'ils se retrouvent à la rue par suite d'exclusion, de décrochage, d'abandon institutionnel ou familial à 18 ans, ou de pertes de leurs moyens d'autonomie, les jeunes sont

pauvres et économiquement dépendants.

L'adolescence est une époque particulièrement difficile de changements et de choix pour chacun. Mais elle devient infernale pour celui ou celle qui se retrouve en rupture de ses racines familiales, dans un contexte social où l'accès à l'autonomie économique est si difficile. C'est pourquoi on voit de plus en plus de jeunes adultes vivre dans des conditions et des statuts similaires à ceux d'adolescents, c'est-à-dire sans travail, sans logement, sans perspective d'avenir, en état de dépendance économique ou institutionnelle. Ce statut d'adolescent prolongé a des impacts majeurs sur l'accès à l'autonomie de ces jeunes, sur leur accès à un statut de citoyen à part entière, sur leurs conditions de vie et leur engagement à maintenir un contrat social avec l'ensemble de la communauté. Par ailleurs, leur perception et leur estime d'eux-mêmes ainsi que leurs projets d'avenir sont affectés négativement par cette situation.

Ainsi, la détresse psychologique des jeunes est le résultat des conditions sociales et économiques qu'ils vivent : désaffiliation, isolement social, pauvreté, perte des perspectives de réalisation personnelle, condamnation à un statut dévalorisant de « jeune à perpétuité », victimes de la discrimination envers les jeunes, médicalisation, judiciarisation. Leur présence est dérangeante. On les judiciarise d'ailleurs de plus en plus pour des motifs aussi futiles que la flânerie! Bref, nous constatons que les jeunes sont de moins en moins autonomes à l'aube de leur majorité alors que le contexte social leur demande de l'être de plus en plus tôt.

Par ailleurs, les politiques sociales sont de plus en plus exclusivement axées sur la gestion immédiate du risque au détriment d'une vision axée sur un mieux-être social. Selon nous, la gestion du risque (lié à une situation ou un problème) se contente de répondre, à court terme, aux problèmes. On pose un diagnostic qui oriente la solution en oubliant les causes des difficultés. Pour revenir à la clientèle avec laquelle nous travaillons, soit les jeunes de la rue, le même type de lecture s'impose malheureusement. Depuis peu, un aspect des conséquences du vécu de rue a été chiffré. Il s'agit du taux de mortalité 10 fois plus élevé chez les jeunes de la rue que chez les jeunes du même groupe d'âge dans la population en général. Cette conséquence, extrême

disons-le, est donc maintenant tangible puisque mesurée. Aussi, nous assistons à un déploiement de projets pour prévenir la mort, sans aucun projet pour s'attarder aux causes qui amènent les jeunes dans la rue. Or, tous les jeunes qui fréquentent la rue ne meurent pas, bien heureusement. Cependant, la panoplie de services déployée ces dernières années correspond à la dernière ligne avant la mort. Nous n'avons-nous donc rien à proposer aux jeunes qui n'ont pas encore de seringues entre les mains ?

Est-ce que pour vous, être dans la rue, est un signe de détresse psychologique? Si on s'attache seulement aux conséquences du mode de vie de la rue, la réponse est «oui». Cependant, pour nous, à En Marge 12-17, la détresse des jeunes est le symptôme d'un contexte social malade. Notre pratique quotidienne nous apprend que pour plusieurs jeunes, la rue devient une soupape positive qui les aide à conserver intacte leur santé mentale. Pour d'autres, la crise liée à l'expérience de la rue permet au système de provenance (la famille, les proches...) d'ouvrir un dialogue vers un équilibre plus satisfaisant pour tous. Détresse peut-être...mais peut-être aussi un pas vers des solutions. Encore ici, tout dépend du sens caché derrière le passage à la rue. Notre évaluation de la situation d'un jeune, porte sur le sens du symptôme, c'est-à-dire comprendre à quel besoin le comportement X Y ou Z tente de répondre, et trouver avec le jeune d'autres façons de reprendre du pouvoir sur sa vie et répondre à ses besoins.

L'autre niveau de notre intervention est la prise en considération de l'ensemble des systèmes dans lesquels le jeune évolue: famille, protection de la jeunesse, centre jeunesse, école, milieu médical, pairs, justice, réseau criminalisé et système de la rue. Les signes de détresse psychologique sont définis ou interprétés différemment par les différents systèmes. Ces différences entraînent des contradictions flagrantes d'intervention. Par exemple, au niveau de la prévention et de la toxicomanie, nous avons d'une part un discours de « tolérance zéro » du Ministère de la justice et d'autre part, un discours de réduction des méfaits du Ministère de la santé et des services sociaux. Sur le terrain, il en résulte, d'une part, des services d'échanges de seringues (objectif de prévention du VIH) et d'autre part, un retrait des seringues par les policiers (objectif de sécurité publique). Pourtant, une grande partie des besoins de base serait comblée si les politiques sociales étaient harmonisées par une vraie concertation interministérielle. En effet, le

manque d'arrimage entre les divers partenaires entraîne une méconnaissance des missions et des services de chacun, mais aussi une incohérence dans les orientations et les philosophies d'intervention.

