

L'écho-TOXICO



Le mot de Lise ...

Dans ce numéro de l'Écho-toxico, nous avons voulu vous présenter des réflexions et pistes d'action sur des sujets d'actualité, des thèmes en émergence. Ainsi, la violence, le cannabis, la consommation de psychotropes par les personnes âgées, la grossesse chez les femmes toxicomanes se partagent ce numéro de l'automne 2001 pour lequel nous souhaitons apporter (pourquoi pas?) un éclairage...différent. De plus, plusieurs changements sont intervenus récemment dans le petit monde de la toxicomanie. Ils font l'objet de *Nouvelles brèves...* une petite chronique que je vous invite à lire si vous voulez vous garder au courant...Enfin, je ne veux pas terminer ce mot sans remercier spécialement Madame Louise Nadeau (présidente sortante du CPLT) et Madame Jocelyne Forget (directrice générale qui a quitté son poste en mai dernier) pour leur contribution significative à l'essor et aux réalisations du CPLT.

Sur ce, bonne lecture et surtout excellente rentrée!

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

P.S. N'oubliez pas d'aller consulter notre site Web : www.usherb.ca/toxicomanie

Stage international

Les étudiant(e)s du Certificat et du Diplôme peuvent maintenant faire un stage international. Madame Nicole Payant (2^e cycle de toxicomanie) a ainsi été la première à réaliser un stage en Suisse, Belgique et France. Son sujet de stage? La prévention des toxicomanies. M. Gilles Baril, ex-ministre délégué à la santé et aux services sociaux; la Fondation Jean Lapointe et Educ Alcool, ont permis la réalisation de ce stage grâce à leur appui financier.

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 2001

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 Microprogrammes, 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 microprogrammes 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 (Complexe Saint-Charles) et Québec (Collège Merici.)

Activités offertes dans le cadre des microprogrammes, du diplôme ou de la maîtrise :

Automne 2001

TXM-700 : Bilan des connaissances et courants actuels, à Longueuil

TXM-703 : L'évaluation de programmes et de services, à Québec

TXM-704 : Toxicomanie et questions éthiques, à Longueuil et à Québec

TXM-743 : Séminaire en intervention individuelle, à Longueuil

TXM-750 : Projet dirigé, à Longueuil

TXM-752 : Stage supervisé dans le milieu, 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). Ouvertes aux praticiens concernés par le sujet. Campus Longueuil et Québec.

Formations à venir :

Automne 2001

L'anxiété et la toxicomanie, le 28 septembre à Longueuil

Le dépistage et l'intervention précoce, le 9 novembre à Longueuil

La motivation au changement, le 16 novembre à Québec

Inscription : AITQ : (450) 646-3271

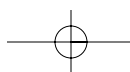
RENSEIGNEMENTS

Pour informations supplémentaires (contenus, horaires, demandes d'admission, démarrage de nouveaux groupes en région):

• 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>





VIOLENCES? VOUS AVEZ DIT

Malgré cet océan qui nous sépare, c'est toujours avec le plus grand plaisir que je saisis les opportunités de collaborations avec le Québec et mes collègues du pays où « la neige a neigé » qui travaillent autour du « spasme de vivre » (toxicomanie, suicide, violences...) si cher à Nelligan. Ce texte va me permettre de partager avec vous quelques réflexions autour des violences, notamment en lien avec la toxicomanie et les jeunes...

Un phénomène aux multiples facettes...

Arrêtons-nous un instant sur ce terme « violence » que l'on retrouve dans des équations aussi diverses et difficiles à démêler (et à résoudre!) que : violence et adolescence; violence et suicide; violence des dépendances; violences à l'école ou dans la famille... En pratiquant ce genre d'associations, en parlant un peu n'importe comment de la violence, ne sommes-nous pas en train de galvauder un terme qui finira par ne plus rien dire du tout?

Faisons un *arrêt sur image* de la violence. Car, en clarifiant nos idées, nous pourrions améliorer l'efficacité de nos pratiques. En effet, le mot « violence » recouvre des réalités multiples, complexes, subtiles, parfois déroutantes et souvent masquées. Expliquer, comme nous le faisons de plus en plus, tout et n'importe quoi par la violence, risque d'aboutir à une simplification extrême et une perte de sens.

Certaines formes de violences sont plus évidentes et connues que d'autres. L'agression physique est celle qui nous vient en premier à l'esprit. Puis, il y a les violences liées au langage (les fameux malentendus ou désaccords) qui peuvent déboucher sur des agressions verbales : insultes, disqualifications, doubles-messages, expressions de rejet, banalisations, culpabilisations, chantages, ou encore les formes plus subtiles que sont le déni ou la discordance.

Il existe aussi des formes non-verbales de violences, principalement exprimées par le corps : ton de voix menaçant, agressif ou moqueur; soupirs; regards; gestes; mimiques... Enfin, pensons à des formes insidieuses comme le silence, les confusions entre générations (abus divers dont le climat incestueux), le chaos ou la rigidité dans les relations, la présence d'un secret...

On le constate, la violence n'est pas un phénomène massif, unique, universel, qui

fait peur et que l'on doit combattre. On peut reconnaître sa complexité, ses caractéristiques variables selon les formes qu'elle emprunte et ses nuances. En reconnaissant tout cela, il devient désormais possible de *travailler avec*, plutôt que de lutter, à tout prix contre la violence.¹

La violence et la théorie des besoins

Chacun d'entre nous a des besoins physiques, de sécurité, d'appartenance, d'appréciation, de réalisation. La motivation passe par les besoins de valorisation, de stimulation et de sécurisation. En lien avec la théorie des besoins, on peut définir la violence comme une réaction désespérée d'un système qui subit une entrave persistante à la satisfaction de l'un ou l'autre de ses besoins.

Enfants et adultes, nous recherchons avant tout le plaisir et nous tentons par toutes sortes de moyens à éviter la souffrance. De plus, nous vivons dans le monde des trois (3) A (Assurance, Anesthésie, Asepsie), si chers à Guy Ausloos². Aujourd'hui, on veut nous faire croire que ne plus souffrir est devenu un droit. En tant qu'agent de prévention, il arrive d'ailleurs que nous participions à la mise en place de ce genre de croyances. Pourtant, la souffrance fait partie de nos vies. L'assurance, voire l'hyper-assurance, fait disparaître le risque, alors que l'anesthésie le fait rechercher! En éliminant tous les « microbes », tout ce qui dérange, en travaillant donc l'asepsie, le *politiquement correct*, nous tombons dans le risque des choses trop propres, trop...*clean*. Or, à l'adolescence, les jeunes entrent dans ce passage délicat d'un attachement dépendant à un attachement indépendant. Ils sont influençables, en quête d'amour et d'absolu (proies faciles pour certains prédateurs) et ils sont attirés par la violence de certains risques.

En tant qu'adultes, nous devons entendre l'énorme défi que représentent ces différentes formes de violence (à la maison, à l'école, dans la société). Elles prennent un sens lorsqu'elles permettent de réfléchir à quelque chose. Nous devons apprendre à être rigoureux (ce n'est pas synonyme de rigide) pour éduquer avec fermeté et chaleur. Voilà tout un programme qui nous renvoie à nos attitudes de personnes de référence, conséquentes, cadrantes et cohérentes. Nous devons aussi prendre garde à ne pas nous gargariser de ce terme trop banalisé. De plus, face aux violences

observées chez certains jeunes, nous devons veiller à ce que nos interventions préventives ne soient pas des campagnes visant à rendre les enfants non-agressifs, en tenant des doubles-discours de non-violence et non-agressivité du style : «Arrêtez de vous battre. Allez vous calmer devant la télévision!». (À ce sujet, je vous invite à lire le petit encadré, page 4, Un message de Dorothée).

Quand et où commencent ces violences?

