

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...

Ce numéro de septembre 2007 vous présente divers textes dont la toile de fond commune est la préoccupation des meilleurs services possibles, en particulier à la jeunesse, face à une problématique comme la dépendance. Les auteurs des textes sont plusieurs à avoir tenté ou mis en place des actions ou programmes qui témoignent de ce souci d'améliorer les pratiques, donc services. Pensons au texte sur la grossesse et l'alcool qui fait état de l'urgence de changer nos perceptions à ce sujet au Québec. Nous avons aussi deux textes qui présentent des programmes et interventions se souciant de l'impact de la toxicomanie du parent sur les enfants. La réduction des méfaits n'est pas absente de ce numéro car cette approche aussi contribue à améliorer les pratiques, cependant, comme on le verra en lisant un texte sur le sujet, il faut réfléchir aux impacts d'une application dans un contexte de prévention universelle... La mise en réseau des services en dépendances de la Montérégie est un texte annoncé dans le précédent numéro, cette nouvelle façon d'articuler les services entre eux sera à suivre. Pourquoi pas dans un prochain numéro? Pour terminer voici quelques nouvelles sur l'état d'avancement du dossier de la Maîtrise en toxicomanie. L'élaboration du dossier de maîtrise de type cours en toxicomanie est terminée. Le dossier a été approuvé par le conseil Facultaire et le conseil Universitaire et a été récemment déposé à la Commission des études des programmes (CEP) de la CRÉPUQ pour étude. Pour la suite, nous attendons les questions et la visite des experts évaluateurs externes à l'automne prochain. Nous espérons recevoir l'avis de la Commission pour la fin de l'année 2007. Entre temps, l'équipe a débuté la mise en œuvre de ce nouveau programme prévu pour l'automne 2009. Dossier à suivre également.

Je vous souhaite une bonne lecture et une bonne rentrée de septembre,

Lise Roy

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

Prévention et intervention

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. L'enseignement se donne dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec et Rouyn-Noranda, sous forme de fins de semaine intensives. Cheminement avec ou sans stage.

INFORMATION

1 800 267-8337, poste 564-5245
(sans frais) ou 819 564-5245
Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

PROGRAMMES DE 2^e CYCLE DE TOXICOMANIE

Fondements et pratiques


Microprogramme de 12 crédits et Diplôme de 2^e cycle de 30 crédits offerts aux détenteurs de baccalauréat oeuvrant dans le domaine ou dans un champ connexe. Cours le soir et la fin de semaine au Campus de Longueuil. Cours sur Internet: TXM700, *Bilan des connaissances et courants actuels* et TXM715, *Psychopharmacologie et toxicomanie*.

maîtrise en toxicomanie (prévue pour l'automne 2009)

INFORMATION

Gaétane Quirion
1 888 463-1835 (sans frais)
ou 450 463-1835, poste 61795

Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

 Longueuil —
Université-de-Sherbrooke

www.USherbrooke.ca/toxicomanie

FORMATIONS AITQ-UdeS 2007-2008

- 28 septembre 2007 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
LE PHÉNOMÈNE DES GANGS:
SENSIBILISATION, PRÉVENTION
ET INTERVENTION
Marie Tremblay, criminologue,
Programme québécois de formation
sur le phénomène des gangs.
...
- 23 novembre 2007 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
ANTISOCIALE ET TOXICOMANIE
Solange Keighan, psychologue,
Institut Philippe Pinel
...
- 25 janvier 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
INTERVENIR EN TOXICOMANIE
AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE PEU
MOTIVÉE OU NON VOLONTAIRE
Yves Gros-Louis, psychologue, directeur
du Centre Psycho-Solutions à Wendake
...
- 8 février 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
ITINÉRANCE, TOXICOMANIE ET
SANTÉ MENTALE : SORTIR DU
COMPLEXE DE L'EXCLUSION
Dr Richard Cloutier, psychiatre,
Clinique Cormier Lafontaine
...
- 14 mars 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
CONSUMMATION PROBLÉMATIQUE
CHEZ LES ADOLESCENTS: MEIL-
LEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION
Jean-Sébastien Fallu, Ph.D., professeur,
École de psychoéducation de l'Université
de Montréal
...
- 18 avril 2008 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30)
PSYCHOTROPES, SANTÉ MENTALE ET
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES
Jean-Marc Pépin, MD, Domrémy MCQ
...

Lieu de formation à Longueuil

Campus de Longueuil (UdeS)
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage

*Pour formations à Québec,
surveillez le site de l'AITQ.*

*** INSCRIPTION ***

S'adresser à l'Association des intervenants
en toxicomanie du Québec (AITQ)
Tél. : 450 646-3271 ou www.aitq.com



L'ALCOOL ET LA GROSSESSE :

L'alcool est un produit tératogène, c'est-à-dire qu'il peut occasionner des malformations congénitales chez l'enfant à naître. Il est clair que, durant cette période de la vie, la consommation régulière ou d'une quantité importante d'alcool peut être dangereuse et est à éviter. Quant aux femmes qui n'ont pas de problème de dépendance et qui boivent de façon régulière mais sans excès lorsqu'elles ne sont pas enceintes, elles peuvent se demander quel est le comportement à adopter pendant la grossesse. Au Canada et dans plusieurs pays, la recommandation est de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse. Au Québec, d'après une récente enquête, 34 % des femmes interrogées six mois après avoir accouché, disent avoir pris de l'alcool pendant la dernière grossesse. D'après d'autres enquêtes, la proportion de femmes qui disent avoir bu de l'alcool pendant la dernière grossesse est plus fréquente chez les femmes plus aisées que chez celles qui le sont moins.

Les intervenants en toxicomanie peuvent être questionnés à ce propos que ce soit dans leur pratique ou encore informellement, par les membres de leur réseau social. Leur expertise leur donne la crédibilité pour se prononcer sur ce sujet délicat. Cet article a pour but de leur rappeler les raisons qui sous-tendent la recommandation d'éviter l'alcool pendant la grossesse et de leur suggérer des façons de conseiller les femmes enceintes qui n'ont pas de problème de consommation d'alcool.

Exposition du fœtus à l'alcool

Tératogénicité de l'alcool

Lorsqu'une personne boit de l'alcool, celui-ci est rapidement absorbé et dilué dans le sang. L'alcoolémie, ou concentration sanguine d'alcool, est un concept connu : plus elle est élevée, plus les effets sont importants. C'est le même phénomène pour la femme enceinte et pour son bébé. Comme le placenta ne filtre pas l'alcool, ce produit passe directement du sang de la mère au sang du fœtus et le bébé est exposé à la même concentration d'alcool que sa mère. L'alcool peut alors interférer avec le développement de ses cellules, ce qui peut occasionner des anomalies dans la formation des tissus et des organes. Le cerveau est l'organe le plus sensible à l'alcool et il est en croissance tout au long de la grossesse.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Les effets résultant de l'exposition prénatale à l'alcool ont été regroupés sous le vocable « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF). Ils sont irréversibles.

À un bout du continuum de l'ETCAF on retrouve le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Il est à noter que l'on parle « d'alcoolisation fœtale » et non « d'alcoolisme fœtal » : le bébé ne souffre pas d'alcoolisme, mais d'effets de l'exposition à l'alcool. Ce syndrome a d'abord été remarqué

en 1968, par Paul Lemoine, un pédiatre qui pratiquait en Bretagne et qui a décrit les anomalies observées chez 127 enfants de parents alcooliques. Jones et Smith, aux États-Unis, l'ont nommé quelques années plus tard.

À l'autre bout du continuum, les enfants peuvent présenter d'autres troubles, parfois aussi graves pour eux. Il s'agit du SAF partiel, des troubles neurologiques du développement liés à l'alcool et des anomalies congénitales liées à l'alcool.

Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) : il se caractérise par la combinaison de trois problèmes.

- anomalies de la face : fentes entre les lèvres minces, visage plat, lèvre supérieure mince et sillon au-dessus de la lèvre supérieure mince ou absent.
- retard de croissance
- dommages au système nerveux central : diminution de la taille du crâne à la naissance, anomalies des structures du cerveau et signes neurologiques, comme des problèmes de motricité fine et de coordination ; les enfants atteints présentent aussi des troubles cognitifs.

Le diagnostic peut être posé même sans confirmation que la mère ait bu de l'alcool pendant sa grossesse.

SAF partiel : il se diagnostique par la présence d'anomalies faciales sans toutes les manifestations caractéristiques du SAF.

Troubles neurologiques du développement liés à l'alcool : ils se reconnaissent par des dommages au système nerveux central qui peuvent se manifester par des problèmes d'apprentissage, des déficits de l'attention, des difficultés à résoudre des problèmes, de l'impulsivité et des troubles du comportement.

Malformations congénitales liées à l'alcool : elles sont diagnostiquées lors de malformations congénitales potentiellement liées à l'alcool ; par exemple, du cœur, des os, des reins, de la vision ou de l'audition.

Le diagnostic du SAF partiel, des troubles neurologiques et des anomalies congénitales liés à l'alcool n'est possible que si la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse est confirmée. C'est une raison importante qui explique que ces problèmes soient sous-diagnostiqués.

Quantité d'alcool nécessaire pour affecter le fœtus

Tous les enfants exposés à l'alcool ne développent pas nécessairement de problème. Cependant, le risque augmente avec la quantité consommée.

Consommation élevée d'alcool : Le syndrome d'alcoolisation fœtale a été observé chez des enfants de mères alcooliques. Il est aussi établi que la consommation d'une grande quantité d'alcool chez une femme enceinte, et plus particulièrement les épisodes de boire excessif, augmentent les risques d'effets néfastes sur le fœtus.

