couvert janvier 2015 vol 31 02_BASE-HIVER-Kerozen.qxd F 14-12-15 16:31 Page 1

L'intervenant

Revue sur la toxicomanie et le jeu excessif 5,00 $ VOLUME 31 NUMÉRO 02 JANVIER 2015

- La spiritualité : Une étape dans le processus de soin des addictions?
- Traitement de la dépendance chez les adolescents
  Les facteurs familiaux peuvent-ils influencer le changement de consommation?
- Le centre ASPA (Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes)
  Un service de réhabilitation professionnel externe
- Rapports à la loi dans les conduites addictives : constats théorico-cliniques et implications thérapeutiques dans un centre de jour pour toxicomanes
- Drogues : Savoir plus, Risquer moins
- Tendances de consommation : Nouvelles drogues et Internet (partie 1)

Envoi de poste-publications – Numéro de convention 40065296

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:10 Page2

JANVIER 2015 | VOLUME 31 | NUMÉRO 02

SOMMAIRE

03 Mot de la présidente

04 La spiritualité : Une étape dans le processus de soin des addictions?
Jacques Langlet

08 Traitement de la dépendance chez les adolescents
Les facteurs familiaux peuvent-ils influencer le changement de consommation?
Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Ménard, J.-M.

10 Le centre ASPA (Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes)
Un service de réhabilitation professionnel externe
Caroline Fortin

11 Info-livres

12 Rapports à la loi dans les conduites addictives : constats théorico-cliniques et implications thérapeutiques dans un centre de jour pour toxicomanes
Manuel Dupuis
Julien Talent

16 Drogues : Savoir plus, Risquer moins
Mohamed Ben Amar

18 Tendances de consommation : Nouvelles drogues et Internet (partie 1)
Jessica Turmel

19 Communiqués

CALENDRIER

30 janvier 2015 Intervention auprès des familles et des proches dans un contexte de dépendance
Campus de Longueuil
Université de Sherbrooke

6 février 2015 Neurobiologie des conduites addictives chez les personnalités impulsives : Narcisse au pays des merveilles
L'Hôtel Québec
Québec

13 février 2015 Neurobiologie des conduites addictives chez les personnalités impulsives : Narcisse au pays des merveilles
Campus de Longueuil
Université de Sherbrooke

13 mars 2015 Prévention des toxicomanies chez les adolescents : pratiques québécoises, pratiques éprouvées et pratiques novatrices
Campus de Longueuil
Université de Sherbrooke

17 avril 2015 Consommation, sexualité et intervention
Campus de Longueuil
Université de Sherbrooke

6 mai 2015 29e rencontre nationale des intervenant(e)s en réduction des méfaits liés aux drogues
Hôtel Sandman, Longueuil

6 et 7 mai 2015 GROUNDING TRAUMA
Alliston, Ontario

8 mai 2015 Le CRAFT : comment aider les proches à améliorer leurs interactions avec un toxicomane qui ne veut pas changer
Campus de Longueuil
Université de Sherbrooke

Matériel rédactionnel

Vous désirez publier dans nos pages ? N'hésitez pas à nous faire parvenir tout article abordant la problématique des toxicomanies. Vos textes peuvent traiter des initiatives pratiques de groupes dans la communauté, du rôle des interve - nants pour améliorer les services à la clientèle, d'études ou d'analyses de programmes, etc.

Abonnement

L'intervenant s'adresse aux professionnels et aux personnes intéressées au domaine de la toxicomanie. Vous pouvez obtenir un abonnement à *L'intervenant* au coût de **19,95 $ par an** (33 $ à l'extérieur du Canada). Parutions : **janvier**, **avril**, **juillet** et **octobre**.

Responsabilité de l'éditeur

L'éditeur ne se tient pas responsable des opinions émises dans cette publication. Les auteurs ont l'entière responsabilité de leur texte. Les écrits sont publiés tels que soumis, qu'ils rencontrent ou non les orientations de l'AITQ, en autant qu'ils soient pertinents et d'actualité.

Dates de tombée

Matériel publicitaire : 1er mars, 1er juin, 1er septembre et 1er décembre.

Matériel rédactionnel : 15 février, 15 mai, 15 août et 15 novembre.

Reproduction

Toute reproduction totale ou partielle d'articles, de photos ou de graphiques est interdite à moins d'une entente écrite avec l'éditeur.

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:10 Page3

À l'aube de 2015...

Bonjour,

Au nom de la permanence de l'AITQ et des membres du conseil d'administration, j'aimerais vous offrir nos meilleurs vœux pour cette nouvelle année! Une année remplie de satisfaction, de belles surprises et de grands moments de joie en famille, entre amis et au travail! Une année 2015 en santé!

L'année 2014, a été marquée par l'annonce de changements majeurs dans le réseau de la dépendance.

Dans la foulée de la loi 21, nous avons assisté à une session d'information offerte par l'Office des professions. La conférence englobait les informations se retrouvant dans le guide explicatif sur le règlement de la loi 21 diffusé sur le site Internet de l'Office des professions. Le guide propose, entre autres, la définition de la psychothérapie en trois objets reliant la nature du traitement, l'objet traité et les objectifs envisagés. Il spécifie aussi les conditions d'utilisation du titre, les actes réservés et les interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie. Nous invitons donc les ressources à consulter ce guide et, au besoin, à communiquer avec l'Office. Entre autres, afin de respecter la loi, si vous n'avez pas de psychothérapeute dans votre équipe de travail, il est important de vous questionner sur vos méthodes de travail à l'interne et de revisiter la publicité de vos services afin de ne pas utiliser des termes supposant que votre organisme fait de la psychothérapie. Mme Rose-Marie Charrette, présidente de l'Ordre des psychologues, se voulait rassurante lors de cette rencontre en affirmant qu'elle souhaitait travailler de concert avec les individus ou les ressources ayant des questionnements. Elle a conclu la rencontre en réaffirmant la volonté de l'Ordre d'être inclusif.

A suivi durant l'automne, l'annonce de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, sur les coupes et les restructurations dans le réseau de la santé. Son annonce a perturbé les individus du milieu et du réseau. Malgré que nous sommes conscients de la nécessité d'effectuer des changements dans le système pour un meilleur fonctionnement économique et une meilleure réponse à la clientèle, l'ampleur du projet sème plusieurs préoccupations visant à comprendre quels effets auront les nouvelles structures sur nos organisations et sur notre clientèle. Quels sont les dangers réels de cette centralisation? Plusieurs groupes communautaires ont déjà manifesté leurs désaccords et leurs craintes. Suite à ce projet de loi 10 qui, entre autres, remet en question l'existence des associations d'établissements, l'AITQ a donné son appui au projet de transition proposé par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Soyez assurés que nous demeurons à l'affût des informations et des changements à venir afin de bien représenter l'intérêt de nos membres auprès des instances concernées.

Sur ce, bonne et joyeuse année 2015!

Cordialement,

Amélie Lemieux
Présidente 2014- 2015

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente : **AMÉLIE LEMIEUX**
MAISON LA PASSERELLE

Vice-président : **RÉMI HOUDE**
COMMISSION SCOLAIRE DES NAVIGATEURS

Secrétaire : **ANNIE POULIN**
LE RUCHER,
CENTRE DE TRAITEMENT EN DÉPENDANCE

Trésorier : **STEEVE POULIN**
RÉSEAU DES DÉLÉGUÉS SOCIAUX FTQ QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES

Administrateurs et administratrices : **JOSIANE DESPINS**
SERVICE D'AIDE EN PRÉVENTION DE LA CRIMINALITÉ

LOUISE GÉNÉREUX
CENTRE WAPAN

CINTHIA LACHARITÉ
MAISON MARIE-FRÉDÉRIC

Éditeur :
ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC.
505, RUE SAINTE-HÉLÈNE, 2e ÉTAGE
LONGUEUIL (QUÉBEC) J4K 3R5

Directrice :
CARMEN TROTTIER

Abonnements et secrétariat :
(450) 646-3271 secretariat@aitq.com

Maquette :
KÉROZEN COMMUNICATION DESIGN

Infographie et impression :
IMPRIMERIE G.G. INC

Revue trimestrielle

Mois de parution :
JANVIER, AVRIL, JUILLET, OCTOBRE.

Envois de publications canadiennes : **CONTRAT DE VENTE nº 40065296**

ISSN 0823-213X

Dépôt légal
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

Indexée dans **REPÈRE**

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:10 Page4

La spiritualité : Une étape dans le processus de soin des addictions?

Jacques Langlet,
Religieux Frère Oblat de Marie Immaculée (OMI)
Travailleur social - Salarié du Samu Social, Croix-Rouge Française (Nice, France)

Introduction[1]

Dans la langue française, les termes « spirituel » et « spiritueux » sont tellement proches que l'on peut s'interroger sur ce que « alcool » et « spiritualité » peuvent avoir en commun : d'un côté, le domaine du plaisir et de la fête; de l'autre, le champ de l'ascèse et de l'élévation de l'être. Il semblerait alors que ces notions s'opposent plus que ne s'articulent.

Pourtant, dans une lettre, le célèbre psychiatre suisse Carl Jung ose un parallèle intéressant : *« craving for alcohol was the equivalent, on a low level, of the spiritual thirst of our being for wholeness (...) you see 'alcohol' in Latin is spiritus, and you use the same word for the highest religious experience as well as for the most depraving poison. The helpful formula is : spiritus contra spiritum »* (Besson, 2011, 2013; Forcehimes & Tonigan, 2009, p. 116). Envisager ici dans l'exemple de l'alcoolisme, la compulsion comme une « réponse » à une soif plus profonde de l'être humain en quête d'absolu et de plénitude, voilà une perception renouvelée de la pathologie alcoolique. Plus largement, en présentant l'addiction comme une pathologie "contre" « l'esprit », Jung nous inviterait à penser le traitement comme « l'esprit » "contre" le toxique et/ou le comportement. En ce sens, la spiritualité peut-elle être une étape dans le processus de soin des addictions? Sous quelles formes concrètes peut-elle y répondre? Notre étude partira de notre expérience professionnelle, à savoir l'alcoolisme et la toxicomanie de la grande exclusion sociale.

La spiritualité ou la quête de sens

Dans les articles étudiés sur ce thème de « spiritualité et addictions », avouons-le, la France, avec sa laïcité souvent mal comprise, reste un cas à part : nous ne cessons pas de vanter l'approche pluridisciplinaire et le modèle bio-psycho-social, pensant rendre compte de la totalité de ce qu'est l'être humain. Pendant ce temps, certains chercheurs suisses ou canadiens évoquent sans complexe la dimension bio-psycho-socio-spirituelle du sujet (Exister, 2011; Le Partenaire, 2008). Honorer cette place de la spiritualité, c'est rendre au sujet, donc à l'addicté, toute son intégrité.

Étymologie

Le terme spiritualité vient du nom latin *spiritus*, que l'on traduit spontanément par « esprit » mais qui, dans la plupart des traditions religieuses, se traduit aussi par « souffle » ou « vent ». Par conséquent, ce terme de « spiritualité » vient relier la notion de respiration et de vie avec l'idée de mouvement et de quête. Ceci se confirme notamment dans la pratique de la méditation (laïque ou religieuse) : les techniques de respiration sont au service d'un forage intérieur en vue de chercher Dieu, la Paix ou la communion avec l'Univers. Quel que soit l'objet de la quête, il y a expérimentation possible de « la transcendance de soi ».

De plus, comme le domaine du religieux (dimension collective), le registre du spirituel (dimension individuelle) porte en lui une ambivalence : la quête de sens et le besoin de transcendance peuvent générer tant des itinéraires de destruction que des chemins de régénération (Brisson, 2004).

