

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...



C'est avec plaisir que je vous invite à la lecture de ce numéro de l'Écho-Toxico.

Vous y trouverez des thèmes variés qui ont en commun de faire partie des préoccupations très actuelles en toxicomanie. Nous avons voulu mettre en évidence la place importante que prend le jeu pathologique, problématique pour laquelle les services s'implantent un peu partout au Québec avec un programme expérimental en action jusqu'à 2003. L'évaluation de ce programme, déjà prévue, sera d'ailleurs à suivre avec intérêt.

J'attire aussi votre attention sur un texte court mais qui souligne un événement particulièrement important : le lancement par le MSSS des orientations en matière de prévention. Soyons sûrs que l'adoption officielle de l'approche de la réduction des méfaits aura un impact sensible sur l'intervention en prévention mais aussi dans l'ensemble du champ de la toxicomanie.

Nous parlons également de réseaux intégrés, une réalité en émergence (au niveau de plusieurs problématiques dans les organisations) qui risque de modifier passablement les pratiques aussi. D'ailleurs, nous prévoyons déjà vous présenter dans le prochain numéro certaines de ces expériences en cours au Québec. Finalement, vous trouverez un texte d'opinion, qui nous le souhaitons alimentera votre réflexion, sur la question de la banalisation de la consommation de drogues chez les jeunes, sujet sur lequel les avis sont souvent partagés et qui ne laisse personne indifférent.

Alors, bonne lecture à tous ! Profitez bien de ce temps des Fêtes pour vous ressourcer auprès de vos familles et de vos amis.

Joyeux Noël et Bonne Année 2002

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

Université de Sherbrooke Toxicomanie – Du Certificat à la Maîtrise

CERTIFICAT DE TOXICOMANIE Prévention et intervention

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

Hiver 2002 : Nouveaux Groupes : Trois-Rivières, Québec

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

LES PROGRAMMES DE DEUXIÈME CYCLE Microprogrammes, diplôme et maîtrise Intervention dans le milieu

Activités de formation visant l'acquisition de connaissances approfondies et une réflexion sur les pratiques professionnelles dans le but de permettre un transfert des connaissances. Accessibles aux praticiens en exercice, détenteurs d'un baccalauréat. Possibilités de microprogrammes spécialisés (12 crédits), d'un diplôme de (30 crédits) ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en intervention sociale, en éthique appliquée ou en sciences cliniques. Campus Longueuil (Complexe Saint-Charles) et Québec (Collège Merici). Admissions en continu.

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

LA FORMATION SUR MESURE Partenariat avec l'AITQ

Activités de formation ponctuelles (une journée) sur des thèmes d'actualité en toxicomanie, créées à partir des besoins exprimés par les intervenants et donnant accès à une attestation universitaire UEC (unité d'éducation continu). Ouverts aux praticiens concernés par le sujet. Campus Longueuil et Québec. Programmation disponible à l'Université de Sherbrooke au 1-877-670-4090 ou au 450-670-7685 ou à l'AITQ.

Formations à venir :

- « Le dépistage et l'intervention précoce »
Francine Marcil et Stéphanie Leblanc
25 janvier, à Québec
- « Approches et efficacité dans le traitement en toxicomanie »
Marie Lecavalier et France Lecomte
1^{er} février, à Longueuil
- « L'anxiété et la toxicomanie »
Dr. Jean-Yves Roy
15 février, à Québec
- « La motivation au changement »
Vincent Rossignol
15 mars, à Longueuil

Inscription : AITQ : (450) 646-3271

RENSEIGNEMENTS

Pour toute information supplémentaire (contenus, horaires, demandes d'admission, démarrage de nouveaux groupes en région) :

- Sherbrooke : (819)564-5245, ou
froux@courrier.usherb.ca
- Longueuil : Sans frais le
1 877 670-4090 ou (450) 670-7685
toxico.longueuil@courrier.usherb.ca
Site Web toxicomanie :
http://www.usherb.ca/toxicomanie

La faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke parmi l'élite mondiale...

La faculté de médecine de Sherbrooke a été désignée Centre collaborateur par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui en fait la seule au Canada et, parmi la quinzaine au monde, la seule francophone, à recevoir ce mandat. Déjà en 1987, la Faculté de médecine de Sherbrooke avait innové dans la formation médicale en adoptant l'Apprentissage par problèmes (APP). Désormais, elle partagera son expérience dans divers domaines et les résultats de ces activités seront diffusés à tout le réseau OMS.

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





LE TRAITEMENT COGNITIF DU JEU EXCESSIF :

Depuis toujours, les individus de tous milieux s'adonnent aux jeux de hasard et d'argent (JHA). Miser à ces jeux implique la possibilité de gagner mais surtout, le risque de perdre. Parmi les JHA, mentionnons entre autres la loterie, le bingo, les courses de chevaux, les loteries vidéo, et les jeux de casino tels que la roulette, le black jack, le poker, le keno, les machines à sous, etc. Au Québec, une étude récente¹ révélait que 94 % de la population adulte a déjà acheté un billet de loterie. L'implantation des casinos et la légalisation des appareils de loterie vidéo dans les années 90 ont rendu les JHA encore plus diversifiés et accessibles à un plus grand nombre d'individus.

Pour plusieurs, les JHA sont considérés comme un divertissement et une source de gains potentiels. Cependant, si la plupart des gens jouent de façon occasionnelle et pour le simple plaisir, certains développent des habitudes de jeu pouvant devenir problématiques. En effet, certains jouent si intensément qu'ils arrivent à un point où ils sont incapables de s'empêcher de jouer. Le jeu est devenu une dépendance, au même titre que l'alcool ou la drogue. Ils deviennent alors en proie à une grande préoccupation à l'égard du jeu, font des mises de plus en plus élevées et accumulent les pertes. Ils retournent alors au jeu pour tenter de « se refaire » ou récupérer l'argent perdu. De plus, le jeu excessif entraîne de nombreuses conséquences négatives. Plusieurs s'endettent considérablement et d'autres sont même aux prises avec la justice en raison des actes illégaux qu'ils ont commis pour financer leurs activités de jeu. Les problèmes au travail et les conflits avec l'entourage sont également fréquents, ce qui amène le joueur à se sentir isolé et déprimé. Plusieurs éprouvent également un sentiment de honte face à leur problème de jeu, ce qui les porte à mentir à leur entourage pour cacher l'ampleur de leurs habitudes de jeu.

Comment expliquer qu'une personne persiste au jeu alors qu'elle essuie des pertes répétées? Comment les problèmes de jeu se développent-ils? De nombreuses études ont été effectuées auprès des joueurs dans le but de mieux comprendre l'acquisition et le maintien de ces problèmes et plusieurs hypothèses ont été évoquées. Certaines études ont per-

mis de constater l'existence d'une caractéristique commune à la majorité des joueurs : ils entretiennent des croyances erronées à l'égard des JHA³ et ⁴. Comme le nom JHA le sous-entend, le hasard détermine le résultat au jeu, signifiant qu'il est absolument impossible de prédire ou de contrôler les événements se produisant durant une séance de jeu. Toutefois, bien des joueurs croient le contraire et tentent, par tous les moyens, de défier le hasard et de contrôler le jeu. Ils entretiennent l'idée qu'ils trouveront un jour la façon de jouer qui leur permettra de gagner le gros lot. C'est le paradoxe auquel sont confrontés les joueurs. Ils participent à une activité régie par le hasard mais persistent à croire que leurs observations et leurs actions sont utiles voire nécessaires pour augmenter leurs chances de gagner. On nomme « illusion de contrôle » ce phénomène selon lequel les joueurs croient pouvoir influencer le résultat du jeu. En fait, aucun joueur, même celui qui joue très fréquemment, ne peut influencer le résultat du jeu. L'expérience n'est d'aucune utilité aux JHA, c'est le hasard qui détermine tout ! Pour le joueur excessif en traitement, la prise de conscience de ce dernier aspect peut l'aider à mieux comprendre son problème de jeu et reprendre le contrôle. Les joueurs ayant atteint une phase plus avancée du problème ont, pour la plupart, du mal à s'en sortir seul. C'est souvent à ce moment qu'ils cherchent de l'aide auprès d'une ressource spécialisée.

La situation au Québec

Depuis quelques années, on assiste à une véritable explosion des JHA au Québec. Les chercheurs spécialistes du jeu sont unanimes : plus les jeux sont accessibles, plus on observe une augmentation des problèmes de jeu chez les gens. Au Québec, selon une étude effectuée en 1996, 2,1 % de la population adulte était aux prises avec un tel problème¹ alors que ce taux s'élevait à 1,2 % en 1989². Bien que la majorité des joueurs soient des hommes, de plus en plus de femmes développent des problèmes de jeu. En fait, toute personne peut être à risque de développer ce problème et ce, quel que soit son âge. L'accessibilité a donc pour conséquences l'augmentation des problèmes de jeu et l'apparition de nouveaux types de joueurs excessifs.