Consommation régulière d'alcool : Des troubles du développement ont aussi été observés chez des bébés nés de mères qui avaient eu une consommation qui aurait été dite à faible risque¹ si elles n'avaient pas été enceintes. La consommation de cinq verres ou plus par semaine augmenterait le risque d'avortements spontanés et de mortinaissances.

Les analyses présentées dans les articles scientifiques sur les effets de la consommation de telles quantités d'alcool ne distinguent pas les façons de boire des femmes enceintes. La consommation d'alcool est rapportée en moyenne. Par exemple, le nombre de verres d'alcool jugé à risque dans une étude peut avoir été bu soit de façon étalée sur plusieurs jours, soit au cours d'un même épisode de consommation. Malgré cette limite, ces études concluent que la consommation régulière d'alcool peut avoir des répercussions sur les issues de grossesse ou sur le développement de l'enfant.

Consommation faible et occasionnelle d'alcool : Jusqu'à présent, aucune étude n'a démontré d'effets nocifs d'une consommation faible et occasionnelle d'alcool.

Autres facteurs de risque individuels

Il demeure important de rappeler que l'ampleur des effets de l'alcool chez le fœtus ne dépend pas seulement de la quantité ingérée, mais aussi de différents facteurs. Il peut s'agir de facteurs biologiques de la mère ou de l'enfant. Le contexte de la grossesse est aussi important : état nutritionnel et de santé de la mère, sa consommation d'autres produits, son statut socioéconomique, ses conditions de vie et les soins obstétricaux qu'elle reçoit.

Ces facteurs varient d'une femme et d'une grossesse à l'autre et leurs effets ne sont pas prévisibles.

Conseils aux femmes enceintes

Devant ces connaissances sur la tératogénicité de l'alcool et sur ses conséquences chez l'enfant, devant l'incertitude quant au risque de l'exposition à une faible quantité d'alcool et devant les facteurs de vulnérabilité individuels, le principe de précaution s'applique.

Le meilleur conseil à donner aux femmes enceintes est celui de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse.

Renseigner sur les équivalences de consommation standard

Dans une étude où des femmes enceintes de différents niveaux économiques étaient interviewées au sujet de leur perception de la

1. Au Canada, il est recommandé aux femmes de ne pas boire plus de neuf consommations standard par semaine, et ce, à raison d'un maximum de deux par jours.

CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES

consommation d'alcool, certaines femmes percevaient le risque différemment selon le type d'alcool consommé. Or, toutes les sortes d'alcool peuvent avoir un effet sur le fœtus. Il n'y a pas de différence entre une consommation standard de bière, de vin ou de spiritueux et les femmes enceintes doivent en être informées.

Équivalences

Au Canada, une consommation standard d'alcool contient 13,5 g ou 17 ml d'alcool pur.

Ceci correspond à :

- Une bouteille de bière de 341 ml ou 12 oz (5 % d'alcool)
- Un verre de vin de 142 ml ou 5 oz (12 % d'alcool)
- Un doseur de spiritueux de 43 ml ou 2,5 oz (40% d'alcool)
- Un verre de vin fortifié de 85 ml ou 3 oz (18 % d'alcool)

Truc mnémotechnique

La quantité en onces d'une consommation standard peut se calculer ainsi : 60 divisé par le pourcentage en alcool du produit.

Exemples :

- Bière à 5 % d'alcool : $60/5 = 12$ oz
- Alcool fort à 40 % d'alcool : $60/40 = 1,5$ oz

Renseigner sans culpabiliser

Pendant la grossesse, les femmes sont soumises à de nombreuses prescriptions et interdits, de choses à faire ou à ne pas faire relativement à leur comportement ou à leur suivi médical. Toute cette information n'est pas hiérarchisée et, dans une certaine mesure, les femmes peuvent trouver difficile de savoir ce qu'elles doivent mettre en priorité. Ceci peut également devenir une source de culpabilité. Dans le cas de l'alcool, donner des conseils ne veut pas dire de juger ou de culpabiliser les femmes.

Environ une femme sur cinq qui donne naissance à un bébé n'a pas planifié sa grossesse. Et même dans les cas de grossesses désirées, plusieurs femmes ont bu avant de se savoir enceintes. Il est impossible de revenir en arrière et il vaut mieux leur rappeler qu'il n'est jamais trop tard pour améliorer leurs habitudes de vie et cesser de boire.

Renseigner sur les ressources d'information

Les femmes qui demeurent avec des questions au sujet de leur consommation d'alcool pendant la grossesse peuvent communiquer sans frais à la ligne « Motherisk » où on leur répondra en français. Cette ligne est aussi mise à la disposition des intervenants pour répondre à toutes leurs questions, notamment lorsqu'ils ont besoin

d'aide pour évaluer les risques et donner les meilleurs conseils à une femme enceinte.

MOTHERISK

Ligne bilingue

8h00 à 20h00, du lundi au vendredi

1-877-327-4636

www.motherisk.org

Conseil à l'entourage des femmes enceintes

Dans l'étude sur les perceptions de la consommation d'alcool des femmes enceintes mentionnée plus haut, des femmes qui ont pris la décision de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ont mentionné recevoir peu de soutien de leur entourage. Par exemple, lors d'événements spéciaux, il arrive qu'elles subissent de la pression à boire : « *Un petit verre, ça ne fait pas de mal...* ». Ces femmes se retrouvent dans une situation difficile et souvent culpabilisante, peu importe la décision qu'elles prennent.

Dans notre culture actuelle, l'alcool accompagne la plupart des événements sociaux. Pourquoi ne pas aussi conseiller à l'entourage des femmes enceintes de proposer des boissons sans alcool ? Il est possible d'offrir toutes sortes de jus et de cocktails sympatiques qui incluent dans la fête non seulement la femme enceinte, mais aussi la personne alcoolique, le chauffeur désigné, la personne qui ne veut pas boire cette journée-là et même les enfants. Finalement, en donnant ces choix à tout le monde, personne ne se sent exclu et n'a à justifier ses choix.

Exemples de boissons sans alcool

- Jus de fruits frais ou congelés
- Boissons pétillantes à base de fruits (pommes, pêches ou autres)
- Jus de fruits exotiques coupés avec de l'eau minérale gazéifiée ou encore avec des sodas au gingembre ou à la limette
- Un morceau d'orange, de melon ou d'autre fruit comme décoration. Les fruits des champs congelés font de jolis glaçons.



Conclusion

Consommer de l'alcool pendant la grossesse comporte des risques d'atteinte au fœtus qui sont d'autant plus grands que la quantité consommée est importante. Les troubles de l'alcoolisation fœtale sont des anomalies congénitales évitables et ne pas boire d'alcool pendant la grossesse demeure la meilleure prévention. Les femmes enceintes sont soumises à de nombreuses pressions pour éviter les risques de problèmes au fœtus. Il est donc nécessaire de les soutenir sans les culpabiliser. L'entourage doit être sensibilisé au rôle qu'il a à jouer dans ce sens.

Bien que de parler des femmes alcooliques n'était pas le propos de cet article, il faut reconnaître

que ces dernières ont plus besoin de soutien que de conseils lorsqu'elles sont enceintes. Leur principale crainte étant celle de perdre la garde de leur enfant, les intervenants doivent adopter une approche ouverte, accueillante et sans jugement pour pouvoir les aider. Il n'y a pas de recette. Cette attitude fait appel à l'expérience et à l'expertise de tous les intervenants qui les croisent à un moment ou l'autre de la grossesse et de l'accouchement : tout au long du suivi prénatal, au moment de l'accouchement, au cours des soins post-natals ou encore lors d'interventions de réadaptation de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Nicole April, Amélie Bourret et Chantale Audet,
Institut national de santé publique du Québec

Références

- April, N., Bourret, A. (2004). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Audet, C., April, N., Guyon, L., De Koninck, M. (2006). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Bondy, S.J., Rehm, J., Ashley, M.J., Walsh, G., Single, E., Room, R. (1999). Low-Risk Drinking Guidelines: The Scientific Evidence, *Canadian Journal of Public Health*, 90(4): 264-270.
- Centre d'excellence sur le développement des jeunes enfants. (2003). *Syndrome d'alcoolisation fœtale*. Site Internet <http://www.excellence-jeunesenfants.ca>.
- Jones, K.L., Smith D.W. (1973). Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in Early Infancy, *Lancet*, 2 (7836) : 999-1001.
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J.-P., Menuet, J.-C. (2003). Children of Alcoholic Parents- Observed anomalies: Discussion of 127 cases », *The Drug Monit*, 25(2) : 132-136.
- Neill G., Beauvais B., Plante N., Haiek L.N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 92 p.
- Santé Canada. (2003). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)-Un cadre d'action*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Secretary of Health and Human Services. (2000). *Prenatal exposure to alcohol*. Secretary of Health and Human Services. 10th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington DC : US Department of Health and Human Services, p. 283-338.
- Société canadienne de pédiatrie. (2002). Le syndrome d'alcoolisme fœtal - Énoncé (II 2002-01). *Paediatric Child Health* 7(3):181-196.
- Société française d'alcoologie. (2003). Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse – Recommandations de la société française d'alcoologie. *Alcoologie et addictologie*; 25(2S):45S-104S.
- Stratton, K., Howe, C., Battaglia, F. (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnostic, Epidemiology, Prevention and Treatment*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Tough, S., Tofflemire, K. Clarke, M., Newburn-Cook, C. (2006). Do Women Change their Drinking Behaviors while Trying to Conceive? An Opportunity for Preconception Counseling, *Clinical Medicine and Research*, 4(2) : 97-105.