Que dire en conclusion? Contrer la détresse des jeunes passera d'abord par l'amélioration de leurs conditions de vie et la restructuration de réseaux sociaux soutenant. Pour que les différents acteurs puissent travailler en complémentarité, il est indispensable d'harmoniser les politiques sociales (justice, santé et services sociaux, sécurité du revenu, politique familiale, éducation). Il est primordial de s'entendre sur une intervention visant les causes liées au contexte social, soit la pauvreté et l'exclusion. Il est nécessaire d'adopter une lecture commune de la détresse chez les jeunes, et d'axer nos interventions sur les causes et non seulement sur les conséquences.

Annie Dion,
coordonnatrice
En Marge 12-17



Les EPT ...

Suite aux recommandations du Rapport Bertrand (1989), le gouvernement du Québec s'est engagé dans l'action en toxicomanie par un plan d'action gouvernemental qui interpellait plusieurs ministères dont celui de l'Éducation. La mise en place des diverses mesures inscrites dans le plan d'action a pris la forme en milieu scolaire de ce qu'on a souvent appelé la mesure EPT (Éducateur en prévention de la toxicomanie). C'était en 1990-1991, il s'agissait de faire de la prévention en milieu scolaire. À l'automne 1991, les EPT arrivent donc dans les écoles secondaires, d'abord sur l'île de Montréal. En 1993-1994 la mesure est appliquée dans l'ensemble du Québec.

Neuf ans plus tard, où en sommes-nous? Il semblerait que les EPT sont une espère en voie d'extinction. Manque de ressources financières, manque d'intérêt... Les hypothèses sont variées...Le fait est que seules les régions de la Montérégie et des Bois-Francs semblent encore bien dotées en EPT. Quant à Montréal, elle ne compte plus qu'un seul EPT dans ses rangs. L'intervention en toxicomanie est maintenant laissée à la discrétion des écoles. Ainsi, les politiques en matière de drogues peuvent différer largement d'une commission scolaire à l'autre. Les budgets attribués par les commissions scolaires pour l'embauche des EPT sont restreints. Ce sont donc les écoles semblant présenter une problématique de toxicomanie plus importante, ou celles dont le directeur « pousse » le plus, qui obtiennent généralement les services. Les intervenants sont en majorité embauchés à temps partiel et sont attirés à plusieurs écoles afin d'atteindre le ratio 1/3000. Ces écoles comptent souvent d'autres services, techniciens en éducation spécialisée, psychologues, travailleurs sociaux, ce qui justifie, indirectement, la raison de l'embauche à temps partiel des EPT.

L'utilisation que font les directeurs des services de l'éducateur en prévention des toxicomanies varie aussi d'une école à l'autre. Cela va d'un rôle d'intervenant ou aidant à celui de...détective (afin de découvrir qui consomme et qui vend !). Certains directeurs sont convaincus que les jeunes n'ont besoin que d'une oreille attentive pour se remettre sur le bon chemin, d'autres croient que la drogue est le fléau à anéantir. Dans tous les cas, les EPT servent à donner bonne conscience.

V...comme vidéo



Barbeau Manon, (2000). L'armée de l'ombre, 45 minutes, C 9299 054, Office national du film du Canada. Avec leurs coiffures mohawk et leurs parures agressives, ils font peur et dérangent...Manon Barbeau leur donne la parole...

Cazabon Andrée, (2000). Enfer et contre tous!, 51 minutes, C 9299 217, Office national du film du Canada. La réalisatrice a utilisé son propre passé pour faire ce film qui témoigne de la rage, la frustration et le désespoir de jeunes de la rue mais aussi de leurs parents.

Disponibles au bureau de l'Office national du film de votre région

L...comme lire



Pour ceux et celles que le Ritalin® intéresse...

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (1999)
Le Ritalin@...
Quoi penser ???,
Direction de la santé publique et de l'évaluation,
Sherbrooke.

#1

Disponibles sur demande à la Direction de la santé publique de l'Estrie : Tél. : (819) 566-7861, poste 166.



Le mandat principal des EPT reste pourtant le même, faire de la prévention. Par contre, les situations de certains jeunes nous amènent à faire de l'intervention de type réadaptation. Plusieurs écoles ont des partenariats avec des centres locaux mais les listes d'attente sont longues. De plus, comme le prévoyaient les recommandations du Rapport Bertrand, bien des jeunes ne souhaitent pas aller chercher de l'aide à l'extérieur de l'école. Ils ont créé un lien de confiance avec l'éducateur de l'école et ne sont pas prêts à repartir à zéro avec un nouvel intervenant.

