

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...

C'est avec une immense joie que je vous invite à lire ce numéro un peu spécial de l'Écho-Toxico. Vous y trouverez en autres des textes qui traitent d'un thème qui nous le souhaitons saura rejoindre certaines de vos préoccupations actuelles en toxicomanie, soit : *L'impact de la toxicomanie sur les enfants et les familles*. Nous avons eu la chance de faire une entrevue avec Jean-Marc Assaad qui nous trace les grandes lignes des facteurs biologiques de vulnérabilité à l'alcoolisme ou l'usage inapproprié de drogues. Il met en évidence la nécessité d'intégrer dans l'intervention ces données et de prendre en compte l'interaction constante entre l'ensemble de ces facteurs.

Plusieurs thèmes d'actualité figurent aussi dans les PNB... et en vous présentant la nouvelle stratégie canadienne anti-drogue, nous souhaitons attirer votre attention sur la vision d'ensemble dans laquelle s'insère le projet d'assouplissement de l'application des sanctions relatives à la possession de cannabis (sujet qui fait couler tant d'encre dans les médias!).

Finalement, ce numéro, souligne de façon particulière un événement important pour nous, soit la première « diplomation-retrouvailles » pour les étudiantes et étudiants des programmes de 2^e cycle de toxicomanie, tenu le 31 mai dernier. Vous y trouverez des extraits des allocutions qui y ont été prononcées et des photos qui visent à vous faire partager ce grand moment, chaleureux et tout à fait stimulant pour des projets futurs.

Je tiens à redire encore un sincère merci à tous, mais je profite de ce mot pour exprimer ma gratitude au D^r Michel Baron, doyen de la Faculté de médecine, pour la confiance qu'il m'a accordée ainsi que pour son soutien constant qui a permis le développement des programmes et du secteur de la toxicomanie ». Sincère merci D^r Baron.

Sur ce, je vous souhaite à tous autant de plaisir à lire ce numéro que nous en avons eu à le préparer...

Lise Roy
Directrice des programmes
1^{er} et de 2^e cycle en toxicomanie
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

PREMIÈRE REMISE DE DIPLÔMES DE 2^{ÈME} CYCLE EN TOXICOMANIE. ONT ÉTÉ HONORÉS :

Liste des diplômées et diplômés des programmes de toxicomanie

Diplôme de 2 ^e cycle (30 crédits) au 30 avril 2003	Diplôme de 2 ^e cycle (30 crédits) promotions antérieures	Microprogramme de 2 ^e cycle (12 crédits) promotions antérieures
Bédard, Sylvie Bergeron, Marcel Charbonneau Rachel Cloutier, Marcellin Lecomte, France Paquette, André Petronzio, Jacques Poulin, Annie Provost, Claude Rassart, Marc Roy, Réjean Scrosati, Paolo St-Pierre, Jocelyne Tremblay, Sylvain	Balicki Cence, Genya Colas, Harry Gauthier, Robert Lanctôt, Jean-Dominic Lavater, Marie-Claire Leblanc, Pierre Matteau, Pierre Moïse, Jacques Payant, Nicole Proulx, Véronique Rousselle, Chrystian Taillon, Carole Valderde, Virginie	Maher, Véronique (mai 2003) Bédard, Magalie Durette, Pierre-Paul Paquin, Claude Rivard, Michelle
		Passerelle de maîtrise promotions antérieures
		Dubreuil, Denise, Lacasse, Anne Longpré, Sonia Paré, Rodrigue Paré, Tania
Étudiantes et étudiants qui auront complété leur diplôme de 2 ^e cycle en juin 2003 :		Ceux et celles qui auront neuf cours complétés en juin 2003 :
Gallant François Paquin Isabelle Turgeon Sylvain		Frenette Diane Laniel Lucie Rail Patrice Sauvé Marie-Claude

Le mot du doyen (allocution du 31 mai 2003)...

« L'implication de l'Université de Sherbrooke en toxicomanie est antérieure à la création de la Faculté de médecine. L'Université de Sherbrooke a été créée en 1954 et dès 1957, nous retrouvons les premières initiatives en toxicomanie. La Faculté de médecine a été créée en 1962 et a accueilli ses premiers étudiants en 1966. Au début, les programmes de toxicomanie s'adressaient à des intervenants travaillant avec les personnes avec des problèmes reliés à l'alcool. Aujourd'hui la gamme des substances toxiques s'est nettement élargie. La toxicomanie est devenue un problème de société. Elle détruit des individus, des familles et parfois des communautés entières. La formation des intervenants fait partie des réponses à ce vaste problème de la toxicomanie. Les programmes offerts par la

Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke sont d'actualité. Ils répondent à des besoins concrets de la société. Ils ont été élaborés en étroite collaboration avec les intervenants de la communauté. Ils impliquent une vaste gamme de professionnels et sont en continuelle évolution et s'ajustent aux problématiques rencontrées par les intervenants sur le terrain. L'achalandage des programmes de l'Université de Sherbrooke confirme leur excellence et leur pertinence. La direction de la Faculté est reconnaissante à madame Lise Roy pour son leadership et à toute son équipe pour leur engagement ».

Michel Baron, M.D.
Doyen



D^r Michel Baron, doyen de la faculté



Messieurs Martel, Marceau, Baron
et mesdames Roy et Bravo



LE SAMEDI 31 MAI 2003 A EU LI RETROUVAILLES DES PROGRAMMES

Jean-louis Martel, directeur du Campus Longueuil et Lise Roy, responsable des programmes de toxicomanie de la Faculté de médecine ont agi comme maîtres de cérémonie lors de cette activité qui a réuni plus de 100 personnes et qui s'est terminée fort agréablement par un cocktail, un souper et une soirée dansante. Un air de fête a été donné à cet événement parce que, première cérémonie de remise de diplôme de 2^e cycle, il marque une étape significative dans le développement des études supérieures en toxicomanie à l'Université de Sherbrooke, mais aussi dans le processus de professionnalisation des intervenants de ce secteur du domaine de la santé au Québec. C'est le Dr Michel Baron, doyen de la faculté de médecine, qui a remis les diplômes et les attestations de reconnaissance aux étudiants et étudiants dont les noms figurent dans l'encadré de la page 1. Lors de cette cérémonie de remise de diplômes, plusieurs discours ont été prononcés. En voici quelques extraits marquants :

Au nom du recteur, monsieur Bruno-Marie Béchar, et de toute l'Université de Sherbrooke, monsieur DENIS MARCEAU, vice-recteur à l'enseignement, a exprimé « toute la fierté que l'Université ressent à l'occasion de cette première remise de diplômes et d'attestations de reconnaissance aux finissants et finissants de programmes de 2^e cycle de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'à celles et ceux inscrits à la maîtrise en Intervention sociale de l'Université du Québec à Montréal, fruit d'une entente de partenariat entre l'Université de Sherbrooke et l'UQAM ». Aux responsables des programmes de toxicomanie et aux personnes diplômées, il a adressé le message suivant : « En atteignant vos objectifs de formation, vous confirmez à l'Université de Sherbrooke qu'elle n'erre pas, qu'elle répond réellement à un besoin de la société en prenant l'initiative de répondre à vos besoins. Les préoccupations que l'Université de Sherbrooke a envers vous, elle les a justement traduites dans son Plan d'action stratégique 2001-2005 dans les valeurs qu'elle se reconnaît, dans les orientations qu'elle poursuit et dans les actions qu'elle veut entreprendre. Parmi ces valeurs, je souligne l'attention aux personnes, l'approche pratique, l'audace et l'excellence, l'innovation et le dynamisme, la coopération et l'ouverture sur le monde ».

Monsieur Marceau a conclu en rendant hommage à monsieur Jean-Louis Martel pour son engagement et sa conviction en regard du potentiel des programmes de toxicomanie et en précisant que « Le développement des programmes de toxicomanie contribue aussi à l'actualisation de l'Université de Sherbrooke

à Longueuil, en Montérégie. Le Campus de Longueuil vous doit une fière chandelle ».

En tant que finissante du programme de deuxième cycle, madame Nicole Payant a évoqué le souvenir de sa cohorte, cette première cohorte composée de « collègues aventureux, issus de tous les milieux : institutionnel, communautaire, privé, fédéral, provincial, de la santé, de l'éducation, de la justice, de la rue ; travaillant dans des approches différentes : modèle Minnesota, approche biopsychosociale, sociologique. Une cohorte dans laquelle, ça discutait ferme, car exprimer sa pensée ne suffisait pas, pour espérer influencer, il fallait l'articuler ». Madame Payant s'est souvenu de ce qu'elle a appelé « l'effet cohorte », qui s'est vite traduit par des rencontres avant et après les cours pour « manger, jaser ensemble et discuter de ce qui était moins bien compris. Au moment des cours, on ne se retrouvait pas au local de classe, mais au casse-croûte. La classe demeurait vide jusqu'au moment où c'était l'heure de se rendre au cours, là, toute la cohorte montait en même temps ».

Monsieur MARC RASSART, représentant du groupe de Québec a ensuite pris la parole et souligné que ce jour de remise des diplômes « marque à la fois une fin et le signe d'une poursuite. La fin d'un programme que nous avons suivi, et la poursuite d'une démarche de réflexion collective qui s'est installée tout au long du parcours de la formation ». Il a évoqué « les stigmates de nombreuses prises de conscience » laissées par cette formation. Il a ajouté que : « Cette réflexion, ce retour sur soi n'auraient été possibles sans la chimie qui s'est installée au sein du groupe. J'ai participé à un extraordinaire partage d'idées et d'expériences. Le climat qui s'est graduellement installé a permis que chacun ose confronter ses idées et apporter des tranches de leur vécu en lien avec les sujets abordés, sans craindre d'être mis à l'écart ».