« MON PARENT CONSOMME, »

Il y a quelques années les intervenants du service Entourage du Centre Dollard-Cormier eurent la surprise de recevoir cette demande d'un enfant de 11 ans voulant de l'aide pour son parent dépendant. Les services existants n'étant pas adaptés à ce type de requête l'enfant fut accueilli dans sa demande par des services personnalisés et elle fut considérée comme une exception. Cela s'est reproduit quelques semaines plus tard et d'autres fois encore. Voyant qu'une demande de ce type pourrait devenir régulière et réalisant que plusieurs personnes dépendantes consultant au Centre Dollard-Cormier étaient parents, il nous est apparu important de créer un volet de services à l'entourage, pour les enfants vivant ou ayant vécu avec un parent dépendant. Une recension de ce qui existait au Québec touchant cette clientèle fut la première étape de la mise en place de ce nouveau service. Rapidement il apparut qu'il y avait très peu de programmes touchant cette clientèle. La recension nous permit de connaître la publication d'une recherche de Frank Vitaro, Jean-Marc Assaad et René Carbonneau portant sur *Les enfants de parents affectés d'une dépendance* (2004) qui nous sensibilisait aux impacts vécus par ces enfants et nous donnait des pistes pour intervenir auprès d'eux. Les auteurs de cette recherche identifiaient aussi l'importance de l'approche bimodale pour maximiser l'impact de nos interventions, les parents étant les piliers de la construction de l'identité d'un enfant. Le projet fut donc envisagé dans un programme d'intervention familiale. Dès le début, l'équipe d'intervention s'est rattachée à une équipe de recherche pour aider dans la recension des écrits sur le sujet et aussi avec l'objectif de mesurer par une recherche l'évaluation des impacts de ce processus d'intervention sur les familles participantes.

LE PROGRAMME

Avant de penser à la programmation, nous nous sommes arrêtés sur certains éléments relatifs à la sélection de la clientèle visée. Les enfants de tout âge sont touchés par les problèmes de leurs parents. Le Centre Dollard-Cormier ayant déjà un programme pour les parents d'enfants de 0 à 5 ans (le Programme Jessie) et sachant que les adolescents vivent ces répercussions d'une façon différente souvent plus réactive, ce sont les enfants de 6 à 12 ans qui furent principalement ciblés. Ces enfants de la période de latence sont à l'étape de la construction de leur identité, leur vulnérabilité

face au modèle parental est donc grande alors qu'ils se retrouvent dans un temps d'apprentissage important. Ces éléments devenaient des clefs pour maximiser l'impact d'une intervention familiale. Nous avons choisi une approche bimodale incluant le parent consommateur et/ou le parent non consommateur vivant avec cet enfant ou toute autre personne en lien de parentalité face à l'enfant.

La programmation fut pensée en intervention de groupe afin de sortir les familles concernées de l'isolement souvent associé à la problématique de dépendance.

Cette programmation consiste en une séquence de 12 soirées étalées sur 24 semaines afin d'étirer le temps d'intervention et de permettre aux parents participants de faire le devoir qui leur est attribué à chacune des rencontres de groupes afin de poursuivre et consolider leur cheminement. Une séance d'une soirée dure une heure et demie. Cette durée représente un délai très court pour l'échange du côté des parents mais elle est maximale pour les enfants. Une fois les cohortes formées, les familles commencent la démarche ensemble, sans possibilité d'ajout en cours de cheminement. L'étalement aux deux semaines favorise aussi la création de groupes plus homogènes du côté de l'âge pour les enfants avec un groupe de petits (6 à 9 ans) et un groupe de grands (10 à 12 ans).

Les rencontres pour les enfants suivent le même plan d'une séance à l'autre et se soucient énormément de la notion de plaisir pour les enfants. Chaque soirée débute par une activité avec des cartes-sentiments afin de développer des habiletés à parler de ses émotions. Ensuite, une activité qui prépare au thème principal de la soirée éveille à ce qui sera travaillé durant la soirée. L'activité principale de chaque soirée touche un thème précis dans le but de sortir de la problématique de la dépendance et de ses conséquences. Les thèmes passent par des activités ludiques tout en donnant de l'information et en permettant la résolution de certains dilemmes. Les enfants ont ensuite un temps de collation qui permet de compléter l'activité en cours ou permet un échange plus informel entre les participants et le personnel intervenant. Chaque soirée se termine sur une courte période de relaxation ou de calme pour faire une transition vers le retour à la maison. Du côté des parents les soirées sont davantage structurée autour du thème

principal avec un petit temps de retour sur la semaine précédente au début de la soirée, un temps d'explication du prochain devoir et de réactions sur la rencontre.

Cette programmation bâtie autour des besoins et des demandes des enfants, vise en grande partie à redonner leurs responsabilités aux parents en augmentant leur connaissance de l'impact de la dépendance sur le rôle parental, en augmentant la prise de conscience de l'impact de leur dépendance sur leur enfant et en favorisant les facteurs et les expériences propices à la résilience pour les enfants.

Pour chaque famille, le processus commence par une évaluation familiale. L'objectif étant de prendre contact de façon personnalisée avec les familles et de bien présenter le projet et l'implication qui sera demandée aux parents. La première rencontre avec le parent uniquement permet de vérifier l'intérêt et les attentes tout en suscitant un engagement clair pour lui et son enfant. Une autre rencontre avec l'ensemble de la famille permet à l'équipe de mieux connaître cette famille et son histoire en utilisant le génogramme comme outil. Une dernière rencontre avec le parent nous permet de compléter des questionnaires dans le but de faire une évaluation d'impact.

Les thèmes abordés tout au long du processus se recoupent en trois grandes catégories :

- La dépendance
- Le fonctionnement familial
- Les outils de résilience

Le processus commence par une activité de groupe servant à faire connaissance et à créer l'esprit du groupe. On prend le temps aussi, autant pour les enfants que pour les parents, d'expliquer le fonctionnement de chacune des séances et des règles s'appliquant au déroulement. Du côté des parents il est de nouveau souligné que le rôle parental est l'élément clé de tout le fonctionnement.

La dépendance reste l'élément central des trois rencontres suivantes. Tout d'abord, il s'agit d'expliquer son développement par le cycle de l'assuétude afin d'établir un langage commun et de bien illustrer que c'est une problématique personnelle ou seule la personne qui se trouve dans cette « roue » répétitive détient le pouvoir d'en sortir. On poursuit ensuite en mettant l'accent sur les impacts négatifs de la dépendance principalement sur le doute et le silence qui l'accompagnent régulièrement. Cette

QU'EST-CE QUE JE PEUX FAIRE ? »

catégorie se termine par la recherche de solutions de rechange pour les enfants afin de se libérer de la lourdeur de la situation et par l'identification d'éléments réduisant les méfaits pour les parents afin de maintenir la sécurité et le soutien aux enfants. L'importance des règles et des routines qui est nommée dans cette séance ouvre la porte à la deuxième grande catégorie, celle qui concerne le fonctionnement familial.

Pour mieux comprendre l'importance de la famille cette série de trois rencontres met l'accent sur l'approche systémique. Cela traduit bien l'interdépendance de chacun des membres d'une famille et comment un mouvement chez l'un provoque des répercussions sur l'ensemble de la famille. Pour bien connaître et comprendre le fonctionnement de la famille, il importe de bien comprendre qui nous sommes. Avec l'approche de l'analyse transactionnelle, nous découvrons comment nous sommes et comment nous entrons en relation avec les autres. Cette approche a été retenue car elle est facilement compréhensible pour les enfants et permet d'avoir une vision commune pour l'ensemble de la famille. Cette partie se conclut par l'identification des rôles de survie qui s'installent dans une famille à cause de la problématique de dépendance.

Pour terminer le cheminement, les quatre soirées suivantes mettent l'accent sur les outils de résilience. Nos lectures nous ont amené à cibler l'estime de soi, la communication, l'intimité/le secret et la compréhension du monde émotif comme outils de résilience. L'estime de soi est traitée de façon un peu différente pour les parents et les enfants. Alors que les parents sont amenés à se questionner sur le type de parents qu'ils représentent et à identifier si ce type favorise l'estime de soi de leur enfant ; les enfants mettent l'emphase sur la connaissance de leurs forces et leurs faiblesses pour une vision complète de qui ils sont. La communication est ensuite regardée à travers ses obstacles et ses outils afin de l'améliorer dans les rapports entre tous. L'importance de l'intimité, des frontières et la lourdeur et les conséquences de certains secrets sont les thèmes clés de la rencontre suivante. Les outils de résilience se terminent avec la compréhension du monde émotif. Les enfants abordent ce thème à petite dose depuis le début du processus par l'activité des cartes sentiments mais pour cette soirée ils augmenteront leurs connaissances en

identifiant plusieurs autres émotions et les variations d'intensité possibles dans le monde émotif. Les parents, quant à eux, mettront l'accent sur la reconnaissance de leur émotions et surtout sur l'importance de l'accueil du monde émotif de leur enfant dans leur rôle parental.

Nous terminons notre cheminement par une soirée divisée en deux sections. La première partie sert à faire un bilan et à identifier ce qui a été le plus aidant alors que la deuxième partie est consacrée à une fête de reconnaissance, tous ensemble, pour souligner les efforts et la persévérance des familles participantes.

Parallèlement aux séances de groupe chaque famille bénéficie de trois rencontres familiales pour personnaliser son cheminement et identifier des défis plus pertinents à leur propre vécu familial.