« Ici », en quête de/s sens

Parmi les auteurs consultés qui se sont intéressés à ce thème de « spiritualité et addictions », nous retenons la définition de Chris Cook (citée dans Forcehimes & Tonigan, 2009, p. 115) et que nous résumons par les quatre dimensions suivantes :

- *la dimension existentielle* : la quête de sens à la/sa vie, au réel, au/à son quotidien, etc.
- *la dimension philosophique* : la « transcendance de soi », la communion avec Dieu, l'Univers, etc.
- *la dimension émotionnelle* : l'élan vital qui engage les sentiments d'espoir, d'amour, de paix, etc.
- *la dimension comportementale* : l'être en relation avec les autres, qui engage une manière de vivre.

Le centre de gravité de la notion de spiritualité telle que nous la concevons, à la fois non-laïque et non-religieuse, se situe donc autour de la quête de sens pour « l'ici ». Toutefois, le concept « sens » est plurivoque : il désigne aussi bien les notions de sensation, de jugement, de signification et de direction. Retenons que pour tout à chacun, il n'y a pas de passage direct de la sensation (être sensible) à la direction à prendre (être engagé dans une décision d'action); celui-ci se réalise par la médiation de la signification (être situé) (Brisson, 2009).

1 *Ce qui suit est une version synthèse de l'article rédigé dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire (DIU) 2013-14 : «* Aspects médico-sociaux et prévention des addictions *», Faculté de Médecine de Nice, France - juin 2014. Merci à Madame Laura Raucoules, psychologue clinicienne, doctorante contractuelle à l'Université d'Aix-Marseille (thèse sur l'alcoolisme) et enseignante au DIU du cours «* psychopathologie des addictions *» qui a bien voulu encadrer cette étude. La version intégrale de l'article est soumise pour publication dans la revue DSS (Drogue Santé Société) au cours de l'année 2015.*

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page5

La question de la quête dans les addictions

Selon le célèbre psychiatre Goodman (1990), l'addiction renvoie à deux objectifs d'un comportement : soit « *pour procurer un plaisir* », soit « *pour soulager un malaise intérieur* » (Pedinielli, Rouan & Bertagne, 2012). D'un côté, le réel, le quotidien, bref « l'ici » est trop fade; de l'autre, il est trop douloureux. Dans les deux cas, ce « ici » devenant littéralement « in-sensé », il ne reste au sujet, que « l'exil », le voyage vers un ailleurs. Étudions trois manifestations de cette « quête d'un ailleurs », à partir de notre pratique professionnelle.

L'errance

L'errance n'est ni l'erreur ni l'égarement; elle signifie l'absence de but, d'objectifs, de sens. Dans le cas des personnes sans-abri, l'errance est autant liée au phénomène de précarisation qu'à la pathologie alcoolique souvent sous-jacente. D'une part, le toxique (alcool, substances) accélère cette perte de repère dans le réel, dans « l'ici »; d'autre part, il permet au sujet d'accéder le temps d'un instant dans un espace, fût-il un espace « hors-réalité, hors filiation, sans autre » : paradoxalement, le toxique vient accentuer l'errance du sujet alors que ce dernier y a recours pour ne plus errer (Robert, 2010).

Chez le toxicomane, l'incapacité à se situer géographiquement renvoie à l'incapacité à se situer verbalement. Il est un sujet « a-dicte », c'est-à-dire privé de toute parole. Ainsi, contrairement à tout à chacun, dans le cerveau de l'addicté, il n'y a pas de passage par la signification pour transformer une sensation en une prise de décision. Or, l'étape de signification est précisément celle qui concerne le sens en tant qu'il représente une idée (*faire sens*) ou une raison d'être (*le sens de la vie*). « *Une existence humaine diminuée de sens ne peut que se perdre dans les méandres de la pathologie (...) le toxicomane s'exile hors de la réalité commune pour échapper tant à un présent angoissant qu'à une existence sans projet* » (Singaïny, 2004).

Le morcellement

Cette population en extrême précarité utilise parfois le psychotrope (substances illicites, mésusage de médicaments) dans le but de masquer une pathologie psychiatrique plus lourde. Toutefois, le terrain ne trompe pas. Familièrement, pour rendre compte de leur état morcelé par le psychotrope, nous -les travailleurs sociaux- employons des formules comme : « il est déchiré »; « il est défoncé ».

Le langage commun parle de « descente aux enfers » pour qualifier l'engrenage de l'addiction toxicomaniaque ou alcoolique; la psychanalyse use du « diable » pour évoquer la relation d'un sujet à « son » toxique (Assoun, 2011). Pourquoi recourt-on au champ lexical du spirituel? La spiritualité rappelle tout simplement que le diable est celui « *qui divise* ». Donc, l'opposé du « diable » n'est pas « D/dieu » mais le *symbole*, en tant qu'il unifie l'être. Ainsi, le toxique annihile toute quête « d'unification des sens »; il « déchire » le sujet en deux -voire en plusieurs morceaux- comme on déchire une étoffe de tissu.

L'alcoolique est, quant à lui, « dé-fond-cé » (sans fond), ce que confirme l'expression familière « boire comme un trou ». À ce niveau de pro-fond-deur, « on trouve l'état de détresse, de "désaide" et de solitude » (Assoun, 2011, p. 64) que l'auteur n'hésite pas à comparer à deux reprises avec le cri d'abandon du Christ en Croix (Assoun, 2011, p. 84. 65). Toutefois, nous montrons dans cet article comment détresse alcoolique et déréliction théologique ne se confondent pas.

L'isolement

Comme pathologie du lien, les addictions amènent à l'isolement, à la séparation avec l'a/Autre (Forcehimes & Tonigan, 2009). Chez certaines personnes très précarisées, l'alcoolisation/intoxication massive se rapproche d'un « lent suicide » ou « une consumation à petit feu ». « Je consume ma vie comme le supermarché vous consume », pouvait-on lire sur un mur d'une rue commerçante à côté d'un monsieur sans-abri alcoolo-dépendant. Tag on ne peut plus révélateur d'une société de consommation qui se « consume » comme l'alcoolique.

Cette pathologie du lien prend aussi parfois le visage de la conjugalité. La toxicomanie féminine en est un exemple symptomatique dans le sens où elle se distingue de l'alcoolisme -de fonction phallique- (Laroche, 1989) et de la toxicomanie masculine -de type groupal- (Assoun, 2011). En maraudes, le discours de ces jeunes femmes est imprégné d'histoires traumatiques de type sexuel (viol, inceste) souvent lors de la petite enfance; la puberté/adolescence est le temps de la première rencontre avec le toxique, faisant alors office de « premier amour » (cf Thomas, 2007).

Cette pathologie du lien s'exprime enfin à travers le concept de « centration ». Entre le sujet et "son" produit, un rapport de type fétichique (langage psychanalytique) ou idolâtrique (langage spirituel) s'installe. Le toxique permet au sujet de se « transe-scender » dans une société où précisément la transcendance est refoulée, moquée voire même niée : « *le psychotrope devient un substitut du religieux et permet d'accéder à une forme inférieure de la mystique* » (Brisson, 2004). Le philosophe insiste avec force : « *quand le ciel des transcendances vient à se dépeupler, et non seulement des Dieux mais de tout Autre, une sorte de rhétorique supplée cette vacance, et c'est le fétichisme toxicomaniaque* » (Derrida, 1989). Ainsi les auteurs ne se trompent pas lorsqu'ils renversent la formule de Marx : « si la religion est l'opium du peuple, alors *l'opium* (symbole du toxique) est devenu la religion du toxicomane » (Assoun, 2011, Brisson, 2004; Comte-Sponville, 1989; Derrida, 1989).

Perspectives de soin en spiritualité

Nous venons de proposer trois manifestations de l'addiction comme « pathologie de quête de sens » à partir de notre pratique professionnelle. Dans ce qui suit, c'est à partir de littérature scientifique étudiée que nous approprions trois exemples de soin en spiritualité.

La logothérapie, une réponse à l'errance

Bons nombres d'auteurs font référence à la pensée de Viktor Frankl (Brisson, 2009; Delesalle, 2013; Forcehimes & Tonigan, 2009; Galanter, 2006; Singaïny, 2004). Neuropsychiatre viennois, titulaire d'un doctorat de philosophie, contemporain de Freud, Frankl (1905-1997) vit le drame de la déportation et du camp de concentration. Face à l'horreur, il puise sa raison de vivre dans l'espoir de terminer un manuscrit. Il remarque, par la relecture de vie, que cette espérance, parce qu'elle faisait sens pour lui, l'a « transcendé » et l'a aidé à traversé l'épreuve et la douleur.

Ainsi, en 1970, Frankl fonde la logothérapie, signifiant littéralement « le soin par la raison d'être », une thérapie par la découverte d'un sens à sa vie. L'être humain est selon Frankl (contre Freud) composé d'une triple dimension : physique, psychique et noétique c'est-à-dire *spirituelle*. Pour lui, l'humain est un être qui cherche avant tout un sens à sa vie plutôt qu'à satisfaire ses pulsions. Celles-ci apparaissent pour combler le « *vide existentiel* » lorsque précisément ce

sens vient à faire défaut. Selon Frankl, la toxicomanie est l'une des manifestations de ce syndrome de vide existentiel (Brisson, 2009) et le mal-être qui en résulte puise ses racines tant dans la psyché (dépression, etc.) que dans « *l'inconscient spirituel* » du sujet.

Avec cette perspective, la logothérapie pourrait s'avérer utile dans le soin des addictions, notamment après sevrage, dans la phase de maintien, en complément des thérapies existantes (TCC, psychanalyse, etc.). Baptisée par nos soins, « thérapie des trois **P** », la logothérapie est à la fois **P**rospective, **P**ragmatique et de **P**roximité, ce qui rejoint la demande du sujet addicté : besoin de concret, d'efficacité et surtout de beaucoup « d'amour ».

L'anamnèse spirituelle, une réponse au morcellement

« *La dépendance aux substances psychoactives a pour effet de nous séparer, de faire éclater les liens qui unissent entre elles les dimensions de l'expérience spirituelle* » (Le Partenaire, 2008). Cette fragmentation que génère l'addiction se retrouve lorsque le sujet, écartelé par l'ambivalence, entre dans le processus de soin. Comme véritable maïeutique de résolution de cette ambivalence, l'Entretien Motivationnel (EM) de Miller et Rollnick prend alors toute sa place.

Peu de thérapeutes pratiquant l'EM en connaissent son « soubassement spirituel ». L'approche motivationnelle est née de l'étude de patients en rémissions spontanées par l'influence de la spiritualité. On doit ainsi à Miller, une bibliographie de 2000 références sur les liens entre spiritualité et addictions (Besson, 2011, 2013; Forcehimes & Tonigan, 2009), ainsi qu'une prière écrite dans la perspective d'inculturation de l'EM au sein des cultures amérindiennes et qui acte clairement la notion de « transcendance de soi » donc l'idée de *décentrement*, essentielle en spiritualité.

Les questionnaires de l'anamnèse spirituelle HOPE et FICA émergent là encore de la littérature scientifique étudiée (Anandarajah, 2001; Besson, 2011; Forcehimes & Tonigan, 2009; Exister 2011). Leur but est de procéder à une évaluation spirituelle du patient au cours de l'entretien médical. Voici, les quatre grands thèmes de chaque questionnaire :

HOPE Questions	**FICA** Questions
H: Sources of **h**ope, meaning, comfort, strenght, peace, love and connection	**F: F**aith and beliefs
O: Organized religion	**I: I**mportance of faith in life
P: Personal spirituality and practices	**C: C**ommunity belonging
E: Effects on medical care	**A: A**ddress in care of spiritual convictions

L'intérêt de ces outils se situerait lors de la phase de maintien, d'intégration du patient avec son environnement; ils pourraient constituer un nouveau levier possible dans la prévention de la rechute. Enfin, en faisant l'hypothèse que la dimension noétique de l'humain se définisse selon les trois instances du « Croire, Espérer, Aimer », l'anamnèse spirituelle concourrait au renforcement de l'estime de soi, souvent blessée dans les aléas de la foi (confiance), de l'espérance et de l'amour.