Jusqu'à tout récemment, les joueurs excessifs en quête de soutien se heurtaient soit à l'absence de ressources, soit à l'inexpérience des professionnels, en plus peu sensibilisés au problème en question. En effet, peu de professionnels et d'intervenants du domaine de la santé mentale connaissaient suffisamment la question du jeu excessif pour intervenir efficacement. Nombre d'entre eux abordaient ce problème comme une dépendance à l'alcool ou aux drogues : en invoquant trop les similitudes entre ces troubles et en omettant les disparités, ils mettaient de côté le fait que le jeu excessif présente des caractéristiques qui lui sont propres, dont il faut absolument tenir compte dans le traitement des joueurs excessifs.

Heureusement, cette situation s'est grandement améliorée au cours des derniers mois. En l'an 2000, devant l'urgence des besoins et en réponse aux demandes de plus en plus insistantes de la population pour des ressources plus adéquates, le gouvernement du Québec a décidé d'octroyer des sommes importantes afin que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) puisse instaurer un programme expérimental de prévention et de traitement du jeu pathologique. Un des mandats de ce programme est de doter toutes les régions du Québec d'une gamme de services visant à prévenir, réduire et traiter le jeu excessif. Pour le traitement du jeu excessif, des dizaines de postes de professionnels ont été créés dans l'ensemble des régions du Québec et près de 200 intervenant(e)s, des secteurs public, communautaire et privé, ont reçu une formation spécialisée sur l'évaluation et le traitement du jeu excessif, dispensée par des professionnels de notre équipe. Ces intervenant(e)s, de toutes les régions du Québec, sont maintenant en mesure d'offrir un traitement spécifique aux joueurs excessifs^a.

Le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs

Les interventions élaborées par les membres du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval découlent d'une compréhension de la psychologie du joueur, acquise au cours d'une vingtaine d'années de recherche. Ces études ont

^a Le répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec est disponible auprès du MSSS.



UNE EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

été réalisées à l'aide de questionnaires et d'entrevues cliniques avec des joueurs ainsi que par l'observation de comportements de joueurs en situation de jeu. Au cours des prochains paragraphes, nous résumerons très brièvement les éléments relatifs à l'évaluation des joueurs ainsi que les moyens thérapeutiques privilégiés pour aider les joueurs excessifs à mettre fin à leur besoin constant et irrésistible de retourner au jeu. Tel que mentionné précédemment, les joueurs excessifs entretiennent des pensées et croyances erronées qui contribuent à maintenir leur goût du jeu et à surestimer les probabilités de gagner. Le traitement cognitif du jeu excessif repose donc en grande partie sur la reconnaissance et la modification de ces erreurs de pensée. Ce traitement a été testé empiriquement. Il a donné de très bons résultats auprès des joueurs excessifs⁵.

L'évaluation

La majorité des joueurs excessifs qui consultent le font généralement lorsque leur problème a atteint un stade critique. À ce moment, le joueur est non seulement le plus souvent à bout de ressources, mais il se trouve aux prises avec de multiples conséquences négatives liées à ses excès de jeu. L'évaluation détaillée du joueur sert d'abord à confirmer le diagnostic de jeu excessif et ensuite à bien cerner l'ampleur du problème de jeu, de même son intensité et sa fréquence, tout en tenant compte des conséquences subies par le joueur et son entourage. Il sera également plus facile pour l'intervenant d'établir un plan de traitement ainsi qu'un pronostic en examinant soigneusement d'autres sujets tels la présence d'autres dépendances, la présence de risque suicidaire, les tentatives faites antérieurement pour cesser de jouer, la motivation du joueur à entreprendre sa démarche de même que ses attentes et ses objectifs face au traitement.

Le traitement cognitif

Il est divisé en cinq grandes étapes. La première est l'*analyse de la séance de jeu* où l'on demande au joueur de se remémorer une situation de jeu et de rendre compte, de façon détaillée, de toutes les pensées et sentiments qu'il a eus par rapport à celle-ci. La description d'une expérience de jeu passée permet de reconstituer la chaîne des évé-

nements, des pensées et des sentiments qui mènent au jeu, de préciser le style de jeu spécifique du joueur et d'identifier les pensées erronées du joueur par rapport au jeu (sa conviction de gagner et sa tendance à prédire l'issue du jeu).

L'analyse de la séance de jeu est une étape essentielle avant l'étape suivante qui est celle de la *définition du hasard et des situations à risque*. Puisqu'il a été démontré que la majorité des joueurs excessifs ont une compréhension erronée du hasard et que cela alimente leur goût du jeu, il importe de clarifier avec eux la définition du hasard et la distinction entre jeux d'adresse et jeux de hasard. Il est également important de sensibiliser le joueur à ses propres situations à risque et à son discours intérieur afin qu'il puisse les reconnaître. À cette étape, le joueur doit aussi prendre conscience de l'influence de son discours intérieur sur sa décision de jouer.

Une fois ces concepts compris et intégrés par le joueur, l'intervenant peut entreprendre l'étape des *erreurs de pensée*. C'est à ce moment que l'intervenant informe le joueur des différents pièges des JHA afin que celui-ci puisse reconnaître ses pensées erronées. Cet exercice permet de semer un doute dans l'esprit du joueur en ce qui concerne ses croyances par rapport au jeu. Il est important que le joueur saisisse que ses erreurs de pensée liées au jeu sont ses principales ennemies en matière de maîtrise de soi. Ainsi, il pourra passer à l'étape suivante : le remplacement de ses pensées erronées par des pensées qui respectent les principes de base de ces jeux.

Cette modification s'effectue à l'aide d'un exercice que nous avons nommé « *À moi de jouer* ». Cet exercice favorise la reconnaissance et l'assimilation de la relation entre les pensées et la décision de jouer ou de ne pas jouer. À l'intérieur de quatre cases, le client doit 1) inscrire sa situation à risque ; 2) identifier sa pensée spontanée qui lui donne envie de jouer et l'inscrire ; 3) inscrire une pensée qui lui donne le contrôle sur son envie de jouer et 4) inscrire ce qu'il choisit de vivre. Cet exercice permet au joueur d'établir une relation concrète entre ses pensées et ses décisions, en plus d'envisager le renoncement au jeu comme un choix éclairé plutôt que comme une privation.

Le thème de la *prévention de la rechute* est omniprésent au cours de la thérapie puisque le but ultime des interventions est de prévenir un retour au jeu. Toutefois, ce thème devient central une fois que le joueur maîtrise bien ses pensées et ses comportements et qu'il est prêt à terminer le traitement. Lors de cette dernière étape, l'intervenant et le joueur discutent des mesures à prendre s'il y avait un retour en force des idées erronées ou des comportements excessifs au jeu. Certaines actions peuvent être intégrées au processus de prévention de la rechute : privilégier une fin graduelle de la thérapie, encourager le joueur à poursuivre ses exercices « À moi de jouer » même après la fin de la thérapie, encourager le recours aux ressources disponibles et les évaluer, promouvoir l'accès aux groupes d'entraide et communiquer avec son intervenant en cas de besoin.

En conclusion, les joueurs excessifs du Québec peuvent désormais recevoir de l'aide s'ils souhaitent cesser de jouer. Il importe maintenant de poursuivre le déploiement de la gamme des services. Le développement de programmes de prévention qui toucheront des individus de tous âges et de tous milieux devrait constituer la prochaine étape.

**Stella Lachance, M.Ps.,
Caroline Sylvain, Ph.D.
et Robert Ladouceur, Ph.D.**

Psychologues
Centre québécois d'excellence pour
la prévention et le traitement du jeu
Université Laval.

Références :

1. Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study seven years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804
2. Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
3. Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 253-266.
4. Ladouceur, R., & Walker, M. (1998) The Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. (pp. 588-601). New York: Pergamon.
5. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (sous presse). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*.



UNE ÉQUIPE DE CRISE AU CASINO DE MONTRÉAL: UN SERVICE DE LA MAISON JEAN LAPOINTE

Dans le cadre du programme expérimental (2000-2003) mis sur pied par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le volet d'intervention en situation de crise avait été identifié par le MSSS ainsi que par Loto-Québec comme un maillon essentiel du continuum de services devant être offert aux joueurs problématiques. Le consensus qui s'est fait autour de la reconnaissance de ce besoin a donné l'impulsion première et alimenté la motivation des différents acteurs pour la mise en place de ce service. La réflexion sur l'intervention d'urgence à proposer au casino s'est amorcée avec le ministère en janvier 2001 et les travaux se sont poursuivis jusqu'au printemps. Parallèlement à cette démarche de réflexion, Loto-Québec examinait l'impact prévisible de l'implantation de ce service au casino et la façon de l'harmoniser avec le fonctionnement d'un casino.