C'est en tant que patronne heureuse (pour reprendre sa propre expression !), que madame MADELEINE ROY, présidente de la Table des directeurs généraux de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, mais aussi directrice générale du Centre Dollard-Cormier, a entamé son propos. Elle a insisté sur l'importance pour un employeur de soutenir ses gestionnaires en processus de formation par

des politiques internes (aménagement d'horaires et de tâches...), qui leur facilitent la réalisation des études et travaux. Elle a souligné que l'établissement en sort gagnant car *Non seulement les employés ayant poursuivi des études supérieures sont mieux outillés pour faire face aux cas de plus en plus complexes auxquels nous sommes confrontés dans notre réseau, mais ils jouissent aussi d'une meilleure crédibilité vis-à-vis de leurs collègues et savent faire preuve d'innovation, ce qui assure un rayonnement inégalé à notre établissement* ». Elle a ainsi rendu hommage à tous ceux et celles qui sont « des agents de changement et d'innovation, des professionnels tournés vers l'avenir, des ambassadeurs extraordinaires pour nos centres et nos milieux d'intervention ». Et, posant la question : « Qui peut prétendre aujourd'hui être en mesure de se priver de telles ressources ? », sa réponse est déterminée : « Je vous l'assure, personne dans le réseau de la toxicomanie ». C'est d'ailleurs pourquoi, en terminant, madame Roy a précisé qu'elle se fera volontiers agente de promotion pour les programmes de 2^{ème} cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke auprès de ses collègues directeurs-général...

Puis ce fut le tour de monsieur JEAN-MARIE NICOLE de venir parler d'un sujet qui lui tient à cœur depuis de nombreuses années, soit : « Comment maintenir dans le cadre exigeant du travail une place constante pour la formation continue du personnel ? ». Figurant lui-même parmi les premiers diplômés des cours en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, monsieur Nicole a évoqué les pionniers de ce programme, les docteurs Boudreau et Dugal et il a rappelé que, déjà dans les années 60 : « l'Université de Sherbrooke représentait une université novatrice tant au niveau de ses programmes que dans sa façon de faciliter l'accès à l'université aux personnes sur le marché du travail et aussi dans sa façon de permettre à ces mêmes personnes de faire des stages pratiques en milieu de travail ». C'est maintenant en tant qu'employeur (La Maison Rucher) que monsieur Nicole apprécie la formation continue offerte par les programmes de toxicomanie. Il souligne que ce programme a su rester « un endroit où le savoir est mis à la disposition de tous avec des programmes et des modalités qui en facilitent grandement l'accessibilité ». Il a insisté lui aussi sur la nécessité pour un employeur « d'avoir comme objectif la formation continue de son personnel » mais en soulignant que ce souci est validé « par la deuxième partie de l'équation soit le désir de l'employé son ouverture et sa recherche volontaire des connaissances les plus fines ». Monsieur Nicole

EU LA PREMIÈRE DIPLOMATION- DE 2^{ÈME} CYCLE EN TOXICOMANIE.

a exprimé tous ses remerciements à l'Université de Sherbrooke et à ses responsables pour « avoir mis, et continuer à mettre, à la disposition des employeurs et employés les aménagements et le savoir qui répondent aux besoins des uns et des autres ».



Madame LYNDA POIRIER, présidente de l'AITQ, directrice générale du Centre CASA et chargée de cours aux programmes de toxicomanie, a ensuite pris la parole. Pour madame Poirier « Sherbrooke c'est l'université proche de la pratique, proche de la réalité de l'intervenant, proche de la réalité du client, premier bénéficiaire de la qualité et du professionnalisme des étudiants qui reçoivent leur diplôme aujourd'hui! ». Elle rappelle qu'il y a vingt ans « les qualités essentielles d'un intervenant en toxicomanie étaient les qualités du cœur... aujourd'hui, si ces qualités sont toujours présentes, celles qui concernent le savoir, le savoir faire, le savoir être - et le savoir analyser et le savoir critiquer - sont certainement présentes chez vous. Le portrait de la toxicomanie a bien changé, celui de l'intervenant en toxicomanie aussi. Le professionnalisme est aujourd'hui monnaie courante dans notre milieu ». Elle souligne que l'AITQ partage les valeurs de rigueur, dynamisme, multidisciplinarité, engagement et ouverture face aux multiples dimensions de la toxicomanie qui sont celles des programmes en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Comme plusieurs personnes qui ont pris la parole avant elles, madame Poirier pose la question: « À quand la Maîtrise en toxicomanie » ?



LISE ROY a pour sa part profité de son temps de discours pour exprimer de nombreux remerciements: à l'équipe des enseignants, aux conjoints et proches des étudiants pour leur patience mise souvent à l'épreuve, ainsi qu'à tous les autres partenaires (et ils sont nombreux!) de cette « aventure de développement des programmes et du secteur de la toxicomanie ». En terminant, elle a partagé un de ses rêves, conforme au souhait exprimé par plusieurs, de se « retrouver dans d'autres projets signifiants comme le développement de la recherche et d'une Maîtrise en toxicomanie à l'Université de Sherbrooke et ceci dans un avenir des plus rapproché ». Ceux et celles qui connaissent bien Lise savent que c'est donc devenu une histoire à suivre...



Note: Vous trouverez les versions complètes de ces allocutions sur notre site Web: (À la page d'accueil, aller à PRODUCTIONS ÉTUDIANTES)



D^{ne} Gina Bravo, directrice du Département des sciences de la santé communautaire qui a fait l'appel des diplômées et des diplômés. On la voit sur cette photo accompagnée du doyen le D^r Baron qui remet le diplôme à Marc Rassart finissant de Québec



Groupe diplômées et diplômés de Longueuil



Groupe diplômées et diplômés de Québec



Étudiants et professeurs



Nicole Payant impliquée dans le Comité organisateur de l'événement « diplomation-retrouvailles »



Line Beauchesne, Pierre Brisson, Guylaine Doré, Maryse Paré, enseignants des programmes de 2^{ème} cycle en toxicomanie et présents lors de la cérémonie du 31 mai.

Le mot de quatre profs présents le 31 mai...

Ce court message s'adresse aux étudiantes et étudiants qui ont terminé leur 2^{ème} cycle et que nous félicitons de nouveau, après l'avoir fait de vive-voix le 31 mai.

Le professeur qui prépare son cours doit affronter l'anxiété (pédagogique) de savoir s'il vise juste, pour que l'échange, essentiel à l'atteinte et à l'intégration des objectifs, soit le plus enrichissant possible. Quand le cours est nouveau, l'anxiété se transforme en stress élevé, car s'ajoute alors la crainte de ne pas être à la hauteur de vos expériences respectives, riches et diversifiées. Heureusement, pour nous aider, il y a ce que Nicole Payant et Marc Rassart ont fort justement désigné comme « l'effet cohorte ». Cette solidarité et entraide des étudiantes et étudiants nous sont précieuses, facilitant la participation ouverte et l'engagement de chacun dans les cours, les moments de détente ensemble, le souci de faire de son mieux... car les formules pédagogiques à la Maîtrise demandent à tous, professeurs et étudiants, d'essayer, d'innover, donc de se tromper, de se reprendre...

Les résultats de vos efforts sont le diplôme, plus les réflexions nouvelles et le souvenir réconfortant des amitiés. Le résultat de nos efforts est de vous voir nous faire suffisamment confiance pour accepter que les cours et les séminaires de Maîtrise soient un lieu d'apprentissage enrichissant et ce, tant pour vous que pour nous... Alors, merci pour votre confiance, félicitations pour votre diplôme et bon succès dans tous vos projets!





FACTEURS DE RISQUES ET IMPORTA

POUR L'ENFANT D'UN PARENT AYANT UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE

Un enfant, vivant avec un parent présentant un problème de toxicomanie, se retrouve confronté à plusieurs risques. Cette triste réalité est une évidence compte tenu des comportements et des attitudes prévisibles chez une personne ayant un problème de toxicomanie.

En effet, la personne consommatrice d'alcool ou de drogues présente fréquemment les caractéristiques suivantes : l'altération de la conscience et du jugement due à la présence toxique ; l'incapacité à faire face aux responsabilités (maintenir un emploi, respecter les engagements) ; le contrôle ; la violence ; la manipulation et le mensonge prodigués aux proches pour poursuivre la consommation ; l'intolérance face aux délais ; la méfiance envers les autres. Or, nous savons aussi (et c'est dans la normalité des choses) qu'un enfant dérange. Il veut tout connaître, tout explorer et il questionne tout. Il bouge, rit, pleure et exige surveillance et temps. Pour le parent toxicomane ou alcoolique cette exubérance de l'enfant est de trop car en plus, ce parent n'arrive pas à décoder correctement les signaux envoyés par son enfant. Ainsi, lorsque l'enfant s'exprime, il n'est pas entendu, mais parfois, il est en plus repoussé, dénigré, ignoré. Les besoins de base, à savoir ses besoins physiologiques (être nourri à heures régulières, lavé, couché aux heures appropriées dans un climat favorable au sommeil) peuvent être même laissés pour compte ou satisfaits de façon aléatoire. L'enfant vit de l'insécurité face à cette inconstance parentale. Il apprend alors à refouler ses besoins, à nier ses goûts et ses émotions et il commence à ressentir le vide. Quand alternent les pertes de contrôle et les prises de contrôle du parent toxicomane, la peur éprouvée alors par l'enfant est souvent ignorée et même niée.

