

# L'écho Toxico



Vol. 23, n° 1 • Janvier 2013

## Le mot de Lise...

Les différents textes que nous vous proposons dans ce numéro témoignent encore une fois de l'évolution constante des connaissances et des pratiques dans le champ de la toxicomanie au Québec. Ainsi le texte du Dr Didier Jutras-Aswad porte sur les facteurs génétiques et biologiques impliqués dans la vulnérabilité à la toxicomanie ainsi que sur des connaissances actuelles en neurobiologie pour chacune des phases du cycle de la dépendance et leurs applications cliniques correspondantes. Magali Dufour dresse un portrait préliminaire de l'utilisation d'Internet chez les jeunes du secondaire III à V montrant comment l'explosion des technologies a particulièrement modifié le portrait des loisirs et des relations qu'ont les jeunes.

Bénédicte Sainte et Véronique Pelletier, diplômées de la maîtrise en intervention en toxicomanie (MIT) et boursières du Fonds Jean-Lapointe pour 2011-2012, présentent un texte exposant les résultats et recommandations de leur essai synthèse. Bénédicte a travaillé sur la décision de mettre fin à un épisode de service dans un centre de réadaptation en dépendance (CRD) externe et présente le fruit de sa démarche pour de meilleures décisions dans les fermetures de dossier. De son côté Véronique nous présente sa réflexion visant à nous sensibiliser aux perceptions des personnes UDI atteintes du VIH concernant leurs expériences de partage des matériels d'injection pour mieux les comprendre et mieux prévenir. Vous trouverez aussi les récipiendaires du concours 2012-2013 pour le Fonds de bourse Jean-Lapointe, Émilie Contant, Annie Poulin et Lynda Villeneuve et un résumé du sujet de leur essai synthèse.

Enfin si vous avez envie de sourire et même rire, allez lire les PNB, vous y trouverez humour et message préventif.

Pour terminer, avant de vous souhaiter une bonne lecture, je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont collaboré à ce numéro et l'équipe des programmes d'études et de recherche pour leur travail remarquable dans le déploiement des nombreuses activités entourant les programmes de toxicomanie.

Je vous souhaite à tous, fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs une très bonne année 2013!

Lise Roy

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

## INTERVENIR EN MULTIPLES PROBLÉMATIQUES TOXICOMANIE/SANTÉ MENTALE/JEU

- MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (45 cr.)
- DESS EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (30 cr.)

Programmes offerts aux détentrices et détenteurs d'un baccalauréat lié à l'intervention travaillant depuis au moins un an en intervention dans le domaine de la toxicomanie ou dans un champ connexe. Cours offerts sous forme de fins de semaine intensives au Campus de Longueuil.

### SOIRÉE D'INFORMATION AU CAMPUS DE LONGUEUIL 150, place Charles-Le Moyne

**Mercredi 20 mars 2013** – 19 h à 21 h – local affiché au B2  
Confirmer votre présence à  
Jacinthe.Riendeau@USherbrooke.ca

#### Information

1 888 463-1835, poste 61795 (sans frais) ou 450 463-1835  
Toxico.Longueuil-Med@USherbrooke.ca



## DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ

- CERTIFICAT EN TOXICOMANIE (30 cr.)

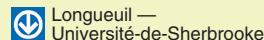
Pour être admis, vous devez détenir un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. Le programme se donne dans différentes villes du Québec. Cours offerts sous forme de fins de semaine intensives. Certains cours s'offrent sur Internet.

### SOIRÉE D'INFORMATION POUR GROUPE DE LONGUEUIL 150, place Charles-Le Moyne

**Mardi 26 mars 2013** – 19 h à 21 h – local affiché au B2  
Confirmer votre présence à  
Jacinthe.Riendeau@USherbrooke.ca

#### Information

1 888 463-1835, poste 15245  
Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca



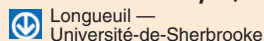
[www.USherbrooke.ca/toxicomanie/programmes](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie/programmes)

## Formations AITQ HIVER 2013

- 25 janvier 2013 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **La motivation, un élément clé de l'intervention en dépendance** • Candide Beaumont, psychologue
- 8 février 2013 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Dépression et toxicomanie: un festin mélancolique** • Dr Richard Cloutier, psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 22 février 2013 à **Québec** (9 h à 16 h 30) *Hôtel Québec* • **Dépression et toxicomanie: un festin mélancolique** • Dr Richard Cloutier, psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 15 mars 2013 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Consommation et délinquance chez les jeunes** • Natacha Brunelle, professeure, Département de psychoéducation de l'UQTR et Patrick Arial, psychoéducateur, Centre jeunesse de Québec
- 26 avril 2013 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Intervenir en toxicomanie sans s'épuiser** • Anne Gauvin, directrice générale, Pavillon Pierre-Péladeau et Maison Raymonde-Chopin-Péladeau
- 10 mai 2013 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Gérer les «personnalités toxiques» au sein des équipes de travail et en contexte de réunions dans le domaine de la toxicomanie** • M Claude-Michel Gagnon, psychologue, maître d'enseignement à l'École nationale d'administration publique et chargé de cours à l'Université du Québec à Chicoutimi

### ENDROITS:

Campus de Longueuil  
de l'Université de Sherbrooke  
150, place Charles-Le Moyne, Local 3625



L'Hôtel Québec  
3115, avenue des Hôtels, Québec

### COÛT:

**Inscription hâtive**  
(30 jours avant la date de la formation):  
Membre de l'AITQ ou étudiant des  
Programmes d'études en toxicomanie de  
l'Université de Sherbrooke: 95 \$  
Autres: 115 \$