Le choix de la Maison Jean Lapointe

La Maison Jean Lapointe, qui fut parmi les premières ressources en toxicomanie à offrir des services de traitement sur le jeu, a été impliquée dès le début du processus dans l'élaboration de ce volet de service. Trois raisons de lui confier l'intervention de crise au casino sont vite apparues : la proximité de ses locaux avec le casino, les possibilités d'hébergement de la clientèle et enfin, l'expérience acquise auprès des joueurs ces dernières années.

Plusieurs éléments relatifs à la mise en place de ce service ont dû être précisés et développés spécifiquement par la Maison Jean Lapointe. Cela concerne principalement les qualifications et la formation des intervenants, le recrutement et l'implication de partenaires, le développement d'outils d'évaluation et d'interfaces avec le personnel du casino de Montréal. L'ampleur du nombre de partenaires à impliquer a quelque peu retardé le développement de l'intervention mais la collaboration de tous fut exemplaire.

Avant de rendre ses services disponibles, la Maison Jean Lapointe a dû s'entendre avec le ministère (MSSS), la Régie régionale de Montréal et Loto-Québec sur la nature des services à offrir et sur la clientèle visée par ce service d'intervention en situation de crise. Il a fallu aussi définir clairement le cadre de l'intervention et des procédures à l'intérieur du

casino. La Maison Jean Lapointe a dû obtenir la collaboration de la police et des centres psychiatriques (qui devaient s'engager à accueillir les cas les plus lourds). Enfin, après avoir identifié des outils d'évaluation de la gravité de la crise ou du risque suicidaire, il a fallu obtenir les autorisations d'utilisation.

Ainsi, après plusieurs mois de travaux, la Maison Jean Lapointe a pu déposer, lors d'une rencontre à la Régie régionale de Montréal, un premier projet d'organisation des services ainsi qu'un protocole d'intervention pour les situations de crise au casino de Montréal. À cette même rencontre, il fut décidé que les services débuteraient à la fin du mois de juin.

L'équipe de crise

L'équipe est composée de cinq personnes qui assurent une disponibilité 24h/7 jours par semaine. Les intervenants sont trois psychologues et deux intervenants en toxicomanie qui ont reçu une formation sur le jeu par l'équipe de Robert Ladouceur (université Laval). Ils possèdent également une formation spécifique en intervention de crise, en plus de leur formation en toxicomanie. Chaque intervention se fait toujours à deux (un psychologue et un autre intervenant). Les services professionnels en psychologie renforcent l'intervention et assurent qu'aucun aspect des problèmes présentés puissent être négligés.

Le protocole d'intervention

Afin de mieux répondre aux urgences de crise des joueurs compulsifs, suicidaires ou non, l'équipe d'intervention s'est dotée d'un protocole qui encadre l'intervention. Ce protocole s'applique seulement après que les enquêteurs du casino de Montréal aient signalé qu'une personne est en détresse psychologique ou en état de crise, incluant ou non des idées suicidaires. Suite à l'appel du casino, deux possibilités sont envisageables : l'orientation directe à l'hôpital ou l'arrivée au casino de l'intervenant de La maison Jean Lapointe. Comment est fait le choix ? Au moment du signalement par les enquêteurs du casino d'une personne en crise, une évaluation préliminaire de la situation est faite au téléphone par l'intervenant qui dispose d'outils à cette fin. Si l'évaluation révèle que la personne présente une menace pour elle-même ou pour autrui, elle est orientée à l'hôpital. Dans les cas où l'évaluation téléphonique

de la situation révèle un état de détresse psychologique ou de crise sans danger immédiat, c'est l'intervenant qui se déplace au casino.

Le scénario de l'intervention en milieu hospitalier

Lorsque l'évaluation préliminaire a déterminé que la personne est en danger, l'intervenant demande à l'enquêteur du casino de faire transférer la personne à l'hôpital et l'intervenant de l'équipe de crise rejoint la personne à l'hôpital. Il rencontre la personne responsable de l'évaluation clinique du joueur. L'intervenant profite de ce premier contact pour tenter d'obtenir le plus d'informations possibles concernant les événements qui entourent la crise. L'intervenant attend les résultats de l'évaluation clinique par le médecin. Selon les résultats de cette évaluation deux options peuvent être prises : 1) la personne est gardée à l'hôpital pour une observation. L'intervenant l'informe alors qu'il prendra contact avec elle dans les prochains 24 heures afin d'élaborer un plan de traitement en regard de son problème de jeu; ou 2) la personne obtient son congé immédiat de l'hôpital. L'intervenant lui propose alors d'élaborer un plan de traitement et lui fixe un rendez-vous. Il l'informe en plus qu'il la contactera dans les prochains 24 heures. Si la personne refuse tout traitement ou contact avec la ressource, des informations et des références concernant le jeu compulsif lui sont remis, mais c'est la fin de l'intervention.

L'intervention dans les locaux du casino

En l'absence de situation d'urgence nécessitant l'hôpital, l'intervenant, suite à l'appel des enquêteurs, se rend au casino afin de rencontrer la personne en crise. Sur place, une évaluation sommaire de l'urgence suicidaire est réalisée. Selon le niveau de désorganisation de la personne deux options sont encore possibles : poursuivre l'intervention au casino ou transférer la personne à l'hôpital. Si le transfert à l'hôpital n'est pas requis, c'est le moment du désamorçage de la crise : ventilation, mise en confiance. Le plan de traitement peut se faire au casino même. L'intervenant et le joueur établissent les objectifs à atteindre d'ici le rendez-vous prochain fixé avec l'intervenant de la Maison Jean Lapointe. Il est aussi possible de poursuivre l'intervention à la

Maison Jean Lapointe si le besoin s'en fait sentir. En cas de refus de tout traitement, des documents d'information et de références sur les ressources sont remis à la personne. Ainsi, même si la crise n'amorce pas un processus de traitement, le joueur a au moins été mis en contact avec des sources d'aide et sera probablement plus enclin à y faire appel une autre fois.

Le suivi

Dans les deux scénarios envisagés, l'intervenant communique avec la personne dans les 24 heures suivant l'intervention afin de s'assurer de son état et la rappelle encore une semaine plus tard pour les mêmes raisons. Au cours de ce suivi, la personne peut en tout temps décider d'entreprendre une démarche thérapeutique dans un centre de traitement de son choix.

Le bilan après quelques mois

Depuis que le service est opérationnel (printemps 2001), nous avons répondu à 17 appels allant de situation d'idéations suicidaires à un état de crise de niveau 4 ou 5 (c'est-à-dire élevé). Quatorze de ces personnes ont décidé d'entreprendre une thérapie pour leur problème de jeu. Sur les 17 personnes rejointes par le programme, 12 sont des hommes et 5 des femmes. La moyenne d'âge est de plus de 50 ans. Les interventions de ces derniers mois nous ont permis de mieux connaître les besoins et la clientèle, de nous familiariser avec le milieu et de développer une intervention non intrusive, en complémentarité avec ce qui

se faisait déjà au casino. Ce service a aussi permis de développer un réseau de partenaires qui assure la continuité de l'intervention et augmente ainsi la probabilité qu'elle se poursuive au-delà de la crise.

Par ailleurs, grâce à cette intervention, la maison Jean Lapointe a développé quelques outils à caractère plus préventif et aptes à mieux faire connaître les ressources disponibles. Tous les enquêteurs du casino ont maintenant une petite carte dans leurs poches avec les coordonnées de la Ligne Jeu-Aide et référence ainsi que les coordonnées de toutes les ressources disponibles sur le territoire. Nous avons également établi avec le casino une procédure afin que le service d'auto-exclusion soit disponible directement dans nos locaux plutôt qu'au casino. Ainsi, pour les clients plus fragiles ou simplement ceux qui le souhaitent ainsi, un enquêteur du casino se déplace et vient les rencontrer à la Maison Jean Lapointe afin de procéder à l'auto-exclusion.

En conclusion, on peut affirmer que ce projet a présenté et présente des défis importants au niveau du partenariat et de la concertation, compte tenu de l'ampleur du nombre de partenaires nécessaires à la prise en charge la plus adéquate possible des clients en crise. Mais le défi se situe aussi au niveau du parti-pris pour l'action, l'optimisation des ressources disponibles et l'adaptation constante aux besoins qui émergent lors des situations de crise au casino.

Chrystian Rousselle

Intervenant et conseiller à la Maison Jean Lapointe

POUR ILLUSTRER PLUS CONCRÈTEMENT LES SITUATIONS VÉCUES DANS CE CONTEXTE DE CRISE, VOICI QUELQUES EXEMPLES :

Madame W. , d'origine vietnamienne, manifestait son intention de se suicider. Elle en était au stade où son scénario était préparé. Elle fut conduite à l'hôpital de son secteur. Après évaluation, le psychiatre a décidé de la garder sous observation pendant que la Maison Jean Lapointe prenait les dispositions nécessaires pour trouver une ressource qui réponde aux besoins de cette personne. Un organisme intervenant auprès des membres des communautés culturelles a pris la relève de notre intervention. Ainsi, la cliente a pu rencontrer un psychologue et entreprendre une thérapie en regard de son problème de jeu.