C'est notamment lors de visites au zoo que Grégory Bateson³ met au point ses théories de la communication. En observant les loutres, il constate qu'elles jouent avec les enfants qui leur tendent des cannes à pêche ferrées de faux poissons en papier aluminium. Les loutres, pour la plus grande joie des enfants, jouent à se battre. Mais quand le gardien arrive avec des vrais poissons, elles se mettent à *métacommuniquer* et par là, vont se battre pour de bon. Les problèmes de violence résultent souvent d'une impossibilité de métacommuniquer. Si on ne peut plus jouer à se battre (on va à l'encontre de nos besoins physiologiques, notamment ceux induits par notre taux de testostérone, variable selon le sexe), on va se battre pour de vrai. Il n'y a plus de «pour jouer». Pourtant, il y a en nous une saine agressivité qu'il faut pouvoir extérioriser par le sport, le jeu ou la compétition. Il s'agit là de jeu, accord et plaisir. *Je me bats avec toi mais on est d'accord sur les règles*. Par contre, quand il y a violence, il s'agit de désaccord et déplaisir. *Je te pique de l'argent...Je te fais mal...Mon corps, c'est mon corps, pas le tien*.

La violence est donc différente de l'agressivité. Il faut pouvoir sortir sa violence mais dans le jeu, dans le «pour jouer» et condamner la violence réelle, celle qui consiste à faire usage de la force pour obtenir, sans son accord, quelque chose de quelqu'un...

Nous avons évoqué précédemment le jeu mais aussi ses règles. En effet, les règles sont très importantes, dans la famille, à l'école, dans la société. La façon de les établir est très importante aussi. On doit définir ces règles et, comme adulte, en préciser les finalités. Ceci permet de clarifier les valeurs que l'enfant pourra intégrer, discuter, remettre en question. L'enfant connaîtra ainsi les valeurs de ses parents ou des adultes significatifs pour lui (on devine toute l'importance de la

VIOLENCES? ÇA VEUT DIRE QUOI?



cohérence entre les valeurs de discours et les valeurs de parcours!). À partir de là, l'enfant peut mieux comprendre les règles et saisir le rôle de chacun : de son père, de sa mère, de ses enseignants et autres accompagnants. Pour s'harmoniser sur le plan bio-psycho-social un jeune a besoin d'un *entre-deux*, pour que les idées et les émotions communiquent et s'échangent. Il doit aussi apprendre la transgression et tester les limites pour intégrer les lois. Mais pour arriver à s'entendre sur des règles, il faut qu'elles existent et qu'elles lui aient été présentées. Malheureusement, aujourd'hui, dans les familles le modèle est peu correctif. On observe souvent soit un excès soit des manques d'autorité : familles très rigides sans aucun espace pour la négociation ou au contraire, familles chaotiques sans règles ou encore familles cohérentes...dans l'absence de règles «Nous te permettons de voler car c'est ça, la survie»!

De plus, notre société évacue petit à petit tous les rites de passage de l'immatrité à la maturité, de la dépendance à l'autonomie, de l'irresponsabilité protégée à la responsabilisation...Au fond, je me demande parfois si certaines transgressions violentes de nos jeunes ne sont pas là pour nous rappeler, à nous les adultes, que nos intransigeances et nos irrespects leur sont intolérables. Et si les violences de l'enfant étaient là pour nous dire que nos silences, nos démissions, nos abandons ou nos abus leur sont insoutenables? Quand on étudie le statut de l'enfant dans la famille, on constate qu'il a eu un statut social inférieur, qu'il était la propriété des adultes en droit de le corriger physiquement et de le faire travailler. Cette situation a prévalu jusqu'au 18^{ème} siècle. Puis, on s'intéresse peu à peu à son âme, à son intelligence. On lui reconnaît une personnalité propre mais son sort est encore précaire. Les années '50 vont marquer le passage de la répression à la permissivité. C'est l'avènement de l'enfant-roi. Mais ne sommes-nous pas à en faire encore, d'une certaine façon, des esclaves? Pensons à ces jeunes vedettes millionnaires et lyophilisées en culotte courte, ayant tourné dans un film à succès...Pensons à ces enfants entraînés dans des records stupides par leurs parents : jeune Suisse de 4 ans, bébé-motard de cross (sur sa 50 cm³ qui peut atteindre des 60 kilomètres/heure), ou encore cette jeune-fille de 10 ans qui s'est tuée en pilotant son avion!! Ces cas sont rares mais n'oublions pas que la marge est toujours

révélatrice de quelque chose, peut-être ici celle d'une société inconsciemment pédophile? Au fond, les violences de certains jeunes ne seraient-elles pas juste des contre-violences? Des réactions à nos propres violences?

Les tensions et violences résultant d'un malentendu

Que signifient certaines violences à l'égard des enfants? « *Mon bébé m'empêche de dormir. Ça fait 6 mois que cela dure. Il m'a fait une otite.* » La maman ressent une agression de son enfant qui n'est pas parfait, qui est malade...

La violence peut aller plus loin dans le malentendu. C'est le père travaillant de nuit. Le matin, il espère dormir. Son bébé pleure. Il prend l'enfant et excédé veut le mettre sous une douche froide. Dans son énervement, c'est l'eau chaude qui coule. Le bébé est brûlé et meurt 2 jours plus tard. Habituellement, ce père n'était pas violent. Mais là, le bébé l'agressait. Ainsi, la perte de la maîtrise de soi, le «mal-entendu» peuvent vraiment déboucher sur un acte de violence.

Dans les violences, il est aussi souvent question de gradation⁵, du *Je pousse un vrai coup de gueule* au *Je frappe* en passant par les *Je claque la porte* puis *Je casse le vase en cristal, cadeau de mariage*. Mais ce n'est pas non plus parce qu'une fois on explose, qu'il y aura un climat de violence. Par contre, il peut y avoir un climat de violence, là où on ne frappe jamais, une violence sourde, toujours présente, sans passage à l'acte.

Lorsqu'un enfant est élevé dans un climat de violence, la violence devient un mode de communication. D'où l'importance de la prévention tant à l'encontre des violences contre soi que celles contre les autres (subies ou infligées) et contre les objets. Cependant, nous devons toujours considérer que la violence fait partie de la gamme des sentiments humains et qu'on doit apprendre à l'utiliser. Elle est partout, plus ou moins bien assumée, contrôlée, endiguée, sublimée. Elle est en nous, force de vie originelle mais qui peut aussi appeler la destruction ou la mort.

Notre société est très intolérante à la violence, elle tente de la gommer. Elle réapparaît donc ailleurs. C'est normal d'être violent quand on est ou se sent exclu. Il faut reconnaître l'existence de cette violence,

donner des façons de l'exprimer, créer des rituels d'expression de toutes formes en y mettant un cadre de charge et de décharge⁶.

Les enfants n'ont pas de mauvais instincts mais de l'agressivité qu'ils doivent pouvoir exprimer, notamment par des jeux. Nous ne devons pas faire semblant de croire qu'ils sont des petits anges! La violence et l'agressivité sont présentes en nous. La nier ne sert à rien. Il faut vivre avec. Donc, il faut que les enfants puissent se battre, se frapper, se tuer, mais MÉTAPHORIQUEMENT.

La violence et l'apprentissage humain

Le recours à l'étymologie nous apprend que le terme agressivité vient de *ad gredi* (13^{ème} siècle) qui signifie «aller vers, marcher vers, entreprendre, provoquer, exciter, progresser (aller pour), attaquer, digresser (aller à côté)» d'où le pas, la marche vers... L'agressivité c'est donc ce qui permet d'aller vers les gens. Mais ce n'est pas toujours gentil. Il suffit de regarder un enfant s'approcher d'un autre enfant et lui voler son jouet. «Il est venu vers moi et m'a agressé». Cela permet d'ailleurs de comprendre certains phénomènes de boucs émissaires : «Il y a au moins quelqu'un qui vient vers moi». Dans ces situations, il faut trouver comment faire pour qu'il soit agressé, mais positivement. La difficulté réside dans les frontières entre l'agressivité du «aller vers» et la violence du «exercer sa force de manière inadéquate», sans perversion du pouvoir ou de l'autorité.

Les violences contre soi, contre les autres et contre les objets, toutes ces formes de conquête d'une identité peuvent être, pour nous les adultes, l'occasion de se questionner, de travailler ensemble en unissant nos connaissances et compétences. Donnons à nos jeunes les moyens de construire, de se construire, comme le suggère l'origine latine du verbe éduquer. E-ducere signifiant conduire un enfant, un jeune, hors de lui-même, l'inciter à...Albert Jacquard ne cesse de nous mettre en garde afin que le sens de ce beau verbe ne s'oriente pas vers son autre racine latine Educare signifiant nourrir. Éduquer se résumant à un apport de nourritures (avoirs et savoirs) pour devenir gagnant et faire alors de l'autre un perdant. C'est toute la différence entre la compétition (être meilleur que l'autre) et l'émulation (être meilleur que soi-même)...