La méthode des Alcooliques Anonymes (AA), une réponse à l'isolement

Les AA suscitent autant d'admiration que de scepticisme. D'un côté, la littérature consultée montre, études à l'appui, l'efficacité de la méthode des 12 Étapes et le rôle bénéfique de la spiritualité dans le traitement des addictions (Beauverd, 2009; Besson, 2010, 2011, 2013; Delesalle, 2013; Drobin, 2014; Forcehimes & Tonigan, 2009; Galanter, 2006). De l'autre, selon les détracteurs, le groupe d'adhérents fait office de substitution à la bouteille, si bien que le sujet, addict à l'alcool avant, devient addict au groupe spirituel. S'il y a interchangeabilité d'addictions, peut-on encore parler de « réponse à l'isolement »? *A contrario*, en quoi est-ce néfaste d'envisager un « Traitement de Substitution » par la spiritualité? Par analogie, qui oserait aujourd'hui remettre en cause les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)?

Présentation des 12 étapes (Beauverd, 2009).

GIVE UP

1. Admettre son impuissance devant l'alcool et admettre avoir perdu la maitrise de sa vie.
2. Croire en une Puissance plus grande que soi-même.
3. Confier sa volonté aux soins de la Puissance Suprieure « comme on la conçoit ».

CLEAN UP

4. Faire humblement et honnêtement un examen de conscience.
5. Reconnaître devant soi-même, autrui et devant sa Puissance Supérieure, la nature exacte de ses torts.
6. Être prêt à ce que la Puissance Supérieure fasse disparaître ses défauts de caractère.

MAKE UP

7. Lui demander d'être débarassé de ses imperfections.
8. Dresser la liste des personnes à qui on a fait du tort.
9. Leurs faire amende honorable.

GROW UP

10. Continuer à faire un examen de conscience.
11. Chercher par la médication à améliorer son contact conscient avec sa Puissance Supérieure et puiser en soi la force de progresser.
12. Une fois rétabli (état d'éveil), s'efforcer de transmettre le message à d'autres et appliquer ces principes dans tous les aspects de sa vie.

Pour chacune de ces phases, nous développons dans cet article un exemple de croissance possible : GIVE UP, la fraternisation; CLEAN UP, l'humilité; MAKE UP, le pardon; GROW UP, la transmission. Ainsi, dans ou hors des AA, l'enjeu fondamental de la phase de maintien est de favoriser des lieux où ces valeurs pourraient se partager et se vivre.

Toutefois certains repèreront dans ces phases : endoctrinement, humiliation, moralisation, prosélytisme; bref tous les ingrédients de la dérive sectaire. Les controverses sur la méthode AA nous ramène à l'ambivalence de la spiritualité comme lieu possible de régénération ou de destruction, évoquée au début de notre propos. L'espace du spirituel/religieux est borné d'un côté par le fanatisme religieux et de l'autre, par la dérive sectaire (Besson, 2011). Ainsi, ces bornes nous apparaissent comme des zones potentiellement addictogènes : à leur manière, le fanatique et l'adepte fuient leur « ici insensé » pour « une quête d'un ailleurs » et empruntent alors le même « parcours » que l'addicté.

Conclusion

Processus et engrenage d'une vive complexité, l'addiction se présente au final comme une *impasse* de la quête de sens réduite au *besoin* du toxique; à l'inverse, malgré ses vicissitudes, la spiritualité offre un *chemin* sous-tendu par le *désir*.

S'ouvrent devant nous, deux manières d'agir face au Manque ori-

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page7

ginel : soit, à la manière de l'addicté (ou du spirituel pathologique), nous le bouchons pour le taire par des ersatz tel que le toxique; soit nous l'accueillons pour mieux le traverser. Il s'agit alors de passer de la rive de l'errance-morcellement-isolement à celle de l'itinérance-unification-relation; de la berge du besoin à celle du désir, du port de la servitude à celui de la liberté. Encore faut-il oser monter dans la barque...

NDLA

Jacques Langlet, omi
22 rue de France
06000 Nice
France
Tél : (+33) (0)6 87 42 25 74
Courriel : j.langlet@yahoo.fr

Anandarajah, G. (2001). Spirituality and Medical Practise : using the HOPE Questions as a practical tool for spiritual assessment. American Family Physician, Jan 1;63(1): 81-89.

Assoun, P-L. (2011). Psychanalyse et addiction. Dans É-P. Toubiana (dir.), Addictologie clinique *(p. 21-103). PUF.*

Beauverd, R. (2009). La spiritualité dans le traitement de l'alcoolisme. *Conférence donnée aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Document repéré à http://www.lafondationfjas.org/shared/Comprendre/spiritualite.pdf.*

Ben Rejeb, R. (2007). La dette à l'origine du symptôme. *Éditions l'Harmattan.*

Besson, J. (2010). Les addictions entre déterminisme et liberté. Archives Suisses de Neurobiologie et de Psychiatrie (ASNP), *161(8) : 296-8.*

Besson, J. (2011, octobre). Spiritualité et addiction. *Communication présentée au 10è Colloque de THS (Toxicomanie Hépatites Sida), Biarritz. http://www.youtube.com/watch?v=n5GW7i3hGJo.*

Besson, J. (2013). Les chemins du traitement de l'addiction. ASNP 164(2) : *55-8.*

Brisson, P. (2004). Avant, pendant et après l'expérience psychotrope : plaidoyer pour une approche spirituelle de la question drogue. Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec (AITQ), *Actes du XXXIIè Colloque.*

Brisson, P. (2009). Les questions de Sens dans la prévention et le rétablissement des dépendances. AITQ, *Actes du XXXVIIè Colloque. Repéré à http://www.aitq.com/pdf/actes/2009/Pierre_Brisson.pdf.*

Comte-Sponville, A. (1989). La grande illusion. Dans Série Mutations, Revue Autrement, L'esprit des drogues - La dépendance hors la loi?, Avril *(106) : 69-72.*

Delesalle, D. (2013, juin). Quand l'addiction ouvre au spirituel. *Communication présentée au GRAA (Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie), Lomme (59). http://www.dailymotion.com/video/x111ioz_1-2j-addictions-et-spiritualite-rien-a-voir-partie-3_tech.*

Dépendances. (2008). Addiction et spiritualité. Groupement Romand d'Etudes des Addictions & Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (GREA/ISPA), juin, *(34) : 3-22.*

Derrida, J. (1989). Rhétorique de la drogue. Dans Série Mutations, Revue Autrement, L'esprit des drogues - La dépendance hors la loi?, Avril *(106) : 197-214.*

Drobin, F. (2014). Recovery, spirituality and psychotherapy. Journal of Religion and Health, Jun;53(3): *789-795.*

Exister. (2011). Addiction et spiritualité. Croix-Bleue, Suisse Romande, décembre, *(6) : 1-11.*

Forcehimes, A., & Tonigan, JS. (2009). Spirituality and Substance Use Disorders. Dans Ph. Huguelet & H. Koenig (dir.), Religion and spirituality in psychiatry *(p. 114-127). Cambridge University.*

Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction : a research and clinical perspective. The American Journal on Addictions, *15: 286-292.*

Laroche, B. (1989). A propos de la dépendance alcoolique, notations cliniques et psychopathologiques. Psychologie médicale, *21(9) : 1297-1300.*

Le Partenaire. (2008). Troubles concomitants : approche intégrée toxicomanie et santé mentale. Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale (AQRP), *15(4) : 6-17.*

Miller, W. & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. *Intereditions, 2è Éd.*

Pedinielli, JL., Rouan, G., & Bertagne, P. (2012). Psychopathologie des addictions. *PUF, 2è Éd.*

Perrin, M. (1989). Anthropos. Dans Série Mutations, Revue Autrement, L'esprit des drogues - La dépendance hors la loi?, Avril (106) : 42-49.

Robert, G. (2010). Passion du toxique. Champ Psy, *1(57) : 113-120.*

Salleron, M. (2013, décembre). Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie. *Communication présentée à Radio Chrétienne en France (RCF). http://www.rcf.fr/radio/rcfnational/emission/142962/681842.*

Singainy, É. (2004). Le toxicomane a-t-il perdu la dimension du sacré? Psychotropes, *10(3) : 115-129.*

Sissa, G. (1997). Le plaisir et le mal - philosophie de la drogue. *Odile Jacob.*

Thomas, O. (2006). Toxicomanie féminine : du traumatisme sexuel à l'amour de transfert. Le Carnet Psy, *9(113) : 31-39.*

U de M

FACULTÉ DE L'ÉDUCATION PERMANENTE

Le Certificat en toxicomanies, pour mieux intervenir.

- Composantes de la dépendance
- Acquisition de compétences en intervention, prévention et réadaptation
- Analyse des enjeux psychologiques et sociologiques
- Expérience professionnelle reconnue par crédits universitaires

ADMISSION HIVER 2015
514 343.6090 1 800 363.8876
Responsable du programme : Ignace Olazabal
FEP.umontreal.ca/toxicomanies

Université de Montréal

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page8

Traitement de la dépendance chez les adolescents
Les facteurs familiaux peuvent-ils influencer le changement de consommation?

Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., & Ménard, J.-M. (2013).
Substance Abuse Treatment for Adolescents: How are Family Factors related to Substance Use Change? *Journal of Psychoactives Drugs*, 45(1), 28-38.

RISQ
Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec

La relation entre certains facteurs familiaux et la consommation de substances psychoactives chez les adolescents a été établie par de nombreux chercheurs. L'implication des parents dans le traitement de réadaptation en dépendance de leurs jeunes est aussi largement recommandée. Cette étude s'intéresse à certains facteurs familiaux susceptibles d'influencer l'issue du traitement et aux liens existants entre eux.

Fondements

La consommation de substances psychoactives chez les adolescents est largement documentée, de même que les facteurs pouvant influencer cette consommation. La famille et les parents sont notamment reconnus comme des facteurs majeurs d'influence. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est cependant intéressée aux relations existantes entre l'implication de parents dans le traitement de l'adolescent, le développement des habiletés parentales, l'état de santé mentale des mères et la réponse des adolescents au traitement de réadaptation.

Objectifs et méthodologie

Cette étude a pour objectif de comprendre comment des changements apportés aux pratiques parentales, l'état de santé mentale de la mère et l'utilisation des services des centres de réadaptation en dépendance par les parents peuvent être associés au changement de consommation des adolescents en traitement. Au total, 147 adolescents engagés dans un programme de réadaptation en dépendance et 69 mères ont pris part à l'étude. Ils ont été recrutés par les cliniciens responsables de l'admission dans un centre de réadaptation en dépendance du Québec.

La consommation de substances psychoactives par les adolescents a été évaluée à trois reprises au moyen de l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO), soit à l'admission, trois mois après le début de traitement et six mois après le début du traitement. Les adolescents et leurs mères ont par ailleurs été interviewés sur le niveau de détresse psychologique et les pratiques parentales à deux reprises, soit à l'admission et six mois après le début du traitement. L'Index de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPESQ) a été utilisé pour mesurer le niveau de détresse psychologique de la mère, tandis que le questionnaire développé par Stattin et Kerr a été uti-

AITQ

Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc.
505, rue Sainte-Hélène, 2e étage
Longueuil (Québec) J4K 3R5
Téléphone : (450) 646-3271
Télécopieur : (450) 646-3275
Courriel : info@aitq.com

☐ Je désire recevoir de l'information sur les formations.
☐ Je désire recevoir de l'information sur l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc. (AITQ).
☐ Je désire m'abonner à la revue *L'intervenant*; je joins un chèque au montant de 19,95 $ pour 4 numéros (33 $ à l'extérieur du Canada).
☐ Veuillez prendre note de mon changement d'adresse à compter du : ____/____/____

Ancienne adresse : _____

Nom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : (_____)_____ Télécopieur : (_____)_____
Courriel : _____

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page9

lisé pour évaluer les pratiques parentales. Finalement, le recours aux services du centre de réadaptation par les parents a été mesuré par le nombre de sessions auxquelles les parents ont assisté.

Faits saillants

· La consommation de substances psychoactives des adolescents en traitement a diminué de façon significative entre l'admission et le troisième mois de traitement, de même qu'entre l'admission et le sixième mois de thérapie.