LES GRANDES COMPOSANTES

Notre programmation repose sur des éléments théoriques importants ayant déjà dans le passé montré leur valeur dans l'intervention. Le Centre Dollard-Cormier travaillant avec l'approche de la réduction des méfaits cette philosophie se retrouve aussi dans ce programme d'intervention familiale tout en maximisant la sécurité des enfants. Les parents sont interpellés dans leur rôle parental de protection et doivent identifier des mesures palliatives à leurs problèmes personnels. L'approche systémique (bien établie dans les interventions familiales) se retrouve au cœur de notre vision tout au long du processus. L'analyse transactionnelle déjà utilisée avec succès dans des interventions familiales nous a permis de trouver une compréhension de l'individu accessible à tous et de cibler des pistes d'intervention axées sur les changements et la résolution de problèmes. L'importance des facteurs de résilience et surtout de tuteurs de résilience pour les enfants vivant des difficultés se retrouve aussi au cœur de notre programmation par notre approche bimodale. Nous espérons que chaque famille ressorte grandie de son implication et que ces enfants puissent briser la chaîne de la problématique dont nos génogrammes ont régulièrement montré la présence depuis plus d'une génération dans les familles participantes.

L'EXPÉRIMENTATION

Notre expérience a débuté en octobre 2006 avec une première cohorte. En mars 2007 une deuxième cohorte nous permet

de croire que notre programme répond bien aux attentes des familles et les aide à comprendre et à modifier leur fonctionnement. Chaque famille avait des attentes différentes au départ mais la participation à l'ensemble des activités les intéressait et les stimulait. Nous avons démarré notre première cohorte avec 10 enfants et 9 parents pour un total de 7 familles différentes ayant 3 fratries. Une famille a dû abandonner en cours de route mais tout en maintenant un intérêt pour une prochaine séquence à l'automne 2007. Les enfants avaient un âge variant entre 7 et 12 ans (moyenne de 10 ans) et les garçons étaient majoritaires. Les rencontres se sont ajustées pour les enfants (davantage d'activités physiques) afin de répondre à leur besoin de bouger régulièrement. Tous les thèmes abordés ont eu des répercussions positives et lors du bilan les enfants se souvenaient parfaitement de tous les sujets abordés y compris ceux des premières soirées. Les parents ont aussi fait un bilan positif de leur cheminement. Seul le peu de temps possible aux échanges était souligné comme défailtant. Plusieurs parents avaient l'impression d'avoir reçu un mode d'emploi pour comprendre leur enfant et se sentaient mieux outillés pour faire face à leur responsabilité parentale.

La deuxième cohorte comprend 6 familles avec 6 enfants et 6 mères participantes. La majorité est féminine (un seul garçon) et l'âge moyen autour de 8 ans. Le processus s'ajuste donc à ce changement, certaines petites filles demandant davantage d'aide dans une partie des activités utilisées. Un groupe constitué uniquement de mères harmonise le vécu mais la vision du père est manquante dans les exemples d'autant plus que toutes les familles de notre deuxième cohorte sont monoparentales. Le processus plait beaucoup et dans cette deuxième expérimentation le délai est plus rapide car les rencontres sont hebdomadaires afin de terminer le programme pour la fin de l'année scolaire donc avant les vacances d'été. Cela nous permettra de voir la différence et peut-être les avantages ou les désavantages de l'étalement de nos rencontres.

Estelle Gemme
Centre-Dollard-Cormier



LE PROGRAMME MÈRE-ENFANT DE PORTAGE

Ce programme est un traitement de la toxicomanie unique et novateur, qui a pour objectif de permettre aux mères toxicomanes de retourner dans la société en leur donnant les moyens et le système de soutien qui leur permettront de vivre sans avoir recours à la drogue. Il est conçu pour les mères toxicomanes de 18 ans et plus qui font preuve de motivation à régler leurs problèmes personnels. Les enfants (de la naissance à 7 ans) sont accueillis avec leur mère s'ils n'ont pas de problème de santé grave. Le programme Portage est fondé sur l'approche de la communauté thérapeutique qui met l'accent sur les concepts d'efforts personnels, l'influence positive des pairs et une atmosphère semblable à celle d'une famille. Ce traitement offert en résidence pour les mères toxicomanes et leurs enfants constitue une nouvelle alternative. Les mères ont ainsi la chance de conserver la garde de leurs enfants tout en faisant face aux nombreuses questions qui les préoccupent, soit la toxicomanie, le rôle parental, l'isolement, les soins de santé, la famille et les relations interpersonnelles.

Les objectifs du programme

Les objectifs pour les mères sont les suivants :

- Offrir des soins complets, de façon continue, par le biais d'un programme en résidence et d'un programme postcure, pour faciliter la réadaptation des femmes souffrant de toxicomanie ;
- Offrir un programme de traitement qui favorise une meilleure estime de soi et un sens des responsabilités accru en expérimentant la prise en main personnelle et le développement des compétences ;
- Aider les mères à accroître leurs habiletés parentales et à renforcer les liens émotifs qui les unissent à leurs enfants ;
- Apprendre aux mères à utiliser les ressources communautaires disponibles pour obtenir les meilleurs soins pour leurs enfants ;
- Faire en sorte que les mères qui complètent le programme possèdent les outils nécessaires à leur réinsertion en société et continuent leur réadaptation.

Les objectifs pour les enfants sont :

- Fournir un environnement où ils trouveront une sécurité, de bons soins et un encadrement, tout en demeurant avec leur mère ;
- Permettre aux enfants de vivre dans un environnement amélioré qui contribue à leur développement émotif, intellectuel et physique ;
- Freiner le cycle de la toxicomanie transmise de génération en génération ;
- Évaluer et considérer les besoins spécifiques des enfants et leur assurer des soins continus en les référant aux ressources

communautaires appropriées lorsqu'ils quittent le programme.

Un programme complet pendant et après le traitement

Dans le contexte de la communauté thérapeutique, les groupes de soutien composés de pairs, les séminaires de sensibilisation et les expériences pratiques du rôle parental permettent aux mères de s'engager dans un processus de traitement conçu pour combler leurs besoins individuels. Le programme de traitement permet à ces femmes de maîtriser les habiletés qui leur seront nécessaires pour devenir des membres productifs de la société. De plus, une équipe de professionnels encadre les enfants et leur enseigne un ensemble de comportements appropriés à leur âge.

Le programme en résidence est d'une durée de huit à douze mois, dépendamment des acquis. Au cours de cette période, les participantes vivent dans un environnement valorisant et structuré en plus de bénéficier des services d'un personnel compétent. Les mères participent à des sessions de thérapie de groupe chaque jour, ce qui les aide à élargir leurs connaissances, leur confiance en soi ainsi qu'à retrouver leur dignité. D'autres rencontres de groupe abordent la toxicomanie et la prévention des rechutes, le rôle parental, les relations intimes, les questions de santé et les aptitudes à la vie quotidienne.

Du personnel qualifié aide les enfants à accepter les conséquences pédagogiques et psychologiques de la toxicomanie de leur mère. Les mères et leurs enfants font une variété d'activités ensemble afin de renforcer les liens qui les unissent.

Portage fournit également du soutien aux pères et aux membres de la famille et travaille en étroite collaboration avec les services sociaux et les travailleurs du domaine de la santé. Un programme externe, suivant le traitement, aide les mères et leurs enfants à s'ajuster convenablement à la vie dans la communauté. Un service complet de soutien aux familles et aux proches est aussi offert pendant et après le traitement. Un programme de réinsertion professionnelle fait également partie de la thérapie. Entre huit et dix mères sont encadrées à la phase de réinsertion sociale.

Un programme qui a évolué

Portage a commencé à accueillir des mères dès 1993. Par contre, le programme mère-enfant dont il est question dans ce texte a été mis en place en 1996. Au début, les efforts étaient concentrés presque exclusivement à réduire les obstacles menant à l'entrée en thérapie pour certaines résidentes. Le

programme a été modifié par la suite pour inclure un aspect thérapeutique visant les besoins des enfants. Le programme en place s'est amélioré au fil des ans. En raison de ses résultats prometteurs, Portage souhaite l'élargir à un plus grand nombre de femmes et d'enfants et en approfondir certaines dimensions dans le but de créer un programme totalement autonome pour les mères et enfants en traitement tout en accordant une priorité (mais non l'exclusivité) aux femmes enceintes.

Dans le cadre de ce programme élargi, 25 mères et femmes enceintes ainsi que 25 enfants peuvent être admis à l'étape résidentielle. Le programme s'est installé, en novembre 2006, dans de nouveaux locaux de 15 000 pieds carrés situé au 2455 avenue Lionel-Groulx dans le quartier Petite-Bourgogne. Mieux adapté aux besoins des mères et de leurs enfants, ce nouvel emplacement permet à Portage de doubler la capacité d'accueil du programme et de traiter annuellement environ 75 mères et 75 enfants. L'organisme peut ainsi venir en aide à un plus grand nombre de femmes qui désirent conserver la garde de leurs enfants pendant leur séjour au centre.

Le centre comprend six unités, chacune dotée de chambres, d'une cuisinette et d'une pièce commune. Les membres du personnel, les résidentes et leurs enfants peuvent donc bénéficier de nouvelles installations dans un environnement chaleureux à proximité de tous les services.

La localisation du centre offre plusieurs avantages. Il est situé sur l'île de Montréal, près des transports en commun, du CLSC, d'un hôpital général et dans un quartier offrant des espaces de jeux. À proximité de logements sociaux, il offre également une accessibilité aux différentes ressources communautaires (bibliothèque, centre sportif, etc.).

Intégrer un nouveau mode de vie n'est pas chose facile. Se joindre à la « famille Portage » entraîne de nombreux défis et un travail d'introspection. Le processus est exigeant, mais ô combien enrichissant pour les résidentes qui auparavant avaient de la difficulté à s'ajuster aux structures et aux limites de leur environnement.