Certains de ces effets ne sont pas propres uniquement aux milieux où sévit la toxicomanie, ils se retrouvent dans d'autres familles dysfonctionnelles. Par exemple, en présence d'un problème persistant de santé mentale chez un membre de la famille. Mais, l'alcool et les drogues aggravent la situation, particulièrement en ce qui concerne la perte de contrôle et la négation de la réalité. En fait, selon les résultats d'une recherche empirique en lien avec les travaux de Steinglass¹, l'abus d'alcool dans la famille, constitue un stress supplémentaire qui aggrave sérieusement la dysfonction familiale.

La négligence parentale et toxicomanie

Les écrits récents sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (S.A.F) nous ont abondamment

RISQUES ET IMPACT SUR L'ENFANT À PARTIR D'OBSERVATIONS CLINIQUES³

Risques/comportements de l'adulte	Impacts sur l'enfant
Négation de la réalité	Il est invalidé dans ses perceptions, blessé dans sa vérité...
Loi du silence	Il est confiné à se taire, il devient un adulte blessé dans son élan de vivre...
Ambivalence entre vérité et mensonge	Il vit dans un monde de contradictions, il apprend à fausser la vérité...
Irresponsabilité	Il devient trop tôt responsable, il se sent obligé de protéger l'adulte...
Imprévisibilité et état d'urgence constant	Il vit sur ses gardes, climat de catastrophe, de confusion et sentiment d'insécurité...
Contrôle de la réalité	Il est restreint dans sa liberté d'être en contact du parent ...
Ambivalence des sentiments (amour/haine)	Il est aimé maladroitement, dans la violence, l'humiliation, l'inconstance...
Distorsion de la réalité	Il est rabaisé, contredit injustement dans sa capacité d'évaluer une situation...
Confusion dans les valeurs	Il vit des expériences « mêlantes » et incohérentes...

renseignés sur les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus et la grossesse, sur les symptômes de sevrage chez le nouveau-né et sur le développement des enfants de 1 à 17 ans. Ainsi nous savons que la prise d'alcool chez la femme enceinte peut causer chez les enfants âgés de 1 à 4 ans une altération du développement moteur, cognitif, verbal et social, ce qui peut susciter l'hyperactivité, l'impulsivité, des problèmes de mémoire et d'apprentissage, un retard langagier, l'anxiété relationnelle. Ces conséquences peuvent même provoquer à l'adolescence la dépression, les troubles du sommeil, les idées suicidaires, la difficulté à prendre des décisions, les abus de substances.

Mais, sommes-nous aussi avertis quant aux corrélations entre négligence des enfants et consommation d'alcool ou de drogues ? En fait, les études font état d'un manque de données suffisantes pour caractériser les conséquences de l'abus de drogues sur le continuum du développement des enfants.

Selon l'Avis du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec concernant la double problématique toxicomanie et négligence parentale² la grande majorité des études menées auprès de parents maltraitants

révèlent que plus du tiers d'entre eux sont aux prises avec une problématique de toxicomanie. La maltraitance, la négligence, ainsi que les problèmes de toxicomanie sont en augmentation de nos jours et représentaient en 1998 un nombre très inquiétant de 11 740 enfants québécois. D'ailleurs, les auteurs de cet avis concluent que l'augmentation observée des cas de mauvais traitements envers les enfants est en partie due à l'augmentation de la toxicomanie des parents.

La notion de négligence implique qu'il y a omission de la part du parent à fournir les soins nécessaires à son enfant. Ce manque peut se retrouver au niveau des soins physiques (alimentation, habillement, hygiène, logement) des soins émotifs (attention, estime de soi, sécurité, abandon, etc.) ou des soins reliés au développement de l'enfant (surveillance, éducation, santé). Dans le cas de l'abus, il y a une action de la part du parent, intentionnelle, et qui peut être de nature physique (violence physique), sexuelle (violence sexuelle) ou psychologique (violence verbale).

Les données québécoises

Les résultats des études révèlent des taux d'abus (physique et sexuel) variables selon le type de consommation des parents : 25 % des parents alcooliques et 19 % des parents qui

1. LINDA A. BENNETT, PETER STEINGLASS, STEVEN J. WOLIN, DAVIE REISS (2000). *Alcoholic family. The first-length scientific exploration of the children of alcoholics*. Alibris ISBN : 0465001122. USA.

2. CLÉMENT ET TOURIGNY (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie du parent : portrait d'une double problématique*. Québec : Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, gouvernement du Québec, Québec.

3. GÉLINEAU CHAYER PAULETTE ET MOREAU FABIENNE (1998). *Guérir d'un parent alcoolique*. Éditions Novalis, Montréal.

NCE D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE

présentent une dépendance aux opiacés seraient ainsi abusifs (abus physique et sexuel). De plus, tous les enfants des échantillons étudiés présentent des signes de négligence. D'autres études menées auprès des parents toxicomanes rapportent des taux de mauvais traitements envers un enfant variant de 20 % à 42 %, les comportements de négligence étant sur-représentés avec des données variant de 11 % à 31 %. Mayer et Renaud, dans une étude effectuée aux Centres jeunesse de Montréal⁴ rapportent que 32 % des mères et 40 % des pères d'enfants victimes de négligence font un usage abusif de drogues ou d'alcool. Les taux de placements des enfants vivant dans cette situation varie de 40 % à 66 %. De plus, si la toxicomanie des parents n'est pas traitée, les chances de succès des interventions portant sur d'autres problématiques (violence, abus sexuel) demeurent très faibles, ce qui remet en cause l'intervention dans son ensemble.

Répercussion de la négligence du parent toxicomane chez l'enfant

Les enfants exposés aux drogues et à l'alcool durant la grossesse peuvent présenter des retards au niveau de leur développement moteur et cognitif. Ces retards, combinés aux difficultés et aux priorités des parents toxicomanes, rendent l'enfant plus à risque de négligence, ce qui, en retour, peut entraîner de graves conséquences sur le développement de celui-ci. Malheureusement, la négligence envers l'enfant augmente considérablement le risque de retards de croissance, de retards intellectuels et langagiers. Elle peut aussi entraîner des conséquences psychosociales, telles que la tristesse, l'apathie, la passivité et des interactions sociales déficientes. De plus, à long terme, l'enfant qui habite avec un parent toxicomane peut éventuellement présenter des troubles d'attention, de l'irritabilité, de l'anxiété, des problèmes scolaires et des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.

À plus long terme, les impacts pour ces enfants sont la répétition des comportements et des attitudes apprises en provenance de la famille d'origine (abus physique, psychologique, sexuel) ; l'aggravation éventuelle des problèmes de développement (moteur, cognitif, verbal et de la socialisation) ; un problème de dépendance (alcool, drogues ou jeu) ou de santé mentale ; l'apparition de problèmes relationnels ; divers problèmes de santé.

Garbarino & Collins⁵, de même que Bouchard⁶ nous proposent une définition de la négligence qui retient notre attention :

La négligence : une relation avec un trou au centre, une famille avec un trou au centre, une collectivité avec un trou au centre...

« Une relation avec un trou au centre » réfère au fait que le parent négligent n'arrive pas à décoder correctement les signaux que lui envoie son enfant. À cause de l'intoxication, un parent toxicomane ne parvient pas à saisir les besoins de son enfant et ne peut arriver à y répondre d'une façon constante. Ainsi, la relation parent-enfant sur ce terrain peut devenir rigide ou inconstante. Elle peut devenir désorganisée sans les repères de stabilité nécessaires à la relation, ou bien, elle peut devenir inexistante et laisser place au vide.

« Une famille avec un trou au centre » fait référence au fait que la négligence déborde le champ de la relation du parent avec l'enfant et implique la famille dans son ensemble. Ce n'est donc pas seulement, par exemple, une mère dépassée et son enfant, mais dans la plupart des cas, c'est aussi un père absent, peu engagé ou carrément obstructif. Le système familial devient incapable de répondre aux besoins de ses membres.

« Une collectivité avec un trou au centre » réfère au choix social qui attribue le mandat de protection des enfants à une institution unique plutôt que de responsabiliser la communauté et l'ensemble des institutions. C'est la société qui devrait se sentir investie du devoir de fournir aux parents les ressources nécessaires afin de remplir correctement leur rôle parental. Puisqu'on constate que la misère sociale engendrée par l'alcoolisme et la toxicomanie (et même le jeu pathologique) conduit les parents touchés par ces problématiques à être moins sensibles et disponibles au bien-être de leurs enfants, il devient impératif que les intervenants travaillent avec les autres personnes de l'entourage de l'enfant pour faire comprendre à celui-ci qu'il n'est pas responsable des difficultés de son parent toxicomane.

Les interventions globales et précoces sur la négligence : une perspective d'avenir

Les recherches récentes au Québec et les constats concernant les facteurs de risques pour les enfants de parents toxicomanes nous amènent à des défis de taille, mais réalisables, concernant les interventions à privilégier.

Selon le Rapport Lebon⁷, intervenir tôt auprès des familles et des jeunes à risque éviterait l'entrée en Protection de la jeunesse. L'intervention précoce diminuerait les risques de dépendance ou de santé mentale, les problèmes relationnels et même les problèmes de santé. L'intervention précoce auprès des

familles doit être vue comme une alternative. La diminution de la pauvreté (autre facteur de négligence parentale) serait aussi une alternative. Dans la même perspective, les modifications dans les normes du travail (horaires de travail et conditions de travail pour les parents) pour donner plus de temps à la vie de famille seraient aussi des alternatives.