Suite de la page 4

Suite de la page 3

Ainsi, ces jeunes qui nous titillent par leurs différentes formes de violence, sont-ils des empêcheurs de danser en rond ou simplement des analyseurs? Saurons-nous être à la hauteur de notre rôle de parents, adultes ou professionnels en autorité? En nous rappelant bien que des adultes en autorité sont étymologiquement «des adultes qui ont la capacité de faire croire autrui»? Saurons-nous resituer les enfants, les jeunes dans nos centres (pas d'achats, ni de loisirs, ni de détention) au lieu de les glisser dans nos *entre*? Saurons-nous nous laisser guider par leur force (du latin *Vis*), par cette vie qu'ils lancent et dans laquelle ils se lancent, cette vie-oh-lance ou cette vie-haut-lance?

Finalement, quelle est la plus pertinente des interrogations : «Quels sont les problèmes posés aux adultes par les jeunes à risque, notamment par les jeunes usant de violence?» ou «Quels sont les problèmes posés aux jeunes par les adultes à risque, notamment les adultes usant de différentes formes de violences?» Saurons-nous accompagner les enfants, les jeunes, dans leur tentative de vie pour qu'ils s'y lancent haut et accompagner cet envol? Mais aussi, quand il le faut, saurons-nous empêcher ou réagir avec autorité à leur viol? Saurons-nous être à la hauteur pour construire et transmettre l'humain?

Martine Bovay
Psycho-pédagogue et thérapeute
en approche systémique.

Références :

1. Grand, J.S., Lanini, Y., (1999). Violences des dépendances, édition Nouvelles de Levant, Lausanne, Suisse.
2. Ausloos, G., (1995). La compétence des familles, édition Érès, Toulouse, France.
3. Puzé, R., (1996). Grégory Bateson, itinéraire d'un chercheur, édition Érès, Toulouse, France.
4. Lamontagne, Y.Dr., (1997). Être parent dans un monde de fous, édition Guy Saint-Jean, Québec.
5. Miller, A., (1994). C'est pour ton bien- Racines de la violence dans l'Éducation de l'enfant, édition Aubier, Paris, France.
6. Olivier, C., (1999). L'ogre intérieur, édition Fayard, Paris, France.

Pour ceux qui veulent approfondir le sujet, Martine Bovay donnera une formation le 5 avril 2002 à Longueuil sur la prévention de la violence chez les jeunes.
AITQ : (450) 646-3271

**LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE (DES) VIOLENCE(S),
C'EST REMPLACER UNE RELATION DE PEUR ET LA DÉSIGNATION DE
BOUCS ÉMISSAIRES PAR UNE RELATION D'ÊTRE ET D'ÊTRES...**

Qui? Quoi? Où? Comment?

Individu

- Développer l'estime de soi, l'affirmation, le respect de soi et des autres.
- Connaître son corps et ses besoins (et les rôles positifs de l'agressivité).
- Apprendre les règles de vie et passer des interdits aux inter-dits.
- Apprendre à ne pas laisser, travailler sur le rapport aux autres.
- Favoriser la prise progressive d'indépendance.
- Échanger et ne pas avoir peur, oser demander «Qu'est-ce qui ne va pas?»
- Viser sans cesse à réduire les inégalités en favorisant la communication et la solidarité.
- Se situer comme individu avec ses valeurs et ses choix.

Violence(s)

- En connaître ses différentes formes pour mieux se situer face à elles et mieux les gérer.
- (S')informer sur les mythes et réalités concernant la violence et les conflits.
- Mieux la (les) comprendre pour agir sur les causes

Environnement

- Offrir une éducation familiale cohérente, sans carence d'amour ni d'autorité.
- Offrir une éducation scolaire où l'enfant /adolescent est reconnu et respecté par des éducateurs reconnus, et respectés, cadrants et compétents.
- Offrir des conditions de vie décentes et des alternatives aux différentes formes de violence.
- Réfléchir à notre société d'élitisme, d'impatience, de comparaison, de concurrence, d'argent.
- Opérer par des politiques cohérentes, dénoncer le silence, la lâcheté, l'impuissance.
- Sortir d'une position de victime pour commencer à être responsable.

AUSLOOS Guy/ BOVAY Martine, *Méthodologie Prévention-violence*, document de travail, bdv 970902

UN MESSAGE DE DOROTHÉE

Paru dans le courrier des lecteurs de
Phosphore Magazine, avril 1999 -
revue française destinée aux élèves des lycées (écoles secondaires).

Chers adultes,

Vous nous concoctez toutes sortes de plannings éducatifs, de programmes de lutte contre la violence juvénile et la violence à l'encontre des jeunes. Vous défendez en très belles paroles les plus dignes et les plus nobles valeurs humaines. Seule condition à cette belle comédie : ne pas regarder l'envers du décor. Là, à quelques exceptions près, tout n'est que mensonge, corruption, course au profit (quitte à écraser le plus faible), complot, détournement de fonds, abus de pouvoir, abus tout courts...Et vous nous demandez d'être de bons citoyens de notre planète Terre! Mais qui nous donnera l'exemple si ce n'est vous? Moi qui pensait «Non, tout n'est pas pourri!» Ce soir, devant mon journal, j'ai failli en douter, j'ai failli en pleurer...

Dorothée (15 ans)

POUR UNE POLITIQUE DÉMOCRATIQUE SUR LE CANNABIS.¹

On a beau dire que de plus en plus le cannabis est considéré comme une drogue peu nocive qui n'entraîne pas de dépendance et qu'elle n'est plus une priorité de la répression, les statistiques en ce secteur disent autre chose, au Canada comme en d'autres pays.² Au Canada, le cannabis est toujours l'objet de 45 000 de ces accusations au criminel, dont 30 000 pour des cas de simple possession. 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 (Dion, 1999, tableau 2.5), 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 culture.

S'il est vrai aussi 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.³ De plus, les casiers judiciaires demeurent pour ces milliers de personnes. À ce jour, il y a plus de 600 000 Canadiens qui ont eu un casier judiciaire à cause du cannabis (Boyd, 1998). Ces statistiques ne comptabilisent pas les démêlés judiciaires subis par les différents clubs compassion, distributeurs au Canada de la marijuana à des fins thérapeutiques.

Comment changer cette situation, que ce soit pour l'usage récréatif ou thérapeutique? Les gens croient qu'il faut faire la démonstration de la faible nocivité du cannabis. Pourtant, même s'il reste des apprentissages à faire sur le produit et ses dérivés, le cœur de l'argumentation pour modifier la politique en ce domaine n'est pas là. Le rapport Le Dain sur Le cannabis nous l'a appris. Vous pensez peut-être que revenir sur ce rapport est un peu dépassé? Détrompez-vous car l'analyse des diverses options politiques sous-jacentes au rapport (au regard des valeurs sociales qui en ont soutenu les conclusions et recommandations) mérite une attention particulière. Rappelons-nous que les cinq commissaires ont reconnu le peu de nocivité du cannabis, mais qu'ils ne se sont pas entendus sur la politique publique à instaurer sur cette drogue. Leurs dissensions découlaient essentiellement d'une vision différente des valeurs sociales à privilégier dans les rapports de l'État à ses citoyens.

Le moralisme juridique ou l'État, gardien de la morale...

Dans ce premier rapport minoritaire, Ian Campbell demande que non seulement on maintienne la prohibition du cannabis, mais que la répression de ses usagers soit accrue. Il faut, explique Campbell, stopper la «contamination»⁴, par certains milieux criminogènes, des jeunes de bonne famille.

Le fondement de sa position est que l'État a non seulement la responsabilité dans ses politiques publiques d'être le gardien de l'ordre public et le protecteur des personnes non autonomes, *mais également celle de maintenir une morale commune au sein de la société*. À cet effet, l'État peut avoir recours au droit pénal pour contrer les comportements qui menacent la «morale établie», indépendamment des dangers de l'acte posé pour l'individu ou la société. L'enjeu est d'empêcher la désintégration de la société actuelle par la perte d'une «morale commune», élément essentiel de cohésion sociale et de prospérité économique.