· Une nette diminution du niveau de détresse psychologique a aussi été documentée chez la mère entre l'évaluation et le sixième mois de traitement.

· L'ouverture à la confidence était considérablement plus élevée chez les adolescents six mois après le début du traitement qu'au moment de l'admission. Toutefois, dans l'ensemble, on ne dénote aucun changement significatif quant à la chaleur de leurs relations avec leurs parents entre les deux temps de mesure, bien que cette dimension puisse varier entre les individus.

· L'amélioration de l'état de santé mentale de la mère est associée à l'amélioration de la chaleur parentale qui à son tour est liée à une réduction significative de la consommation chez les adolescents en traitement.

· La participation soutenue des parents à des sessions de développement des habiletés parentales ou encore à de séances de thérapie individuelle ou de couple parallèlement au programme de réadaptation suivi par l'adolescent est directement liée à une réduction plus marquée de la consommation de l'adolescent.

· Cette implication parentale dans le traitement est également associée au développement de certaines habiletés de communication incitant les adolescents à se confier davantage. Or, l'étude a établi un lien net entre une plus grande ouverture à la confidence et une diminution de la consommation chez les adolescents en traitement. Par ailleurs, l'étude montre que la chaleur parentale et l'ouverture de l'adolescent à la confidence sont des dimensions associées entre elles.

Conclusion

L'étude a permis de démontrer que des liens étroits existent entre la diminution de la consommation chez les adolescents en traitement, les pratiques parentales, l'état de santé mentale de la mère et la participation des parents à des sessions parallèles de développement des habiletés parentales ou encore à des séances de thérapie individuelle ou de couple. De façon plus concrète, les travaux réalisés mettent en lumière l'importance de prendre en compte, dès le départ, l'état de santé mentale des parents d'adolescents engagés dans un programme de réadaptation. Les constats établis soulignent également l'importance de faciliter l'accès pour les parents aux services des centres de réadaptation et leur implication dans le traitement des adolescents.

Pour en savoir plus

Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., & Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. Alcohol & Alcoholism, 43(1), 73-80.

Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P.(2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. Enfances, Familles, Générations, 13, 129-150. Référé à http://id.erudit.org/iderudit/045424ar

Molen, E., Hipwell, A.E., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2011) . Maternal characteristics predicting young girls' disruptive behavior. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40(2), 179 -190.

Plant, R.W., & Panzarella, P. (2009). Residential treatment of adolescents with substance use disorders: Evidence-bases approaches and best practice recommendations. In C.G. Leukefeld, T.P. Gullota & M. Staton-Tindall (Eds.) Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. New York, USA: Springer.

Personne-ressource

Karine Bertrand, professeure
Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke, Campus Longueuil
150, Place Charles-Lemoyne, bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0A8
450 463-1835, poste 61604
karine.bertrand@usherbrooke.ca

BON DE COMMANDE

Pour les jeunes de 5e et 6e années du primaire

Système c et outils complémentaires pour l'animation des ateliers du programme Système d

Système c présente trois ateliers de prévention pour les élèves de 5e année du primaire. Ils ont été élaborés en fonction d'une utilisation conjointe avec le programme *Système d* qui s'adresse aux élèves de 6e année. *Système c* s'inspire en partie du programme de prévention en toxicomanie *Prévenir pour mieux grandir* élaboré par Le Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanies et est le résultat d'une collaboration de la Commission scolaire des Navigateurs, du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins et de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Système d : les outils présentés se veulent complémentaires pour l'animation des ateliers du programme *Système d*. Ces outils ont été adaptés ou modifiés. Il est donc primordial de se référer à la documentation originale afin de bien s'approprier le guide d'animation, les objectifs et les fondements du programme.

Coût : 10 $ membres AITQ 15 $ non membres

Nom : _____

Organisme : _____

☐ Adresse personnelle ☐ Adresse de l'organisme

Adresse : _____

_____ Apt. : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : (_____) _____

Courriel : _____

Nombre d'exemplaires du CD : _____ X _____ $ = _____ $

+ frais de poste et manutention :

1 à 3 CD = 5 $

Pour achat de 15 $ et plus : 8 $ + 5 % du coût de la marchandise.

Ci-joint : _____ $ ou

Paiement Visa ou Master Card Carte no

_____ Exp : _____/_____

Signature : _____

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page10

Le centre ASPA (Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes) Un service de réhabilitation professionnel externe

Caroline Fortin, directrice
Centre ASPA

En 1969, dans un esprit d'entraide par les pairs, des gens se sont rassemblés sous l'appellation Approche sécurisante des polytoxicomanes anonymes. Constatant l'urgence des besoins et l'ampleur de la demande, ce que nous appelons plus familièrement le Centre ASPA est enregistré en 1976 et prend officiellement son envol.

C'est donc depuis plus de 39 ans qu'ASPA développe une expertise de plus en plus pointue. Il y a une vingtaine d'années, un virage idéologique s'est effectué avec le déploiement d'une pratique externe professionnelle imprégnée des valeurs de la réduction des méfaits et des approches humaniste et cognitivo-comportementale, favorisant la responsabilisation et la prise en charge personnelle des participants.

Notre mission de base, axée sur l'amélioration du bien-être des personnes dépendantes, s'illustre particulièrement dans le cadre de nos deux principaux services que nous décrirons plus loin. Toutefois, nos interventions sont diversifiées : interventions éducatives diverses, banque d'aide alimentaire ouverte à tous, service d'écoute et de références, conférences, implications sociales et communautaires, stages de formation collégiaux et universitaires québécois et internationaux... Les moyens sont tout petits mais le cœur est grand !

Bien que situé à la croisée des frontières des quartiers Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont et Plateau Mont-Royal, notre clientèle est issue de la grande région de Montréal. Comme de nombreux milieux communautaires, le Centre ASPA œuvre grâce à une minuscule équipe de professionnels et de bénévoles motivés, impliqués et dévoués qui, en moyenne, vient annuellement directement en aide à plus de 1100 individus : la personne dépendante elle-même ainsi que l'entourage (famille, ami, communauté) de cette dernière.

Programme intensif de rehabilitation externe

Principale activité du Centre, le programme de réhabilitation de groupe se démarque de celui des autres ressources de la région entre autres par le fait qu'il est intensif, externe et administré par une équipe de professionnels diplômés issus de différents programmes universitaires reconnus. Les participants, des adultes hommes et femmes, doivent assister au Groupe d'accueil et se soumettre à une rencontre de cueillette de données. Une fois la démarche enclenchée, ils acceptent d'être présents à temps complet toute la journée ainsi que de participer activement aux deux ateliers quotidiens pendant 6 semaines.

Dès le départ, chacun développe son propre plan d'action. Les participants décident donc des objectifs qu'ils désirent personnellement atteindre ainsi que du rythme et du type d'implication qui seront dévolus à la démarche. Leurs différents objectifs spécifiques visent souvent à acquérir des habiletés de gestion émotionnelle; à améliorer l'estime de soi et la capacité à identifier leurs besoins réels et à développer et maintenir des stratégies adéquates afin d'y répondre; à prévenir le transfert de compulsion vers une autre substance; à permettre le maintien ou le retour vers une vie active, responsable et autonome; à retrouver une routine saine et équilibrée; à briser l'isolement; à encadrer une consommation problématique ou même tout simplement à réfléchir sur sa façon de voir la consommation... Pour être plus précis, l'abstinence est ici entendue comme un moyen pour parvenir au rétablissement et non pas comme une condition *sine qua non*. Certains participants n'auront donc pas cette visée. L'intervenant doit alors savoir s'adapter aux différents participants afin de les aider à conserver le cap dans l'atteinte de leurs buts individuels. Le respect des objectifs très diversifiés de chacun des participants nous permet de les aider à comprendre le phénomène de la dépendance et à développer des aptitudes positives pour y faire face. Soulignons que le programme étant externe, les partici-

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page11

pants peuvent immédiatement mettre en pratique à la maison ce qui se voit dans le jour en atelier et passer à l'action. Cette façon de faire est stimulante pour les participants, contribue au développement du sentiment de pouvoir sur leur propre vie et leur permet de se sentir sécurisés dans une période instable et émotionnelle.

Une fois le programme complété, des suivis de maintien et de réinsertion sont offerts aux participants qui le désirent.

Programme de suivi individuel de soutien

Notre second et plus récent service est accessible pour toute personne affectée par le phénomène de la dépendance : personne dépendante elle-même (qu'elle ait suivi le programme intensif du Centre ASPA ou non), famille, entourage… Nous avons même déjà reçu des personnes en position d'autorité et affectées par la consommation d'un de leur subalterne (employeur-employé). Très peu de services abordables sont offerts pour l'entourage. Chez ASPA, les personnes sont reçues et accompagnées par des professionnels diplômés et entament une démarche de réflexion basée sur la confiance, le respect mutuel, l'amélioration des savoirs, savoir-faire et savoir-être, l'apprentissage d'une meilleure gestion émotionnelle ainsi que la reprise de pouvoir sur soi-même.

Il est aisé de comprendre l'état de vulnérabilité, d'isolement et d'incompréhension dans lequel l'entourage d'une personne présentant une problématique de dépendance (substances psychotropes, jeu, sexuelle, etc.) peut se trouver.

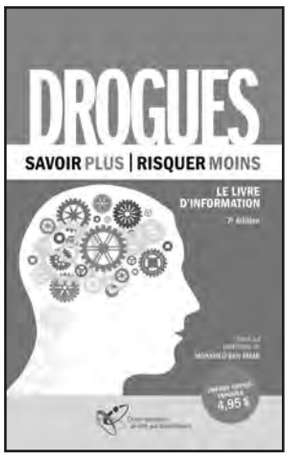
Venez nous visiter !

À l'aube de ses 40 ans, le Centre ASPA se sent toujours aussi dynamique et enthousiaste. Un simple coup de fil est tout ce qu'il faut pour venir nous voir : que se soit pour mieux nous connaître, créer de nouvelles ententes de partenariat ou pour une personne désireuse d'utiliser nos services (qui sont pratiquement sans liste d'attente)… Au plaisir de vous rencontrer ! ◘

NDLA
Centre ASPA, 2700, rue Rachel Est, suite 200
Montréal (Québec) H2H 1S7
514-529-0641 ou <www.centreaspa.com>

infolivres

■ *Drogues : Savoir plus, risquer moins — Nouvelle édition*
Sous la direction de Mohamed Ben Amar



L'ouvrage présente une mise à jour des connaissances, ainsi que des statistiques et des lois relatives aux différentes substances psychoactives : alcool, amphétamines, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, LSD, médicaments psychoactifs, mescaline, champignons magiques, substances dopantes, tabac et plusieurs autres psychotropes. Drogues : Savoir plus, risquer moins *s'appuie sur l'expertise des meilleurs spécialistes dans le domaine des drogues et des dépendances. L'équipe d'auteurs, sous la direction de M. Mohamed Ben Amar, véritable sommité en la matière au Québec, s'est assurée de publier des informations actualisées et objectives, mais surtout vulgarisées afin qu'elles soient compréhensibles. La nouvelle édition présente notamment de nouveaux chapitres, tels les boissons « énergisantes », populaires chez les adolescents, et les nouvelles drogues de synthèse. Le chapitre sur le cannabis contient également de nouvelles informations visant à faire le point sur cette substance qui fait actuellement l'objet de débats passionnés. (CQLD)*