— • —

Dans un autre cas, la personne en état de crise refusait de rester au casino. L'intervention s'est poursuivie à la Maison Jean Lapointe qui a fourni un hébergement temporaire afin de sécuriser la personne. Le lendemain, la cliente voulait débiter une thérapie, qu'elle a maintenant terminé.

Le cadre normatif de certification des organismes communautaires ou privés intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.

Ce cadre a fait l'objet d'un consensus par un comité de travail mis sur pied au début de l'année 2000, où étaient représentés des organismes du milieu communautaire, privé, public et universitaire. Le cadre normatif définit des normes relatives à l'administration de l'organisme, à ses installations physiques et aux services qu'il rend. Ces normes visent à améliorer l'intervention avec hébergement en toxicomanie et constituent des exigences à la fois nécessaires et suffisantes pour assurer la qualité des services et la protection du public.

Plus de 150 ressources au Québec sont visées par ce projet, lequel demeure volontaire quant à l'adhésion des organismes. Au printemps dernier, plus de 60% des organismes concernés ont été rejoints lors d'une tournée provinciale d'informations. Depuis, 25 organismes se sont inscrits au processus d'évaluation. Des certifications seront émises prochainement par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lors du colloque annuel de l'AITQ à Trois-Rivières le 29 octobre dernier, madame Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse a donné le coup d'envoi à l'implantation du Cadre normatif en confirmant que le mouvement ira maintenant en s'accélération.

Afin d'outiller les organismes dans la préparation des documents nécessaires à l'évaluation de leur dossier, le Ministère, avec la collaboration de l'Association des intervenants en toxicomanie (AITQ) et la Fédération des organismes communautaires et bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec (FOBAST), offrira entre décembre 2001 et mars 2002 sept formations à travers le Québec. De plus, des activités d'information et promotion du « *Cadre normatif de certification* » sont prévues au cours de l'année prochaine.

Il est possible d'obtenir plus d'informations et un dépliant en communiquant avec le MSSS ou avec votre région régionale. Sur le site www.msss.gouv.qc.ca, vous trouverez le document de référence.

Paul Roberge

Service toxicomanie – MSSS



LA TRANSMISSION GÉNÉRATIONNELLE

La famille : premier et plus puissant système d'appartenance d'un individu

Plusieurs difficultés de fonctionnement, tels l'alcoolisme et la toxicomanie, ont tendance à se reproduire dans les familles, d'une génération à l'autre. En retraçant l'histoire d'individus abusant de psychotropes, on constate que les parents et les grands-parents, sont aussi touchés par le problème. Le génogramme, arbre généalogique des liaisons familiales sur plusieurs générations, se révèle un outil particulièrement descriptif à cet effet. Nous savons que dans une famille où un membre est alcoolique ou toxicomane, toute la famille s'en trouve affectée et en souffre. Le mouvement des *Enfants d'alcooliques à l'âge adulte* (EADA), mis sur pied dans les années 80, a renforcé et documenté cette hypothèse.

L'alcoolisme d'un membre d'une famille affecte les autres en ce sens qu'ils développent parallèlement des comportements de défense, protection ou survie. Plusieurs études ont démontré que les interactions familiales et les relations tendent à être rigides. Elles se développent selon un même modèle et sont susceptibles de se répéter sur plusieurs générations. Ainsi, pour mieux comprendre le problème de toxicomanie d'un individu, il importe de tenir compte de son passé familial, en plus de son contexte actuel.

Les éléments de compréhension pour la transmission générationnelle de la toxicomanie

La littérature portant sur les systèmes familiaux des individus abuseurs démontre la présence de caractéristiques qui leur sont communes : faible degré de différenciation des membres de la famille, rigidité des règles familiales, secrets et loyautés se propageant d'une génération à l'autre. Deux de ces caractéristiques, particulièrement importantes, seront traitées dans cet article : la faible différenciation et la rigidité du fonctionnement familial.

La faible différenciation...

Murray Bowen est un chercheur qui a beaucoup contribué à développer les

connaissances sur la différenciation du soi. Ce concept caractérise, selon lui, les personnes et les familles selon le degré de fusion ou de différenciation de leur fonctionnement émotif et intellectuel. Le fonctionnement intellectuel fait référence ici à la capacité de penser, de réfléchir de raisonner. Si on place ces individus (ou ces familles) sur un continuum, on trouve, à une extrémité, ceux dont les émotions et l'intellect sont tellement confondus que leur existence est dominée par l'automatisme de leur système émotif. Ils vivent dans un univers dominé par les sentiments et auront par conséquent beaucoup de difficultés à décoder correctement les diverses situations de la vie qui génèrent de l'anxiété. Ils réagiront sur l'instant pour diminuer leur angoisse où leur stress plutôt que pour mettre de l'avant une action concrète pour régler le problème. Ces individus ont tendance à « perdre leur génie » en situation de stress. Pour employer une analogie, c'est comme s'ils conduisaient dans une tempête de neige les empêchant de voir la route correctement. Ils sont peu adaptables, émotivement dépendants de leur entourage, sensibles à tout dysfonctionnement et tributaires d'un fort pourcentage de problèmes humains, dont... les problèmes de toxicomanie.

À l'autre extrémité du continuum, on trouve les individus plus différenciés, avec un fonctionnement intellectuel qui leur permet une relative autonomie en période de stress. Ils sont plus adaptables et font preuve de souplesse. Plus indépendants à l'égard du climat d'émotion qui les entoure, ils font face plus adéquatement aux situations stressantes. Ils ont une meilleure capacité de décoder la réalité et par conséquent sont plus en mesure d'agir positivement sur les problèmes qu'ils rencontreront. Leur vie est plus ordonnée et dépourvue de problèmes humains chroniques. Entre ces deux pôles ou extrémités, il existe une multitude d'états mixtes de fonctionnement.

Selon Bowen, l'individu alcoolique n'est pas parvenu à se différencier assez de sa famille d'origine. Immature sur le plan émotionnel, il maintient avec son entourage des relations de dépendance et il va d'ailleurs avoir tendance à chercher un conjoint pouvant pallier son immatu-

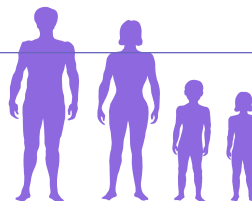
rité, prêt à endosser de nombreuses responsabilités. C'est ainsi qu'apparaît l'association-type d'une personne alcoolique dont le comportement mène à l'irresponsabilité, avec une personne hyper-responsable. Un équilibre finit par se créer entre les besoins du partenaire hyper-responsable et ceux de celui qui se laisse aller. Pour garder une stabilité et survivre avec le moins de souffrance possible, la famille s'organise pour atteindre un certain équilibre sur ce mode complémentaire construit autour de la difficulté fonctionnelle d'un de ses membres.

Dans la littérature en toxicomanie, le faible degré de différenciation se traduit aussi par le concept de codépendance. Melody Beattie en donne la définition suivante :

« L'individu codépendant est celui qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne. Le besoin de contrôler provient de la croyance que son bonheur, sa sécurité affective et son bien-être viennent ou dépendent d'une autre personne. L'individu ne peut se sentir bien qu'en contrôlant l'autre et l'environnement. »

Selon ce concept, la codépendance s'inscrit donc dans un processus de réaction et implique une manière routinière de penser et de réagir qui tend à se rigidifier et devient peu adaptée à la réalité. Ces comportements s'apparentent à ceux que présentent les gens marqués par des traumatismes (incendie, violence, viol...). Ils surgissent au moment où la personne s'y attend le moins. Un événement peut lui rappeler une situation difficile du passé et les réactions se mettent en branle. C'est un phénomène que l'on appelle aussi mémoire associative, encodage ou mémoire traumatique. Le déclencheur peut-être à peu près n'importe quoi : le bruit d'une bouteille de bière ou de vin que l'on ouvre, une critique ou une sensation de perte de contrôle. Malgré elle, la personne réagit de la même manière que dans son enfance, même si cela est devenu inapproprié aujourd'hui. C'est la souffrance qui fait que les individus adoptent ce type de comportement qui au départ leur servait

DE LA TOXICOMANIE



à se protéger alors que maintenant il les amène vers des difficultés dans leurs relations.

La rigidité des règles et des rôles...