Dans une telle perspective, les politiques et les pratiques judiciaires sont colorées par cette vision moraliste. Les usagers, qu'ils sachent ou non bien gérer leur consommation, demeurent condamnables puisqu'ils ont choisi le «vice» contre la «vertu». Les interdits en matière de drogues sont donc ici affaire de morale bien avant d'être une question de santé publique.

Ce moralisme juridique domine le discours actuel favorable au maintien de la prohibition en matière de drogues. Il a des racines profondes dans l'histoire de la culture protestante de l'Amérique du Nord.⁵ À ce titre, il n'est pas étonnant que les États-Unis soient à l'origine de la guerre à la drogue et les principaux porte-paroles du discours qui la maintient.

La prémisse de base du moralisme juridique est l'existence d'une morale commune dont les pouvoirs en place doivent être garants. Pourtant, depuis des siècles, la science de la morale recherche des dénominateurs communs sur lesquels fonder une morale universelle et n'en a pas trouvé. En fait, la seule morale commune réside dans le refus de respecter le pluralisme (bien réel) des valeurs propres aux individus ou aux groupes de la société. Cette morale commune est, de fait, celle que certains groupes imposent à l'ensemble de la société. La logique du moralisme juridique est exacte. Quand tout le monde pense de la même façon, la gestion sociale est alors simplifiée, un peu comme la dictature est une gestion politique plus simple que la démocratie qui nécessite des recherches longues et ardues de consensus. Mais préférons-nous vraiment en tant que citoyens,

que les autorités politiques décident à notre place des valeurs sociales à privilégier et nous les imposent? Par la force s'il le faut?

Le paternalisme juridique ou l'état protecteur des personnes jugées non-autonomes ...

Le rapport majoritaire de la commission Le Dain présente cette position qui mêle traitement et punition. Il demande la décriminalisation du cannabis (à cause de sa faible nocivité) mais pas la légalisation pour éviter que le droit n'encourage la prise de produits nocifs pour la santé des jeunes.

Les commissaires expliquent qu'ils comprennent la nécessité de préserver à tout prix les libertés individuelles mais que l'État, en plus d'être le gardien de l'ordre public, a une *fonction paternaliste qui le mène à utiliser certaines formes de contraintes légales pour empêcher les individus non autonomes de se nuire à eux-mêmes*. C'est pourquoi il lui incombe, par le droit pénal, de restreindre l'accessibilité du cannabis et ce, surtout pour les jeunes.

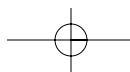
Cette position, privilégiée dans les pays à dominance culturelle catholique, a ouvert en grand la porte au contrôle médical en matière de drogues, et ce, au nom de la protection de la santé publique : les experts détenant le savoir nécessaire à la protection des personnes ignorantes.⁶

Cette position est plus complexe que la précédente. Elle sous-entend une désignation des personnes faibles, des personnes non autonomes, mais par qui? D'autre part, quel sens donner au terme «protection»? et cette notion peut-elle aller jusqu'à protéger les personnes contre leur propre volonté, et par la force, s'il le faut? Les protéger de quoi exactement?

Abordons le premier élément. Historiquement, il a longtemps été soutenu que les ouvriers étaient incapables de gérer leur consommation d'alcool, contrairement à la classe aisée. Aujourd'hui, ce sont les Autochtones qui seraient déficitaires en cette matière (en comparaison des Blancs), un peu de la même manière qu'aux États-Unis, les Noirs seraient moins autonomes que les Blancs pour gérer leur consommation de drogues illicites.

Ces préjugés permettent d'éviter 1) les problèmes liés aux conditions de vie de certaines populations en comparaison d'autres groupes dominants et 2) la question des valeurs privilégiées par ces derniers pour maintenir leur domination. Bien entendu, dans toute société, il y a des populations plus fragiles dont l'État a le devoir de s'occuper mais pas avec des





Suite de la page 5

interdits et des punitions pour assurer leur bien-être. Ceci nous amène à la notion de «protection».

Il y a plusieurs façons de protéger quelqu'un. On peut le rendre plus autonome, plus apte à faire des choix, en améliorant ses conditions de vie, les soins offerts et l'information dont il dispose. On peut également décider que, puisque les choix de cette personne ne correspondent pas aux valeurs dominantes, cela signifie qu'elle n'est pas apte à faire des choix éclairés, et qu'il faut lui en imposer par la force.

Toute personne qui est parent connaît cette difficulté. Il y a les situations d'urgence où, à court terme, l'interdit est le meilleur choix: «Petit, ne traverse pas la rue sans maman!» Cela dit, l'éducation vise à ce qu'un jour, il puisse traverser sans maman et, que conscient des dangers, il prenne les précautions nécessaires. Malgré tout, un malheur peut arriver. Dans ce cas-là, les parents sont en droit d'espérer que les hôpitaux fournissent les meilleurs soins.

Imaginez maintenant la situation suivante:

Des parents interdisent à leur petit enfant de traverser la rue jusqu'à l'âge adulte. Adulte, il la traverse mais les autorités le mettent en prison pour avoir brisé l'interdit (peu importe qu'il ait ou non traversé la rue avec succès). De plus, dans le cas d'un accident, on mettra comme condition d'accès aux soins, la promesse qu'il ne traversera plus jamais la rue.

Le côté absurde de ce scénario illustre pourtant la position du paternalisme juridique. On voit que, sur le plan juridique, l'argument qui justifie la prohibition au nom de la protection des jeunes n'a pas beaucoup de sens. Il n'est pas possible de justifier une prohibition totale, englobant les adultes, sous prétexte de protéger la santé des enfants; comme on ne saurait interdire aux adultes de boire du vin sous prétexte que l'usage en est dangereux pour les enfants. La protection serait mieux servie par des réglementations sur la qualité d'un produit et sa mise en marché, en appliquant strictement l'interdiction de vente aux mineurs.

Par ailleurs, même si on accepte ce rôle de l'État, il lui appartient de fournir la preuve, sur le plan juridique, que le droit pénal est le seul moyen d'empêcher les individus non autonomes de se nuire à eux-mêmes. Cette preuve, en matière de drogues, a-t-elle été fournie? En fait, c'est plutôt l'inverse. Non seulement les lois prohibitives en matière de drogues n'ont pas diminué la consommation de drogues illicites, mais elles ont facilité la croissance d'un marché noir de drogues sans contrôle sur la qualité des produits, sur

la concentration et sur les réseaux de distribution des produits. Ce qui augmente les intoxications et rend fort difficile l'apprentissage d'une gestion adéquate de cette consommation.

De plus, les lois prohibitives privent des milliers de malades, de certaines drogues qui pourraient soulager leur souffrance comme l'indiquent les nombreuses études sur les usages thérapeutiques de la marijuana. Enfin, cette prohibition prive de soins médicaux adéquats les usagers de drogues illicites qui ont des consommations problématiques. Ces derniers sont souvent réticents à aller chercher de l'aide médicale par crainte d'être confrontés à la répression, à l'incompréhension et à la discrimination, surtout les jeunes. Il en résulte que plusieurs d'entre eux arrivent en traitement avec des problèmes très graves parce qu'il n'y a pas eu d'intervention plus tôt, que l'argent des programmes gouvernementaux va vers la répression plutôt que vers l'aide, l'éducation et les programmes sociaux. (Beauchesne, 1992; De Choiseul-Praslin, 1991; www.cfdp.ca)

En somme, qui protège-t-on vraiment avec la prohibition alors qu'on accroît les problèmes de santé publique et que le recrutement de nouveaux usagers est plus actif que jamais? À l'heure actuelle, il est clair, pour utiliser une métaphore connue, que le remède est non seulement inefficace contre la maladie, mais qu'il a des effets pires que la maladie elle-même.

Le libéralisme juridique ou l'État, gardien de l'ordre public...

L'autre rapport minoritaire à la Commission Le Dain est celui de Marie-Andrée Bertrand qui demande la légalisation du cannabis. Ce rapport explique que l'État étant essentiellement gardien de l'ordre public, il doit s'en tenir à ce qui trouble de manière globale la paix publique (exemple, la sécurité routière), et limiter son action de manière à préserver au maximum les droits civils. Dans cette perspective, même si certaines pratiques de consommation demeurent suspectes pour nombre de personnes en regard de la morale, cela ne légitime pas pour autant que l'État doive les réguler par l'interdit, à moins que ces pratiques de consommation ne constituent, en soi, une menace à autrui.