■ *Prévention des toxicomanies*
2e édition, revue et augmentée
Pierre Brisson

En une cinquantaine d'années, le champ de la prévention a pris une place centrale dans les interventions publiques concernant les problèmes sociaux comme la toxicomanie. En ce domaine, l'évolution de la prévention a suivi les grands courants d'intervention que sont la réduction de l'offre et de la demande, la promotion de la santé et la réduction des méfaits. Aux perspectives traditionnelles, essentiellement contraignantes ou dissuasives, ont ainsi succédé des approches éducatives, de responsabilisation et d'autogestion, nourries par le progrès des connaissances en sciences humaines et sociales, et adaptées aux transformations de l'environnement culturel contemporain. L'action en prévention ne s'improvise pas. De la clarification des valeurs et des besoins à l'énoncé d'objectifs précis, de la compréhension des causes à la planification d'activités mesurables, une méthodologie s'impose, qui conduit à la mise en œuvre de moyens d'action possédant leurs propres conditions d'efficacité. Dans ce contexte, les recherches évaluatives et la prise en compte des pratiques exemplaires dans le domaine sont devenues incontournables. Les concepts, la méthode et les stratégies de prévention de la toxicomanie proposés dans cet ouvrage s'appliquent à d'autres secteurs. Qu'ils soient en formation ou établis dans leur pratique, les criminologues, organisateurs communautaires, intervenants en santé mentale, psychoéducateurs et travailleurs sociaux trouveront ici une précieuse introduction au champ de la prévention et à ses enjeux. (Presses Université de Montréal)

■ *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*
Christine Mirabel

Cet ouvrage offre une présentation complète de l'entretien en TCC, ses caractéristiques générales et ses différentes formes : l'entretien clinique à visée diagnostic, l'entretien d'analyse fonctionnelle, l'entretien d'évaluation, l'entretien de motivation. En 14 leçons, l'ouvrage présente, à l'aide d'exemples cliniques concrets, les caractéristiques de l'entretien, moment central de la démarche thérapeutique. Il décrit ses étapes et son évaluation chez l'enfant, l'adulte et dans les groupes. Ce guide accompagne le thérapeute pour formuler des hypothèses thérapeutiques déterminant le choix d'une stratégie adaptée et encourager le patient à respecter les recommandations médicales. Très structurée, chaque leçon débute par une présentation des objectifs. Elle est illustrée de définitions, d'exemples de questionnaires et d'échelles, et se conclut par des résumés récapitulatifs permettant de faire le point sur les idées fortes à retenir. (DUNOD)

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page12

Rapports à la loi dans les conduites addictives : constats théorico-cliniques et implications thérapeutiques dans un centre de jour pour toxicomanes

Manuel Dupuis, psychologue
Julien Talent, directeur médical
Centre de jour l'Orée, Bruxelles, Belgique

La question de savoir si l'addiction renvoie à un mode de fonctionnement spécifique a été largement étudiée chez les cliniciens. Si les pistes de réponse élaborées sont assez mitigées en fonction des orientations (Pages-Berthiers J., 1993), la majorité des auteurs tendent vers l'hypothèse qu'il n'y a pas de personnalité toxicomane (Bergeret, 1981 ; Zafiropoulos M., 1988 ; Le Poulichet S., 1987 ; Melman Ch., 1989 ; Boulze I., 2011)[1]. Selon Jean Bergeret (1981) par exemple, qui est un représentant du courant analytique dit « plus freudien », la conduite addictive vient se greffer sur la structure de personnalité du patient - psychotique ou névrotique ou sur certains fonctionnements de type limite. Côté plus lacanien, avec leurs propres différenciation de structure de personnalité -névrotique, pervers, psychotique-, la tendance actuelle semble être la même, sans parler de mécanismes astructurels (Boulze, I., 2011). Néanmoins, certains auteurs, comme Thierry Roth (2012), émettent de nouvelles hypothèses sur un fonctionnement spécifique « hors-structure ».

Notre clinique au sein du centre de jour l'Orée, qui est un Centre de jour pour personnes toxicodépendantes, nous a poussés à aborder la question de la spécificité des conduites addictives, et d'un fonctionnement « hors-structure ». Nous sommes partis du constat qu'un grand nombre de nos patients semblent avoir un rapport particulier à la loi symbolique, ne répondant pas à un mécanisme de défense classique des grandes structures de personnalité. Bon nombre de nos patients « n'en ont rien à faire » de cette loi, sans être dans le déni, le refoulement ou encore la forclusion de la loi du Nom-du-Père. Ce constat nous amène à revisiter le rapport à la loi symbolique dans le cadre des conduites addictives, et d'en tirer un certain nombre d'implications cliniques.

1 *Cités dans Pages-Berthiers, 1993*

La loi symbolique.

Initialement en psychanalyse, la loi symbolique est présente dans la notion de surmoi, représentée par l'*image paternelle*, signant l'accession à un mode de structuration névrotique. Le concept de Nom-du-Père introduite par Jacques Lacan a permis de préciser la notion de loi symbolique qui apparaît avoir un rôle central extrêmement tôt dans le développement psychique des sujets : accès au monde extérieur et à sa représentation - sortie du fonctionnement psychotique - , reconnaissance du désir de la mère qui est chez le père - sortie du fonctionnement pervers -, accès au refoulement des pulsions et à la dynamique du désir - fonctionnement névrotique. En revanche, la loi symbolique limite le vécu jouissif, notamment en générant de l'angoisse.

Dans un centre de jour comme le nôtre, l'institution représente possiblement cette loi symbolique, les thérapeutes les représentants de cette loi. La loi symbolique se traduit par l'ensemble des règles édictées, qui font notamment arrêt à la jouissance. Notons que l'accès à cette loi symbolique permet pour nos sujets dépendants de sortir du besoin de jouissance par le produit vers une réelle demande aux thérapeutes. C'est à ce moment qu'un changement peut survenir.

Trois grands moyens de défense à travers les grandes structures de personnalité

Il nous semble central de préciser les rapports à la loi particuliers présents de chaque grande structure de personnalité. En effet, les conduites de dépendance viennent généralement se greffer sur une de celles-ci utilisant des mécanismes de défense tout à fait spécifique. Ceci est difficilement contestable et la majorité des auteurs, de Freud aux psychanalystes contemporains, convergent vers cette conclusion (Janine Pages-Berthiers, 1993).

• *La forclusion*

La forclusion du Nom-du-Père est un mécanisme de défense psychotique.

Dans la psychose, le sujet, de par sa structure même, se situe en dehors de la castration symbolique. La forclusion du Nom-du-Père dans le discours maternel empêche le psychotique de prendre place dans l'ordre symbolique. Ils ne peuvent s'appuyer sur cette instance organisatrice du Nom-du-Père, qui a été forclose, c'est à-dire rejetée de la sphère psychique du sujet et de toute représentation. Le sujet n'est donc pas concerné par la loi.

L'usage de drogues a de nombreuses fonctions chez le psychotique : sensation d'unité imaginaire du corps, pseudo-construction identitaire, création du signifiant d'un manque, d'un objet transitionnel et d'un espace transitionnel avec d'autres... L'abstinence d'un psy-

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page13

chotique le renvoie aux angoisses liées à sa personnalité et au niveau de sévérité de sa maladie en rapport avec sa structure.

·Le déni

Le déni du Nom-du-Père est un mécanisme de défense pervers.

Le sujet refuse de reconnaître la différence des sexes, non d'un point de vue anatomique, mais d'un point de vue symbolique. La loi du père, source d'angoisse, est déniée pour laisser une toute puissance à la mère dont il reste l'objet du désir (négation de la castration maternelle). Dans la formation d'une structure perverse, le père de la réalité est dévalorisé dans le discours de la mère et il ne peut prendre sa place. Le pervers passe le plus souvent son temps à jouer avec l'autorité et la morale. Il y a à la fois intégration et déni de la loi.

Le fétiche qui a été choisi lors des rapports sexuels -le plus souvent d'ordre sado-masochique- joue le rôle du phallus (imaginaire) manquant chez la mère, protégeant ainsi le sujet de l'angoisse provoquée par le constat d'une image castrée. Ce rôle de fétiche peut être rempli par un psychotrope, ayant une fonction magique de protection contre la castration. Pour le pervers, la consommation favorise la transgression des règles et le dépassement des limites, provoquant ainsi de la jouissance.

Dans un centre de jour comme le nôtre, le sujet pervers tente généralement de jouer avec les règles et les limites, et de remettre en cause notre fonctionnement. Le cadre vient réveiller en lui une angoisse insupportable dont la seule issue réellement thérapeutique sera l'intégration symbolique de la loi que nous représentons.

· Le refoulement

Le refoulement est un mécanisme de défense névrotique.

Dans la névrose, la loi du père a bien été intériorisée et régule le fonctionnement du sujet, qui est soumis à la castration et qui refoule ses pulsions. L'incompatibilité entre les pulsions du sujet et la loi du père est la source des symptômes (retour du refoulé). La consommation de psychotropes constitue le plus souvent une manière d'assouvir les pulsions sans ressentir l'angoisse de castration devenue trop intense lorsque le sujet est sobre (Boulze, I. 2011). En tant que thérapeute, il importe de réintroduire une possibilité pour le patient de vivre avec la castration que la drogue occultait. Concrètement, répondre à la demande du sujet qui demande un médicament ou une explication magique de sa dépendance (par un thérapeute qui sait) constitue une reproduction du mécanisme mis en place par le patient au moyen de sa consommation : ne pas accepter son manque fondamental (Magoudi, A., 1983). Il s'agira d'offrir un cadre à la fois frustrant, mais permettant l'élaboration de nouveaux comportements. Selon Roth (2013), chez les névrosés, la problématique addictive est souvent la conséquence d'une période plus difficile au niveau du contexte de vie et se soigne en général assez bien.

La clinique nous a par ailleurs montré qu'à côté de ces conduites de dépendances propres à une structure de personnalité, un nombre non négligeable de patients toxicomanes n'utilisent pas un mécanisme de défense classique, mais plutôt ce que l'on appelle le mécanisme de récusation.

Un nouveau mode de défense : la récusation

Thierry Roth (2012), s'appuyant sur les travaux de Charles Melman (2009), souligne que le système économique actuel aurait totalement bouleversé le rapport de l'homme à son environnement, ce qui par ailleurs a eu des impacts sur le fonctionnement psychique des sujets. Le libéralisme économique, en partie affranchi des morales et des religions, constitue un pousse à l'action vers la consommation de multiples produits qu'offre le marché actuel. La modernité actuelle favoriserait ainsi la levée des inhibitions vers une jouissance toujours plus forte. Néanmoins, la jouissance sexuelle n'est pas pour autant davantage investie, vu la multiplicité des jouissances qu'offre le marché : réseaux sociaux, i-phone, nouvelles technologies, jeux sur Internet, voitures... Ceci serait la source d'une augmentation de comportements addictifs, qu'ils soient à des psychotropes ou à des objets (on parle de « cyber-dépendance », de « jeu pathologique », ou d' « achat compulsif » par exemple).

Selon Roth, la société actuelle favoriserait le développement d'un mécanisme de défense encore peu connu : la récusation du Nom-du-Père. Ce terme, proposé par Marcel Czermak en 1998, se distingue des trois grands modes de défense. Dans la récusation, le Nom-du-Père est reconnu -on n'est donc pas dans la psychose-, mais délégitimée. L'autorité est bien reconnue mais c'est comme si le sujet n'était plus concerné, qu'il « n'en avait rien à faire de cette loi ». Un patient peut par exemple récuser la loi symbolique que représente un intervenant qui est garant du fonctionnement d'une institution, un élève peut récuser l'autorité d'un enseignant. Dans le mécanisme présent, non seulement le sujet ne reconnait pas la personne qui est à une certaine place (« cette personne n'a rien à faire à cette place d'éducateur ou de responsable du centre »), mais il remet aussi en question l'existence même de cette place d'autorité.

La récusation du Nom-du-Père laisse libre cours à la jouissance immédiate, au plaisir immédiat. Il manque une limite chez le sujet, limite en réalité présente dans le psychisme, mais le sujet fait comme si elle n'était pas là.