Caroline Chartier
Adjointe à la direction
Portage

Pour admission :
Téléphone : 514-935-3152
Poste : 104

Pour plus amples informations :
www.portage.org



Pour favoriser les projets d'études supérieures en toxicomanie

Création du Fonds de bourse Jean Lapointe en partenariat avec l'Université de Sherbrooke

En février 2007, la Fondation Jean Lapointe a annoncé la création du Fonds de bourse Jean Lapointe en collaboration avec le programme de 2^e cycle de toxicomanie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke. Constitué d'une somme de 50 000 \$ répartie sur cinq ans, ce fonds favorisera la réalisation de projets d'étude ou de stages visant l'amélioration des pratiques d'intervention en toxicomanie.

Les bourses seront attribuées aux élèves méritoires qui rencontreront les critères d'admissibilité et qui se qualifieront. Les critères d'admissibilité et de qualification ont été convenus par un comité formé de la Direction des programmes d'études en toxicomanie et d'un représentant du conseil d'administration de la Fondation Jean Lapointe.

ÉVÉNEMENTS

COLLOQUE DE L'AITQ



« Toxicomanie et troubles concomitants ».

Du 28 octobre au 31 octobre 2007
À l'hôtel Delta de Trois-Rivières

Renseignements et inscription :
AITQ

Tél. : 450 646-3271

Télé. : 450 646-3275

Courriel : info@aitq.com



11^{es} journées annuelles de santé publique

Du 20 au 23 novembre 2007

Fairmont Le Reine Élisabeth de Montréal

Dans le cadre des 11^e Journées annuelles de santé publique, l'INSPQ présentera une journée thématique sous le sigle « *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. À l'heure de l'intégration des pratiques* ». Cette journée se tiendra le vendredi 23 novembre, de 9h30 à 17h00.

Le Dr Thomas Babor, du Department of community Medicine and Health Care de l'University of Connecticut Health Center, spécialiste en dépistage, intervention précoce, évaluation de l'intervention des phénomènes liés à l'alcool et autres drogues, présentera la conférence plénière du vendredi matin, après quoi il participera à la journée thématique « *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. À l'heure de l'intégration des pratiques* ».

Pour de plus amples informations, vous pourrez consulter le programme des JASP sur le site de l'INSPQ www.inspq.qc.ca

Louise Guyon – Nicole April

LA MISE EN RÉSEAU INTÉGRÉ des activités et services en dépendances sur le territoire de réseau local du Suroît : le projet de démonstration

L'intégration des activités et services en dépendances : une préoccupation

La préoccupation était déjà présente, lors de l'adoption par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie du *Plan d'action régional sur le jeu pathologique 2002-2005* (décembre 2002) et du cadre de référence *Pour un réseau intégré en toxicomanie* (juin 2003). Des principes d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des activités et des services constituent les fondements du réseau intégré. Par ailleurs, les constats d'une couverture seulement partielle du continuum de services par les interventions réalisées et le sous-financement de certains niveaux d'intervention imposaient une nouvelle vision de l'organisation des services. Finalement, en 2004, l'Agence proposait un cadre de référence du *Projet de démonstration de mise en réseau intégré d'activités et services en dépendances sur un territoire de réseau local (RID)* qui actualise les principes présentés dans les documents de décembre 2002 et juin 2003.

Le choix du CSSS du Suroît

En raison du taux élevé de prévalence en toxicomanie et jeu pathologique sur le territoire; des ententes de services conclues entre les partenaires de ce même territoire; de la détermination des partenaires locaux à travailler en réseau intégré; d'un niveau d'infrastructures suffisantes en termes d'activités et de services ainsi que du potentiel de généralisation au niveau régional et national, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a choisi le réseau local du CSSS du Suroît pour l'implantation d'un projet de démonstration du RID.

Les travaux pour l'implantation du RID débutèrent en juin 2005. Afin de s'assurer de la réussite de l'implantation et de faciliter un éventuel déploiement régional, l'évaluation de l'implantation a occupé une place importante dans la démarche d'implantation.

Un mandat de 1^{ère} ligne clairement positionné

La prestation des services de première ligne en dépendances, telle que prévue dans le cadre de référence a été confiée aux services d'Accueil-Évaluation-Orientation du CLSC. Dans le cadre du sous-programme dépendances, les intervenants

de l'AÉO ont donc un mandat clair de prestation de services de première ligne en dépendances. Leur niveau de connaissances et de pratique devra être adapté pour leur permettre de réaliser, entre autre, la détection et le dépistage des dépendances ainsi que les entrevues motivationnelles brèves.

Une démarche d'implantation en trois phases : l'analyse de la situation ; la conceptualisation et la mise en opération

L'analyse de la situation a été réalisée sur un échantillon non probabiliste de 13 organismes (sur les 37 partenaires potentiels) par le biais d'entrevues visant à connaître les interventions réalisées auprès des usagers présentant une problématique liée à l'usage de psychotrope ou au jeu.

L'analyse des données s'est traduite en termes de points forts et points faibles des interventions réalisées, ainsi qu'en leviers pour l'action ou au contraire, résistances à l'implantation d'un réseau intégré.

C'est à l'étape de la **conceptualisation** que le parcours clinique souhaité pour les usagers a été établi. Les mécanismes de coordination (tirés du cadre de référence *Pour un réseau intégré en toxicomanie 2003*) furent adaptés au modèle de réseau intégré local répondant aux besoins de notre communauté. Un plan de travail pour l'implantation du projet fut aussi adopté, selon un échéancier d'un an. Le devis d'évaluation par monitoring évaluatif fut également finalisé à cette étape. Il s'agira d'évaluer dans quelle mesure l'implantation correspond aux plans initiaux et d'observer de quelle façon l'environnement (interne et externe) influence la mise en œuvre du projet.

L'étape en cours est celle de la **mise en opération**. Elle consiste à rencontrer les 37 partenaires, un à un, pour expliquer les détails du RID et discuter de leur contribution sur le continuum d'intervention. Cette tournée devra être suivie par les signatures des protocoles d'ententes qui lieront les organismes entre eux en regard des objectifs du réseau intégré.

Pour rehausser le niveau de connaissances et de compétences en matière de dépendances de l'ensemble des intervenants des organismes partenaires, le

Suite à la page 8



Service régional de formation en dépendances est mis à contribution. Plus de 100 intervenants (provenant de milieux aussi disparates que complémentaires, tels que le service de probation et les services de sécurité alimentaire), recevront différentes formations et supervisions sur les dépendances. L'objectif n'étant pas de former des spécialistes en toxicomanie mais des intervenants sensibilisés aux méfaits de l'usage inadéquat de psychotropes et des jeux de hasard et d'argent. Certains partenaires cliniques seront pour leur part habilités à détecter et dépister les problèmes associés à l'usage de substances psychotropes. De plus, formés à l'intervention motivationnelle brève, ils seront en mesure d'accompagner leurs clients vers le changement ou vers des services spécialisés si requis. Dès lors par le biais des médias locaux, la population du territoire sera invitée à utiliser le CLSC comme porte d'entrée des services en dépendances et l'ensemble des partenaires sera mis à contribution pour répondre avec plus d'efficacité aux besoins spécifiques des usagers.

Les partenaires d'implantation

Les partenaires du processus d'implantation sont des acteurs régionaux impliqués dans un comité stratégique. Ils proviennent des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes Le Virage (francophone) et le Pavillon Foster (anglophone); l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; la Maison l'Alcôve et le CSSS du Suroît. Le mandat de ce comité est de recommander les conditions de généralisation du projet. Un comité de travail, composé d'acteurs locaux, a été mandaté pour voir à la mise en œuvre du projet en fonction du cadre de référence.

De plus, le projet d'implantation du RID s'associe au programme de recherche sur les addictions de l'Hôpital Douglas et de l'Université McGill dont l'objectif est d'étudier l'harmonisation des pratiques avec les meilleures normes fondées sur la preuve (MNP; Evidence-based), dans le domaine de l'abus de substances en première ligne. L'association à ce projet de recherche permet aux intervenants de l'AÉO d'expérimenter le système *Batterie Quest™*, outil de prise de décision clinique assistée par ordinateur dont l'objectif est de faciliter l'application des meilleures pratiques à la détection, au dépistage, à l'évaluation et à la planification des soins chez les personnes aux prises avec un problème lié aux psychotropes. Ce

système collige une série de mesures objectives chez les patients et fournit au clinicien un sommaire d'évaluation ainsi que les lignes directrices d'un plan de soins établi selon les meilleures pratiques.

Les partenaires d'intervention

Ils sont 37 actuellement, cependant, les protocoles d'ententes ne sont pas encore signés, il demeure possible que certains partenaires se désistent ou que d'autres manifestent leur intérêt. Le programme de santé mentale et les services jeunesse du CSSS sont des partenaires ainsi que les groupes de femmes (ex les ressources pour femmes victimes de violence); les ressources alternatives en santé mentale; les centres d'hébergement pour personnes itinérantes; les ressources en sécurité alimentaire; les groupes de médecine familiale; la sécurité publique; les établissements scolaires pour adultes, les centres jeunesse, etc. Ces organisations sont toutes en contact ou interviennent, d'une façon ou d'une autre, auprès des gens qui peuvent avoir été contraints à demander des services en lien avec un usage inadéquat de psychotropes ou du jeu.

Deux obstacles

Le premier concerne l'analyse de la première phase de déploiement du projet car celle-ci repose principalement sur l'appréciation subjective des personnes interrogées. De fait, les partenaires de la première ligne ne compilent pas de données statistiques précises sur les activités et services offerts en dépendances, ce qui ne permet qu'une vision approximative de la situation actuelle.

Le deuxième est d'ordre organisationnel. Les services d'AÉO furent réorganisés¹ parallèlement à l'implantation du programme dépendances, or, les activités et services en première ligne Dépendances seront actualisés par l'équipe d'AÉO. La complexité de la réorganisation de l'AÉO a nécessité un investissement de temps considérable d'où un retard dans les travaux d'implantation du RID.