Plusieurs initiatives d'interventions précoces ou de traitement, sont déjà amorcées par certains groupes pour contrer la négligence parentale associée à l'usage abusif de la consommation d'alcool et de drogues. Dans ma région, à Québec, c'est le programme Passerelle qui accueille les femmes enceintes ayant des problèmes de consommation d'alcool et de drogues et effectue le suivi des femmes ciblées pour les aider sur le plan de la santé, face à leurs habiletés dans leurs nouvelles tâches de parents quant aux soins à prodiguer à l'enfant et à elles-mêmes (Ce projet a fait l'objet d'un texte dans l'Écho-Toxico de septembre 2002). En Estrie, un projet du même type a émergé, en lien avec les services de périnatalité et le centre de réadaptation en toxicomanie. Établi dans tout le Canada, le programme MOTHERISK⁸ relève de la même préoccupation. Il s'agit d'une ligne d'aide bilingue pour les femmes enceintes afin de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale. Ce groupe distribue gratuitement un dépliant d'information sur les risques de la prise d'alcool pour la femme enceinte et d'autres éléments de promotion de la ligne d'aide.

Les incontournables de l'organisation des services : collaboration, formation et dépistage

Malgré l'ampleur du problème de négligence parentale associée à la toxicomanie des parents, il existe peu de recherches qui évaluent spécifiquement les interventions réalisées auprès de cette clientèle particulière. Celle-ci est évidemment peu motivée à recevoir un programme de soutien parental par elle-même. Un organisme offrant des services spécialisés soit dans le traitement des toxicomanies ou soit dans le domaine de la protection des enfants ne peut répondre à lui seul aux besoins et aux problématiques multiples de co-occurrence de ces familles. D'où l'importance d'établir une collaboration entre les divers services nécessairement impliqués auprès de ces familles.

Pour faciliter cette collaboration, une formule serait à privilégier : la gestion par cas clinique. Elle permettrait d'une part une meilleure intégration des services dispensés à la famille et d'autre part, elle favoriserait un plus grand engagement du parent dans le processus de traitement en toxicomanie. Mais rien de tout cela ne sera possible sans un autre élément-clé : la formation.

Suite à la page 6

4. MAYER-RENAUD, MICHELINE (1990). *Les enfants du silence* ; revue de la littérature sur la négligence à l'égard des enfants. CSSMM, Montréal, Québec, 161p. 25 p. annexes. HV 6626.5/M45 # Mono : M0001160.

5. GARBARINO, J., COLLINS, C.C. (1999). *Child neglect: the family with a hole in the middle* in H. Dubowitz : *Neglected children: Research, practice and policy* (p.1-23). Sage Publications, California.

6. BOUCHARD, C. (1999). *Prévenir la négligence: Oui, mais comment?* Communication présentée à la Journée annuelle de l'Association québécoise des médecins pour la protection de l'enfance. Montréal.

7. LEBON. (2000). Rapport. Direction de la Protection de la Jeunesse. Gouvernement du Québec. Québec.

8. Motherisk Programm.



De fait, plusieurs auteurs soulignent l'urgence d'offrir aux intervenants en Protection de la jeunesse une formation en toxicomanie, et aux intervenants en toxicomanie une formation sur le système de protection de la jeunesse et sur la problématique des mauvais traitements. Par la suite, idéalement, ces deux paliers de services devront s'associer à d'autres ressources, voir à harmoniser leurs objectifs d'intervention pour favoriser au maximum une complémentarité de services auprès des familles ciblées.

Si on convient qu'intervenir le plus tôt possible devient une exigence pour l'efficacité à long terme de nos interventions, il faut donc aussi accentuer le dépistage des personnes (ayant ou sur le point d'avoir le statut de parents) aux prises avec l'alcool et la drogue. Ce statut de parent peut servir de tremplin pour la motivation à résoudre les problèmes liés à une toxicomanie, pour modifier sa consommation ou pour faire une démarche de traitement. À titre d'exemple, un jeune garçon de dix ans est venu nous rencontrer parce que son père buvait. En se confiant à l'intervenant, il a su dire par la suite à son parent que sa consommation d'alcool abusive le dérangeait. Par la suite, le père est venu nous rencontrer pour demander de l'aide et s'engager dans un processus de changement face à sa consommation d'alcool. Évidemment, cette histoire finit bien, comme celle de ces parents d'adolescent qui ont fermement demandé à leur fils de venir nous rencontrer pour le test de dépistage. Leur jeune a décidé, par la suite, de suivre une thérapie dans un centre de traitement pour adolescent.

Grâce aux travaux du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychotropes du Québec), nous disposons maintenant d'outils de dépistage standardisés et validés au Québec tant pour les adultes (D.É.B.A.-Alcool ou le D.E.B.A.-Drogues) que pour les adolescents avec le DEP-ADOS. Il faut s'en servir!

En guise de conclusion

Le stress provoqué dans une famille par l'abus d'alcool ou de drogues peut être diminué grâce à l'adaptation et la satisfaction conjugale. De bonnes ressources d'organisation familiale (soutien de l'entourage, soutien financier) qui aident à traverser des périodes difficiles, peuvent amoindrir de façon significative, les effets négatifs sur les enfants et la famille entière. Aussi, l'intervention en toxicomanie doit, de plus en plus, intégrer dans sa pratique le développement et le renforcement des habiletés parentales afin de guider le parent dans l'expérimentation des nouvelles approches qu'il doit adopter avec son enfant.

Lyne Guay, c.o. directrice générale
Le Passage, centre de thérapie familiale
en toxicomanie, Québec.



LA VULNÉRABILITÉ A UN UNIVERS

Dans le champ de l'alcoolisme et la toxicomanie, le modèle bio-psycho-social fait autorité. Pourtant, l'un de ces volets est généralement moins présent dans les discours des intervenants, c'est celui qui couvre la dimension biologique. Aussi, nous avons voulu rencontrer quelqu'un qui pourrait nous parler de ces facteurs biologiques de vulnérabilité à l'alcoolisme ou l'usage inapproprié de drogues. Jean-Marc Assaad, docteur en psychologie, actuellement, chercheur post-doctoral au GRIP (Groupe de Recherche sur l'Inadaptation Psychosociale), Université de Montréal et rattaché au Centre de Recherche de l'Hôpital Ste-Justine, a accepté de nous rencontrer.

MT Payre. *Bonjour monsieur Assaad. Je vous remercie d'avoir accepté cette entrevue qui va, je n'en doute pas, enrichir notre compréhension de cette problématique complexe qu'est la toxicomanie. Je comprends que votre spécialité se centre autour d'un modèle de vulnérabilité individuelle, d'ordre biologique et particulièrement chez les fils de pères alcooliques. Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à ce sujet?*

JM Assaad. Depuis mes études de Doctorat à l'université McGill avec Robert Pihl, je m'intéresse, je suis fasciné même, par les liens entre la délinquance, l'agressivité et l'alcoolisme. Ces trois problèmes ont des impacts énormes sur la société... J'ai voulu approfondir la compréhension des liens entre eux... Vous savez, une personne alcoolique est 21 fois plus à risque d'avoir une personnalité antisociale qu'une personne non-alcoolique... et aussi, environ dans 50% des cas de crimes avec violence, l'agresseur est intoxiqué... Le lien est puissant... La question que je me pose alors, c'est *Que se passe-t-il? Pourquoi?*

MTP. *C'est d'autant plus passionnant que les facteurs biologiques s'ajoutent aux facteurs psychosociaux...*

JMA. Absolument. Il ne faut jamais oublier d'ailleurs qu'il y a une interaction constante entre l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. J'étudie plus particulièrement le volet psychophysiologique, en collaboration avec Robert Pihl, Jean Séguin, Frank Vitaro, Richard Tremblay et plusieurs autres, dans le but d'identifier des causes communes pour l'alcoolisme et la

délinquance. Donc pourquoi étudier les fils de pères alcooliques? C'est parce qu'on sait que l'alcoolisme entraîne des modifications au niveau hormonal, au niveau des neurotransmetteurs, et au niveau cognitif. Alors si on observe une personne alcoolique, il est difficile de savoir si l'alcool est la cause ou l'effet. C'est pourquoi il devient donc intéressant de regarder du côté des fils de pères alcooliques (FPA). On sait qu'ils présentent 4 à 7 fois plus de risques de devenir alcooliques que des fils de pères non alcooliques. Attention, je précise, c'est un groupe plus à risque mais il ne faut jamais oublier l'interaction des facteurs de risques et de protection... Donc, ça devient intéressant de comparer les FPA à risque, mais pas présentement alcoolique, avec les fils de pères non alcooliques. On peut donc supposer que les caractéristiques des FPA ainsi identifiées peuvent être des facteurs qui augmentent le risque de l'alcoolisme.

MTP. *Et ces comparaisons ont donné quoi?*

Eh bien, que les fils de pères alcooliques (FPA) présentent plus de troubles du comportement, de troubles d'hyperactivité et de déficit de l'attention. Mais plus particulièrement, les études psychophysiologiques et neurocognitives démontrent que les FPA ont une sensibilité accrue à la stimulation ou la récompense suscitée par l'alcool, ils ont une sensibilité accrue au stress et à la réduction du stress suscité par la l'alcool, et aussi ils présentent un léger déficit dans les fonctions exécutives-cognitives. Je n'aime pas employer ce terme *déficit*, pourtant *différence* ne serait pas exact... Cependant, je veux qu'on comprenne bien que ce n'est pas du tout en lien avec leur quotient intellectuel, simplement, ils sont moins performants dans des tests de fonctions exécutives-cognitives, des fonctions traditionnellement liées aux facultés des lobes frontaux. Ce sont les fonctions en lien avec la pensée abstraite, l'organisation, la planification, l'anticipation. Or, on a observé qu'une faiblesse dans ces fonctions est un facteur de risque pour l'alcoolisme et pour les troubles de comportements, entre autres, l'agressivité.