Il y a dans ce mécanisme une économie du refoulement puisque le refoulement implique une importance accordée à la loi, ce qui n'est pas le cas ici. Il existe néanmoins un refoulement *a minima*, le sujet étant clivé entre une reconnaissance du Nom-du-Père et le rejet de celui-ci. Ni psychotique, ni névrosé, la tentation serait forte de parler de perversion, ce qui n'est pas non plus le cas. Comme le souligne Roth (2012), « on ne peut dénoncer ce que l'on dénie ». Dans le cas de la récusation, la loi est dénoncée, donc reconnue comme telle, ce qui n'est pas le cas dans le mécanisme du déni. Selon Roth le déni implique reconnaissance et négation (négation de la reconnaissance), alors que la récusation implique une reconnaissance dont le sujet ne tient pas compte. De manière schématique, à l'expression du pervers « oui, mais non... », correspond celle du récusateur : « oui, mais je m'en fous ». Le mécanisme de récusation expliquerait les conduites addictives chez de nombreux « nouveaux sujets ».

Des sujets « borderline ».

Le concept de « borderline » a toujours été associé aux comportements addictifs. Il a d'autre part été la source de débats entre les différentes écoles de psychanalyse.

Par exemple, certains auteurs ne voient pas les borderline comme une structure de personnalité (comme Bergeret, 1982), alors que d'autres perçoivent ce fonctionnement comme une manifestation psychotique (Ferbos et Magoudi, 1986). Selon Roth (2012), ce fonctionnement serait « astructurel », qui ne semble pas s'insérer à une structure de personnalité bien définie, qui ne soit ni psychotique, ni perverse, ni névrosée.

Charles Melman définit les borderline comme des sujets pouvant tantôt « revenir à domicile, à cette assignation à résidence qui fait référence au père », tantôt partir en voyage, libéré de toute contrainte et de toute limite afin de soulager ses angoisses. La référence au nom du père et à la loi n'est donc pas solide et permanente. Elle est en réalité très fragile. Selon Melman, la limite qui s'impose un moment donné à ces sujets et qui met un stop à la jouissance, est une limite réelle et non pas symbolique : la vérification quasi expérimentale que la jouissance a des limites, car devenue source d'une insatisfaction fondamentale. C'est d'ailleurs généralement dans ce contexte, qui se caractérise d'ailleurs le plus souvent par une période d'abstinence faite de bonnes résolutions, que nous accueillons ces patients.

Dans cette société du « pousse à l'action », certains sujets peuvent s'appuyer sur des bases psychiques « solides ». Ils ont pu intégrer la dimension du manque et de la frustration. D'autres reposent sur une personnalité plus fragile et se retrouvent face à un manque plus réel que symbolique, alternant ainsi des comportements de gavage de produits ou d'objet de toutes sortes à un manque réel. Le « récusateur » peut parfois aller se protéger, « passer un temps » du côté du Nom-du-Père et de la loi quand il en ressent la nécessité (« se protéger du produit»), mais succombe rapidement à la tentation de jouir à nouveau et toujours plus dans des comportements de consommation. La drogue constitue un moyen de combler les angoisses existentielles en niant le manque, en faisant sans la dimension phallique. Thierry Roth (2010), parle d'un « fort-da » réel et non plus symbolique.

Implications thérapeutiques

Le cadre de notre institution doit tenir compte de ce type de rapport à la loi, toujours croissant dans notre société moderne, sans empiéter sur la mise en place d'un travail psychothérapeutique adéquat avec les autres structures de personnalité. C'est toute la dynamique de notre travail quotidien : trouver un cadre général, c'est à-dire en théorie valable pour tous les patients, mais qui puisse laisser de la souplesse pour une clinique du « cas par cas ».

Au sein de notre structure, notre cadre laisse la possibilité de travailler avec une large population. Les patients doivent théoriquement se rendre au centre au minimum trois jours par semaine pour une durée de minimum 6 heures, et participer au minimum à trois activités par semaine. Ce cadre minimum nous permet une certaine souplesse pouvant s'adapter aux caractéristiques du patient.

Pour une transition thérapeutique

Le problème rencontré par ces patients « récusateurs » est l'incapacité à faire face au manque fondamental lié à l'existence. Ils n'ont pu accéder suffisamment au manque symbolique, constitutif du désir. On le voit : ils alternent des moments de consommation avec des moments d'abstinence, parfois longs (où la dépendance physique est dépassée), mais rechutent car l'angoisse liée au manque devient insupportable.

Pour ces sujets pris dans ce va et vient avec la drogue, sans limite, notre rôle est en premier lieu d'assurer un espace transitionnel pour le patient, de façon à pouvoir réintroduire un espace de séparation avec le produit et surtout la possibilité d'un manque par ailleurs symbolisable. L'objectif n'est pas de constituer un rôle concurrentiel au produit. Si d'un côté cela est peine perdue d'avance, en faisant cela, on répéterait le mécanisme défaillant chez le sujet addict. Cela ne serait donc nullement thérapeutique, mais seulement substitutif. Roth parle d'ailleurs de « produits de transition » plutôt que de « produits de substitution ». Les psychotropes prescrits par les médecins (comme le valium ou la méthadone), peuvent permettre une symbolisation du manque de l'alcool, et ouvrir un espace de parole sur le manque (de l'alcool ou de l'héroïne). De la même manière, on peut considérer les différents dispositifs de notre centre de jour (entretiens, groupes de paroles, activités artistiques, sportives,...) comme des espaces de transition où peut notamment s'élaborer, une symbolisation du manque fondamental. Pour ces patients, nous veillons à être plus cadrant, à ce qu'ils s'engagent non seulement dans des activités, mais aussi à des « pauses », des moments dans le communautaire, où ils n'ont rien à faire... Ces sujets ont parfois tendance à « se gaver » d'activités : on voit parfois une addiction à une activité s'installer, comme l'atelier artistique, le sport, ou encore un désir de « bouffer du psy » en sollicitant sans cesse des entretiens de soutien.

Thierry Roth insiste sur le fait que l'acquisition de la temporalité est fondamentale dans le traitement de ces patients. Ces derniers, pris dans l'immédiateté de la jouissance du produit, sont dans ce que Charles Melman appelle le « temps réel », un temps qui n'est préparé par aucun discours. Il importe de leur faire acquérir le « temps freudien ». En s'engageant dans le temps dans un traitement, les patients vont pouvoir, dans les espaces de transition (entre la consommation du produit de transition, entre les séances d'art, de thérapie ou de sport,...) réintroduire une symbolisation du manque. Il s'agit d'arriver à ce que le patient ne nous dise pas « je veux » (jouir) (du produit ou de ses substituts), mais « je demande » (d'aller mieux).

Soulignons que la prise en charge médicamenteuse (« produits de transition ») doit être élaborée à l'extérieur de notre centre. Ceci favorise des rendez-vous continus dans le temps et à long terme, ce que ne permet pas notre structure non seulement en termes de ressources humaines mais aussi parce que la durée de prise en charge est limitée (deux ans maximum).

La mise en place du cadre s'élabore principalement avec le référent thérapeutique. Ce dernier, responsable du projet thérapeutique du patient, définit, en concertation avec l'équipe, un dispositif de soin adapté au sujet. Ceci n'est pas toujours facile car ces patients essaient souvent soit de fuir la prise en charge (se caractérisant par des absences et des rechutes), soit de se gaver dans une activité en dehors des heures d'ouverture de l'atelier. Si notre cadre n'est pas assez structurant avec ces sujets, ils rechutent rapidement et on ne les voit plus beaucoup fréquenter le centre. Il importe dès lors d'être là, de se porter garant du cadre. Pouvoir adapter un cadre « suffisamment bon » pour ce type de patient n'est pas chose simple car ces sujets sont les premiers à souligner que leur programme est plus contraignant que pour d'autres patients (pour qui un tel cadre pourrait générer des angoisses incom-

Vous désirez **reprendre le contrôle sur votre vie face aux jeux de hasard et d'argent** sans vous déplacer?

LE TÉLÉCOUNSELLING
peut vous aider **gratuitement !**

Si vous désirez plus d'information, communiquez avec
Jeu : aide et référence
1 800 461.0140

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page15

mensurables). Ces patients vont souvent souligner ce qui peut paraître comme une faille dans le règlement et son application. Ils ont besoin d'un cadre clair, « qui tient ». À nous donc, thérapeutes, de toujours nous positionner clairement en soulignant qu'un choix particulier à leur égard est réfléchi en équipe et nullement arbitraire.

Nous allons maintenant présenter un cas de patient pour qui nous avons pu représenter une loi sur laquelle s'appuyer de manière opérante.

Monsieur R.

Monsieur R. arrive chez nous suite à une post-cure pour l'alcool de 9 mois suivie d'une grosse rechute. Le patient a un passé carcéral, pour des raisons de consommation d'héroïne, cocaïne et aussi plusieurs vols. Il a un problème d'excès de consommation depuis son adolescence, et depuis quelques années, c'est uniquement l'alcool.

Pendant quelques mois, le patient est suivi en référence[2] par une de nos thérapeutes avec qui il lie une relation privilégiée. Soulignons d'amblée que ce travail de référence ne consiste nullement en une psychothérapie (ce que nous souhaitons souvent s'effectuer, à l'extérieur du centre) mais un suivi global du projet thérapeutique du patient. La référente de R. est particulièrement soutenante pour lui et contribue à un certain équilibre néanmoins très fragile. Il montre un va et vient entre des périodes d'abstinence et de forte consommation. Le patient avance quelque peu dans des démarches administratives.

Suite à une redistribution des tâches au sein de notre institution, je reprends assez rapidement la référence de R. Le suivi durera un peu plus d'un an et demi. Au départ, le patient dit qu'il perd ses repères par le changement de référence. Il consomme de l'alcool de manière excessive plus régulièrement. Il montre une indifférence à mon égard. Le patient échappe aux rendez-vous, et ne vient pas au centre souvent sans prévenir. Il nous transmet alors des raisons qui montrent son désintérêt pour notre travail (il invoque par exemple des courses à faire). Il critique ouvertement l'équipe et recherche des failles dans notre fonctionnement. Il interroge le cadre et en particulier les règles. Il aime jouer avec les limites et faire « ce qui n'est pas interdit ». Par exemple, il fume près de l'entrée de la terrasse, alors qu'il est encore dans la cuisine. Il arrive avec des bières dans son sac en demandant que celui-ci reste dans le bureau médical, ce à quoi il réussit quelques instants en manipulant une stagiaire. Il fréquente de nombreux patients à l'extérieur, alors qu'il sait que nous le déconseillons fortement…

Sa manière de parler de la loi (de l'équipe, de ses règles, mais aussi du responsable d'équipe) traduit bien le mécanisme de récusation : c'est bien la place que nous tenons, l'endroit symbolique dont nous lui parlons, qui n'a pas lieu d'être. Les thérapeutes, ainsi que le responsable d'équipe, n'ont aucune légitimité pour lui signaler que des règles existent.

Il dit aussi qu'il aime jouer avec les limites et qu'il a besoin qu'on le remette à sa place. Je pense à ce moment que c'est bien une sanction dont il a besoin : quelque chose de concret qui va lui montrer qu'effectivement ses agissements sont inadéquats et que nous mettons un arrêt. Il le verbalise d'ailleurs. Ceci n'est néanmoins pas décidé par l'équipe car aucun motif d'exclusion n'est présent[3].