Les leviers

La participation active des acteurs réunis au comité de travail sur les dépendances fut un moteur important. L'enthousiasme de l'ensemble des partenaires consultés quant à l'implantation d'un RID ouvre une belle perspective de changement quant aux ententes qui naîtront. De plus, la

1. Dans le respect des recommandations du comité de travail sur *L'harmonisation des pratiques à l'accueil psychosocial des CLSC de la Montérégie* (juin 2006)

faiblesse même de la première ligne d'intervention peut devenir un point fort en offrant un terrain vierge où les initiatives sont les bienvenues.

Les défis

Les changements de pratique organisationnelle d'une grande ampleur et impliquant de nombreux partenaires exigent des changements culturels importants et prennent un temps considérable à prendre forme. Les efforts déployés de part et d'autre peuvent au fil du temps s'écarter de ce qui était prévu et les réalisations devenir des éléments nous déviant de la trajectoire fixée en termes d'objectifs à atteindre. Le rôle de la coordination du réseau intégré, pour voir au suivi des pratiques recommandées, prend alors toute son importance et son sens.

Les changements apportés par le projet

Pour le parcours clinique

Puisque ce projet vise à accroître l'accessibilité, la complémentarité et la qualité des activités et des services pour les adultes de 18 à 64 ans du territoire du CSSS du Suroît, Il exige un processus clinique rigoureux garantissant un parcours de la clientèle harmonisé à travers les différents services et activités du RID, de la première à la troisième ligne d'intervention.

Bien sûr, les **usagers** auront toujours l'opportunité de s'adresser directement au service de deuxième ligne du Virage ou à tout autre organisme de leur choix, mais toutefois, dans le but d'offrir une qualité supérieure de services et d'activités en dépendances, nous recommandons systématiquement à nos clients de profiter d'un réseau concerté qui garantit un processus clinique complet, de la détection à la réinsertion sociale.

Pour la porte d'entrée privilégiée des services et activités en dépendances

Le CSSS du Suroît sera la porte d'entrée privilégiée des services de première ligne et de deuxième ligne. Disposant de l'expertise pour procéder au dépistage des dépendances, les intervenants de l'AÉO sont habilités à évaluer le niveau de risque associé à la consommation et donc en mesure d'orienter et d'accompagner adéquatement la personne en demande d'aide. Les usagers référés (par les partenaires) au CLSC et dont la consommation n'exige pas les services de la deuxième ligne se voient offrir une gamme de services psychosociaux de première ligne, par exemple le programme Alcochoix+. Pour ceux et celles qui présentent un degré de

gravité plus élevé, le CLSC demeurera le principal référant aux services spécialisés. En somme, les partenaires référeront à l'Accueil-Évaluation-Orientation du CLSC les personnes présentant une consommation à risque et (ou) celles pour qui un doute existe. En contrepartie, l'expertise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (Le Virage et le Pavillon Foster) est reconnue et sollicitée pour l'évaluation spécialisée et le traitement des dépendances. Lorsque requis, c'est le centre de réadaptation qui verra à orienter l'utilisateur vers les centres de thérapie interne avec lesquels une entente de service sera convenue. Ce sont également les centres de réadaptation qui ont le mandat de référer les usagers aux services de troisième ligne lorsque leur état exige un traitement surspécialisé.

Pour les intervenants de l'AEO

La pertinence des interventions relatives au programme dépendances n'est généralement pas remise en question. Certains intervenants jugent même que les formations et les supervisions offertes dans le cadre de l'implantation du programme dépendances du CSSS auront permis l'augmentation de leur sentiment de compétence. Cette nouvelle assurance, doublée d'un meilleur niveau de connaissances, permet désormais aux intervenants d'avoir l'impression d'être mieux outillés pour offrir une réponse plus complète aux usagers ayant une consommation à risque. Ainsi, d'après des résultats préliminaires, le CAGE-AID fut administré dans une proportion de 46 % aux adultes présentant une demande de service à l'Accueil-Évaluation-Orientation. La possibilité d'une consommation problématique de psychotrope fut détectée pour 42 % de ceux-ci. Pour l'ensemble de ces clients, une intervention motivationnelle brève fut réalisée.

Toutefois, selon ces mêmes intervenants à l'AEO, les nombreux mandats portés par l'équipe créent une pression qui ne facilite pas l'actualisation du programme Dépendance. Conséquemment, et jusqu'à présent, ce n'est que dans une proportion de moins de 1 % qu'un test de dépistage fut administré. À son terme, l'évaluation de l'implantation nous éclairera davantage sur cette situation.

Conclusion

L'agenda de l'évaluation de l'implantation s'étend de juin 2006 à mars 2007. Cette évaluation de l'implantation du projet de démonstration de mise en réseau intégré des activités et services en dépendances

sur le territoire du réseau local du Suroît revêt un intérêt particulier. Pour une régionalisation du projet, il va de soi que documenter l'expérience est d'une valeur inestimable pour s'assurer du maximum d'efficacité dans la planification d'un éventuel RID sur un autre territoire. Pour le CSSS du Suroît, l'évaluation du processus sera aussi fort intéressante dans la mesure où de nombreux facteurs déterminants sont en jeu, dans un contexte complexifié par la fusion des établissements. Ainsi, le projet clinique qui implique le développement du programme dépendances est actualisé par une équipe d'Accueil-Évaluation-Orientation nouvellement formée et le programme de première ligne dépendances sera développé parallèlement au nouveau programme d'AEO. Comme on le voit, de nombreux facteurs sur le plan du comportement organisationnel ainsi que sur les stratégies d'implantation sont en jeu. L'évaluation risque d'être fort instructive. C'est une histoire à suivre...

Benoit Geneau, ts
CSSS du Suroît

Références :

- ADRLSSSS de la Montérégie (2004), Projet de démonstration de mise en réseau intégré d'activité et de services en dépendances sur un territoire de réseau local de services. Longueuil, Québec.
- ADRLSSSS de la Montérégie (2002), Plan d'action régional sur le jeu pathologique 2002-2005, Longueuil, Québec.
- ADRLSSSS de la Montérégie (2003), Pour un réseau intégré en toxicomanie, Cadre de référence. Longueuil, Québec.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, (1998) Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : application en promotion de la santé en toxicomanie, Montréal, Québec.

REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué
à ce numéro

Éditeur :

Les programmes d'études
en toxicomanie de l'Université
de Sherbrooke

Directrice des programmes :

Lise Roy

Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :

MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec
et du Canada

P.N.P...

(Petites nouvelles pharmaceutiques)

LES BOISSONS ÉNERGÉTIQUES

Différents breuvages en vente libre sont actuellement perçus comme attrayants, spécialement par les jeunes. Quelques noms : GURU, Sobe Arush, Energy, Red bull, etc.

Vendus comme produits naturels, ils sont dispendieux mais censés améliorer les facultés physiques et mentales.

Voici quelques exemples de composition :

- GURU léger : Extrait de guarana, sel, extrait d'échinacée, extrait de ginkgo biloba, extrait de ginseng panax, sucralose
- Sobe Arush/sans sucre : Taurine, inositol, caféine (80 mg), vitamine C, extrait de graines de Paulinia cupana (guarana), normalisé à 8 % de caféine (50 mg), vitamines B, extrait de racine de panax ginseng, sucralose (250 ml)
- Red bull : Taurine, glucuronolactone, caféine (80 mg), vitamines B (250 ml)

Ainsi, on constate que les substances « actives » sont entre autres le guarana ou la taurine.

Qu'en est-il de ces substances ?

Le **Guarana** provient d'une plante tropicale (Paulinia cupana) et c'est le fruit qui est utilisé pour la préparation de boissons tonifiantes. De plus, le guarana contient de la caféine et des tannins, dans une concentration plus grande que dans le café (5,8 % vs 2,2 %).

Les effets sont ceux des stimulants, antistress et antifatigue. La substance augmente la vigilance, le niveau d'activité et l'éveil. Elle peut remplacer largement le café du matin mais c'est aussi un coupe-faim et un genre de dopage « soft ».

Tout ceci n'est pas sans effets physiologiques et psychologiques moins intéressants : diurèse, tremblements, nervosité et agitation, irritabilité, hyperactivité, insomnie, voire palpitations et augmentation de la tension artérielle. Les tannins augmentent aussi les risques de cancer de l'œsophage.

La **Taurine** est un acide aminé, mal connu, mais présent dans le corps humain. Libéré lors d'efforts physiques importants, il réduit l'effet des toxines. Il est impliqué dans la digestion des lipides. Son ajout dans les aliments est interdit au Canada car on ne connaît pas les effets d'un apport supplémentaire en taurine sur l'organisme humain.

Les autres substances actives présentes dans les boissons énergisantes sont :

- **Glucuronolactone** : Agent détoxifiant (retrouvé naturellement dans le corps)
- **Ginseng** : Amélioration des performances physiques et mentales (en quantité insuffisante dans ces boissons)
- **Ginkgo biloba** : Amélioration de la mémoire
- **Suppléments vitaminiques** : Dosage insuffisant

Que conclure ?

On peut supposer qu'une consommation de ces boissons, de façon **très occasionnelle**, ne devrait pas poser problème, mais qu'un usage répété comporte davantage de risques, risques encore très mal connus...

Source : Maryse Rioux,
pharmacienne



Traitement de substitution aux opioïdes : les principaux

Bien qu'étant l'une des interventions médicales dont l'efficacité est la mieux documentée, le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution demeure une stratégie thérapeutique souvent mal comprise et mal acceptée du grand public ainsi que de nombreux intervenants en toxicomanie. Cette perception erronée est la principale charnière autour de laquelle gravitent les différents enjeux que la société québécoise doit relever si elle souhaite être en mesure d'offrir aux personnes dépendantes des opioïdes des services thérapeutiques de qualité, accessibles, éprouvés et intégrés.