Doit-on déduire que dans un tel contexte, l'État n'a plus aucune responsabilité en matière de drogues tant que n'existent pas de telles menaces? Absolument pas.

D'abord, comme il relève de la responsabilité de l'État que la consommation des aliments ou d'autres produits soit la plus sécuritaire possible pour les citoyens, il est également de

sa responsabilité d'assurer un contexte sécuritaire de consommation en matière de drogues. Pour ce faire, certains outils relevant d'une préoccupation de *réduction des usages à risque sont essentiels*. L'État doit alors régler pour :

- assurer des contrôles sur la qualité des produits;
- s'assurer que la commercialisation d'une drogue s'accompagne d'une information adéquate au consommateur (étiquetage précis);
- restreindre l'accès à certaines clientèles et dans certains lieux.

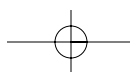
De plus, l'État doit alors assurer la disponibilité de fonds pour la mise en place de programmes de prévention visant à avertir le citoyen des bienfaits et des méfaits liés à l'usage des substances, selon les produits, les modes de consommation, les contextes.

La réduction des conséquences négatives liées à un usage problématique devrait aussi être prise en considération, et des fonds devraient être rendus disponibles pour :

- la mise en place d'une gamme variée de soins;
- la formation des intervenants dans le champ de la toxicomanie pour qu'ils puissent assurer une qualité maximale de soins;
- la poursuite de recherches dans ce secteur pour l'amélioration des connaissances sur les produits, les risques liés aux différents usages, les modes de consommation dans différentes populations et les soins les mieux adaptés aux divers besoins.

Ces éléments constituent les obligations de l'État dans un contexte de libéralisme juridique dont l'objectif est l'augmentation de l'autonomie du citoyen face aux choix qui s'offrent à lui. C'est en considération de cette responsabilité sociale de l'État, d'une volonté d'humanisme et du respect de l'utilisateur de drogues en tant que citoyen qu'il faut analyser quelle est la meilleure politique en matière de cannabis. Cette politique implique une légalisation, mais contrôlée adéquatement par l'État. (Beauchesne, 1992; Colle, 2000)

En conclusion, quelle politique préconiser en matière de cannabis? Trois possibilités existent. Le moralisme juridique qui considère que l'État a, parmi ses rôles, la légitimité de maintenir une morale commune, indépendamment des nécessités de l'ordre public. La solution consiste alors à marquer la faute «morale» par le pénal, sans interroger les responsabilités de l'État en ce domaine. Le



Suite de la page 6

paternalisme juridique, de son côté, donne à l'État un rôle de protection des personnes jugées non-autonomes ou incapables de gérer adéquatement leur vie (par exemple, en consommant de la drogue) Cette approche ne questionne pas la désignation de personnes *non-autonomes*, ni le sens du mot *protection*. Envers ceux qui s'obstinent à consommer, la solution sera de punir par le pénal, sans interroger les responsabilités de l'État en ce domaine.

Enfin, le libéralisme juridique considère que l'État a la responsabilité d'assurer un environnement sécuritaire dans la gestion de l'ordre public, tout en préservant au maximum les droits civils. Les pouvoirs en place ont le devoir de maximiser pour chacun la possibilité de devenir citoyen à part entière. En matière de drogues, l'État doit rendre des comptes sur les possibilités qu'il donne à chacun de consommer de manière sécuritaire, en rendant accessible l'information sur les usages durs et doux des drogues, en implantant suffisamment de programmes de prévention des usages à risques, et en offrant les services et les soins les plus appropriés pour les personnes qui ont développé des problèmes de consommation. Cela signifie, au niveau des principes, deux choses : le pragmatisme, *les drogues sont là pour rester et il faut composer avec cette réalité*, et l'humanisme, *l'usage de drogues est un citoyen à part entière*. (Brisson, 1997) Cela signifie aussi que le droit pénal est un dernier recours pour gérer les problèmes rencontrés.

Opter pour le libéralisme juridique en matière de drogues, comme en toute autre matière, est un idéal nécessaire en démocratie. Il serait peut-être temps de s'exercer à la démocratie en matière de drogues, en commençant par instaurer une bonne politique sur le cannabis, permettant d'exercer des contrôles adéquats sur la qualité et la distribution de cette drogue.

Line BEAUCHESNE
Professeure, Département de criminologie,
Université d'Ottawa,
linebeau@uottawa.ca

- 1 Pour un développement plus en profondeur des idées présentées dans cet article, voir Beauchesne (2001)
- 2 Aux États-Unis, il y a eu en 1997 plus d'arrestations pour les infractions liées à la marijuana que toute autre année, soit 695 201. Et dans 87% des cas, il s'agissait de simple possession. (Federal Bureau of Investigation FBI : www.fbi.gov.)
- 3 En 1997, les accusations en matière de cannabis au Canada comptent toujours pour 72% des infractions comparé à 58% en 1991. Statistiques Canada, Bureau de la statistique juridique.
- 4 Cette terminologie en matière de drogues est revenue en force avec l'arrivée du sida.
- 5 La culture protestante a produit aussi le libéralisme juridique, que nous verrons un peu plus loin, libéralisme juridique qui explique les positions des cantons suisses protestants et des Pays-Bas, par exemple. (Colle, 2000) Pour comprendre comment le protestantisme s'est développé dans la voie du moralisme juridique en Amérique du Nord, voir Beauchesne (2000).
- 6 Ce type de contrôle médical ne concerne pas que la question des drogues. Par exemple, il n'y a pas si longtemps, au Québec, la décision d'avorter ou pas n'appartenait pas à la femme, mais au corps médical (comités thérapeutiques), qui décidait de la pertinence de sa demande. Les critères pour en juger, sous consonances médicales et justifications thérapeutiques, allaient bien au-delà de considérations médicales.

Références :

BEAUCHESNE, L. (2001) «Pour une réelle politique de réduction des méfaits» dans *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, Tome III, chap.3., Gaétan Morin éditeur, Boucherville.

BEAUCHESNE, L. (2000). La culture protestante américaine : influence sur les politiques en matière de drogues. *Histoire sociale/Social History*. Vol. XXXIII (66), novembre.

BEAUCHESNE, L. (1992, 2e éd.). *La légalisation des drogues pour mieux en prévenir les abus*. Le Méridien/Georg éditeurs, Montréal/Suisse.

BOYD, N. (1998). Rethinking our policy on cannabis *Options politiques*. octobre, 31-33.

BRISSON, P. (1997). *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec : CPLT, Montréal.

CHOISEUL PRASLIN (de), C.H. (1991). *La drogue, une économie dynamisée par la répression*. CNRS : Paris.

COLLE, F.-X. (2000) *Les drogues en vente libre*, édition Pratt, France.

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*, CPLT, Montréal.

LE DAIN G. l'Honorable (président de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non-médicales) (1972). *Rapport- Le cannabis*. Information Canada : Ottawa

Les normes de qualité en toxicomanie

Lancement du processus de qualification pour la certification des organismes privés et communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement. Toutes les instances sont en place dont 4 évaluateurs provinciaux et le Comité national de certification avec M.Yvon Picotte à la présidence. Dans chaque région du Québec, les Régies régionales de la santé et des services sociaux ont le mandat de faire le lien avec le MSSS et d'aider les organismes ou ressources à préparer leur dossier. Pour obtenir de l'information, vous pouvez donc consulter votre Régie régionale ou le site Internet du MSSS, dans la section documentation, publications gratuites à l'adresse : www.gouv.qc.ca.

Le Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT)

Il existe une entente de service entre les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke et le CQDT. Les étudiant(e)s peuvent consulter des publications sur place, emprunter des documents et utiliser le prêt entre bibliothèques via celle de la santé et le centre de documentation de Longueuil. Le tout sans frais. 16 000 monographies et documents audiovisuels, 100 titres de périodiques et 10 000 tirées à part sont ainsi disponibles. Le catalogue du CQDT est informatisé sur le logiciel Nicolas, ce qui permet la consultation rapide du catalogue et la recherche bibliographique sur place.