MTP. *Est-ce qu'on a une explication pour le lien entre ce... déficit et la consommation?*

U PLAN BIOLOGIQUE : À DÉCOUVRIR



Oui. C'est le stress qui semble faire le lien. On observe que la personne qui présente ce léger déficit peut être plus stressée. Elle peut avoir de la difficulté à planifier ou organiser son comportement en fonction des conséquences, ce qui entraîne l'anxiété. On constate que ces personnes (FPA) sont plus sensibles à des stressseurs externes, physiques ou intellectuels. Des tests en laboratoires ont montré leur hyper-réactivité aux agents stressseurs. Alors, l'alcool là aussi peut être une solution... Les FPA sont plus sensibles à l'effet de l'alcool comme agent de réduction de l'hyper-réactivité au stress. L'alcool a un effet sur le niveau de stress plus important chez eux. Il devient alors une forme d'automédication. Le lien entre le stress et l'agressivité est un peu plus compliqué. Il faut comprendre que trop de stress (l'éveil accru) ou pas assez de stress peut engendrer dans les deux cas des troubles de comportement. Les personnes qui sont très sensibles au stress peuvent être très sensibles à la provocation. Celles qui n'ont pas assez de stress sont à la recherche de stimulations et de sensation fortes. Mais dans les deux cas, c'est une réaction au stress ou son absence qui peut augmenter les probabilités de comportement agressifs. Grosso modo c'est le schéma de base... pour lequel il faut préciser que tous ces facteurs, liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ne sont pas indépendants : ils interagissent entre eux, ils se compensent parfois. Par exemple, de bonnes fonctions cognitives-exécutives peuvent compenser une très grande sensibilité au stress et empêcher le passage à l'acte dans une situation perçue pourtant comme agressive.

MTP. Je comprends que ces considérations sur le stress que vous apportez pourraient nous mener, via des observations d'ordre biologique à des préoccupations sur le traitement.

JMA. Exactement. En plus de considérer cette caractéristique de l'hyper-réactivité aux stressseurs, il faut revenir aux travaux sur la motivation chez les humains. On peut discuter de deux systèmes : la réponse à la menace et la réponse à la récompense. J'ai déjà mentionné que les personnes plus sensibles à la menace vont utiliser l'alcool pour réduire leur anxiété. De plus, les FPA sont plus sensibles à la stimulation et à la récompense

produites par l'alcool, et ils vont donc être plus portés à vouloir rechercher cette sensation de plus en plus souvent. Les personnes plus sensibles à l'effet stimulant de l'alcool, au début de la courbe d'alcool sanguine, (même si elles ne sont pas des FPA) vont boire plus, vont être plus agressifs et vont possiblement être plus sensibles à la récompense. Donc, on ne peut pas établir l'offre de traitement en toxicomanie en ignorant ces deux systèmes motivationnels. Il serait, par exemple, peu efficace de proposer un traitement basé sur la gestion du stress à celui qui boit de l'alcool pour se stimuler (récompense) ; on doit lui proposer un traitement qui l'aide à trouver l'euphorie autrement. ... Ainsi, oui, il faut tenir compte des effets biologiques recherchés et obtenus. Le choix du type de programme ou traitement devrait en découler.

MTP. À condition de savoir précisément à quel système motivationnel répond un individu...

Oui, pour cela l'idéal serait de disposer d'outils-questionnaires pour identifier la motivation d'ordre physiologique recherchée dans la consommation.

MTP. Cela constitue une voie d'avenir pour la recherche sur le traitement ?

Absolument... On va probablement y arriver... Ce sera un outil de plus...

MTP. En attendant que souhaitez-vous laisser comme message à nos lecteurs, à partir des observations et résultats des recherches que vous menez ?

Je crois surtout qu'il ne faut jamais aller trop vite aux conclusions... Ne jamais oublier que tous les facteurs et éléments dont on a parlé sont en constante interaction entre eux et en interactions avec des facteurs d'ordre psychologique et d'autres d'ordre social. À ce sujet, connaissez-vous l'histoire de ces deux fils de père alcoolique ? Quand on demande au premier, qui est alcoolique lui aussi, pourquoi il est devenu alcoolique, il répond : « Regardez mon père ! ». On demande alors au deuxième fils, qui n'est pas devenu alcoolique, pourquoi il n'est pas alcoolique, il répond : « Regardez mon père ! ».

MTP. Effectivement, une histoire sur laquelle méditer... Merci pour cette entrevue monsieur Assaad.



TOXICOMANIE : DU CERTIFICAT À LA MAÎTRISE

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine
Centre collaborateur de l'OMS
Automne 2003

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Certificat de toxicomanie

Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenant en toxicomanie et augmenter la qualité de vos interventions, un programme de 30 crédits est offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

L'enseignement est offert la fin de semaine.

Admissions à entrée continue.

Nouveaux groupes : Automne 2003 : St-Georges de Beauce, Rimouski, Sherbrooke et Longueuil. Hiver 2004 : Québec et Trois-Rivières.

POUR ASSUMER DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS

Les programmes de 2^e cycle Microprogrammes, diplôme et maîtrises

Fondements et pratiques

Ces programmes s'adressent aux personnes possédant un baccalauréat universitaire et travaillant dans le domaine. Au terme de cette formation, vous serez plus à l'aise pour assumer vos fonctions et responsabilités.

Possibilités de microprogrammes spécialisés de 12 crédits, d'un diplôme de 30 crédits ainsi que de cheminement vers l'obtention de maîtrises, en Intervention sociale, Service social (en préparation), en Éthique appliquée et en Sciences cliniques.

L'enseignement s'offre le soir et la fin de semaine.

Campus Longueuil (Complexe Saint-Charles)

INFORMATIONS

1-888-463-1835 poste 1-1795
(sans frais)

ou 450-463-1835 poste 1-1795

Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca

Visitez notre site Web :

www.USherbrooke.ca/toxicomanie





DES INTERVENTIONS ADAPTÉES :

Le travail interdisciplinaire en périnatalité toxicomanie au CHUM



Depuis près de 20 ans, le Centre des naissances du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal) accueille et soigne les femmes enceintes consommatrices de drogues et leur nouveau-né. On estime que 3% des nouveau-nés du CHUM, ont été exposés à des psychotropes pendant leur vie intra-utérine. Cependant, seuls les enfants dont les mères ont avoué une consommation durant la grossesse ou qui ont des antécédents de consommation, sont dépistés. Aussi, le pourcentage réel d'enfants exposés à des psychotropes pendant leur vie intra-utérine est sûrement plus élevé.

En raison de la complexité des situations cliniques (polytoxicomanie sévère, problèmes de santé mentale associés, et sevrage néonatal aux opiacés), des liens interdisciplinaires ont dû être tissés entre les médecins accoucheurs, les pédiatres, les infirmières et la travailleuse sociale pour permettre une prestation optimale de soins auprès de ces familles. Au noyau initial, se sont greffées une psychiatre et une pédopsychologue.

Au fil des années, les difficultés inhérentes au travail auprès de cette clientèle furent diverses. Ces difficultés émanent parfois des familles et parfois du personnel. Ainsi certains parents éprouvent de la méfiance envers le personnel hospitalier. L'hôpital a un fonctionnement complexe avec lequel ils sont peu familiers. Ils craignent d'être exclus des soins à donner à leur bébé ou qu'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) les sépare de leur enfant. De plus, ils redoutent les préjugés du personnel soignant à leur égard. Quant au personnel, il peut avoir des représentations négatives de la maternité chez les toxicomanes et démontrer une certaine méconnaissance de la trajectoire de ces familles. Dans les situations de sevrage néonatal difficile, la culpabilité ressentie par les parents est parfois projetée sur le personnel soignant qui est alors taxé de donner de mauvais soins ou de prolonger indûment l'hospitalisation du bébé. Cette potentialité de conflits entre parents et soignants peut être amplifiée par l'essoufflement du personnel en l'absence de services structurés et d'une augmentation de la clientèle. Toutes ces tensions vécues par les parents et le personnel entravent le processus d'attachement parents-enfant.

Afin de pallier ces difficultés, un comité périnatalité toxicomanie a été mis en place.

Les membres de ce comité développent un programme interdisciplinaire de soins pré, per et postnataux pour mieux accompagner ces familles. En période prénatale, le programme vise principalement à mettre les parents en confiance, à favoriser le développement du lien d'attachement avec leur enfant et à les préparer à un éventuel sevrage néonatal. Pour ce faire, les parents sont invités à une rencontre prénatale avec les membres de l'équipe. Cet échange leur permet d'être rassurés en regard de certaines craintes comme des appréhensions face à la naissance de l'enfant, face aux soins dont ils bénéficieront, face aux préjugés dont ils pourraient être victimes et plus globalement, face au fonctionnement d'un hôpital. Au besoin, les parents sont aussi préparés à une intervention de la DPJ et sensibilisés au rôle de soutien que celle-ci peut leur offrir. Les parents dépendants aux opiacés visionnent une vidéo, spécialement conçue et réalisée par l'équipe du CHUM, pour les préparer au sevrage néonatal de leur enfant.

En période périnatale (de la naissance jusqu'à la sortie de l'hôpital), en plus de favoriser le développement du lien d'attachement avec l'enfant et d'un lien de confiance avec l'équipe soignante, le programme met l'accent sur le développement du sentiment de compétence parentale et sur l'évolution de l'identité toxicomane vers une identité de parent. Cette portion du programme s'applique particulièrement lorsqu'un sevrage complexe du nouveau-né nécessite une hospitalisation prolongée.