Pour comprendre ce phénomène, il faut nous référer à la détresse chronique des familles touchées par la toxicomanie. Selon John Bradshaw, cette détresse conduit chaque membre à s'adapter à un état de stress constant. Hypervigilance, anxiété et peur font le quotidien de ces familles dont les membres tentent constamment de stabiliser la vie familiale. Comment obtenir cette stabilité ? Par des rôles (responsable, conciliateur, malléable, rebelle) qui seront remplis comme une mission, celle de préserver la famille et des règles qui font force de lois : *Ne pas parler, ne pas faire confiance, ne pas ressentir*. Les besoins fondamentaux ne sont alors pas comblés. Un parent toxicomane n'est pas disponible affectivement et quelquefois physiquement pour son enfant. Insatisfait lui-même, il s'intoxique pour combler un vide existentiel. L'autre parent, lorsqu'il n'est pas lui-même toxicomane, est tellement préoccupé par la situation et ses propres besoins insatisfaits qu'il ne peut combler ceux des enfants. Parfois, ce parent cherchera à remplir ce vide affectif en utilisant l'enfant. Cette négligence des besoins fondamentaux d'un enfant constitue une forme d'abandon.

Effacement ou fusion... deux formes de réactions au vide affectif

L'enfant réagit à la négligence ou l'abandon selon son individualité et la situation familiale. Sa réaction peut être située sur un continuum qui va de l'isolement marqué à la fusion.

Isolement → → → Fusion

Certains enfants réagissent principalement en s'isolant, c'est-à-dire en prenant le plus de distance possible avec la famille. Ce sont des enfants qui passent facilement inaperçus car ils sont le plus souvent ailleurs, dans leur chambre ou chez des amis. Ils évitent d'attirer l'attention et s'adaptent le mieux possible à l'adversité familiale. À l'autre extrémité du continuum, se retrouvent les enfants qui viennent combler leur propre vide affectif

et celui du parent en se fusionnant à lui. Ils consolent le parent, ils écoutent ses confidences. En fait, ils se sentent responsable du bien-être moral de leur parent. De Frank-Lynch parle d'enfants *parentifiés*. Ils accèdent trop tôt au système des adultes et sont placés dans une situation inappropriée à leur âge. Ils partagent un pouvoir impropre à leur âge et leur stade de développement. Ces enfants font le deuil de leur enfance au profit de l'équilibre familial.

Entre ces deux extrêmes du continuum, se situent les autres enfants. Il est important de comprendre que les membres de la famille n'ont pas vraiment le choix d'agir ainsi. La situation l'exige. Les règles et les rôles ne peuvent être remis en question car cela compromettrait l'existence même de la famille. Chaque membre se sent menacé lorsque surgit une situation ou des besoins nouveaux. Les membres de ces familles peuvent difficilement assimiler le changement, y compris celui qui est inhérent à leur propre cycle de développement. À l'âge adulte, les règles et les rôles continuent à modeler les comportements de membres incapables de trouver des moyens de concilier leurs besoins personnels et les exigences interactionnelles.

La transmission générationnelle

La faible différenciation couplée à la rigidité du fonctionnement familial (des règles qui font force de lois et des rôles joués comme une mission) favorisent la transmission générationnelle. Même s'ils ne vivent plus avec leurs parents, les enfants tendent à reproduire le type de fonctionnement appris. Ils sentent alors le vide laissé par l'abandon éprouvé dans leur enfance et cherchent un conjoint qui fonctionne au même niveau pour combler ce vide et stabiliser la relation. Il s'agit de deux êtres malheureux qui s'associent dans une illusion de bonheur pour échapper à l'angoisse. Ils vont donc revivre les préoccupations de leurs parents. De Frank-Lynch décrit bien la situation en expliquant que le choix du partenaire est fonction du bagage relationnel de la famille d'origine. L'image des relations hommes-femmes provient des modèles parentaux, de la famille élargie et de

l'entourage. En ce sens, les enfants de parents alcooliques sont beaucoup plus à risque de choisir un conjoint qui a un fonctionnement similaire au leur.

Plusieurs auteurs observent que les familles se répètent et que ce qui arrive à une génération, se reproduit souvent à la suivante. Les mêmes solutions sont adoptées d'une génération à l'autre bien que le comportement actuel prenne une grande variété de formes. On peut véritablement parler de *legs* des modes relationnels entre les générations puisque les règles sont rarement explicites et proviennent généralement des familles d'origine. De plus, comme les familles où il y a présence de toxicomanie sont fréquemment peu différenciée, elles auront de la difficulté à remettre en cause leur mode de fonctionnement. Tout concourt donc à la perpétuation des rôles et des comportements compulsifs. Dans une perspective de prévention, la prise de conscience des règles et des rôles appris dans le passé et véhiculés dans le présent donne à l'individu un ancrage pour entreprendre un processus de changement pour le bénéfice des enfants de la génération actuelle. Ces familles ont développé de grandes forces et des compétences dans l'adversité, cependant elles les utilisent pour survivre. Il s'agit donc de potentialiser leurs forces vers l'évolution.

Line Caron, Mss, t.s
Régie régionale de la santé et
des services sociaux de la Côte-Nord
Auteur du programme « La prévention de la
transmission générationnelle de la toxicomanie :
Une affaire de famille ».

Références :

1. BEATTIE, Melody. (1992). *Vaincre la codépendance*. Les Éditions Sciences et Culture, 308 p. Montréal.
2. BLACK, Claudia. (1991). *Jamais cela ne m'arrivera*. Les Éditions Ganesha, *Collection L'Arbre de vie*, 195 p. Montréal.
3. BOWEN, Murray. (1988). *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. 2^e édition, Les Éditions ESF, 196 p. Paris, France.
4. BRADSHAW, John. (1993). *La famille, Une méthode révolutionnaire pour se découvrir*, Édition du Club Québec Loisirs inc., 318 p. Montréal.
5. DE FRANK-LYNCH, Barbara. (1985). *Thérapie familiale structurale*, Les éditions ESF, Paris, France.
6. M^cGOLDRICK, Monica et Randy GERSON. (1985). *Génogrammes et entretien familial*. 199 p. Paris, France.



LA BANALISATION DE LA CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES : UNE

Définition du problème

Il est fait grand cas ces dernières années d'un phénomène couramment qualifié de « banalisation de la consommation de drogues chez les jeunes ». Au point de départ, qu'entendons-nous par « banalisation » ? Un comportement se banalise lorsqu'il devient commun et courant, perdant son caractère d'exception ou de marginalité dans un contexte donné. La banalisation traduit ainsi un état plus ou moins grand d'acceptation au plan social. Le phénomène peut s'avérer positif parce qu'il met fin aux pratiques de stigmatisation et de rejet de certains comportements non conformes aux valeurs dominantes ; il comporte également le danger d'occulter le sens et les implications de gestes dorénavant pris pour acquis, dont on n'interroge plus la contribution distinctive ou les dérives possibles.

Ce qui est préoccupant aujourd'hui, c'est tout autant le processus de « normalisation » de la consommation de produits psychotropes, licites comme illicites, au sein d'une population de plus en plus jeune, que l'absence de questionnement en profondeur sur ses causes et, de là, le peu de résultats probants des interventions préconisées en cette matière.

Délimitation et déterminants du problème

Il existe deux niveaux de banalisation de la consommation de psychotropes chez les jeunes. D'abord, la banalisation de la simple consommation qui se manifeste depuis quelques années par une tendance à la hausse dans l'usage d'une foule de produits : nicotine, alcool, cannabis, stéroïdes, drogues de synthèse, médicaments (le *Ritalin*, notamment). Cette tendance reflète le fait que l'usage de substances psychoactives est depuis longtemps la norme, plutôt que l'exception, pour l'ensemble de la société et que les jeunes ne font en cela qu'imiter leurs aînés, endosser ou adapter leurs modes de consommation. Au Québec, rappelons qu'au-delà de 80% des adultes sont des utilisateurs d'alcool, 35% de nicotine, près de 20% font usage d'un ou l'autre médicament du système nerveux central, alors qu'entre 10 et 15% consomment des drogues illicites. Chez les jeunes, les deux premières substances consommées sont les mêmes, les produits de rue

venant temporairement supplanter les médicaments qui ne sont pas pour autant absents de leur univers (quelque 5% en usant de façon courante). Ainsi, la seule différence notable est que les jeunes forment – et ce depuis les années 60 – le bassin principal des expérimentateurs de substances illicites avant de se « conformer » aux comportements de consommation adultes.

D'un point de vue socioculturel, ce type de banalisation est à mettre en relation avec la généralisation d'un style de vie axé sur la recherche constante (et à moindre effort) du plaisir et de l'évasion à travers la consommation de produits de toutes sortes. Les messages et les modèles en vigueur valorisent en effet cette quête perpétuelle du soulagement instantané et de la gratification immédiate par le recours aux médicaments et à l'alcool, mais tout aussi bien à la nourriture, aux voitures, aux voyages, etc.