Adresse : 950, rue de Louvain Est,
Montréal QC H2M 2E8

Informez-vous des heures d'ouverture avant de vous présenter

Tél. : (514) 385-3490, poste 1153

Télé. : (514) 385-5728

www.centredollardcormier.qc.ca

cqdt.cdc@ssss.gouv.qc.ca

Liste des abonnements disponibles en cliquant sur :
Nouveautés, périodiques,
nouvelles parutions.

Nouvelles brèves...

À ne pas manquer

- Du 28-31 octobre 2001, le **Colloque de l'AITQ**, sur le thème **Suicide et toxicomanie**, à Trois-Rivières.
- Du 19 au 23 novembre 2001, la **Semaine de la prévention des toxicomanies**. Les clientèles ciblées sont toujours les jeunes et leurs parents.

Une clientèle peu souvent rejointe : les personnes âgées

QUELQUES DONNÉES...

Les personnes âgées et la consommation de substances psychotropes

Ces dernières années, l'attention des divers intervenants, en toxicomanie ou auprès des aînés, a été sollicitée à plusieurs reprises en regard de la consommation de substances psychotropes. Qu'en est-il exactement?

Nous savons que les personnes âgées constituent une clientèle très peu représentée dans les centres de réadaptation et que par ailleurs, l'identification de cas est peu réalisée à l'intérieur des programmes spécifiques aux clientèles âgées (exemple, maintien à domicile).

Pourtant les données nous indiquent que :

- 9,4 % des personnes âgées de 55 ans et plus présentent un risque de problèmes liés à leur consommation d'alcool (Santé Québec, 1995);
- Les médicaments du système nerveux central tels que les sédatifs, les anxiolytiques ou les benzodiazépines, représentent 27,8 % de tous les médicaments prescrits aux personnes âgées (MSSS, 1998);
- Les benzodiazépines sont les médicaments dont les personnes âgées sont le plus souvent dépendantes et qu'elles ont tendance à consommer pour de longues périodes;
- Une proportion de 10 % à 15 % des personnes âgées de 60 ans et plus, qui utilisent les soins de santé de première ligne, auraient un problème d'alcool. Ce pourcentage passerait de 14 % à 30 % en salle d'urgence des centres hospitaliers de courte durée.

Les personnes âgées qui présentent un problème d'abus ou de dépendance à des psychotropes présentent des caractéristiques qui aggravent leur situation et complexifient la démarche d'aide. Elles ont plus de problèmes de santé physique, souvent chroniques, mais elles sont moins portées à consulter régulièrement un médecin. Elles ont également plus de problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, etc.) et elles sont moins susceptibles d'avoir un réseau social supportant. Elles présentent aussi plus de sentiments d'inutilité que les personnes âgées n'ayant pas ces problèmes de consommation.

Une autre caractéristique importante des clientèles âgées est un métabolisme d'élimination plus lent et un seuil de tolérance diminué, ce qui les place davantage en situation de risque de dépendance à une substance psychotrope. Elles sont aussi plus à risque d'accidents relatifs à la toxicité des produits. Ainsi, le problème ne s'identifie pas vraiment en termes de fréquence ou de quantité consommée, mais plutôt en termes d'impacts sur le fonctionnement personnel et social ou l'état de la santé de la personne. Par exemple, une faible consommation d'alcool peut contribuer à aggraver des pathologies plus fréquentes lors du processus de vieillissement (ex. : le diabète).

Face à ces caractéristiques propres à la clientèle âgée, certains éléments relatifs à l'intervention en toxicomanie ne semblent pas primordiaux. Ainsi, il ne semble pas nécessaire d'avoir une reconnaissance du problème par la personne pour initier une démarche. Par contre, la reconnaissance des impacts négatifs sur leur état de santé est un incitatif à ne pas négliger avec les personnes âgées. L'objectif de l'intervention ne se rapporte pas tant à la consommation comme telle, qu'à la réduction des effets néfastes de façon à préserver une certaine autonomie, en n'oubliant jamais que tout cela est plus facile quand la personne s'accorde de l'espoir...

Marie-Thérèse Payre
Programme toxicomanie
Régie Régionale de l'Estrie

Références :

1. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes (2001). La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir. Québec.
2. Ministère de la santé et des services sociaux (1998). Plan d'action en toxicomanie : 1999-2001. Gouvernement du Québec, Québec.
3. Santé Québec (1995). Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé, volume 2, Québec.



La parole aux intervenants...

Le PROGRAMME A.I.M.E. : un rêve devenu réalité pour les aînés de la MRC de l'Érable en Mauricie

Ce programme est en cours d'implantation, il vise spécifiquement la promotion de la santé et la prévention de la consommation inappropriée de médicaments par les personnes âgées. Voici une brève description du programme A.I.M.E (Aide et Informations sur les Médicaments dans l'Érable) et de la situation initiale ayant mené à l'élaboration du projet / programme ainsi que l'actualisation du projet en lui-même. Dans un deuxième temps, je vous livre les objectifs généraux et spécifiques du programme. Finalement, je vous fais part de la liste des thèmes retenus pour chacune des cinq rencontres.

Le programme :

Le programme A.I.M.E proposé par l'Unité Domrémy de Plessisville, vise la promotion de la santé et la prévention en matière de toxicomanie pour les personnes âgées. Ce programme, vise plus spécialement à prévenir la consommation abusive et inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Toute personne de 50 ans et plus, résidant dans la MRC de l'Érable ou ses environs, désireuse d'améliorer sa santé ou voulant en connaître davantage sur les médicaments, est invitée à participer aux rencontres.

L'origine du projet et les étapes préliminaires :

Le programme **A.I.M.E** a vu le jour en septembre 2000, date à laquelle la responsable du projet et coordonnatrice à l'Unité Domrémy de Plessisville Inc., décidait d'appuyer la Table en alcoolisme-toxicomanie visant la prévention et la promotion en matière de toxicomanie chez les personnes âgées.

Dans la mise en oeuvre du programme, la première étape consistait à définir certaines données pour démontrer l'exis-

Suite à la page 9



La parole aux intervenants... (suite)

tence du besoin. Tous les partenaires siégeant sur la Table en alcoolisme-toxicomanie y ont apporté leur contribution. Il s'agit en l'occurrence du CLSC de l'Érable, de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, de La Maison du Lac d'Inverness, d'Action-Toxicomanie Bois-Francs ainsi que de Domrémy Mauricie Centre du Québec.

Ce groupe de travail, avec ses partenaires très impliqués, constitue depuis ce temps une banque de ressources favorisant des communications plus efficaces entre les intervenants ainsi qu'une utilisation optimale des services pour répondre aux différents besoins des personnes ayant un problème relié à la surconsommation de médicaments.

Ensemble nous avons dressé le portrait actuel de nos services en toxicomanie pour les adultes de notre territoire. Nous avons tenté de répondre aux questions suivantes : « Qui fait Quoi sur le territoire? en matière de promotion et prévention? dépistage? désintoxication?, traitement et intervention? références et de réadaptation?.. »

Conscient des besoins existants dans le domaine et oeuvrant depuis quelques mois à la Table en alcoolisme-toxicomanie, l'Unité Domrémy de Plessisville Inc. s'est vu confier le mandat d'identifier les situations problématiques et de proposer un plan d'action en vue d'apporter les correctifs souhaités. Un mécanisme de liaison a été établi.

Mais, comment notre organisme a-t-il pu s'inscrire dans ce continuum de services? Pour ce faire, nous avons pris en considération les orientations de la Régie Régionale de la santé et les mandats du CLSC, tant au niveau de la promotion de la santé, de la prévention, qu'au niveau des services de base (accueil, évaluation, orientation).

La deuxième étape de notre travail a été de déterminer nos réalités locales. C'est à partir des données ainsi recueillies que nous avons été en mesure d'identifier de grandes lacunes et d'implanter notre programme, projet à développer tout au cours de l'année.

Le projet / programme :

Le programme A.I.M.E. implanté par l'Unité Domrémy de Plessisville Inc. est nouveau dans la région. Il offre un service d'aide et d'informations sur les médicaments. Les fondements théoriques qui ont

servi à l'élaboration du programme s'appuient sur une revue de littérature exhaustive.

Les objectifs du programme A.I.M.E

L'objectif général est de sensibiliser et informer les personnes de 50 ans et plus à l'utilisation adéquate de médicaments de façon à améliorer leur santé et leur bien-être et de les sensibiliser et informer sur des solutions alternatives à la consommation de médicaments.