Pour atteindre les objectifs du programme, les parents sont encouragés à s'impliquer dans les soins à leur enfant et à occuper la chambre d'accueil mise à leur disposition. De plus, l'allaitement maternel est encouragé lorsque possible. Le personnel soutient les parents dans le développement de leurs habiletés parentales, il leur apprend à interpréter le comportement et les besoins de leur enfant et à observer les manifestations du sevrage. Les membres de l'équipe sont particulièrement attentifs à encourager les initiatives des parents et à souligner leurs succès. Vers la fin du sevrage néonatal, en présence des parents, la pédopsychologue procède à une évaluation comportementale (Brazelton) du nouveau-né. Cette évaluation qui permet aux parents de mieux connaître les réactions de leur bébé, les aide à apprendre à le stimuler ou à le consoler. Des échanges réguliers entre les membres

de l'équipe permettent aussi l'ajustement du plan d'interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque famille. L'équipe porte beaucoup d'attention à la planification de la sortie de l'hôpital en s'assurant que les parents auront tout le soutien nécessaire pour assumer leurs nouvelles responsabilités. Ainsi, des rencontres sont planifiées avec la famille élargie ; avec les intervenants de l'unité de désintoxication du CHUM ; avec des intervenants du CLSC, des organismes communautaires et de la DPJ au besoin.

La phase postnatale du programme, c'est-à-dire au retour de la mère et du nouveau-né à la maison, est un volet de nos services en implantation. Son objectif est double : soutenir les parents dans le développement de leurs habiletés parentales et dépister les problèmes de développement chez l'enfant. Pour ce faire, nous voulons offrir aux parents et à leur enfant des soins et des services intégrés en un seul lieu géographique, avec un suivi interdisciplinaire à la disposition des membres de la famille. L'encadrement et le soutien aux familles visent à prévenir les situations de négligence et de placement ainsi que les rechutes et les problèmes associés à la toxicomanie parentale. Il va sans dire que, pour atteindre ces objectifs, le travail en étroite collaboration avec les intervenants de la communauté est essentiel.

La mise sur pied et l'application de ce programme interdisciplinaire ne s'est pas fait sans embûches. En effet, les contraintes liées au budget, à la grande disponibilité requise par les intervenants et à leurs divergences de points de vue sur la toxicomanie et la parentalité requièrent beaucoup de temps, de discussion et de diplomatie. Toutefois, le travail, des séances de formation en interdisciplinarité, la concertation, un intérêt partagé pour cette clientèle et la persistance d'une volonté d'amélioration continue des soins et services sont les ingrédients qui font en sorte que la pratique professionnelle dans cette équipe est toujours enrichissante et valorisante.

Marielle Venne, travailleuse sociale au Centre des naissances du CHUM et clinicienne associée à l'équipe du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec).

Elaine Perreault, infirmière, M.Sc., conseillère en soins spécialisés, clientèle mère-enfant au CHUM.

« Parentalité et usage de drogues » : une cellule du CHU de Montpellier (France)



Parallèlement aux travaux réalisés au CHUM, l'équipe de périnatalité du CHU de Montpellier, dans le sud de la France, rencontre des problèmes similaires avec les femmes enceintes toxicomanes et se structure pour développer son propre programme. Ce programme interdisciplinaire, sous la direction du D^r Françoise Molénat, pédopsychiatre, fait maintenant école et est mondialement reconnu.

À l'initiative d'une sage-femme, guidée par un obstétricien, un pédiatre et un pédopsychiatre, est née en 1995 la cellule « Parentalité et usage de drogues » au CHU de Montpellier. Une enveloppe budgétaire subséquente permet à différents professionnels de dégager du temps et d'élaborer un programme. Françoise Molénat (2000) souligne que « la réduction du taux de prématurité, le raccourcissement de séjours onéreux en pédiatrie néonatale et la disparition des *placements catastrophes* seront des arguments de poids aux yeux de l'administration ». Elle réfère évidemment aux nouveaux-nés placés dès leur sortie de l'hôpital en raison d'une absence de prise en charge des parents par l'équipe soignante. Trop souvent, après l'accouchement, les mères toxicomanes se retrouvaient en sevrage, séparées de leur bébé hospitalisé en pédiatrie, et devaient faire face à l'hostilité et aux préjugés du personnel soignant. Dans un tel climat, il était fréquent qu'elles quittent l'hôpital sans préavis, d'où un signalement de l'enfant aux autorités et son placement.

Le programme élaboré par la cellule « Parentalité et usage de drogues » comprend donc des interventions auprès des équipes soignantes et auprès des parents et couvre les périodes pré, per et postnatales. Les soignants reçoivent de la formation et du soutien dans leurs interventions auprès de cette clientèle. Ce soutien s'effectue lors de rencontres régulières entre la sage-femme, la pédopsychiatre et les soignants où sont exposés et discutés les difficultés et les succès inhérents à chaque prise en charge.

Les parents sont référés à la sage-femme pour leur premier rendez-vous qui a lieu le plus tôt possible pendant la grossesse. Lors de ce premier contact, la sage-femme accueille les parents, répond à leurs questions, évalue leurs besoins, débute le suivi de grossesse tout en assumant un rôle de coordination. Ainsi, au fil des rencontres, elle initie les références de la mère aux autres professionnels de l'équipe de maternité (obstétricien, pédopsychiatre, assistante sociale) ou encore à des spécialistes en toxicomanie, et ce, toujours en fonction des besoins de celle-ci. La rencontre avec la pédiatre se situe autour de la trentième

semaine de gestation et vise à préparer les parents au syndrome de sevrage néonatal. Ils peuvent aussi visiter l'unité de soins et faire déjà connaissance avec les puéricultrices qui les accompagneront pendant la période postnatale.

Après l'accouchement, à moins de contre-indications médicales, la mère cohabite avec son enfant dans une chambre individuelle pendant toute la durée du sevrage néonatal. Ces conditions favorisent le développement du lien d'attachement mère-enfant et des habiletés parentales. Pendant cette période (perinatale), les parents sont soutenus par les différents professionnels de l'équipe de maternité qui gravitent autour d'eux et qui se tiennent informés de l'évolution des besoins des parents et de l'enfant. En plus d'un travail direct auprès des parents, la pédopsychiatre est appelée à soutenir les professionnels et à guider leurs réflexions en regard de leurs interventions.

Le congé mère-enfant est préparé tout au long du séjour à l'hôpital. L'équipe soignante s'assure que les parents disposent d'un réseau d'aide et de personnes ressources auxquelles ils peuvent référer. Les contacts établis avec l'extérieur et les références sont personnalisés afin de faciliter le transfert du lien de confiance vers les professionnels du réseau qui assureront le suivi. La pédopsychiatre demeure souvent engagée dans le suivi de la famille et peut insister pour le maintien de certains services au-delà de la période prévue initialement. Ainsi, dans une entrevue filmée, une mère rapporte avoir bénéficié des services d'une éducatrice familiale pendant deux ans grâce à l'intervention de la pédopsychiatre.

Pour conclure, laissons la parole à Françoise Molénat (Lebel et Marchand, 2002) :

Il ne s'agit pas de tout régler pendant la grossesse et le post-partum ! Mais en effet d'offrir cette opportunité de liens de confiance, de la valeur des émotions, de la fiabilité de l'autre (toutes choses qui renvoient à la question de l'attachement) pour que les parents puissent s'adresser à nouveau au système sanitaire ou social en cas de difficulté, plutôt que de se replier dans la culpabilité et l'angoisse.

Marielle Venne, travailleuse sociale au Centre des naissances du CHUM et clinicienne associée à l'équipe du RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec).

Elaine Perreault, inf., M.Sc., conseillère en soins spécialisés, clientèle mère-enfant au CHUM.

Références :

Lebel, A. et Marchand, D. (2002). Entrevue avec Françoise Molénat in *Prisme*, 39, 12-28.

Molénat, F. (2000). *Grossesse et toxicomanie*. Érès éditeur. Toulouse, France.

L'enfant Libre : un projet-pilote du Centre Le Passage

Ce projet, démarré en mai 2002 a pour but d'intervenir auprès d'enfants âgés de 6 à 12 ans dont un des parents est toxicomane. Les objectifs sont de briser l'isolement de ces enfants, de favoriser leur développement moteur, cognitif, verbal et leur socialisation pour prévenir une dépendance à l'alcool ou aux drogues ou tout autre problème de santé mentale, relationnel ou de santé. L'intervention consiste à les aider à nommer leurs émotions par des ateliers d'art thérapie et d'expression de soi. Nous poursuivons l'intervention en parallèle avec le parent sans problème de toxicomanie en l'aidant à adopter des comportements soutenant envers l'enfant, par exemple par une communication et une complicité positive.

D'où viennent les familles du programme ? Elles ont pour la plupart été référées par des partenaires travaillant en milieu scolaire. En tout, nous avons évalué une quinzaine d'enfants avec leur parent, non toxicomane qui subit également de la violence verbale, physique et psychologique et qui, nous l'avons constaté a aussi besoin d'en parler. Certains ont connu le programme par la publicité que nous en avons fait ou par référence d'un proche.

Certains participants qui venaient irrégulièrement ont délaissé en cours de route le projet pour toutes sortes de raisons : santé, manque d'intérêts, difficultés personnelles. D'autres enfants souhaitaient venir mais le parent ne se rendait pas disponible pour participer aux activités du projet. Ce sont donc les plus assidus (enfants et parents) qui ont formé un petit groupe-pilote où se sont déroulés des échanges constructifs, laissant une grande place à chacun pour s'exprimer.