La banalisation de la consommation du cannabis chez les jeunes, observée depuis les années 90, ne s'inscrit-elle pas en réaction aux discours dramatisants et stigmatisants des années 80, alors que la société adulte n'a jamais cessé de s'identifier aux valeurs de consommation, y compris des drogues légales ? De plus, l'usage du cannabis a été pratiqué par un nombre élevé de parents et d'intervenants actuels (sans compter une foule de personnalités publiques parmi les plus en vue !), comment s'étonner alors que les jeunes s'y adonnent aujourd'hui en toute bonne conscience et qu'il soit pour le moins difficile de défendre une position publique cohérente sur la question ?

L'autre facette du phénomène de la banalisation, plus préoccupante, est celle de la consommation inappropriée de substances par un nombre croissant de jeunes. La consommation inappropriée recouvre toutes formes d'usage susceptibles d'entraîner des méfaits pour soi ou l'entourage : l'usage excessif (intoxication ponctuelle), l'usage abusif (intoxication chronique susceptible d'entraîner la dépendance) et l'usage dans des circonstances ou selon des modalités impropres ou dangereuses (durant la grossesse, lors de la conduite automobile, pendant les heures de classe ou de travail, selon un mode d'administration intraveineux, etc.). Ainsi, les jeunes sont de plus en plus nombreux à se retrouver sous l'effet du cannabis durant les périodes

de cours à l'école secondaire ; de plus en plus nombreux à vivre régulièrement des épisodes d'intoxication à l'alcool pendant leurs loisirs ; de plus en plus nombreux également à décrocher du système pour entrer dans des cycles de toxicomanie dure au moyen de drogues d'injection (cocaïne, héroïne). S'il y a nouveauté, ce n'est pas tant que les jeunes consomment couramment des drogues psychoactives comme leurs aînés mais qu'ils radicalisent leurs expériences avec ces produits.

Les causes à la source de ces conduites d'évasion à tous prix, voire d'autodestruction, ne sont pas simples. Par-delà les facteurs de risque individuels et familiaux, souvent cités, le caractère de plus en plus généralisé et collectif de ces conduites nous mène de nouveau à questionner les déterminants sociaux et culturels en présence. Du quotidien morose que l'on gèle à la marijuana, aux échappées hebdomadaires dans l'ivresse éthylique ou « ecstatique », à la nouvelle itinérance de rue assumée au gré des *flashes* et des *rushes* de l'aiguille, ces manifestations reflètent aussi un confort, un désarroi existentiel, la recherche maladroite, confuse et parfois désespérée d'une réalité autre qui suppléerait à la perte de sens et de sentiment d'appartenance qui caractérise le matérialisme mur à mur de nos sociétés. L'horizon offert aux jeunes générations est à cet égard terriblement restreint, qu'il s'agisse des possibilités d'insertion (en raison de l'éclatement de la formation et du marché de l'emploi) ou des possibilités de réalisation (la reconnaissance demeurant toujours liée au statut social et à la capacité de consommation de biens). Cette société, ils ne peuvent tout simplement ou ne veulent de toutes façons plus s'y intégrer.

Avenues d'intervention

Plusieurs actions sont menées et continueront de l'être au plan des individus et des milieux pour prévenir, stabiliser ou améliorer des situations ponctuelles de risque ou de vulnérabilité par rapport au double constat de banalisation fait précédemment. Nous insistons sur la nécessité de réfléchir et d'intégrer aux traditionnels plans d'action en toxicomanie, les dimensions sociales, culturelles et éthiques indispensables pour agir à plus long terme sur des phénomènes de société comme celui qui nous occupe. Il faut d'abord éviter de reproduire les erreurs

* Version remaniée d'un texte initialement produit à la demande du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, à l'hiver 2001.

PERSPECTIVE SOCIOCULTURELLE*

du passé en revenant à des stratégies de dramatisation ou de répression des comportements de consommation chez les jeunes. Des positions autoritaires ou paternalistes non seulement témoigneraient de l'impuissance des adultes à prendre la mesure de leurs responsabilités, mais perpétueraient l'hypocrisie de la société face à la question de la consommation de substances psychoactives en son sein. La conséquence en serait de creuser davantage le fossé entre générations par une perte accrue de crédibilité chez les uns et une désaffiliation encore plus prononcée chez les autres.

Dans le cas de la banalisation de l'usage, une avenue prometteuse à moyen et long terme est de consentir l'effort et les conditions d'un véritable dialogue entre adultes et jeunes à propos, non du problème des jeunes avec la drogue, mais de la place et des enjeux de la consommation des produits psychotropes licites comme illicites dans la société actuelle. À la maison, à l'école, dans les médias, cela implique de considérer les jeunes comme des interlocuteurs valables, forts de leurs expériences et désireux d'en assumer les responsabilités.

Cela implique finalement le souci éthique de ne pas se conter d'histoires en tant qu'adultes sur notre propre rapport aux drogues et, surtout, d'arrêter de vouloir faire croire à nos mensonges en lieu et place d'une véritable éducation publique sur la question.

Devant le phénomène plus inquiétant de la banalisation de l'usage inapproprié, notre responsabilité immédiate est de parer au pire en consentant l'investissement des ressources humaines nécessaires à la reprise de contact, au soutien et à l'intervention précoce auprès des individus de tous les milieux touchés (école, travail, rue). Il s'agit, ni plus ni moins, que de tendre la main sans jugement à ceux qui sont en train de basculer et risquent de se perdre pour qu'ils puissent retrouver confiance et dignité afin, eux aussi, d'être à même de participer à la prise de conscience, au dialogue et à la mise en oeuvre de solutions communes face à la problématique de l'usage et de l'abus des drogues dans notre société.

Ces solutions, nous croyons qu'elles sont à la fois du côté de la promotion d'une meilleure santé « spirituelle » pour nos sociétés, alliée à un exercice collectif de

remise en question de l'actuelle philosophie et politique de gestion de la question des drogues, incohérente et inefficace, qui cautionne le commercialisme d'un côté et le prohibitionnisme de l'autre. En complément, la mise en oeuvre permanente d'interventions vouées à la réduction concrète des risques et des méfaits sur le terrain quotidien de la consommation s'impose.

Une chose est certaine : ni la banalisation ni la dramatisation du phénomène ne pourront contribuer au renouvellement pourtant si nécessaire des voies d'éducation et d'intervention en ce domaine.

Pierre Brisson

Enseignant, formateur et auteur en toxicomanie

Références :

1. Bibeau, G. (2000). « L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques ». In (P. Brisson éd.) : L'usage des drogues et la toxicomanie, volume III. Gaëtan Morin éditeur, pp. 45-71. Boucherville.
2. Malherbe, J.-F. (2000). Le nomade polyglotte. Bellarmin., Montréal.
3. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). Le point sur la situation en toxicomanie au Québec en l'an 2000. Auteur.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations Axes d'intervention Actions. Québec.

P.N.B... (Petites nouvelles brèves)

- Selon une recherche menée par des professeurs de l'université Mc Gill (R. Gupta et J. Derevensky) la proportion de jeunes joueurs compulsifs est passée de 3,9 % en 1992 à 4,7 % en 1994 et à 6,5 % en 2000...
- Le Journal de l'Association médicale canadienne plaide pour la mise en place de piqueries sécuritaires et sous surveillance. Cette position est basée sur les résultats d'une étude qui fait état des coûts élevés de soins de santé reliés aux UDI (utilisateurs de drogues par injection) du quartier Est du centre-ville de Vancouver...
- Un avocat et docteur en droit constitutionnel (A-R Nadeau) s'interrogeait dans un article paru dans *Le Devoir* au printemps dernier : comment expliquer, se demandait-il, la différence de traitement pour la marijuana et l'alcool alors que selon l'Organisation mondiale de la santé, l'alcool est l'une des drogues les plus nocives et qu'elle a coûté 6701 décès au Canada en 1992... À son avis, il est grand temps de tenir un débat public sur le sujet...
- Le gouvernement du Québec a été l'un des plus actifs à étendre son réseau de jeux de hasard et d'argent, s'y activant beaucoup plus que d'autres gouvernements, estimait l'économiste américain William Eadington, en marge du Forum sur le jeu pathologique, les 8 et 9 novembre dernier...
- Le premier café vendant du cannabis thérapeutique a ouvert ses portes à Vancouver, dans le quartier Ouest...
- « Quand un gars vient d'engloutir 400\$ dans une machine et qu'il est convaincu qu'elle est sur le point de cracher, n'essaye pas de lui dire *On ferme ! Tu te fais pousser*. Les gens sont comme hypnotisés, il y a beaucoup de violence verbale » rapporte une serveuse d'un bar de Longueuil... « J'ai changé de quart de travail pour ne plus fermer le soir » rapporte un autre serveur... Des exemples de situation auxquels on ne pense pas en regard du jeu...
- L'INSERN (Institut national de la santé et de la recherche médicale en France) a pris une position publique à l'effet que seule une consommation modérée d'alcool peut avoir un effet protecteur. Pour des effets de diminution du risque des maladies coronariennes la consommation ne doit pas dépasser 20 grammes par jour (environ 2 verres) chez les hommes et 10 à 20 grammes chez les femmes.
- Selon l'organe de l'ONU chargé du contrôle des drogues, les jeunes Américains se tourneraient de plus en plus vers les drogues douces et délaisseraient la cocaïne et l'héroïne...
- Une nouveauté du temps des fêtes : la possibilité de vérifier notre taux d'alcoolémie en ligne : Pas de ballon à gonfler mais des questions auxquelles on doit répondre ...sans mentir ! mps.pro.tircis.net



UN RÊVE, UN PROJET... UN STAGE EN EUROPE...