L'intervention vise ainsi à prévenir la consommation inappropriée, les risques ou l'aggravation de problèmes liés à cette consommation. On vise aussi la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux par l'action sur les facteurs de risques et de vulnérabilité. Le projet informe également sur les médicaments et leurs effets en lien avec le vieillissement. Il sensibilise et informe sur des moyens qui peuvent compléter ou suppléer la prise de médicaments.

De façon plus précise, les objectifs spécifiques du programme sont de :

- Partager des informations concernant les médicaments en lien avec des problèmes de santé liés au vieillissement;
- Discuter des effets secondaires des médicaments;
- Échanger sur des alternatives comme moyens pour éviter ou compléter la prise d'un médicament;
- Donner des outils pour prendre adéquatement les médicaments lorsqu'ils sont prescrits.
- Préparer l'entrevue auprès du médecin et du pharmacien;
- Connaître les ressources du milieu c'est-à-dire les personnes ou organismes qui peuvent être utiles pour les personnes âgées;
- Pratiquer des exercices pour se tenir en forme ou se détendre;
- Présenter des alternatives ou compléments à un médicament spécifique (exemple, dégustation de collation);
- Donner réponse à toutes les questions des personnes âgées.

Les thèmes abordés dans les rencontres :

Cinq thèmes sont retenus pour les rencontres. La première rencontre porte sur les aspects généraux des médicaments en lien avec le phénomène de vieillissement. Il s'agit des médicaments en vente libre et des médicaments prescrits. Les trois (3) autres rencontres visent des médicaments spécifiques qui semblent les plus consommés par les personnes de 50 ans et plus. Il est alors question des somnifères et des tranquillisants.

La quatrième rencontre prépare à la visite médicale. Quant à la cinquième rencontre, elle nous permet un retour sur les rencontres précédentes et de traiter de médicaments très souvent consommés par les personnes âgées mais dont on n'a pas parlé précédemment, par exemple les laxatifs.

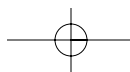
En conclusion :

Le premier groupe à bénéficier de notre programme est le centre de jour du CLSC de l'Érable. Les clients proviennent de plusieurs municipalités environnantes. Ce groupe va servir de groupe pilote, de façon à évaluer chacune des cinq rencontres proposées. Cette expérience pilote, en collaboration avec nos autres partenaires, va aussi nous permettre de déterminer les clients susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation psychosociale en vieillissant, dans le but de prévenir les risques de consommation abusive de médicaments.

L'objectif que nous poursuivons est de renseigner les personnes, de leur indiquer les moments où elles sont le plus vulnérables c'est-à-dire le plus à risque de consommer des médicaments de façon inappropriée. Mais, pour atteindre ce but, nous avons besoin de connaître les principales préoccupations des personnes âgées et l'ampleur des causes pouvant les mener à utiliser les médicaments pour soulager leur détresse émotionnelle. Nous devons aussi bien connaître les stratégies d'adaptation utilisées par ces personnes et leur efficacité.

Micheline Comtois
Coordonnatrice
Unité Domrémy de Plessisville Inc.





La parole aux intervenants... (suite)

Programme

« Dormir après 55 ans : des alternatives aux médicaments »

La consommation de benzodiazépines (Ativan, Sérax, Restoril, Dalmane, Rivotril,...) est un problème de santé publique. Au Québec, près d'une personne âgée sur trois obtient au moins une ordonnance de benzodiazépine par année. En moyenne, les personnes âgées reçoivent 8,8 ordonnances de cette classe de médicaments.

La situation concernant l'utilisation de benzodiazépines chez les aînés est d'autant plus préoccupante que les personnes âgées sont particulièrement à risque de développer des réactions indésirables pouvant compromettre leur autonomie. En effet, les benzodiazépines peuvent occasionner des troubles cognitifs, un ralentissement psychomoteur et de la somnolence diurne (pour n'en nommer que quelques uns) qui peuvent être la cause de chutes et de fractures.

Depuis 1996, le CLSC Haute-Ville à Québec (maintenant le CLSC CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières) offre un programme visant à prévenir et à réduire la consommation de benzodiazépines chez les personnes de 55 ans et plus, en les sensibilisant aux effets néfastes de ces médicaments; en les habilitant à utiliser des alternatives non médicamenteuses pour soulager leur insomnie et en leur offrant le support nécessaire au sevrage.

Le programme s'adresse donc à toute personne âgée de 55 ans et plus, qui présente des problèmes de sommeil, qu'elle consomme **ou non** une benzodiazépine.

Le programme consiste en des sessions de six rencontres, en petits groupes, animés par une pharmacienne et une infirmière, où on aborde entre autres :

- la physiologie du sommeil,
- les mesures d'hygiène du sommeil,
- les mesures de contrôle des stimuli,
- les croyances erronées entourant le sommeil,
- des techniques de relaxation.

Un suivi individuel est offert par la pharmacienne, en collaboration avec le médecin traitant, aux personnes qui désirent cesser leur médication pour dormir.

La dépendance physique et psychologique associée à l'utilisation de benzodiazépines rend souvent l'arrêt de cette médication difficile. Le support d'un groupe ainsi que le suivi individualisé assuré par un professionnel de la santé facilitent grandement le sevrage. En effet, une diminution très progressive des doses, un suivi étroit, souple et effectué à long terme ainsi que la disponibilité de l'intervenant sont des facteurs assurant le succès du sevrage.

L'évaluation des huit groupes rencontrés entre janvier 1999 et avril 2000 dans le cadre du programme est présentement en cours. Les résultats préliminaires indiquent que le nombre de consommateurs de benzodiazépines a diminué de 70% un an après la fin des rencontres. La presque totalité des consommateurs a diminué ou cessé son utilisation de benzodiazépines. De plus, on note que la satisfaction des participants par rapport à leur sommeil est nettement améliorée et ce, même un an après la fin des rencontres. La satisfaction générale des participants par rapport au programme est excellente.

Le programme « Dormir après 55 ans : des alternatives aux médicaments » répond à un besoin important de la clientèle du CLSC puisqu'on rapporte qu'une personne âgée sur deux se plaint de troubles de sommeil. Ce programme a démontré son efficacité pour diminuer la consommation de benzodiazépine et augmenter la satisfaction des participants par rapport à leur sommeil. Ainsi, les intervenantes impliquées souhaitent que cette activité de prévention s'inscrive dans la programmation permanente des services de maintien à domicile du CLSC. Elles veulent également mieux faire connaître ce service aux médecins et pharmaciens du territoire afin qu'ils puissent référer plus fréquemment et précocement au programme.

Annie Roberge
Pharmacienne

CLSC CHLD Haute-Ville-Des-Rivières

Une première à Longueuil

Première remise de diplômes pour le 2^e cycle, à Longueuil au cours de l'automne 2001.

Félicitations aux finissant(e)s.....

P.N.P.



LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT CHEZ LA FEMME TOXICOMANE

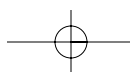
La consommation de drogue au cours de la grossesse et de l'allaitement présente des risques particuliers pour la santé de la mère ainsi que pour celle de l'enfant à naître. En effet, ces substances peuvent traverser le placenta et pénétrer dans le sang du bébé. Elles peuvent également être transmises au bébé via le lait maternel.

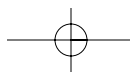
Quelques études ont été réalisées pour essayer d'identifier les problèmes possibles liés à la consommation de drogue. Cependant, ces études comportent souvent des biais très importants qui rendent difficiles l'interprétation des résultats.

La polytoxicomanie, le stade de la grossesse lors de la prise de la drogue, la dose ainsi que la durée de l'exposition à la substance sont tous des facteurs qui peuvent influencer les effets des drogues sur la mère, le fœtus et le nouveau-né. Il devient alors très difficile de démontrer le lien entre une consommation de drogue et une complication subie par la mère ou le nouveau-né.

Le tableau de la page suivante présente un résumé des connaissances actuelles sur les effets de certaines substances psychotropes sur la grossesse et le nouveau-né. Malheureusement, pour plusieurs substances, il n'y pas encore de données disponibles nous permettant d'en connaître les effets.