Les enfants présentaient au départ divers problèmes. L'un d'eux, un garçon âgé de huit ans avait des idées suicidaires et s'auto mutilait. De plus, il était agressif tant à l'école qu'à la maison. Ses idées suicidaires ont cessé et il a repris confiance en lui. L'agressivité, l'hyperactivité et l'impolitesse animaient une fillette de dix ans qui faisait partie du groupe. Sa mère nous a dit, au bout de cinq mois, qu'elle constatait un changement d'humeur à la maison et

Suite à la page 10



DES INTERVENTIONS ADAPTÉES : PARENTS – ENFANTS – FAMILLES (SUITE)

Suite de la page 9

qu'elle était devenue plus polie et positive. Le mutisme d'un autre enfant de onze ans s'estompa progressivement au fil des rencontres pour laisser place à la communication avec les autres. Le parent d'un jeune de douze ans nous a confié que son enfant lui disait qu'il retirait un énorme bienfait de pouvoir parler avec les intervenantes des agissements de sa mère toxicomane.

La formule privilégiée visait l'échange entre les participants par l'expression de soi et des émotions refoulées à l'aide de dessins ou par des fabrications de cartes ou d'autres formes d'art associées aux événements du calendrier (Noël, la St-Valentin, Pâques, fête des mères, fête de l'enfant, etc.). Des activités spéciales ont aussi été organisées, par exemple une balade en forêt, une rencontre avec un magicien, une fête de Noël avec les parents. L'objectif étant de faire place au plaisir... Les parents participaient aussi à un groupe de soutien une fois par mois, le but étant de les accompagner sur l'éducation de leurs enfants et de les renseigner face à la toxicomanie de l'autre parent. Des activités communes pour les parents, les enfants et les deux intervenantes ont favorisé l'effet de *modeling* auprès des enfants et des parents, dans le savoir faire et le savoir être.

Les deux intervenantes, une éducatrice spécialisée en intervention sur la délinquance et une intervenante en Sciences sociales, ont su devenir significatives pour ces enfants et ces parents et c'est sans doute cette relation d'aide soutenue qui a permis les changements tant à l'école qu'à la maison chez les enfants et les parents. La formule de continuité des rencontres dans le temps avec les mêmes personnes (enfants-parents) a certainement été déterminante aussi pour l'amorce des changements survenus.

Bien sûr, nous souhaitons poursuivre ce projet qui devrait faire partie des activités régulières du centre Le Passage dès cet l'automne.

Lyne Guay, c.o. directrice générale
Le Passage, centre de thérapie familiale
en toxicomanie, Québec.

Référence :

Projet pilote. *L'enfant libre. Atelier d'expression de soi pour les enfants de parents toxicomanes 6-12 ans.* Rapport d'étape 2002. Le Passage, centre de thérapie familiale en toxicomanie. Québec.

www.centrelepassage.org

Les Centres Jean Lapointe pour Adolescent(s)

Service à la famille

Les Centres Jean Lapointe pour adolescent(e)s Inc. est un organisme à but non lucratif offrant des services gratuits de thérapie interne pour les jeunes de 12 à 18 ans, présentant une problématique d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu excessif. Il existe trois points de services : Québec, Montréal et Mauricie / Centre-du-Québec.

Pour les Centres Jean Lapointe, la famille fait partie intégrante du processus de rétablissement du jeune. Ainsi, une conseillère familiale accompagne les parents pour la durée du séjour du jeune à l'interne (8 à 10 semaines). Suite à la thérapie interne, elle accompagne également la famille lors du suivi externe de l'adolescent(e) d'une durée d'environ 4 mois.

Dans un premier temps, les deux parents, autant que possible, accompagnent leur jeune lors de son admission au Centre. Ils sont alors rencontrés par la conseillère familiale pour ce qu'on appelle, une entrevue de bienvenue. Le but de cette rencontre est de familiariser les parents avec l'approche du Centre, de les sécuriser, de leur décrire globalement ce qui attend leur enfant au cours des prochaines semaines de thérapie et de les sensibiliser à leur niveau d'implication dans le processus thérapeutique. L'entretien sert également à recueillir un maximum d'information sur l'environnement et le contexte familial. Le style parental éducatif, la consommation (drogues et/ou alcool) des autres membres de la famille, les types de relations entre ces derniers, les événements marquants, etc. font partie des éléments passés en revue afin d'obtenir un tableau de la situation globale du jeune et de sa famille.

Une fois le jeune admis, les parents peuvent prendre des nouvelles du cheminement de leur enfant, toujours via la conseillère familiale et ce, chaque semaine si nécessaire. Celle-ci établit également un contact téléphonique avec eux afin de répondre à des besoins spécifiques. Il est à noter que les parents reçoivent un appel téléphonique directement de leur jeune une fois par semaine.

Il est fortement suggéré aux parents de participer aux ateliers qui ont lieu une fois par 2 semaines, le soir. Il y a deux groupes de parents afin de maintenir une ambiance



de petit groupe. Au total 10 ateliers (répartis sur 20 semaines) abordant différents thèmes en lien avec la problématique de toxicomanie du jeune (ex. : le rétablissement et la rechute, la communication, les règles familiales...), sont proposés. Il est primordial pour un parent de suivre ces ateliers, car en plus d'y rencontrer d'autres parents qui vivent les mêmes difficultés, il se familiarise avec la problématique de la toxicomanie et comprend mieux le processus du rétablissement.

Une rencontre familiale est prévue vers la 6^e semaine de thérapie. Il s'agit d'une rencontre pour laquelle le jeune est préparé par son intervenant(e) à parler à ses parents de sa problématique de consommation. Les substances, la fréquence, les contextes, les délits (s'il y a lieu) et tous les éléments négatifs reliés à sa consommation (ex. : violence, conflits familiaux) sont abordés. À leur tour, les parents sont amenés à exprimer comment ils ont vécu la période de consommation active de leur adolescent(e) (anxiété, dépression, etc.). Cette rencontre familiale est un point marquant dans la thérapie du jeune. Nous en profitons également pour discuter du retour à la maison et des ajustements qui devront être faits pour améliorer les conditions de vie dans la famille.

Lorsque le jeune termine avec succès sa thérapie, les parents sont invités à assister à la remise de diplôme et à adresser un bref mot de félicitations à leur jeune. De plus, suite à cette cérémonie, une rencontre a lieu entre la conseillère familiale, les parents, le jeune et son conseiller afin d'expliquer la prochaine étape qu'est le suivi externe et faire un retour sur les éléments marquants de la thérapie.

Bien entendu, le parent qui s'est impliqué tout au long de la thérapie en ayant des contacts téléphoniques réguliers avec la conseillère familiale, en assistant aux rencontres et aux ateliers de parents se sentira davantage prêt à accueillir son enfant lors du retour à la maison. Il comprendra son cheminement et il aura en main les outils pour améliorer la communication et la relation au sein de la famille.

Nadine Tremblay, M.Ps., Conseillère familiale
Centres Jean Lapointe pour Adolescent(e)s



P.N.B... (Petites nouvelles brèves)

- Les recettes des loteries gérées par l'État, des appareils de loterie vidéo et des casinos ont atteint 11,3 milliards de \$ en 2002 au Canada. Une hausse de 5,6 % par rapport à 2001 et quatre fois le montant observé il y a dix ans. En termes de profits pour les gouvernements, cela représente 6 milliards de \$. Le triple des profits réalisés en 1992...
- Pour 2002, la répartition des recettes des jeux de hasard et d'argent était la suivante : 34 % les casinos, 27 % les loteries, 23 % les loteries vidéo et 17 % les machines à sous en dehors des casinos.
- Le sénateur et artiste Jean Lapointe a préparé un projet de loi privé visant à amender le Code criminel et à retirer les machines à sous et autres appareils de loterie vidéo des restaurants, des bars et autres endroits non prévus pour le jeu. Son projet sera étudié en comité avant d'être retourné au sénat pour une troisième lecture. En général, ce type d'initiative (projet privé) n'obtient pas les appuis nécessaires et termine son parcours avant adoption. À suivre...
- Une grande proportion des 12677 personnes incarcérées dans les 53 pénitenciers du Canada étaient porteuses d'une maladie infectieuse, en majorité le sida, au moment de leur condamnation. En 2001, la proportion des personnes atteintes du VIH ou de l'hépatite C était en hausse par rapport à l'année 2000!
- Depuis 2 ou 3 ans, une bonne proportion des personnes atteintes du sida qui suivent un traitement de trithérapie subissent des effets secondaires majeurs et indésirables. Leur graisse corporelle se concentre dans le cou et le bassin. Ce phénomène, appelé lipodystrophie, touche 30 à 70 % des malades.
- « Un utilisateur de cannabis sur 1000 connaîtra une psychose toxique » dit Martin Tremblay, psychiatre à l'urgence de l'hôpital Notre-Dame à Montréal. Chaque mois, c'est environ 4 patients qui arrivent à l'urgence dans un état de désorganisation totale... Le cas tout à fait typique est l'individu qui fume son joint tous les jours ou plusieurs fois par semaine, qui n'a aucun antécédent de problèmes de santé mentale... L'expérience lui vaut cependant en moyenne une à deux semaines en psychiatrie!
- Sur le même sujet, le *British Journal of Psychiatry* admet que plusieurs études sur la psychose toxique présentent des failles méthodologiques. Cependant, la revue reconnaît que le problème existe, spécifiquement pour les utilisateurs à forte dose... Plus près de nous, le psychiatre Jean-Yves Roy estime qu'« on ne fait que commencer à comprendre les effets, mais on ne peut nier les impacts du cannabis sous prétexte que cela retarde la légalisation. Fumer un joint ce n'est pas comme boire un verre de vin » affirme ce psychiatre spécialisé en toxicomanie, inquiet de la puissance du pot actuellement en vente sur le marché noir...
- Selon une étude de la Direction de la Santé publique de l'Outaouais (DSP) 34 % des élèves au secondaire de cette région (âgés entre 12 et 18 ans) affirment fumer de la marijuana tandis que 28 % se disent consommateurs de tabac.
- Interrogé par Carlos Parada, le psychiatre Claude Oliveinstein se dit en faveur d'une légalisation du cannabis, mais à partir de 18 ans. Il estime que « En ce qui concerne les mineurs et le cannabis, les parents ont tous les droits : c'est à eux de se débrouiller avec leur progéniture »...