Après plus de vingt ans de travail comme infirmière en prévention en CLSC, auprès des jeunes, j'ai décidé de faire un retour aux études et j'ai entrepris alors, un diplôme de deuxième cycle en toxicomanie à l'université de Sherbrooke.

Au fur et à mesure des études, un vieux rêve d'étudier en Europe a refait surface. Ce rêve a pu devenir une réalité grâce à l'aide et au support de madame Lise Roy, de certains professeurs, des membres de ma cohorte et de ma famille.

Ainsi, le 2 avril 2001, j'entreprenais un stage de travail de 15 semaines dans trois pays européens : la Suisse, la Belgique, la France. L'objectif principal était d'élargir le champ de mes connaissances sur la façon dont est abordée la problématique de la toxicomanie, plus spécifiquement en prévention et promotion. Je voulais connaître les orientations en matière de prévention des toxicomanies, par qui, et comment les programmes sont planifiés, quelles stratégies sont utilisées. De plus, je voulais observer comment s'actualisent ces programmes auprès de certaines populations cibles.

En Suisse, j'ai été reçue par l'Unité d'évaluation des programmes de prévention de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne. Le travail a consisté à traiter d'un aspect de l'évaluation de l'implantation du système de management de qualité QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogues Alcool) proposé par l'Office Fédéral de Santé Publique suisse. Le système QuaThéDa est adapté au travail dans le domaine des dépendances. J'avais à connaître et à évaluer, par entrevue, le type d'accueil que réservaient les Centres résidentiels de traitement du Canton de Vaud à ce système de mesures de la qualité.

La compétence globale des institutions suisses est reconnue. Par contre, elles ne sont généralement pas en mesure de présenter clairement leurs prestations et les effets souhaités. Les bases du traitement relèvent plus de la transmission verbale que de fondements documentés. Il est difficile de différencier les « bonnes » des « mauvaises » institutions. QuaThéDA vise à modifier cette situation et à améliorer l'efficacité et l'efficience des différents programmes de thérapies résidentielles drogues et alcool. Il s'oriente autour des questions suivantes : quels traitements, pour quels patients, avec quels résultats, avec quelles ressources ?

Les organismes collaborent et se montrent assez favorables au système *management*

qualité. Ce qui est impressionnant en Suisse, c'est la grande qualité du travail ; les sommes investies (1 million pour QuaThéDa) pour mener à bien les projets ; l'ouverture des gens, quel que soit leur niveau de responsabilité, pour répondre aux questions et rendre compte de leurs actions ; les méthodes de réinsertion des usagers.

En Belgique, la majorité des services en toxicomanie est assurée par les Associations sans but lucratif (ASBL). Cette partie de mon stage, à Bruxelles, a essentiellement consisté à rencontrer des personnes de certaines ASBL francophones (10) en prévention primaire, secondaire et tertiaire. J'ai été reçue entre autres, par l'ASBL « Prospective Jeunesse ». Cette association traite des questions relatives à l'usage des drogues dans une large perspective de réduction des risques et de promotion de la santé. Elle s'adresse à des adultes-relais, dans leur contexte professionnel ou privé. J'ai participé à certaines activités des ASBL, discuté avec eux de leur travail, de leurs difficultés et du sujet chaud du moment : les enjeux de la future législation sur la dépénalisation du cannabis. D'un point de vue professionnel, le traitement est principalement médical d'orientation psychanalytique alors que la prévention se situe dans une approche plutôt psychosociale. Les intervenants de prévention travaillent beaucoup de façon intuitive avec des objectifs flous, sans modèle de prévention.

Je retiens de la Belgique certaines similitudes entre la culture belge et québécoise ; la qualité de leur accueil ; la qualité du travail en réduction des risques, avec et par des usagers ; la grande diversité de professionnels (psychologue, sociologue, criminologue, etc.) travaillant dans les ASBL ; la rémunération décente de ceux-ci, comparable à celle des institutions d'État et déterminée par des accords ministériels.

La partie française du stage a été effectuée à La Mission Interministérielle de Lutte à la Drogue et à la Toxicomanie à Paris (France). La MILDT, placée sous l'autorité du premier ministre, est chargée de coordonner l'action du gouvernement dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux. Ses compétences s'étendent à l'abus d'alcool, de tabac, de drogues illégales et de médicaments psychotropes. Elle coordonne les

politiques des 17 ministères impliqués dans le domaine.

J'ai participé aux travaux de différents comités de la MILDT, à des journées de rencontres et d'échanges en région parisienne et dans les Pays de la Loire, organisées par les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). J'ai participé à une journée de suivi d'appel d'offres pour la recherche de la MILDT. J'ai assisté au lancement d'une campagne d'information et de prévention nationale. J'ai accompagné un médecin inspecteur dans l'exécution de ses fonctions auprès d'intervenants de la plus grande prison d'Europe (Fleury-Mérogis) et de jeunes judiciairisés pour usage de drogues. J'ai rencontré des intervenants et des clients d'organismes de prévention de différents quartiers de Paris ainsi que des professionnels de cliniques privées de thérapie de substitution par le Subutex®.

En France, la coordination interministérielle semble atteinte mais l'intersectorialité entre les partenaires sur le terrain est à venir. La prévention et la promotion auprès des groupes, négligée jusqu'à maintenant, constitue une priorité pour la MILDT.

Comme vous avez pu le lire, ce stage fut très diversifié. Que retenir d'une telle expérience ? D'un point de vue professionnel, dans chacun des pays, la grande accessibilité et utilisation de la thérapie de substitution de l'héroïne par la méthadone ou le Subutex®, l'admiration et le respect des personnes qui font un travail de qualité dans des conditions souvent difficiles. Sur le plan personnel, le plaisir et la grande richesse des rapports humains, l'importance des personnes, le plaisir de recevoir des courriers électroniques lorsqu'on est seule sur un autre continent, la conscience et la reconnaissance quant à l'aide et au support de certains collègues et amis, l'attachement à des personnes et la tristesse de les quitter en sachant qu'on a peu de chances de les revoir.

Nicole Payant
Infirmière en prévention

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leur soutien financier qui a permis la réalisation de ce stage en Europe : M. Gilles Baril, ex-ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse ; M. Hubert Sacy, Directeur général d'Éduc Alcool (bourse Marie-Soleil Tougas) et M. Guy Nadeau, Directeur général de la Fondation Jean Lapointe.

LES RÉSEAUX INTÉGRÉS... ON EN PARLE, ON EN PARLE...

Les recommandations de la Commission Clair

En 1999, le gouvernement du Québec a confié à un groupe de travail (la Commission Clair) le mandat de réaliser un diagnostic du système de santé québécois et de proposer des recommandations en vue d'amélioration de ces services à la population.

Les principaux éléments de recommandations de la Commission Clair sont les suivants : 1) le système de santé doit répondre aux besoins de tous les membres de la population et ce, à toutes les étapes de la vie ; 2) la prévention, les soins et la dimension sociale des services devraient être intégrés ; 3) trop de « silos » professionnels, institutionnels, budgétaires, syndicaux et autres entravent la dispensation des services dans une perspective globale ; 4) les services de première ligne (médicale et sociale) constituent la pierre angulaire de services efficaces et responsables ; et enfin, 5) il faudrait établir une réelle complémentarité entre les services des établissements aux missions différentes.

De plus, les recommandations insistent sur l'indispensable relation de confiance qui doit prévaloir entre la personne souffrante et les professionnels de la santé ainsi que sur la responsabilité globale des clientèles, ou d'une population (dans le cas de la prévention), que les équipes de professionnels doivent assumer.

Comment créer les conditions de réalisation de ces recommandations ?

L'intégration des services et objectifs du système de soins semble actuellement l'élément de réponse retenu. Ce serait quoi cette « intégration » ? L'intégration est un processus qui consiste à créer et à maintenir au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs et des organisations autonomes pour coordonner leurs interdépendances dans le but de réaliser un projet collectif, dans ce cas-ci, d'ordre clinique. D'une façon plus concrète, on pourrait dire qu'il s'agit de *créer des habitudes de fonctionnement basées sur la coopération*. Cependant, il ne faut pas oublier que tout travail en coopération ou concertation est plus lent et requiert plus d'énergie et de temps. D'où la nécessité de l'appliquer lorsque requis. Autrement dit, continuons à faire tout seul ce qu'on peut faire bien tout seul, mais prenons le temps et l'énergie nécessaires pour faire à plusieurs ce qu'on n'est pas capable de faire

bien tout seul. L'interdépendance est reliée au fait que non seulement les problématiques sont de plus en plus complexes mais aussi les connaissances et les technologies. D'où ce constat que font les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux : aucun des acteurs ne peut prétendre avoir toutes les ressources, toutes les compétences... pour apporter une réponse scientifiquement ou professionnellement valide à certaines situations. La coopération des acteurs devient donc centrale et la coordination de ces coopérations indispensable. Ce sont des choix pragmatiques.