Suite à la page 11



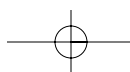


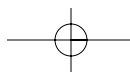
Tableau, suite de la page 10

	GROSSESSE	NOUVEAU-NÉ
DÉPRESSEURS		
Opiacés (héroïne, morphine, etc...)	<ul style="list-style-type: none"> • Travail prématuré surtout si sevrage • Avortement spontané surtout si sevrage • Détresse foetale • Césarienne • Mortalité périnatale 	<ul style="list-style-type: none"> • Microcéphalie • Petit poids • Présentation par le siège • Malformations congénitales (controversées) • Syndrome de mort subite du nouveau-né (S.M.S.N.N.) • Symptômes de retrait (irritabilité, succion diminuée, problème d'alimentation, fièvre, hyperactivité, tremblements, vomissements, diarrhée, cri aigu, bâillements, éternuements, difficultés respiratoires, convulsions) • Allaitement : héroïne et autres opiacés contre-indiqués méthadone : possible Si dose <20 mg par jour
Benzodiazépines (Valium, ativan, etc...)	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effets rapportés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformations congénitales (non confirmées) • Symptômes de retrait possible (sédation, léthargie, hypotonie, hypothermie, problème de succion) • Allaitement : contre-indiqué (sommolence)
Ethanol (Alcool)	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) • Travail prématuré • Mortalité périnatale • Avortement spontané • Fausse-couche • Séparation du placenta de l'utérus (Abruptio placentae) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) (retard de croissance pré et postnatale, anomalies dysmorphiques du visage, déficience intellectuelle, microcéphalie, troubles neurologiques, auditifs et visuels, hyperactivité) [Effets variables chez chaque enfant]. • Symptômes de retrait (tremblements, irritabilité, apnée, hypertonie, agitation, nervosité) • Allaitement Faibles doses (1 verre) : - Éviter d'allaiter dans les 2 heures qui suivent Fortes doses : - Éviter l'allaitement (inhibition de la sécrétion lactée)
STIMULANTS		
Nicotine (cigarette, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) • Fausse-couche • Mortalité périnatale • Diminution du flot sanguin placentaire — hypoxie foetale • Travail prématuré • Avortement spontané • Augmentation du risque de grossesse ectopique 	<ul style="list-style-type: none"> • Petit poids à la naissance • Malformations congénitales (rares) • Troubles cognitifs (souvent subtils) plus tard dans la vie (à confirmer) • Syndrome de mort subite du nouveau-né (S.M.S.N.N.) • Allaitement : coliques, infections respiratoires plus fréquentes, diminution de sécrétion lactée possible
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement spontané • Travail prématuré • Séparation du placenta de l'utérus (Abruptio placentae) • Diminution du flot sanguin placentaire — hypoxie et détresse foetale • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) • Insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (Placenta praevia) • Mortalité périnatale 	<ul style="list-style-type: none"> • Petits poids et taille à la naissance • Microcéphalie à la naissance • Malformations congénitales (non confirmées) • Retard mental (non confirmé) • Syndrome de mort subite du nouveau-né (S.M.S.N.N.) • Symptômes de retrait (sommeil irrégulier, problème de succion — problème d'alimentation, irritabilité, augmentation des pleurs, tremblements, hypertension, réflexes anormaux, tachypnée, vomissements, diarrhée, convulsions) • Allaitement : Contre-indiqué (Effets rapportés chez l'enfant allaité : tachycardie, tachypnée, hypertension, irritabilité, tremblements, convulsions)
Amphétamines	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement spontané • Travail prématuré • Séparation du placenta de l'utérus (Abruptio placentae) • Diminution du flot sanguin placentaire — hypoxie et détresse foetale • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) • Insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (Placenta praevia) • Mortalité périnatale 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformations congénitales (non confirmées) • Petits poids et taille à la naissance • Syndrome de mort subite du nouveau-né (S.M.S.N.N.) • Symptômes de retrait (tremblements, somnolence, sommeil irrégulier, problème de succion — problème d'alimentation) • Allaitement : Contre-indiqué (Effets controversés)
PERTURBATEURS		
Cannabis (marijuana, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) (controversé) • Travail prématuré (controversé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Petit poids à la naissance (controversé) • Malformations congénitales (non confirmées) • Augmentation du risque de leucémie (non confirmé) • Symptômes de retrait (tremblements, irritabilité) (non confirmé) • Allaitement : Contre-indiqué (Pas d'effet rapporté à ce jour)
LSD	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement spontané (non confirmé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Malformations congénitales (non confirmées)
PCP	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérine (R.C.I.U.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'intoxication : sursauts, hypertonie, vomissement, diarrhée

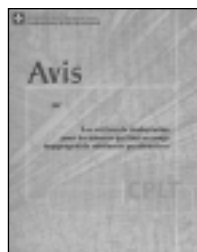
Les effets des autres perturbateurs sur la grossesse et l'allaitement ne sont pas connus actuellement

Maryse Rioux, pharmacienne





L...comme lire



- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001). Avis sur les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives, MSSS, gouvernement du Québec, Montréal.

État de situation des services de réadaptation en toxicomanie, pour les jeunes de moins de 18 ans. Recommandations dans le sens des orientations habituelles. La recommandation 6 qui appuie la nécessité d'un accès dans toutes les régions du Québec à des services en interne pour les mineurs est à suivre...



- Comité permanent de lutte à la toxicomanie et Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (2001). La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir, guide d'intervention, MSSS, gouvernement du Québec, Montréal.

Pour commander au CPLT : (514) 389-6336



- Chevalier, S., Allard, D. (2001). Loteries, machines à sous et santé. Enquête sur le jeu dans la population montréalaise, direction de la santé publique de Montréal-Centre, Régie régionale de Montréal-Centre, Montréal.

Petit fascicule, rapport synthèse d'une recherche menée sur l'île de Montréal par la direction de la santé publique pour connaître l'envergure des problèmes de jeu sur son territoire. Informations statistiques, description des caractéristiques des joueurs, exposé de la diversité des problèmes associés au jeu. La direction de la santé publique se positionne en regard de pistes d'action pour contrer le problème et demande un moratoire sur le nombre de machines et des sites!

Pour commander :

Le rapport synthèse ou le rapport complet (Jeu pathologique et joueurs problématiques- le jeu à Montréal) à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre : (514) 528-2400

Le rapport complet est disponible sur le site Internet du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : w.ccsa.ca/rapportjeuf.html



- Santé Canada (2001). Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, 70 pages, rapport préparé par Janet C. Currie Focus Consultants, Stratégie canadienne anti-drogue, Ottawa, Ontario.

Rapport établi à partir des résultats d'entrevues réalisées auprès de 33 experts et d'une revue de littérature. Présentation des volets de services et des préoccupations, incluant les obstacles (structurels ou personnels) au traitement pour les jeunes. Tableaux synthétiques et clairs.



- Santé Canada (2001). Meilleures pratiques pour le traitement des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues, 95 pages, rapport préparé par Janet C. Currie Focus Consultants, Stratégie canadienne anti-drogue, Ottawa, Ontario.

Rapport très riche en informations, particulièrement sur les obstacles au traitement pour les femmes. Tableaux synthèses sur les meilleures pratiques par types de problèmes et par sous-groupes particuliers (ex. femmes enceintes, femmes atteintes du VIH-sida, etc.).



- Santé Canada (2001). L'usage de la cocaïne : recommandations en matière de traitement et de réadaptation, 47 pages, rapport préparé par Norton, G., Weinrath, M., Bonin, M., Stratégie canadienne anti-drogue, Ottawa, Ontario.

Présentation historique de l'usage de la cocaïne au Canada et des effets de la substance. Exposé sur les différentes approches de traitement. But de la publication : faire la promotion des interventions efficaces. Préoccupation des auteurs en regard de la propagation du VIH-sida car même si la proportion de Canadiens consommant de la cocaïne est plutôt faible et stable depuis 1990, les problèmes sociaux et de santé liés à cette substance sont très graves.

Pour commander à Publications Santé Canada (613) 954-5995 aussi disponible sur Internet : <http://www.cds-sca.com>

Du nouveau au Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

En février 2001, le Conseil des ministres a procédé à la nomination des membres du CPLT. Le nouveau président est Monsieur Rodrigue Paré, directeur général de la Maison Jean Lapointe.

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