POUR LES CINQ PROCHAINES ANNÉES, LE GOUVERNEMENT CANADIEN INVESTIRA 245 \$ MILLIONS DANS LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

La stratégie canadienne antidrogue, dont la première initiative remonte à 1987, est coordonnée par le gouvernement fédéral. Cette initiative vise à réduire les méfaits attribuables à la consommation de psychotropes ainsi qu'à l'alcoolisme.

La stratégie veut s'attaquer aux facteurs sous-jacents associés à la consommation de psychotropes et à la toxicomanie. Elle comprend des initiatives d'éducation, de prévention et de promotion de la santé, ainsi que des mesures d'application de la loi. Elle poursuit comme idéal que tous les Canadiens puissent vivre dans une société libre de problèmes relatifs à la toxicomanie, en réduisant l'offre et la demande.

Santé Canada prendra la direction de la mise en œuvre et de la coordination de cette nouvelle stratégie. Les secteurs qui seront investis sont les suivants :

- Une coordination accrue du gouvernement et des intervenants (y compris les budgets) pour appuyer les initiatives communautaires de prévention, traitement et réduction des méfaits ;
- Des partenariats, des programmes d'éducation et des interventions augmentées, principalement chez les jeunes ;
- De nouvelles activités de recherche y compris des analyses statistiques de tendances en matière de drogues pour favoriser les processus décisionnels ;
- Des lois et des politiques relatives aux drogues mises à jour ;
- De nouvelles ressources d'application des lois ciblant les laboratoires clandestins, les exploitations de culture de marijuana, etc.

Les objectifs poursuivis avec cette stratégie sont :

- Réduire l'utilisation de drogues nocives ;
- Réduire le nombre de jeunes Canadiens qui font l'expérience des drogues ;
- Réduire l'incidence de maladies transmissibles liées à la toxicomanie ;
- Accroître le recours à des mesures de justice alternative comme les tribunaux de traitement de la toxicomanie ;
- Réduire l'offre de drogues illicites et s'occuper des tendances nouvelles en matière de drogues ;
- Réduire les coûts évitables pour la santé et la société ainsi que pour l'économie.

De plus, le gouvernement prend l'engagement de faire rapport tous les deux ans

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

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

au Parlement et à la population canadienne sur l'orientation et les progrès réalisés.

De fait, l'une des premières démarches s'inscrivant dans le cadre de cette nouvelle stratégie (mise à jour des lois) est le dépôt du projet de loi visant la modernisation de l'application de la loi relativement à la possession de petites quantités de cannabis. Ce projet de loi permet au Canada de respecter ses obligations internationales et les trois conventions par lesquelles il est lié.

S'appuyant sur le fait que la poursuite et la condamnation par un tribunal stigmatise et a parfois des conséquences profondes sur la vie des personnes (emploi, droit de voyager, éducation...), le projet de loi propose pour les infractions mineures de possession, des peines moins sévères, soit une contravention.

Le projet de loi prévoit :

- Possession de 15 grammes ou moins de marijuana : amende de 150\$ pour un adulte et de 100\$ pour un mineur ;
- Possession de un (1) gramme ou moins de résine de cannabis : amende de 300\$ pour un adulte et de 200\$ pour un mineur ;
- Augmentation des montants dans les cas de circonstances aggravantes (acte criminel, conduite d'un véhicule, présence sur le territoire d'une école...).

Le projet de loi veut renforcer la loi en ce qui a trait à la culture de marijuana et augmenter les peines liées aux infractions relatives à la culture. Par ailleurs, un groupe de travail est chargé de trouver des solutions pour décourager l'utilisation de véhicule avec les facultés affaiblies.

Source : Santé Canada

AU REVOIR ROGER ET BONNE RETRAITE... DE L'ENSEIGNEMENT !

Roger Lalonde fait partie des pionniers qui ont contribué au développement du programme de certificat de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Depuis 1986, il a formé plus de 1500 étudiantes et étudiants, à Sherbrooke, Québec, Longueuil, St-Jérôme, Trois-Rivières, Hull, Mont-Laurier, Baie-Comeau, Joliette ou Amos... Le 8 juin dernier, il a donné un dernier cours à Longueuil, soit le TXM140, « *Réadaptation des toxicomanies* ». Engagé, passionné, Roger aime transmettre des connaissances, mais avec le souci constant de trouver les bonnes formules pédagogiques et de rendre les cours très pratiques, concrets, proches du terrain.

Cher Roger, un chaleureux merci pour ta contribution significative au sein du certificat. Merci aussi pour ta grande disponibilité, ta générosité et ta loyauté. Tu laisses ta marque dans l'équipe des chargés de cours par ton implication et ta participation active. Merci au nom de tous et bonne chance dans tes projets !

Lise Roy

Responsable des programmes
1^{er} et 2^e cycle de toxicomanie
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

L comme Lire...



Valleur, Marc; Matysiak, Jean-Claude. (2002). Les addictions. Dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique. Éditions Armand Colin. Paris, France.



Les addictions à une substance... les addictions sans substance... Un ouvrage qui présente les facteurs communs et les différences entre les divers troubles pour lesquels la notion d'addiction semble l'explication ultime. Le livre tente aussi d'apporter un éclairage sur les débats actuels autour du traitement et de la prévention.

Olievenstein, Claude; Parada Carlos. (2002). Comme un ange cannibale. Drogues, adolescents, société. Éditions Odile Jacob. Paris, France.



Entrevue-conversation entre Claude Olievenstein et un autre psychiatre, Carlos Parada, sur les drogues et la société. Cet échange presque à bâtons rompus nous laisse entrevoir l'immense connaissance du sujet de la toxicomanie par Claude Olievenstein mais aussi son expertise clinique et son extrême humanité.

Hostettman, K. (2002). Tout savoir sur les plantes qui deviennent des drogues. Éditions Favre. Lausanne, Suisse.



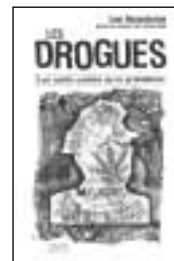
Un ouvrage de plus sur les substances. Écrit par un chimiste qui s'intéresse à l'usage des plantes dans les médecines traditionnelles. Photos, commentaires d'ordre scientifique, historique, etc.

Aquatias, S., Maillard, (1999)l., Zorman, M. Faut-il avoir peur du haschich. Entre diabolisation et banalisation : les vrais dangers pour les jeunes. Éditions La Découverte et Syros. Paris, France



Enquête sociologique sur l'usage actuel du cannabis. La diversité des pratiques présentées et des contextes met le lecteur en contact avec une réalité loin des clichés habituel... Fait réfléchir et voir autrement...

Beauchesne, L. (2003). Les drogues : les coûts cachés de la prohibition. Lanctôt Éditeur. Outremont, Québec.



Pour comprendre ce qui maintient en place la prohibition et l'apathie des populations à ce sujet. L'auteur identifie et analyse les discours, pour conclure en défendant la position qui est la sienne depuis plus de 20 ans, soit l'urgence de sortir de la prohibition.

Gaudet, E. (2002). Drogues et adolescence : réponse aux questions des parents. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Centre hospitalier mère-enfant, Montréal, Québec.



Un intervenant en toxicomanie partage sa grande expérience et propose aux parents un cadre pour entreprendre une démarche de communication avec leur adolescent. Ouvrage dont la simplicité et l'absence de ton didactique séduit ceux qui le lisent et qui souhaitent avancer, comme dit l'auteur « sur les chemins parfois ardu des relations familiales ».

Saint-Arnaud, Y. (2002). La guérison par le plaisir. Éditions Novalis. Montréal, Québec.



Depuis 30 ans, l'auteur mène une étude rigoureuse sur les liens entre le plaisir et la guérison. Il propose d'intégrer le plaisir à la vie quotidienne, en donnant toute leur place aux valeurs impérissables, afin de prévenir et guérir certaines maladies.

Yves Cossette, un intervenant du CLSC-CHSLD du Centre de la Mauricie a lu pour vous :



Beauchesne L. (2003). Comment parler de drogues à nos enfants. Guide pratique. Éditions du Méridien. Montréal, Québec.

Voici ce qu'il en dit :

« Ce guide fait montre d'une concision et d'un pragmatisme dont tout lecteur peut avantageusement tirer profit. Le vocabulaire est accessible et la mise en page attrayante, les réalités familiales quotidiennes et certains principes d'intervention sont bien exposés. De plus, l'auteure élargit son propos sur les drogues à d'autres comportements humains ainsi qu'à leur incidence sur la santé globale (physiologique, psychologique et sociale). Un ouvrage pour tout adulte préoccupé par l'amélioration de son propos et de ses actions envers son (un) enfant dans la vie en général ainsi qu'en promotion de la santé et prévention des toxicomanies ».