De mon côté, je veille à faire respecter un cadre avec le patient, ce qui n'est pas chose aisée vu sa résistance à travailler avec moi : l'importance de se voir régulièrement (je suis son référent, et l'équipe ne désire pas le changer : il faut donc se voir et travailler son projet thérapeutique), recadrer le patient par rapport à ses transgressions. J'essaie de mettre des limites. Petit à petit, le cadre mis en place par les thérapeutes met en évidence des limites plus claires, mettant un frein à ses débordements, y compris au niveau de la consommation. Ce cadre sécurisant et plus frustrant est un souci d'équipe : notre éducatrice et notre assistante sociale notamment, deux personnes fort en contact avec le patient, délimite un cadre clair et « suffisamment bon » : une permanence où on peut travailler, mais avec des règles à respecter. Un jour, après un an de suivi, après de nombreux comportements inadéquats, il transgresse à nouveau une règle mise en place. Dans le même temps, il parle de manière agressive sur certains membres du personnel qui l'ont recadré. Ces derniers évènements amènent l'équipe à prendre une sanction : le patient est écarté une semaine de la communauté. Lors de son retour, nous mettons avec lui des mots sur ce qui s'est passé. Un changement radical s'opère : le patient reconnait ses torts, remercie de la sanction « qui l'a fait réfléchir et prendre conscience de la chance qu'il avait de pouvoir prendre en main ses problèmes avec des thérapeutes compétents ». Dès lors, il respecte ses engagements, commence une thérapie individuelle toujours en cours, règle ses problèmes administratifs, entame et termine une formation, entame un bénévolat et arrête complètement ses excès de consommation. Il pratique également du sport de manière régulière. Le patient, depuis de longs mois, dit continuer à consommer le soir 3 à 4 bières, probablement pas plus vu sa fraicheur le matin et ses divers engagements qu'il tient. Le patient s'appuie sur l'équipe, notamment sur moi-même, notre assistante sociale et notre éducatrice pour aller vers ses objectifs. Il a aussi de nombreuses attaches à l'extérieur qui ont été mises en place, avec un projet professionnel concret, ce qui nous amène à clôturer sa prise en charge après 2 années de suivi. Le patient a clairement conscience, puisqu'il le verbalise spontanément, qu'il avait besoin de limites et d'un cadre pour sortir de ses débordements pulsionnels. Selon, lui, ce sont les limites claires qui lui ont été mises, en particulier la sanction qu'il trouve tout à fait normale, qui lui ont permis de changer. Actuellement, le patient a tout un dispositif (soutien thérapeutique et social, insertion socio-professionnelle,…) qui lui permettra, espérons-le, de tenir. Il a aussi la possibilité de venir chez nous à des moments prévus pour recevoir « les anciens ». Pour ce type de patient, les limites doivent être solides et permanentes. C'est grâce à ce type de cadre que le patient a pu sortir de son mécanisme de récusation pour s'appuyer sur la loi symbolique que nous représentons.

Bibliographie

Boulze,I. (2011). L'alcoolisme, Psychopathologie psychanalytique. *Editions Armand Colin*

Ferbos, C. et Magoudi, A. (1986). Approche psychanalytique des toxicomanes. *Presses Universitaires de France, Paris.*

Melman C. , 2009. La nouvelle économie psychique. *La façon de penser et de jouir aujourd'hui. Toulouse, Erès.*

Pages-Berthiers J. (1993). Psychanalyse et toxicomanie. In Revue toxibase *2/93.*

Roth, Th. (2012). Récusations et Addictions. In Le Journal des psychologies*, no 294, p.54-58.*

Roth, Th. (2011). Addictions : structure et récusation. In A.L.I. *Association lacanienne internationale.*

Roth, Th. (2010). Pour une transition thérapeutique en toxicomanie- ou de l'injection d'une ponctuation qui ferait advenir le fort-da. In La Revue lacanienne*, 2010/3, pp.163-168*

2 *La référence : chaque patient a un référent qui est responsable du projet thérapeutique du patient. Le patient voit son référent une fois par semaine qui l'accompagne dans son évolution au niveau psycho-médico-social. Le référent travaille de manière étroite avec toute l'équipe pluridisciplinaire. Les suivis psychothérapeutiques individuels ont lieu en dehors de l'institution.*

3 *Les motifs d'exclusion : violence physique et verbale, possession (ou consommation) de psychotropes sur soi, vol. D'autres raisons d'exclusion existent, et la décision est alors prise au cas par cas. Exemple : il est jugé que la prise en charge n'a plus de sens. Une raison pour ce cas est l'absence prolongée et sans motif jugé valable du patient au sein du centre. Autre exemple : il est jugé que le patient a un impact trop négatif sur la communauté.*

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page16

Drogues : Savoir plus, Risquer moins, nouvelle édition.

Mohamed Ben Amar, pharmacologue
Université de Montréal

C'est avec fierté que le *Centre québécois de lutte aux dépendances* (CQLD) lançait, le 18 novembre dernier, la 7e édition de ***Drogues : Savoir plus, Risquer moins.*** Ce petit livre d'information sur les drogues, publié sous la direction du pharmacologue Mohamed Ben Amar de l'Université de Montréal, figure aujourd'hui parmi les best-sellers au Québec avec plus de 200 000 exemplaires vendus depuis sa première parution en 2001.

La présence et la consommation des drogues, incluant l'alcool, constituent un phénomène qu'on ne peut plus nier ni ignorer, et la popularité de ***Drogues : Savoir plus, Risquer moins*** nous confirme l'intérêt de la population pour une information juste et actuelle sur les drogues et leurs effets. Cet engouement du grand public nous encourage à poursuivre la publication de ce document de référence et à le rendre facilement accessible, tant par son bas prix de vente que par le langage *à portée de tous* que nous avons pris soin de maintenir.

Aujourd'hui, l'idée que l'on se faisait des drogues il y a quelques années à peine est quotidiennement bouleversée par l'évolution des mentalités, la nécessité de revoir certaines lois qui ne jouent plus le rôle pour lequel elles avaient été établies au départ, ou encore, par des percées scientifiques dans plusieurs domaines. Par exemple, le débat sur l'assouplissement des lois sur le cannabis ou sa légalisation dans certains états américains nous oblige à nous questionner et à nous préparer à faire face à des choix qui étaient autrefois la responsabilité du législateur. C'est pourquoi nous avons revu en entier le chapitre sur le cannabis pour tenir compte de ces changements et des études produites au cours des dernières années.

Nous n'ignorons pas ces phénomènes. Toutefois, nous avons choisi, dans cet ouvrage, de transmettre des informations généralement reconnues et validées scientifiquement, sans porter de jugement moral et sans prendre position en faveur d'une théorie ou d'une école de pensée particulière. Nous espérons ainsi susciter des discussions, combler des lacunes au niveau des connaissances et corriger les idées préconçues qui foisonnent un peu partout, particulièrement chez les jeunes, au moment où ils font face à des choix dont ils ne peuvent encore mesurer les conséquences.

L'édition 2014 comporte des mises à jour importantes et plusieurs nouveautés qui prennent en compte l'évolution des substances et des modes de consommation. Elle présente également une mise à jour complète des données disponibles les plus récentes sur la consommation de substances psychoactives au Québec et au Canada. Entre autres, la popularité croissante des boissons dites *énergisantes*, la présence accrue des *drogues de synthèse* et l'abus de *médicaments d'ordonnance* sont des phénomènes qui font maintenant partie du paysage des drogues et qui méritent qu'on s'y attarde.

Les auteurs : Pascal Schneeberger (Université de Sherbrooke), Mohamed Ben Amar (Université de Montréal), Geneviève Lefebvre (CQLD) et Rodrigue Paré (Maison Jean Lapointe). (Absent : Louis Léonard)

Caféine et boissons dites « énergisantes »

Ces boissons qui promettent de stimuler le corps et l'esprit et d'améliorer les performances sont de plus en plus populaires chez les jeunes. Elles produisent de nombreux effets négatifs sur la santé qui peuvent parfois être dévastateurs et renferment de fortes quantités de caféine et de sucre, mais parfois aussi de la taurine, du glucose et du ginseng, ce qui n'est pas anodin.

Drogues de synthèse

On en retrouve aujourd'hui plus de 400 sur le marché. Ce sont des substances non règlementées, produites par des laboratoires clandestins principalement situés en Amérique du Nord, en Chine et en Inde et dont la composition est souvent incertaine. Elles échappent aux lois en vigueur et représentent un danger certain pour la santé du consommateur puisqu'on ne peut savoir de façon certaine ce qu'elles contiennent.

Médicaments d'ordonnance

Ces substances font maintenant partie du paysage des drogues et

leurs risques pour la santé sont bien réels. Les principales substances psychoactives d'ordonnance susceptibles d'abus sont, notamment, les médicaments contre l'anxiété et l'insomnie, les opiacés, responsables de nombreux décès au Québec lors de leur usage comme analgésiques, les stimulants, le méthylphénidate (Ritalin), ainsi que les antidépresseurs. Actuellement, la consommation abusive de médicaments d'ordonnance augmente de façon générale à travers le monde et représente une menace certaine et croissante pour la santé publique.

La septième édition de ***Drogues : Savoir plus, Risquer moins*** traite maintenant des 19 psychotropes ou classes de psychotropes suivants : alcool, amphétamines; méthamphétamine et cristal meth; caféine et boissons dites énergisantes, cannabis, cocaïne, crack et *freebase*, ecstasy ou MDMA, GHB, héroïne, kétamine, LSD, médicaments psychoactifs, mescaline, méthadone, nouvelles drogues de synthèse, PCP, psilocybine et champignons magiques, substances dopantes, substances volatiles et tabac. Le livre fournit des explications sur les effets et les risques de ces diverses substances psychoactives, sur les lois et sur l'aide disponible dans une section intitulée *Agir, réagir, aider, être aidé*.

Les objectifs principaux retenus pour la 7e édition de notre livre sont de donner l'information la plus complète, la plus impartiale et la plus actuelle possible et essayer de vulgariser cette information afin de la rendre accessible à tous les lecteurs. Le livre s'adresse tout autant aux médecins, aux pharmaciens, aux divers professionnels de la santé et aux intervenants qui œuvrent dans le domaine des drogues et de la toxicomanie qu'aux institutions d'enseignement (écoles, cégeps, universités), aux étudiants et aux personnes qui côtoient les drogues de manière directe ou indirecte.

Le livre veut aussi rejoindre le grand public, notamment les jeunes, les parents et toutes personnes qui, à un moment donné, nécessitent une information juste et actuelle sur les drogues et leurs effets. Cette préoccupation nous a poussés à conserver le plus bas prix possible pour cette nouvelle édition afin qu'il ne devienne pas un obstacle à son acquisition lorsque le besoin se présente.

Programmes d'études en toxicomanie

Admission à l'automne 2015

2e cycle
Intervenir sur de multiples problématiques
Toxicomanie • santé mentale • jeu
- **Maîtrise en intervention en toxicomanie (45 cr.)**
- **DESS en intervention en toxicomanie (30 cr.)**

Offerts aux titulaires d'un baccalauréat lié à l'intervention et travaillant depuis au moins un an en toxicomanie ou en santé mentale.

Cours offerts à temps partiel sous forme de fins de semaine intensives au Campus de Longueuil et quelques cours offerts sur Internet.

1er cycle
Devenir un intervenant qualifié
- **Certificat en toxicomanie (30 cr.)**

Cours offerts à temps partiel sous forme de fins de semaine intensives dans différentes villes du Québec et quatre cours sont offerts sur Internet.

SOIRÉES D'INFORMATION – Campus de Longueuil (locaux affichés au B2)
Certificat : mardi 24 mars 2015 à 19h
Maîtrise et DESS : mercredi 25 mars 2015 à 19h

Confirmez votre présence en précisant la date de la soirée d'info :
1 888 463-1835, poste 61795 ou Jacinthe.Riendeau@USherbrooke.ca

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE | *Voir* au futur

USherbrooke.ca/toxicomanie

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page18

Tendances de consommation : Nouvelles drogues et Internet (partie 1)

Jessica Turmel, formatrice
Candidate à la maîtrise en psychoéducation, UdeM

Depuis quelques années, le marché mondial de la drogue tend à proliférer en matière de nouvelles molécules psychoactives fabriquées à l'étranger puis vendues comme alternative aux drogues illégales, profitant ainsi du flou juridique qui en découle. Le phénomène est si fleurissant que nous pouvons désormais compter par centaines le nombre de ces nouvelles substances en circulation sur le marché international. Au terme de la dernière chronique du GRIP Montréal, abordant la fabrication de ces nouvelles drogues synthétiques, un questionnement quant à la transaction de ces produits s'est imposé. De quelle façon l'importation de ces nouvelles drogues se manifeste-t-elle dans le paysage québécois?

D'une part, nous savons que celles-ci sont parfois achetées par le milieu criminel et utilisées comme produits de coupe dans les substances psychotropes retrouvées sur le marché noir, tel que décrit lors de la dernière chronique[1]. En effet, le contrôle excessif des additifs pour confectionner des drogues de synthèse connues augmente le recours à d'autres substances nouvelles ou méconnues, d'où l'augmentation des risques associés à l'usage de ceux-ci. La revente de ces produits est également intéressante puisqu'elle engendre des profits notables.