Le débat qui entoure la question des traitements de substitution, au Québec comme dans de nombreuses autres régions du monde, se polarise principalement autour de deux axes : les uns, dont je suis, conçoivent les traitements de substitution comme une intervention thérapeutique essentielle, visant à réduire les risques liés à l'usage d'opioïdes illégaux et à permettre aux patients de cheminer, à leur rythme, vers une meilleure qualité de vie. Les détracteurs de cette stratégie thérapeutique y voient, pour leur part, une forme de renoncement à l'idéal incarné par l'atteinte de l'abstinence de toute substance psychotrope, fut-elle prescrite dans le cadre d'un traitement structuré. Ce débat empreint de clivage, opposant évidence scientifique et principes moraux, contribue à l'entretien d'un climat de suspicion à l'égard des traitements de substitution ; climat qui, loin d'être anodin, nuit à l'accessibilité au traitement et constitue un important obstacle au rétablissement des individus et à leur insertion socioprofessionnelle.

L'enjeu de l'accessibilité

Seulement 170 médecins sont habilités à prescrire de la méthadone au Québec, ce qui est nettement insuffisant pour assurer un accès fluide au traitement. Alors que plusieurs pays européens, tels que la Belgique, la France, la Suisse, les Pays-Bas, etc., veillent à offrir un large accès aux traitements de substitution (50 à 60 % des personnes dépendantes doivent pouvoir accéder à un traitement), au Québec, 18 %¹ seulement des personnes dépendantes des opioïdes² peuvent recevoir un traitement de substitution.

Il est à ce titre important de noter que dans les pays européens cités plus haut, la majeure partie de la population est traitée par des médecins omnipraticiens œuvrant au sein de la communauté et non en centre spécialisé. Ici, malgré les efforts répétés de nombreux acteurs, il est difficile d'intéresser les médecins de famille à ce type de pratique, et ce, autant en raison de

la mauvaise perception qu'ils ont de la clientèle, souvent jugée « trop lourde », que d'un cadre réglementaire contraignant, que rien ne justifie sur le plan clinique. Alors que tout médecin peut prescrire des opioïdes dans le cadre du traitement de la douleur, les médecins souhaitant prescrire de la méthadone doivent obtenir une exemption à la loi pour le faire. Si tel n'était pas le cas, il est fort probable que de nombreux médecins accepteraient de prescrire de la méthadone à des patients dépendants faisant déjà partie de leur clientèle habituelle ou résidant au sein de leur territoire de pratique. Malheureusement, ceux-ci renoncent à le faire, au vu des fastidieuses démarches à entreprendre.

Bien entendu, la seule suppression de cette contrainte réglementaire désuète ne permettrait pas, de résoudre la question de l'accessibilité. Pour ce faire, il faudrait que le corps médical dans son ensemble adopte une position pragmatique à l'égard de la dépendance aux opioïdes et, comme pour tout autre problème de santé, accepte de traiter en s'appuyant sur l'évidence scientifique en la matière. Favoriser une telle approche, outre d'éventuelles mesures incitatives, nécessiterait un investissement spécifique dans la formation initiale des médecins, tout particulièrement par le biais des stages de résidence permettant aux médecins en formation de se familiariser, sur le terrain, au traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution, et ce, sous la supervision d'un médecin/enseignant plus expérimenté.

L'enjeu de la diversification des médicaments disponibles

À l'heure actuelle, à l'échelle mondiale, plusieurs formes de médication sont utilisées dans le cadre de traitements de substitution aux opioïdes. Dans la plupart des pays, mis à part la France, la méthadone demeure la médication de référence, en raison de ses propriétés pharmacologiques et pharmacocinétiques. Toutefois, il n'est pas rare que des personnes dépendantes des opioïdes ne répondent pas de façon optimale à cette médication. Dans ce cas, soit les patients ne parviennent pas à diminuer, voire à stopper leur consommation d'opioïdes illégaux, et ce, malgré un dosage de méthadone adapté ; soit ceux-ci n'adhèrent pas au traitement et l'abandonnent prématurément.

Il est par ailleurs assez fréquent que cette médication soit à l'origine d'effets indésirables sévères, susceptibles de nuire à la qualité de vie des patients ainsi qu'à leur rétention en traitement.

Compte tenu du fait que d'autres médicaments existent et sont utilisés dans d'autres pays, avec, en termes d'efficacité, des résultats relativement comparables à ceux obtenus avec la méthadone, il est difficile de comprendre que dans un pays moderne, tel que le Canada, la méthadone demeure le seul médicament mis à la disposition des médecins pour traiter un problème de santé présentant des variations

interindividuelles aussi importantes. À titre de comparaison, pour traiter un problème de santé tel que l'hypertension artérielle, les médecins disposent d'un véritable arsenal thérapeutique, constitué de plus de cinquante médicaments différents.

Malgré les demandes pressantes des professionnels et des représentants des groupes de patients, pour des raisons inconnues, Santé Canada repousse depuis plus de trois ans la mise sur le marché de la buprénorphine, plus célèbre sous le nom commercial de Subutex®, qui constituerait pourtant une alternative intéressante à la méthadone pour certains patients.

Il semble qu'à l'heure actuelle ce projet de mise sur le marché ne soit plus d'actualité et que nous nous dirigeons vers la mise sur le marché prochaine d'un complexe médicamenteux composé de buprénorphine et naloxone. Ce complexe dont la dénomination commerciale est Suboxone® est disponible depuis quelques années aux États-Unis et vient d'être approuvé en Europe. À l'instar de la buprénorphine, la naloxone, antagoniste des opioïdes, provoquerait un état de manque en cas d'injection, décourageant ainsi ce type de pratique et diminuant d'autant le potentiel de détournement de la médication vers le marché illégal.

Bien que nous ne puissions, à l'heure actuelle, présager des résultats de recherche du projet NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) dont l'un des volets cliniques se déroule à Montréal, au regard des résultats obtenus ailleurs dans le monde dans le cadre de projets similaires (Suisse, Pays-Bas, Allemagne), nous pouvons espérer que cette initiative sera reconduite à l'issue de la période expérimentale qui devrait prendre fin d'ici 18 mois. En effet, dans les pays européens cités plus haut, le traitement avec prescription d'héroïne s'est avéré être l'option thérapeutique la mieux adaptée pour traiter la dépendance aux opioïdes chez des personnes ayant préalablement vécu plusieurs échecs thérapeutiques, entre autres dans le cadre de traitement de substitution à la méthadone.

Outre la souffrance psychique et les risques sanitaires et sociaux liés à la dépendance aux opioïdes, qui justifient à eux seuls un investissement collectif dans des services thérapeutiques adaptés, il ne faut pas oublier que cette forme de dépendance, lorsqu'elle est non traitée, a un coût social important, évalué à près de 45 000\$ par personne et par an³.

Au sein de nos sociétés modernes, de plus en plus fortement touchées par différentes formes de dépendance aux opioïdes, il semble impérieux de poursuivre et de renforcer toute tentative de dialogue ouvert et pragmatique sur la dépendance aux opioïdes et les traitements

1. MSSS, Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution (2006)

2. Leur nombre est évalué, selon les sources, entre 5 et 10 000 au sein de la province.

3. Wall, R., Rehm, J., Fisher, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J., Melved, W., Blake, J. (2000). Social costs of Untreated Opioid dependence. *Journal of Urban Health*. 77(4) : 688-722.



enjeux actuels

de substitution afin de les démystifier et d'accroître notre capacité collective à mieux y faire face, entre autres en mettant à la disposition des personnes dépendantes des opioïdes des services thérapeutiques basés sur l'évidence et non sur des valeurs morales qui, quelles qu'elles soient, ne feront jamais consensus.

Je pourrais consacrer plusieurs pages à la description du contenu du Portail, il me semble toutefois préférable de vous inviter à le visiter afin que vous vous fassiez une idée par vous-même.

Éric Fabrés

Responsable des colloques de formation et des communications externes au Cran

Un portail francophone d'appui aux professionnels



Dans une perspective d'avancement des traitements de substitution, avec le soutien de l'International Center for Advancement of Addiction Treatment, le Cran a mis en ligne, en octobre dernier, un nouveau site Internet dont la principale mission est d'offrir de l'appui aux professionnels francophones, du Québec et d'ailleurs dans le monde. Ce site est accessible depuis le 20 octobre 2006 aux adresses www.txsubstitution.info ou www.info-sam.qc.ca.

Afin de favoriser une approche pragmatique de la dépendance aux opioïdes, le Portail propose une section d'informations générales sur la dépendance aux opioïdes et les traitements de substitution. Notre champ d'étude étant en constante évolution, il est nécessaire de permettre aux professionnels de rester informés. Les extraits de l'actualité les plus pertinents sont donc accessibles, à même la page d'accueil. Pour être informés régulièrement, il est également possible aux internautes de s'inscrire à la liste d'envoi du site, ce qui leur permet de recevoir, par courriel, les nouvelles présentant un caractère urgent ainsi que l'édition mensuelle du Bulletin francophone d'information sur les traitements de substitution. Il est de plus possible aux différents intervenants (médecins, pharmaciens, personnel infirmier, intervenants psychosociaux, etc.) de consulter et de télécharger différents contenus de formation, dont certains, sous forme de vidéos de conférences ainsi que différents outils de travail tels que des protocoles d'intervention, dossier médical type, dépliants d'information et textes de littérature clinique.

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS POUR LES JEUNES

Le contexte

L'approche de la réduction des méfaits est de plus en plus acceptée au Canada comme stratégie efficace de santé publique en regard de la consommation de substances.