Cinq ans après mon entrée en milieu scolaire comme EPT, je trouve que les jeunes n'ont pas vraiment beaucoup changé. Nous avons généralement l'impression que les cas empirent mais, en milieu scolaire, les années se suivent et se ressemblent. La grande différence tient plutôt à l'indifférence actuelle des jeunes face à la consommation de drogues. Ils banalisent le phénomène. La drogue est considérée comme étant à la portée de tous et non plus seulement d'un comportement relié à la délinquance. J'observe aussi que d'année en année, ceux qui viennent me voir sont plus jeunes. Par contre, je crois que cela est dû en partie au fait que mes directeurs sont de plus en plus au courant de la situation de leur école et qu'ils réfèrent plus rapidement. Les jeunes me connaissent davantage aussi. Ils me font plus confiance, ce qui leur rend plus à même de demander de l'aide pour eux-mêmes ou un ami. J'ai la chance de travailler dans la même école depuis 4 ans, par contre, j'ai eu 4 autres affectations depuis 1995. Parfois ensemble, parfois séparément.

Pour illustrer les fluctuations de mon cheminement de carrière et de ma présence dans les écoles, voici le détail de mes affectations ces 5 dernières années : 1995-1996 - 1 école, 2,5 jours semaine; 1996-1997 - 4 écoles, 4 jours semaine; 1997-1998 - 4 écoles, 4,5 jours semaine; 1998-1999 - 3 écoles, (dont 1 nouvelle), 4,5 jours semaine; 1999-2000 - 2 écoles, 3 jours semaine. Vous comprendrez que le suivi des élèves devient parfois difficile dans ce contexte !

Une autre difficulté est présente. Elle tient au fait que les services offerts par l'éducateur en prévention de la toxicomanie restent encore incompris par une grande partie du corps professoral et, malheureusement, par bien des directeurs aussi. Chaque nouvelle année, est un recommencement (surtout quand il s'agit d'une nouvelle école ou d'une nouvelle direction). Malgré toutes ces embûches, je reste convaincue du bien

fondé de la mesure. Lorsque je rencontre en classe les « petits » de première secondaire, encore si naïfs face à la drogue, je constate à quel point ils sont pris entre deux chaises, entre ce que disent leurs amis (banalisation) et l'information donnée par les adultes (souvent dramatisée). Nous pouvons avoir un impact sur leur vie, ne serait-ce qu'en les écoutant. Parfois, le besoin (comme je le mentionnais précédemment) relève plus de la réadaptation. Quand une élève de secondaire IV vous arrive en disant : « Sonia, fait quelque chose, ch'u pu capable de me geler... mais ch'u pas capable d'arrêter », on ne peut que tendre la main et l'aider. Trois ans plus tard, cette même jeune fille, après une lutte difficile, une tentative de suicide et une confrontation constante avec son milieu familial, termine sa première année de CEGEP avec une moyenne de 82%. Elle dit que je lui ai sauvé la vie, moi je dis que je lui ai appris à vivre...

Sonia Longpré

Éducatrice en prévention de la toxicomanie



Toxicomanie et violence conjugale : difficultés liées à l'intervention

Parler d'association entre la problématique de la violence conjugale et celle de la toxicomanie n'est pas un fait nouveau et depuis quelques années, elle alimente beaucoup de discussions. De par mon travail comme intervenant dans un centre externe pour conjoints à comportements violents, j'ai été confronté à cette réalité et ainsi amené à me positionner clairement : que ce soit au niveau de la violence conjugale ou de la toxicomanie, il est important pour moi que l'accent soit mis sur la responsabilisation de l'individu; que celui-ci abandonne l'utilisation de la minimisation, de la négation et de la justification.

Durant mes premières années de pratique comme intervenant en toxicomanie à La Relance de Nicolet, j'étais peu sensibilisé au phénomène de la violence et de toute façon très mal outillé pour y faire face. C'était un aspect de la vie de mes clients que j'évitais de questionner. Lorsqu'il était abordé par ceux-ci, il était identifié comme « comportement agressif à travailler ». Il m'apparaissait alors que bon nombre de mes clients qui consultaient pour se rétablir de leur toxicomanie, avaient des tempéraments plutôt impulsifs !

C'est dans le cadre d'une formation sur le dépistage en violence conjugale à L'Accord Mauricie que j'ai pris connaissance de l'approche féministe en matière

d'intervention et que j'y ai reconnu des comportements (agirs) et des attitudes présentes chez certains de mes clients.

Dès lors, je me suis servi de différents outils de dépistage afin de mieux détecter les clients à comportements violents et contrôlants. J'étais alors en mesure de les confronter face à certains de leurs comportements violents, de les amener à percevoir les résultats produits chez les gens qui les entourent et les amener ainsi à consulter les milieux spécialisés pour cette autre problématique. Cependant, il m'a d'abord fallu répondre à certains questionnements. Quelle est ma position personnelle face à la violence ? Quel est mon degré de tolérance face à la violence ? Est-ce que celle-ci fait partie inhérente de la problématique toxicomaniaque ou est-ce un autre problème ? Quelles sont mes connaissances en violence conjugale ? Quelles sont les ressources existantes et quelles approches utilisent-elles ?