Quelles formes peut prendre l'intégration ? Que le modèle retenu soit souple et relativement peu formel (information mutuelle, consultation...) ou plus rigide (partenariat / alliances stratégiques, fusion...), plusieurs aspects de l'organisation des services visés seront touchés car il faut une cohérence entre la gouvernance (système de gestion, information, financement), le système clinique (modalités de prise en charge des patients, règles de bonne pratique...) et le système collectif des valeurs et croyances (philosophie d'intervention).

L'expérience du secteur de la toxicomanie

La toxicomanie est historiquement un champ qui porte les intervenants à l'humilité nécessaire au travail en réseau, partenariat ou autre forme de coopération, car la complexité de la problématique et la variété des réponses possibles est très grande. De plus, depuis plusieurs années, on constate un alourdissement marqué des clientèles qui se traduit par une fréquence importante des situations (au point qu'elles sont devenues courantes) de polytoxicomanie, de double ou triple problématiques chez une même personne (par exemple, santé mentale, judiciarisation, jeu pathologique, etc.). Même en prévention, les volets multiples de la problématique ont amené les intervenants à constater assez tôt leur impossibilité, voire incapacité à agir seuls. Au début des années 90, on parlait d'*intervention dans un contexte multisectoriel* et de *coordination de la concertation*.

La réflexion actuelle sur les réseaux intégrés ou la dispensation de services intégrés est encore à préciser, mais, semble-t-il, elle procède de constats semblables à ceux réalisés dans le champ de la toxicomanie. Cependant, la démarche est plus ambiguë car elle veut s'appliquer à l'ensemble

du système de soins et dépasse la simple notion de concertation.

Qu'en est-il en toxicomanie ? Dès 1990, les recommandations de la Commission Bertrand insistent sur la nécessité d'un leadership et d'une politique d'ensemble permettant d'articuler les uns aux autres les maillons de la chaîne des interventions des différents acteurs dans le domaine : la prévention, la répression, la réadaptation, la réinsertion. De plus, ce rapport dénotait « un manque de coordination et une absence de complémentarité dans les services offerts ». Pourtant, comme noté précédemment, ce n'est pas la conscience d'avoir besoin d'autres partenaires qui fait défaut aux intervenants dans le champ de la toxicomanie (prévention ou traitement). Alors où est le problème ? Le rapport Bertrand avait sa réponse. Il faisait état de l'immense bonne volonté et motivation des intervenants mais ajoutait que « la valeur ne peut pas toujours suppléer au nombre » ! Il déplorait les « lacunes importantes en termes de ressources disponibles, en première ligne et en réadaptation ».

Depuis le rapport Bertrand des progrès ont été réalisés dans le champ de l'intervention, préventive et curative, en toxicomanie. Cependant, certaines lacunes persistent. Par exemple, la faiblesse de certains maillons de la chaîne de services, entre autre, la première ligne. On peut espérer que l'actuelle réflexion et le mouvement qui pourrait suivre vers la mise en place de réseaux intégrés de services permettent de redonner au champ de la toxicomanie une impulsion dans la direction souhaitée depuis tant d'années (concertation, complémentarité, continuum de services), mais, avec enfin les moyens requis.

Marie-Thérèse Payre

Programmes alcoologie-toxicomanie
et jeu pathologique

Régie régionale de la santé et des services
sociaux de l'Estrie

Références :

1. Contandriopoulos, A.P.; Denis, J.L.(2001). *La gestion des processus d'intégration du système de soins*. Cahier de formation, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (G.R.I.S)
2. Lebeau, A.C; Viens et Vermette, G. (1997). *Synthèse du contexte structurel des pratiques intersectorielles en toxicomanie*. Collection Études et analyses, no.36, Direction générale de la planification et l'évaluation, MSSS.
3. Gouvernement du Québec (1990). *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue*, sous la présidence de Mario Bertrand, Les Publications du Québec.



**La ministre Agnès Maltais
mise sur le pragmatisme
et lance les orientations en
prévention de la toxicomanie**



« Il serait utopique de penser éliminer complètement l'usage inapproprié de substances psychotropes, qu'elles soient licites, comme les médicaments et l'alcool, ou encore illicites, comme les drogues illégales. Le gouvernement veut donc miser sur une approche résolument pragmatique. Ce qui est nouveau, c'est que la prévention ira maintenant de pair avec une approche de réduction des méfaits, de manière à atténuer les conséquences négatives de cette consommation, que ce soit chez la personne elle-même, dans son entourage ou dans la société en général ».

Cet extrait du discours de la ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, Madame Maltais, résume très bien la teneur de ces orientations en prévention dont le lancement s'est fait à Québec, le 19 novembre dernier. L'adoption de ces nouvelles orientations ne se fit pas sans difficulté. Ceux et celles qui suivent le dossier depuis son début, il y a quelques années, le savent. Mais la ministre a affirmé que les consensus nécessaires sont désormais présents. Un budget de un (1) million de dollars est prévu pour soutenir la mise en œuvre des mesures identifiées dans ces orientations.

Le document est disponible sur le site web du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca

Éditeur : Les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke
Directrice des programmes de toxicomanie : Lise Roy
Responsable de la rédaction : Marie-Thérèse Payre
Conception graphique et impression : MJB Litho Inc.
ISSN 1481-546X
Dépôt légal
 Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

L...comme lire



■ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001). Drogues : Savoir plus, Risquer moins, Édition québécoise, Stanké éditeur, Montréal.

Tout ce qu'il faut savoir sur l'alcool, les amphétamines, le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy... dans une perspective de gestion des risques. Ce livre informe sur les principales substances et leurs effets mais aussi sur les facteurs de risque et de protection.

Disponible chez tous les dépanneurs au coût de 2 \$



■ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). La prévention du jeu pathologique, document de référence, Forum sur le jeu pathologique 8 et 9 novembre 2001, la Direction des communications du MSSS, gouvernement du Québec.

Un document de 98 pages qui fait le point sur le sujet incluant des données statistiques, informations diverses sur la problématique et les politiques d'ici et d'autres pays qui régissent le monde du jeu.

Disponible sur le site du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca



■ Beauchesne, Line. (2001). Prévenir l'abus de drogues et agir dès l'école primaire. Guide à l'intention de parents d'enfants de 6 à 12 ans, éditions du Méridien, Montréal.

Adaptation québécoise du document *À l'école du risque*, produit par le groupe Prospective Jeunesse : Bruxelles.

Pour commander : Éditions du Méridien, Montréal,

Tél. : (514) 935-0464

Site internet : www.editionsdumeridien.com



■ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec, Direction des communications du MSSS, gouvernement du Québec.

Comme son nom l'indique ce petit répertoire présente toutes les ressources disponibles au Québec pour cette problématique.

Pour commander : Télécopieur : (418) 644-4574

Courriel : communications@msss.gouv.qc.ca



■ Loto-Québec (2001). Le jeu doit rester un jeu, manuel d'autocontrôle. Direction de la Recherche et de la Prévention du jeu pathologique Loto-Québec.

Ce petit fascicule a été produit en collaboration avec le Service à la famille chinoise du Grand Montréal. C'est un outil d'autocontrôle qui s'adresse au joueur et à sa famille dans une perspective de prévention et d'aide. Version anglaise disponible.

Distribution via les régies régionales et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

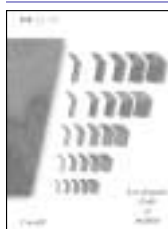


■ Landry, M., Guyon, L., Brochu, S., sous la direction de... (2001). Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises. RISQ et CIRASST, les Presses de l'université Laval.

Un ensemble de textes qui font le point sur l'efficacité du traitement en toxicomanie à partir d'études menées ces dix dernières années au Québec.

Pour commander : Distribution de livres Univers

Tél. : 1 800 859-7474



■ Santé Canada (2000). Les drogues, faits et méfaits, mise à jour 2000. Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux. Ottawa.

Une brochure qu'il n'est plus nécessaire de présenter tellement elle a été utilisée et est encore demandée. Disponible en anglais. Cette version est mise à jour au niveau des substances mais elle tient compte aussi de l'évolution des mentalités et des habitudes de vie.

Pour commander : Publications Santé Canada, Ottawa

Tél. : (613) 954-5995

Disponible sur site internet : <http://www.cds-sca.com>