Cette approche constitue le fondement des programmes de maintien à la méthadone, d'échange de seringues ou de accompagnement des conducteurs ivres (ex. Nez Rouge).

Initialement, les programmes de réduction des méfaits visaient des adultes, consommateurs de substances. Par la suite, il y eut des débats pour étendre ces programmes à des groupes de populations plus jeunes mais marginalisées, avec un fort taux de prévalence et présentant des risques importants, par exemple, en regard de la transmission de maladies comme les hépatites et le sida. C'est ainsi que, suite à des avis éthiques, il a été admis de rendre accessibles certains programmes de réduction des méfaits à des groupes de mineurs, par exemple, les jeunes de la rue.

Dans cette foulée, s'appuyant sur l'efficacité limitée des programmes de prévention ciblant les adolescents, certains partisans de la réduction des méfaits souhaitent l'étendre à l'ensemble de la population des jeunes et revendiquent l'implantation de programmes en milieu scolaire relevant de l'approche de la réduction des méfaits. Nous sommes alors dans un contexte de prévention universelle qui, par définition s'applique à tous, peu importe le niveau de consommation.

De nombreuses questions se posent alors, relatives aux enjeux soulevés par l'adoption d'une telle philosophie en milieu scolaire. Il faut considérer la pertinence, la faisabilité et les impacts, et ce, à la lumière des différents stades de développement des jeunes; des taux de prévalence de consommation dans la population générale des jeunes et enfin du statut illégal de la consommation d'alcool et des drogues elles-mêmes et des contraintes et responsabilité juridiques des autorités scolaires.

Les stades de développement des jeunes

La définition de l'approche de la réduction des méfaits est la même, appliquée aux adultes ou aux jeunes. Elle reconnaît qu'un grand nombre de personnes consomment et qu'une société sans drogues est inatteignable (pragmatisme). Elle ne prône ni ne condamne l'abstinence mais la considère comme une option parmi d'autres. Il s'agit d'une approche qui requiert la pleine participation des personnes. Celles-ci doivent faire preuve de gestion de soi, prévoir les

situations à risque, les évaluer et trouver des solutions pratiques et adaptées à leur situation et capacités propres. Elle s'appuie sur l'entière autonomie des personnes et leur capacité à prendre des décisions éclairées. Or, la présence dans nos lois d'un âge minimum pour consommer de l'alcool, conduire une auto ou contracter un prêt bancaire fait référence au fait qu'on considère qu'en général à partir de l'âge X, une personne est apte à faire un choix éclairé en ces matières, donc pas avant.

L'adolescence est une étape de la vie qui se caractérise par l'acquisition graduelle de l'autonomie (autrement dit une autonomie en devenir) et une très grande variabilité individuelle du développement affectif, social et intellectuel. Pensons seulement aux différences entre les sexes. Ainsi, la capacité des adolescents, dans une perspective *populationnelle*, à prendre des décisions éclairées quant à une éventuelle consommation de psychotropes apparaît plutôt incertaine. S'il est relativement possible de déterminer individuellement, pour un jeune en particulier, si les avantages liés à une approche comme la réduction des méfaits l'emportent sur les risques, il est par contre peu évident de fixer un âge moyen, applicable à tous à cet égard. Comprenons que le problème se situe non pas au niveau de l'approche mais de l'adoption de l'approche dans une perspective de prévention universelle appliquée aux jeunes mineurs.

De plus, la notion même de méfait ou de risque n'est pas toujours la même pour un jeune et pour un adulte. Elle reste souvent cantonnée, pour les jeunes, à du court terme (problème avec la famille, les amis, relations sexuelles non protégées...) et ne consiste pas à se projeter dans un avenir à moyen terme pour envisager qu'un comportement actuel puisse compromettre des possibilités futures de la vie adulte, en termes de succès scolaire ou professionnel, voire de santé. Comme on le voit, le sujet est complexe. La réflexion se doit d'être nuancée et prudente, au moment de mettre en place des programmes ou politiques en milieu scolaire. Le document cité en référence est un outil précieux pour alimenter notre réflexion.

Marie-Thérèse Payre,

Programmes de prévention sur les dépendances
Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie

SOURCE: CCLAT (2006). *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes. LA RÉDUCTION DES MÉFAITS POUR CERTAINES POPULATIONS AU CANADA.* Auteur: Christiane Poulin, md. Ottawa, Canada.

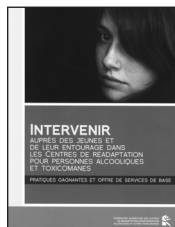


P.N.B...

(Petites nouvelles brèves)

- Pour éduquer la population, la Suède a décidé au cours des dernières années de passer au peigne... **vert** chaque geste du gouvernement dans le but d'éliminer les aberrations et les mauvaises décisions. Un cas frappant de cette « modernisation de l'État » est la réutilisation de l'alcool de contrebande. Les prix de l'alcool étant élevés en Suède et les pays frontaliers proches, nombreux sont ceux qui achètent illégalement de l'alcool dans les pays voisins. Chaque année, les douaniers se retrouvent avec des centaines de milliers de litres d'alcools qu'ils vident dans les égouts, comme au Canada. Mais plus maintenant! L'alcool est désormais envoyé dans une centrale où il est entièrement transformé en biocarburant pour les bus, les taxis et certaines voitures...
- Une étude, publiée dans le Journal of Labor Research, conclut que les buveurs gagnent plus que les personnes qui ne boivent jamais d'alcool. « *Les gens qui boivent en société construisent des réseaux, des relations et accumulent des contacts. Cela se traduit par des salaires plus élevés* », conclut un professeur d'économie, co-auteur de l'étude. L'explication la plus probable, selon les chercheurs est que les buveurs entretiennent un réseau de connaissances plus large qui leur permet d'obtenir des opportunités professionnelles. « *La consommation d'alcool permet sans doute aux individus de développer des qualités humaines, professionnelles et sociales* », disent-ils. Ces conclusions leur fournissent des arguments contre les politiques visant à réduire la consommation d'alcool, sur les campus universitaires notamment. En confinant la consommation dans un cadre privé et en empêchant les gens de boire en public, les politiques de lutte contre l'alcool suppriment un effet important : l'augmentation du capital social!
- Des questions à se poser sur l'hyperactivité et son diagnostic? Au Québec, 7 millions d'habitants, 70 000 enfants prendraient du Ritalin®! En France, 60 millions d'habitants, pays gros consommateur d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, 3500 enfants sous Ritalin® en 2004! En Amérique du Nord, on n'a pas la fessée mais on a le Ritalin®?!?

L comme Lire...



de services de base.

■ FQCRPAT (2007). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Pratiques gagnantes et offre de services de base.* Depuis 15 ans environ, les centres de réadaptation en toxicomanie se préoccupent des jeunes et de l'aménagement de leurs services afin de mieux répondre à cette clientèle. Ce document, préparé en 3 volets constitue une synthèse de l'ampleur de la problématique; les pratiques gagnantes lors de l'intervention auprès des jeunes et l'offre de services des centres de réadaptation en toxicomanie pour les jeunes. On y trouve également (en annexe) un état de situation des services jeunesse des CRPAT réalisé en 2003 qui donne une intéressante vision d'ensemble.

■ Chamberland, C.; Léveillé, S.; Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger-Parents à aider.* Collection « Problèmes sociaux et interventions sociales », 480 pages. Presses de l'université du Québec.

Comment les problématiques adultes comme la toxicomanie, la maladie mentale, la déficience intellectuelle ou la violence influencent-elles les relations parent-enfant? Quelles sont les interventions concertées les plus prometteuses et efficaces? Comment concilier règle juridique et objectifs cliniques? Quelles pratiques organisationnelles favorisent des réseaux cohérents et des systèmes d'aide efficaces? Voici quelques unes des questions qui sont posées dans cette publication, avec en toile de fond la préoccupation de l'intégration des actions et du renouvellement des pratiques.



de la clinique Cormier-Lafontaine.

Les préoccupations en regard du risque suicidaire sont au cœur de la pratique en toxicomanie et les cliniciens ont besoin

■ FQCRPAT (2007). *Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Pratiques gagnantes et offre*

d'une mise à jour constante de leur savoir mais aussi de leur réflexion personnelle sur le sujet. Ce cahier, rédigé par Danielle Duhamel, psychologue, s'adresse prioritairement aux cliniciens du secteur de la réadaptation en toxicomanie, est consacré à divers aspects de la question qui vont d'un rappel de certaines définitions à la suggestion de conduites à tenir et de moyens à utiliser en passant par la présentation du profil cognitif de la personne suicidaire. Le tout vise aussi à aider les cliniciens à accepter les limites de leurs actions.



■ Suissa, Amnon Jacob. (2007). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie.* Édition Fidès. Montréal.

Il s'agit d'une nouvelle édition du livre sur le phénomène de la médicalisation des dépendances et de l'alcoolisme, mettant en évidence et en valeur les compétences des personnes et leur capacité à opérer des changements dans leur style de vie et dans leur milieu social. Une emphase a été mise dans cette version sur les modalités d'intervention auprès des familles et en contexte d'exclusion sociale.



■ Société de l'assurance automobile du Québec. (2007). *Drogues au volant Attention: risqué!*

Fascicule éducatif de 23 pages, d'un petit format mais qui contient une foule d'informations pertinentes sur les risques associés à la conduite sous l'influence de drogues: données statistiques et énoncé des principaux effets, substance par substance. Des macarons et affiches sont également disponibles.

Pour joindre la SAAQ:

Québec: 418 643-7620
Montréal: 514 873-7620
Ailleurs: 1 800 361-7620

www.saaq.gouv.qc.ca