Je crois sincèrement que nous ne pouvons accompagner adéquatement notre client que dans la mesure où nous réalisons l'impact que sa dynamique produit sur nous et sur notre lecture de la situation; nous nous devons d'être attentif à notre propre façon de réagir, voire d'intervenir. J'ai eu besoin de m'interroger sur mes réactions (transferts et contre transferts) face à un client qui a des comportements violents et contrôlants : est-ce que mes réactions traduisent de la peur? de la négation face à sa violence? est-ce que je suis d'accord avec les gestes posés? est-ce que je le lui démontre? ou est-ce que je réagis de façon violente?

Lorsqu'un climat de confiance est installé je peux investiguer davantage sur les conflits à la maison, sur leurs circonstances, sur leur fréquence. Je me dois d'amener mon client à dévoiler ses réactions : attitudes physiques, paroles et gestes associés à la violence. Je me dois de vérifier la sécurité de la conjointe et des enfants, d'établir un plan d'urgence en cas de crise et d'aider mon client à développer des moyens pour se calmer quand il sent qu'il va passer à l'action. Ensuite seulement, je peux travailler et accompagner mon client en ne le jugeant pas, mais en dénonçant certains gestes et en le motivant à entreprendre une démarche de responsabilisation face à ses comportements violents. Différentes attitudes sont alors à privilégier : identifier son système de valeurs, identifier ses intentions et les conséquences de ses gestes, travailler les cognitions (minimisation, rationalisation, négation etc.), ne pas être neutre et toujours prendre position à l'égard de la violence.

Par ailleurs, je dois moi-même prendre position face à la responsabilité des gestes commis par un client sous l'effet

d'une substance. Souvent la substance agit comme un catalyseur. La colère, la frustration, l'agressivité et la violence sont déjà présentes mais bloquées par différents mécanismes de défense que la consommation de substances élimine. Le client doit pourtant réaliser qu'il est toujours et entièrement responsable des gestes posés et en assumer les conséquences.

En conclusion, il m'est difficile en si peu de lignes de cerner toutes les facettes de l'intervention auprès des clients toxicomanes et violents. J'espère cependant avoir réussi à mettre en évidence des aspects plus précis de notre travail d'intervention. Je termine en insistant sur le fait que dépister et intervenir auprès d'une clientèle vivant ces deux problématiques me semble exiger de la part des

intervenants toujours plus de conscientisation, d'apprentissages, de partage de l'information et de partenariats.

Gilles Sévigny, intervenant
La relance de Nicolet

Suggestion de lecture :

Broué, Guèvremont, (1999). Intervenir avec les conjoints violents, Les Éditions St-Martin, Québec.



Jeu compulsif et toxicomanie



Il y a une dizaine d'années, un toxicomane abstinent de toutes substances psychoactives depuis plusieurs mois, démontrait lors des rencontres de suivi post-cure, des signes importants d'inconfort, d'agitation, d'anxiété. Bien que minimes, les coûts de nos rencontres étaient devenus trop chers pour lui. Après quelques annulations de dernière minute, monsieur, qui affirmait être abstinent, mit fin à sa démarche avec nous. Après quelques mois, ce client demanda à nouveau de l'aide, mais cette fois pour un problème de «gambling». L'homme fier et plein d'ambition que nous avions connu quelques mois plus tôt avait perdu son travail, vécu une rupture amoureuse et était endetté de plusieurs milliers de dollars. Quelques semaines auparavant, un autre client abstinent nous rapportait avoir une nouvelle passion : le jeu de hasard et d'argent. Nous «encourageons» presque ce divertissement qui nous apparaissait alors sans conséquence !!!!!!!

Définition

Le jeu compulsif est défini par l'American Psychiatric Association (A.P.A.) comme étant une perte de maîtrise continue ou périodique face au jeu, une progression dans les sommes jouées et dans la fréquence de la participation aux jeux de hasard, de même que sur la place occupée dans l'esprit d'une personne par le jeu et l'obtention d'argent à cette fin, la poursuite de telles activités en dépit de conséquences perverses. (Santé et Bien-Être Canada, 1996). Pour Rosenthal et Lesieur (1992) la notion de jeu compulsif inclut tous les types de comportements à l'égard du jeu qui compromettent, interrompent ou gâchent la vie personnelle, familiale ou professionnelle des joueurs. Plusieurs auteurs utilisent les expressions «jeu compulsif» et «jeu pathologique» comme des synonymes, alors que pour d'autres, le jeu compulsif est le stade précédant le jeu pathologique.

Signes d'avertissement et critères diagnostiques

Les principaux signaux d'alarme présentent une certaine parenté avec ceux liés à la toxicomanie. Ils vont de la préoccupation

croissante pour le jeu à la négligence des responsabilités, en passant par les mensonges et l'irritabilité lorsqu'il y a diminution de la pratique du jeu.

En 1994, L'A.P.A a révisé les critères diagnostiques du jeu pathologique (DSM-IV, 1994). Un joueur est évalué «pathologique» lorsqu'il répond à au moins cinq (5) des critères qui suivent : 1) Préoccupation par le jeu, 2) Besoin de jouer avec des sommes croissantes d'argent pour atteindre l'état d'excitation désiré; 3) Efforts répétés et infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter cette activité; 4) Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu; 5) Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique; 6) Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (se refaire); 7) Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu; 8) Commet des actes illégaux, tels que falsification, fraudes, vol ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu; 9) Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi, ou des emplois ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu; 10) Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Prévalence : qu'en est-il exactement ?