D'autre part, vu la perte de confiance des consommateurs quant à la qualité des drogues illégales sur le marché, certaines de ces nouvelles substances se retrouvent également vendues ouvertement à titre de drogues alternatives. On les retrouve notamment dans certaines boutiques spécialisées, mais aussi de plus en plus fréquemment par le biais... d'Internet (OEDT, 2014)!

Les boutiques virtuelles, une transaction moderne!

En effet, il semble qu'il soit plutôt facile pour un consommateur de commander par le biais d'Internet. Il suffit d'entrer le nom d'une substance dans le champ de recherche, par exemple le MDPV, pour constater qu'un simple clic nous sépare de plusieurs sites explicites de vente en ligne. On retrouve sur ceux-ci des stratégies de vente dignes de n'importe quel produit commercial, telles que la diminution des prix lors de l'achat de grandes quantités, par exemple. Véritables entreprises opportunistes, ces sites internet arborent des styles ciblant des clientèles particulières.

Selon Lahaie et *al.* (2013), on retrouverait quatre types de marchés de nouvelles substances psychotropes sur le Web. Le premier s'adresse à une clientèle avertie sachant repérer ce qu'elle désire parmi les noms de molécules énumérés et connaissant les effets de celles-ci. Ce type de site se montre plutôt transparent et sobre dans la présentation de ses produits.

Le second type, plus généralisé, use de stratégies de vente attractives, témoignant d'un souci de présentation, soignant la forme des produits et proposant des emballages attrayants. Ces sites commerciaux exposent des messages à saveur publicitaire dont la promotion cible parfois clairement les jeunes. Ils vantent la qualité de leur produit, pouvant de ce fait mener le consommateur à une confiance risquée en ce qui concerne les dosages. On n'y indique ni n'incite la prise d'informations sur les molécules et leurs effets, laissant planer une certaine confusion quant à la nature synthétique de la substance et la possibilité de retrouver des mélanges de molécules dans un même produit. Sous une même appellation, ces sites sont également susceptibles de vendre une multitude de molécules différentes. Ces sites distribuent davantage de substances psychoactives que ceux destinés au public averti, notamment en ce qui concerne les cannabinoïdes synthétiques.

Un troisième type de marché en ligne concerne la vente secrète. Suivant la formule du marchandage d'autres produits illégaux, ce marché opère en demeurant dissimulé via des sites n'étant pas référencés dans les moteurs de recherche. L'accessibilité à ces lieux virtuels s'avère ainsi plus ardue, exigeant d'une clientèle plus marginale la prise initiale de contact auprès d'un réseau de consommateurs lui ayant transmis les coordonnées gardées confidentielles. Leur accès s'avère d'autant plus laborieux qu'il nécessite certaines compétences informatiques et implique un système de transactions par monnaie virtuelle.

Le dernier type de vente en ligne renvoie pour sa part à la formule des petites annonces gratuites, telles que nous avons coutume de visiter pour une panoplie de produits de consommation vendus par des particuliers. On en retrouve une trentaine, bien qu'ils fassent peu écho chez les usagers réguliers de drogues. Les annonces affichées sur ce type de site réfèrent généralement à des adresses postales situées en Afrique ou en Chine. S'ajoutant aux nouvelles drogues de synthèse, la vente s'étend également à des produits illégaux tels que l'héroïne.

Mais qu'elle est donc l'ampleur de la situation au Québec ? La prochaine chronique abordera cette question et se penchera sur les différents profils de clientèle ciblés et intéressés par cette pratique.

Pour obtenir davantage d'informations ou des services de prévention, pour commander des outils ou recevoir une formation complète sur les nouvelles tendances, visitez le site web du GRIP Montréal au **www.gripmontreal.org**

Références

Lahaie, É., Martinez, M. et Cadet-Taïrou, A. (2013). Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies, no.84, 8 pages.*

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2014). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolution. *Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 88 pages.*

1 *L'intervenant, vol. 31 no 1, octobre 2014*

interieur janvier 2015 vol 31 02_Interieur 14-12-16 11:11 Page19

7e édition de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*

*Vous trouverez sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec, le rapport de la 7e édition de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, *réalisée à l'automne 2013 auprès de 5 000 élèves de la 1re à la 5e année du secondaire. Les résultats présentés dans cette publication font non seulement état de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et de drogues et de la participation à des jeux de hasard et d'argent chez les jeunes en 2013, mais également de l'évolution de ces comportements au cours des 15 dernières années. Les résultats de 2013 confirment la baisse constante de la prévalence de ces comportements potentiellement à risque et témoignent ainsi des progrès accomplis au cours des quinze dernières années.*

Parmi les nombreux résultats présentés, on peut notamment y voir un net recul de l'usage des produits du tabac (de 33 % en 1998 à 12 % en 2013) ainsi que de la consommation d'alcool (de 71 % en 2000 à 57 % en 2013). Les mêmes tendances sont observées en ce qui a trait à la consommation de drogues (de 43 % en 2000 à 24 % en 2013) et à la participation à des jeux de hasard et d'argent (de 51 % en 2002 à 25 % en 2013). Vous pouvez accéder à la version électronique à l'adresse suivante : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu.html>.

Cours en ligne sur la cyberdépendance

L'Université de Nantes (France) propose une série de cours en ligne gratuits (MOOC : Massive Open Online Courses) portant sur la cyberdépendance. Ces cours sont ouverts à tous, gratuits et libres d'accès. Le MOOC construit par l'Université de Nantes permettra de mieux comprendre les différents usages du numérique, notamment les usages à risque et les addictions. Il se veut aussi collaboratif. Chaque semaine, une thématique sera discutée sous la forme de questions auxquelles les participants devront chercher à répondre. Diverses ressources pédagogiques seront mises à disposition (vidéos, textes, liens) afin de lancer une réflexion commune et de soutenir la réalisation par les participants de contributions diverses, individuelles ou collectives. L'objectif de ce MOOC est de construire entre les participants et les chercheurs un dialogue portant sur les usages et pratiques du numérique, que ceux-ci soient ludiques, excessifs, passionnants, à risque, distrayants, addictifs, etc. (Source : le blogue du CQDT)

L'intégration des services en toxicomanie pour les personnes adultes

Il est possible de consulter et télécharger les diapos présentées lors de la journée organisée par l'ARUC en novembre 2014 sur le site du RISQ <www.risqtoxico.ca> sous l'onglet Séminaires, conférences et formation.*)*

Nouvelle édition - Drogues : *Savoir plus, risquer moins*

En décembre 2014, le Centre québécois de lutte aux dépendances a lancé la nouvelle édition de son livre de référence sur les drogues — un best-seller au Québec avec plus de 200 000 exemplaires vendus. L'ouvrage présente une mise à jour des connaissances, ainsi que des statistiques et des lois relatives aux différentes substances psychoactives : alcool, amphétamines, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, LSD, médicaments psychoactifs, mescaline, champignons magiques, substances dopantes, tabac et plusieurs autres psychotropes. Drogues : Savoir plus, risquer moins *s'appuie sur l'expertise des meilleurs spécialistes dans le domaine des drogues et des dépendances. L'équipe d'auteurs, sous la direction de M. Mohamed Ben Amar, véritable sommité en la matière au Québec, s'est assurée de publier des informations actualisées et objectives, mais surtout vulgarisées afin qu'elles soient compréhensibles.* Drogues : Savoir plus, risquer moins *constitue la source d'informations par excellence sur les drogues au Québec depuis 2001, tant au niveau des effets et des risques des différentes substances, que des ressources d'aide disponibles et des conseils prodigués aux personnes affectées par leur propre consommation ou par la consommation d'une personne de leur entourage. Que vous soyez un intervenant, un parent, un professionnel de la santé, un enseignant ou un adolescent, ce livre saura répondre à la plupart des questions sur les drogues, leurs effets et les risques qu'elles comportent. La nouvelle édition présente notamment de nouveaux chapitres, tels les boissons «énergisantes», populaires chez les adolescents, et les nouvelles drogues de synthèse. Le chapitre sur le cannabis contient également de nouvelles informations visant à faire le point sur cette substance qui fait actuellement l'objet de débats passionnés.*

Les prédicteurs de la dépendance à l'alcool et aux drogues

Au Canada, en 2002, approximativement 2,2 % de la population âgée de 15 ans et plus ont déclaré avoir des symptômes indiquant une dépendance à l'alcool alors qu'environ 1,1 % de celle-ci indiquait avoir une dépendance aux drogues. Cette étude s'intéresse aux caractéristiques qui distinguent les nouveaux cas de personnes dépendantes aux substances psychoactives de la population générale. Elle vise également à déterminer les prédicteurs de la dépendance aux substances sur une période de deux ans et à évaluer les variables qui différencient les personnes dépendantes aux substances selon le sexe et l'âge. Pour le télécharger: <https://oraprdnt.uqtr.uquebec.ca/pls/public/docs/GSC3472/F976063673_Fleury__Grenier__Bamvita__Perreault_et_Caron_fran_ais.FINAL.pdf>.

Le portail des acteurs de santé

Ce portail a été créé dans le cadre d'un projet soutenu par la Direction Générale de la Santé et la MILDECA et réalisé en partenariat avec l'OFDT, l'IPPSA, le Respadd, Adalis, le GREA (Suisse) et le RISQ (Québec). Il a pour objectif d'aider les professionnels de santé de premier recours à : aborder la question des addictions avec les patients,repérer un usage problématique de substance psychoactive, intervenir et orienter le patient en fonction de sa situation et de ses besoins.<http://intervenir-addictions.fr/>.

Chronicité : profils et traitements

Vous n'avez pas assisté au colloque organisé par le CRDM-IU et le RISQ au mois de novembre? Les présentations sont maintenant disponibles sur le site du RISQ. Pour consultation ou téléchargement, consultez l'onglet Séminaires, conférences et formations *du site internet <www.risqtoxico.ca>.*

couvert janvier 2015 vol 31 02_BASE-HIVER-Kerozen.qxd F 14-12-15 16:31 Page 4

AITQ Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc. *et* UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Formations AITQ-UdeS 2015

30 janvier 2015 à Longueuil

INTERVENTION AUPRÈS DES FAMILLES ET DES PROCHES DANS UN CONTEXTE DE DÉPENDANCE

M. Amnon Jacob Suissa, Ph. D. en sociologie, professeur en service social, UQAM, formé en thérapie familiale

6 février 2015 à Québec

NEUROBIOLOGIE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES PERSONNALITÉS IMPULSIVES : NARCISSE AU PAYS DES MERVEILLES

Dr Richard Cloutier, médecin psychiatre, Premiers épisodes psychotiques, IUSMM

13 février 2015 à Longueuil

NEUROBIOLOGIE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES PERSONNALITÉS IMPULSIVES : NARCISSE AU PAYS DES MERVEILLES

Dr Richard Cloutier, médecin psychiatre, Premiers épisodes psychotiques, IUSMM

13 mars 2015 à Longueuil

PRÉVENTION DES TOXICOMANIES CHEZ LES ADOLESCENTS : PRATIQUES QUÉBÉCOISES, PRATIQUES ÉPROUVÉES ET PRATIQUES NOVATRICES

M. Jean-Sébastien Fallu, Ph. D., professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

17 avril 2015 à Longueuil

CONSOMMATION, SEXUALITÉ ET INTERVENTION

M. Mathieu Goyette, Ph. D., professeur, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke et psychologue

8 mai 2015 à Longueuil

LE CRAFT : COMMENT AIDER LES PROCHES À AMÉLIORER LEURS INTERACTIONS AVEC UN TOXICOMANE QUI NE VEUT PAS CHANGER

M. Joël Tremblay, professeur, psychoéducation, UQTR, directeur scientifique RISQ

*Information et inscription : **450 646-3271 ou http://aitq.com/activites/formation.htm***