En 1998, le Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie a publié un document intitulé «La consommation de psychotropes et les jeux de hasard chez les jeunes : prévalence, coexistence et conséquences». On y indique que 3,8% des adultes québécois auraient éprouvé des difficultés liées au jeu durant une période leur vie et que cette proportion regroupaient 1,2% de joueurs pathologiques et 2,6% de joueurs problématiques (à risque de devenir joueurs compulsifs). Sept ans plus tard, la reprise de cette recherche indique que le taux de joueurs pathologiques est passé à 2,1%, ce qui équivaldrait à une augmentation de 75% !

Une plus grande accessibilité au jeu alliée à des pratiques publicitaires agressives peuvent expliquer ces augmentations. De plus, on sait également qu'il y a plus de joueurs problématiques chez les adolescents que chez les hommes adultes et plus chez les hommes adultes que chez les femmes adultes. On estime actuellement que 1/3 des joueurs pathologiques sont des femmes.

Toxicomanie et jeu : une tolérance croisée ?

Dans un rapport de 1996, le Conseil National du Bien-Être Social rapporte que les joueurs compulsifs ont une très faible résistance à d'autres types de dépendances, ce qui en fait facilement des victimes de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies. On se demande si le jeu suscite d'autres comportements dépendants ou s'il y contribue et laquelle des deux dépendances prédomine. Certaines études suggèrent que les joueurs compulsifs et pathologiques cherchent dans l'alcool et d'autres drogues des moyens de soulager leur angoisse et de guérir leur dépression.

Par ailleurs, diverses études menées dans différentes provinces canadiennes ont démontré les liens entre ces deux problématiques. Des chercheurs de l'Alberta en sont venus à une conclusion bouleversante selon laquelle tous les joueurs compulsifs et pathologiques pourraient être classés dans la catégorie des buveurs dangereusement excessifs. La Nouvelle-Écosse a constaté un lien évident, bien que moins prononcé, entre l'alcoolisme et le jeu compulsif. En Saskatchewan, les joueurs compulsifs et pathologiques sont apparus comme considérablement plus susceptibles (que les joueurs non compulsifs) d'avoir un diagnostic de problème d'alcool ou de drogues, de jouer en consommant des drogues ou de l'alcool et d'avoir cherché de l'aide pour régler ces problèmes. Une étude menée en Ontario a établi un lien entre la consommation abusive d'alcool et la passion du jeu, surtout celle du jeu dans les casinos.



Parmi les joueurs qui ont bénéficié d'un traitement, on note que 50% d'entre eux ont aussi un problème de toxicomanie (Rosenthal 1992). De plus, les toxicomanes ont 6 fois plus de risque d'accrocher au jeu que la population en général. En ce qui concerne la comorbidité jeu-alcool ou drogues, les résultats des différentes études oscillent entre des taux de 31% à 63%. (Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 1998).

Plusieurs similitudes sont observables entre la toxicomanie et le jeu. Dans les deux cas, le plaisir est de courte durée mais soulage de sentiments négatifs. La compulsion s'installe, et ce, malgré les éventuelles conséquences négatives et la présence de préoccupations reliées à la dépendance. Le besoin d'augmenter la quantité pour avoir le même effet s'accompagne d'un inconfort lorsqu'il y a privation du jeu ou de substance. L'activité est maintenue malgré des conséquences sociales ou personnelles importantes. Le joueur compulsif comme le toxicomane connaît l'euphorie, les états de manque, la tolérance, le sevrage. Les deux connaissent aussi les réactions comme la nausée, les sudations, la dépression ou le *rush*. Nous avons aussi observé que les joueurs, comme les toxicomanes, pouvaient passer des jours sans se nourrir ou se reposer.

Certains auteurs mentionnent aussi des symptômes communs au moment du sevrage comme: l'insomnie, les maux de tête, les perturbations de l'estomac, la perte d'appétit, la faiblesse physique, l'accélération du rythme cardiaque, les douleurs musculaires, la difficulté à respirer, les frissons.

Cependant, des différences existent et les aborder pourrait faire l'objet d'une thèse. Mentionnons les plus marquées. Le joueur compulsif obtient son *high* sans aucune substance chimique. Il a un taux d'endettement extrêmement élevé et le plus haut taux de suicide pour tous les types de problèmes de santé mentale. De plus, son problème est parfois totalement occulté et la famille ou l'entourage ne réalise la situation que lorsque les conséquences graves surgissent. Une autre différence réside dans le fait que le joueur joue dans l'espoir d'améliorer son sort alors que le toxicomane n'a pas cet objectif avec les substances. Les intentions du joueur sont nobles car il souhaite, à travers le jeu, se faire plaisir ou gâter les gens qu'il aime. Par contre, tout comme le toxicomane, le joueur a une faible estime de lui, se sent souvent inadéquat et ne sait comment éprouver du plaisir durable. Il sabote sa réussite, ses satisfactions, ses rêves... Le joueur est souvent une personne anxieuse qui crée des situations qui l'amènent à vivre davantage d'anxiété.

L'opinion publique encourage plutôt le comportement du joueur, d'autant plus que le gouvernement l'endosse. Ainsi, on offre volontiers des billets de loterie. De plus, le jeu est très régulièrement associé à des causes charitables...

Différences selon les sexes : une évidence...

On peut remarquer certaines différences entre les hommes et les femmes, à l'égard du jeu. Par exemple, les hommes misent plus d'argent, ils sont davantage enclins à l'illégalité (fraude fiscale, vol, recel, vente de drogues) et ils cherchent l'excitation en même temps qu'une forme de reconnaissance.

Les femmes, quant à elles, sont plus solitaires. Elles cherchent moins la compétition et préfèrent les jeux de hasard aux jeux d'habileté. Elles restent plus dans la légalité et se limitent aux chèques sans provisions. Souvent, leur passé a été difficile, elles consultent moins, sont plus secrètes et commencent à jouer plus tard en y cherchant une évasion (Lesieur et Rosenthal, 1992).

A titre d'information, on peut ajouter que les personnes âgées jouent pour se redonner une valeur, un sens alors que les personnes plus démunies jouent en croyant que c'est le seul moyen pour elles d'accéder à une vie meilleure.

Pistes de solution : des interventions systématiques et en parallèle...

Nos questionnements de départ étaient les suivants : «Devons-nous intervenir avec les joueurs comme avec les toxicomanes ? Existe-t-il vraiment des différences et des similitudes ? Comment dépister le jeu problématique ? Devons-nous adapter nos programmes aux nouvelles réalités ? Est-ce vraiment un problème ?» Ces questionnements ont été au cœur de débats passionnés, stimulés par des convictions profondes. Puis, nos pratiques et nos recherches nous ont amenés à prendre position et à changer, de façon significative, certaines de nos interventions.

Un programme a été spécifiquement conçu pour les personnes avec un problème de jeu, alors qu'un autre programme s'adresse spécialement aux personnes avec un problème de toxicomanie.

Un dépistage systématique de la double problématique

Au Centre CASA, de façon systématique, nous soumettons les personnes qui nous consultent pour un problème de toxicomanie, au test South Oaks Gambling Screen (SOGS) ou aux questions des Gamblers Anonymes, pour un dépistage des problèmes liés au jeu et nous offrons des ateliers psycho-éducatifs à caractère

préventif. Nous utilisons le même processus pour quelqu'un qui demande de l'aide pour un problème de jeu. Nous lui faisons passer un test de dépistage (MAST, DAST ou les 20 questions des Narcotiques Anonymes) et les clients participent à des ateliers de prévention des toxicomanies.

Des interventions qui se ressemblent mais qui ne sont pas identiques

Pour l'intervention, notre approche est globale et nous considérons que la cohabitation des joueurs et des toxicomanes est bénéfique pour les deux groupes, en autant que la spécificité du problème pour lequel chacun consulte est prise en compte et que la thérapie soit établie en fonction de ce problème. En plus, l'art thérapie, la relaxation et l'activité physique se révèlent des approches très utiles pour les toxicomanes et les joueurs compulsifs. L'implication des proches (conjoint, parents ou enfants) est aussi une excellente façon d'aider et de faciliter le maintien des acquis post-thérapie. Le système familial est très affecté par la toxicomanie mais aussi par le jeu compulsif. Des ateliers particuliers en lien avec le jeu sont offerts.

Du personnel formé et supervisé sur les deux problématiques

Tout le personnel de CASA reçoit une supervision clinique hebdomadaire qui permet des études de cas approfondies. Le personnel cadre a reçu sa formation sur le jeu compulsif par le biais du Minnesota Council on Compulsive Gambling (reconnu par l'Université du Minnesota) et par la Clinique du Jeu de l'Université Laval.

A ceux et celles qui sont tentés de ne pas trop différencier le jeu de la toxicomanie, je suggère d'aller faire une observation sur le terrain. Quand on passe ainsi un moment dans un casino juste à observer, puis un autre moment dans un débit de boisson ou un party où la consommation va bon train, les différences s'imposent d'elles-mêmes. Bonne exploration !

Lynda Poirier

Directrice clinique, psychothérapeute et intervenante
Centre CASA

Références :

- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed.) Washington, DC.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie, (1998). Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes : prévalence, coexistence et conséquences. Gouvernement du Québec : CPLT.
- Conseil National du Bien-Être Social, (1996). Rapport sur les jeux de hasard au Canada, Ottawa.
- Addiction Research Foundation, (1994) Problem and Compulsive gambling workshop - literature review, Toronto.
- Rosenthal, R.J. et Lesieur, H.R., (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. Eighth International conference on risk and Gambling, American Journal of Gambling Behavior, 5(3).

L'ecstasy, qu'est-ce donc?

L'ecstasy fait partie des drogues utilisées dans les soirées "rave " et dans de nombreuses discothèques. Elle porte également les noms de XTC, ADAM, E, X. L'ecstasy ou méthylène-dioxi-3,4 méthamphétamine, abrégée en MDMA, est une molécule synthétique dont la structure chimique est proche à la fois de celle de la mescaline et des amphétamines. Le MDMA a été synthétisé en 1914 par un laboratoire pharmaceutique, comme agent anorexigène. Il n'a jamais été commercialisé à cette fin. Vers 1970, on commença à l'utiliser en psychiatrie comme adjuvant des psychothérapies car, stimulant la communication, le MDMA peut faciliter les thérapies. Cette substance est interdite au Canada depuis 1976 mais continue d'être synthétisée dans des laboratoires clandestins.



Le MDMA vendu dans la rue se présente sous la forme d'une capsule ou d'un comprimé de couleur et de taille variable, souvent orné d'un motif. Il est fréquent de retrouver lors de l'analyse chimique des comprimés ou capsules, d'autres substances également toxiques (stimulants, hallucinogènes, anabolisants, etc.). Ces mélanges rendent évidemment difficiles la prédiction des effets. L'ecstasy est le plus souvent avalée mais certains l'utilisent par inhalation nasale (sniffée) ou buccale (fumée) ou encore par voie intraveineuse. Il n'y a pas d'avantages à utiliser ces trois dernières voies d'administration. Une dose-type de MDMA se situe entre 75 et 100 mg de produit actif mais elle peut varier de 50 mg à 200 mg (parfois 0 mg !) selon l'origine de la drogue. L'ingestion de doses plus élevées n'augmente pas les effets agréables de la drogue mais peut augmenter les effets secondaires de façon importante. L'action de cette drogue débute 30 minutes après l'ingestion. Ses effets durent de 3 à 6 heures. La durée et l'intensité des effets sont variables et liés, entre autres, à la vulnérabilité individuelle, au contexte d'utilisation, à la pureté du produit et aux attentes de l'utilisateur. Le MDMA possède une action double. Il est essentiellement psychostimulant (quoique à un degré moindre que les amphétamines et la cocaïne) et



légèrement modificateur des perceptions sensorielles (hallucinations mais à doses élevées seulement).

L'ecstasy provoque une levée des inhibitions sociales avec une augmentation de la sensualité et des besoins de contact tant intellectuels que physiques. Contrairement à une opinion répandue, l'ecstasy n'est pas une drogue aphrodisiaque. L'augmentation de la sensualité et son effet désinhibiteur sont responsables de l'augmentation des rapports sexuels. L'ecstasy procure également une impression de bonheur, de bien-être physique et mental (euphorie, empathie, exacerbation des sens, en particulier le toucher). Elle suscite un sentiment d'amour collectif et une forte envie de partager et fait également disparaître la sensation de fatigue, ce qui permet de danser durant de nombreuses heures.

Lors de l'arrêt de la consommation, un état de fatigue et de dépression surviennent. Leur intensité et durée sont variables selon la sensibilité et l'environnement de l'individu. À faibles doses, les effets secondaires de l'ecstasy sont habituellement légers (spasme de la mâchoire, bruxisme, bouffées de chaleur, diaphorèse, sécheresse buccale, perte d'appétit, palpitations, insomnie). Cependant, à dose modérées ou fortes,



des complications médicales graves peuvent survenir. Parmi les effets dangereux de l'ecstasy, on note l'hyperthermie. En effet, le MDMA provoque une augmentation de la température corporelle, laquelle est souvent accentuée par une température ambiante généralement élevée, un effort physique important et des pertes d'eau mal compensées. Tout cela peut entraîner des convulsions et une hyperthermie maligne dont les conséquences sont graves, parfois même mortelles. Il est donc important de boire régulièrement, idéalement des liquides contenant du sucre et un peu de sel ; de faire des pauses et de s'aérer pour prévenir la déshydratation. Se réhydrater en eau seulement peut provoquer une hyponatrémie grave,

avec risque d'œdème cérébral. Parmi les autres complications graves de l'ecstasy on note les arythmies cardiaques, des douleurs ou raideurs musculaires (rhabdomyolyse), des troubles rénaux et hépatiques. Du point de vue psychologique, des cas de psychoses, de crise de panique et de dépression ont été rapportés. Il est important de savoir que tout état de malaise suite à consommation d'ecstasy doit être considéré comme une urgence médicale. L'expérience rapportée par certains consommateurs d'ecstasy suggère l'apparition rapide d'une tolérance à cette drogue. Certains cessent alors de consommer alors que d'autres ont tendance à rechercher les mêmes sensations dans d'autres substances, telles les amphétamines, qui ont un potentiel élevé de dépendance. La dépendance à l'ecstasy est controversée.



En conclusion, le MDMA est une drogue récréative de plus en plus utilisée par une population jeune dans différents milieux. Jusqu'à maintenant l'ecstasy était perçue comme une drogue relativement sécuritaire, occasionnant peu d'effets indésirables et n'entraînant pas de dépendance. Mais est-ce vraiment le cas ? L'ecstasy n'est pas dépourvue de toxicité et son usage ne se fait pas sans risque. Ce n'est sûrement pas une drogue à banaliser...

Maryse Rioux
pharmacienne

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

Marie-Thérèse Payre
Responsable du bulletin
Écho-Toxico



COMITÉ DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LES NORMES DE QUALITÉ EN TOXICOMANIE

Depuis plus de 15 ans, diverses tentatives et travaux ont été réalisés en vue d'élaborer des normes de qualité pour les ressources du secteur privé ou communautaire en toxicomanie offrant de l'hébergement. Le comité de travail mis sur pied par le ministre délégué à la santé Monsieur Gilles Baril dépose son rapport le 30 juin 2000. Le comité est composé d'experts dans le milieu de la toxicomanie (traitement, éducation et recherche, associations, secteur public et référants). Le travail réalisé par le passé a servi de base de discussion en y ajoutant la notion de nécessaire et suffisant.

Le mandat du comité était d'identifier des normes de qualité et les caractéristiques d'une procédure de qualification pour les organismes sans buts lucratifs, privés ou communautaires, offrant de l'intervention en toxicomanie avec hébergement. Le but premier de ces normes est la protection du public en valorisant l'adoption de standards de pratiques.

Les principes directeurs qui font consensus sont : l'amélioration continue de la qualité comme cadre global de la certification, la démarche de qualification est volontaire pour les organismes, un cadre d'évaluation de la qualité des services respectueux de la culture et de l'autonomie des organismes visés, l'imputabilité des organismes à l'endroit des usagers et du public quant à la qualité de leurs services et tout cela dans le respect des lois actuelles. Ces normes ont été retenues en tenant compte de ce qui est nécessaire et suffisant pour obtenir des services de qualité pour la population du Québec se prévalant des services de traitement en toxicomanie avec hébergement et de pouvoir disposer d'informations (ex. un bottin d'organismes certifiés) pour choisir ces services.

S'annoncer comme respectant des standards de qualité de services, favoriser des références du secteur privé et public, contribuer à une démarche d'amélioration continue de ses services, obtenir des lettres d'appui de différents partenaires sont parmi les avantages reliés à la certification pour les organismes visés.

Les normes sur l'administration incluent les orientations, le fonctionnement des opérations au jour le jour tel que le respect d'un code d'éthique et l'élaboration des règles de vie, les mécanismes qui régissent le contrat de séjour, etc. Nous retrouvons également des normes sur les services à la clientèle : l'accueil, l'évaluation et le plan d'intervention. La formation du superviseur clinique et des intervenants sera également normée en tenant compte par ailleurs de l'expérience de ceux-ci et de principes d'équivalences. Les installations et les services auxiliaires sont aussi normés en tenant compte des lois déjà existantes tel que les certificats et permis octroyés par les différents ministères : les services alimentaires et la salubrité des cuisines par le MAPAQ (Ministère de l'agriculture des pêcheries et de l'alimentation du Québec).

Les valeurs qui ont porté l'élaboration des normes et le processus d'implantation ont été de s'assurer qu'elles étaient nécessaires et suffisantes pour entamer une démarche de développement des organismes et la protection des personnes utilisant ces services. Cette démarche est avant tout une démarche d'inclusion et non d'exclusion des organismes œuvrant dans le traitement avec hébergement. Un plan de communication sera développé par le MSSS pour permettre à tous de bien comprendre le processus de certification.

Jacques Lamarre,
Président du comité.

Je tiens à remercier les membres du comité : Gaétan Grenier, Carmen Trottier, André Tanguay, Alcide Huard, Lise Roy, Alfred Couturier, Jean Marie Nicole, François Bérard, Michel Landry, Lysane Ouimet, Yvon Picotte et Marc Lacour pour leur participation, implication et générosité. Merci également à toutes les personnes des Régions Régionales et des ressources communautaires qui ont permis de bonifier ces normes en les ajustant aux réalités du terrain. Merci à Robert Faulkner, chef de services au MSSS et Guy Vermette consultant pour leur implication avec moi dans le comité de pilotage.

L...comme lire



Encore sur le Ritalin®

#2

Hyperactivité : prescrivons-nous trop de méthylphénidate (Ritalin®) ? In Regard critique sur une controverse médicale, L'omnipraticien, vol.4 numéro 5, 13 avril 2000.

Sur la méthadone :

Bulletin d'information toxicologique, (2000). Spécial méthadone, janvier 2000, vol.16 numéro 1, publication du Centre de Toxicologie et du Centre Anti-Poison (INSPQ). (Distribution gratuite aux services d'urgence de CH et CLSC).

Coordonnées du Centre de Toxicologie :
Tél. : (418) 654-2254
Télééc. : (418) 654-2148
Courriel : ctq@cspq.qc.ca

Éditeur :

Les programmes de toxicomanie de
l'Université de Sherbrooke

**Directrice des programmes
de toxicomanie :**

Lise Roy

Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :

MJB Litho Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du
Québec et du Canada