**Inscription tardive:**  
Membre de l'AITQ ou étudiant des  
Programmes d'études en toxicomanie de  
l'Université de Sherbrooke: 110 \$  
Autres: 130 \$

### INFORMATION ET INSCRIPTION:

450 646-3271 ou  
<http://aitq.com/activites/formation.htm>

## NEUROBIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE: DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

La toxicomanie est une maladie chronique dont la genèse repose sur l'interaction complexe entre des facteurs psychologiques, sociaux et neurobiologiques. Lorsque bien installée, la dépendance aux substances implique des modifications à long terme du fonctionnement cérébral qui, à leur tour, engendrent une vulnérabilité persistante à la rechute. La progression d'un usage occasionnel de substance vers un état de dépendance se caractérise par un cycle de trois phases étroitement reliées (Intoxication; Sevrage-Affects négatifs; Préoccupation-Craving), desquelles découle un comportement compulsif de recherche de drogue.<sup>1</sup> Les mécanismes neurobiologiques en cause ne sont pas complètement élucidés mais des avancées majeures dans les domaines de la biologie moléculaire, de la neuroimagerie et de la génétique en améliorent considérablement la compréhension.<sup>2</sup> Nous discuterons des facteurs génétiques et biologiques impliqués dans la vulnérabilité à la toxicomanie, des connaissances actuelles en neurobiologie pour chacune des phases du cycle de la dépendance ainsi que des applications cliniques correspondantes.

### Les facteurs génétiques et épigénétiques de la vulnérabilité à la toxicomanie

Une minorité d'individus exposés aux substances psychoactives, soit environ 15 à 20 %, rencontreront dans leur vie les critères de dépendance.<sup>3</sup> La vulnérabilité à la toxicomanie d'un individu donné est multifactorielle et influencée par des aspects environnementaux, biologiques et développementaux.<sup>3</sup> Les études d'adoption et de jumeaux démontrent une héritabilité de la prédisposition à la toxicomanie de 40 à 70 %, ce qui représente un risque relatif entre 4 et 8 de développer une consommation problématique pour un parent du premier degré.<sup>5</sup> Plusieurs mécanismes génétiques sont impliqués. Ainsi, différentes variantes génétiques peuvent moduler l'expression de la maladie de façon indépendante (hétérogénéité génétique), et l'action concertée de plusieurs variantes génétiques héritées peut également contribuer à l'expression de la maladie (polygénisme).<sup>6</sup> Par exemple, des mutations géniques (allèles) qui engendrent une

perte de fonction de l'enzyme CYP 2A6, responsable entre autres du métabolisme de la nicotine, peuvent protéger contre le développement d'une dépendance à la nicotine.<sup>7</sup>

En plus de facteurs prédisposant un individu donné à consommer une substance et à développer une toxicomanie, l'exposition à des substances psychoactives en soi peut entraîner des modifications aux niveaux moléculaire, intracellulaire et synaptique. Les substances peuvent, en effet, moduler l'expression des gènes dans le système nerveux central (SNC); ces variations sont dites épigénétiques. Ces dernières induisent des modifications du fonctionnement des neurones plus persistantes que l'effet aigu des drogues et de l'alcool, et ont un impact comportemental soutenu. Ces changements se produiraient au sein de structures cérébrales importantes en toxicomanie (par exemple le striatum) et expliqueraient en partie la transition d'une consommation répétée vers la dépendance, ainsi que la prédisposition à la rechute plus tard dans le processus d'addiction.<sup>3</sup>

### Les autres facteurs de nature biologique

Plusieurs autres facteurs peuvent contribuer à l'utilisation de substances, tels que les traits de personnalité, les facteurs développementaux, les événements stressants de la vie et les comorbidités psychiatriques.<sup>8</sup> De façon intéressante, ces facteurs interagissent et peuvent être à l'origine de problématiques de santé mentale. Par exemple, des événements traumatiques en bas âge ou l'exposition à un stress biologique prénatal peuvent altérer le développement des circuits neuronaux, l'expression génique et les mécanismes physiologiques de réponse à une situation de stress par l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien. Également, au niveau développemental, l'exposition précoce aux substances psychoactives augmente le risque à vie d'avoir un trouble d'abus de substance.<sup>8</sup> En altérant la maturation cérébrale frontale en cours, l'utilisation de substances psychotropes à l'adolescence, alors que le cerveau est vulnérable, peut contribuer à plus long terme aux comportements de recherche

de drogues et moduler la capacité à prendre des décisions.<sup>9</sup>

## Les phases du cycle de la toxicomanie et des exemples d'interventions associées

### L'INTOXICATION

#### Neurobiologie

Initialement, l'effet caractéristique d'une substance psychotrope peut être recherché pour différentes raisons telles que le plaisir, l'amélioration de la performance, l'automédication ou l'altération des facultés mentales.<sup>7</sup> Ces différentes substances agissent en partie de façon similaire au niveau neurobiologique en stimulant le système de récompense. Ceci produit une augmentation plus importante de la dopamine au niveau du noyau accumbens dans le striatum que celle engendrée par les stimuli naturels, d'où l'attrait particulier de ces substances. Le changement rapide de concentration de dopamine dans le striatum est associé à la sensation de plaisir.<sup>7</sup> De plus, d'autres neurotransmetteurs viennent moduler les niveaux de dopamine et leurs effets (GABA, peptides opioïdes, sérotonine, endocannabinoïdes et glutamate). Les substances psychoactives peuvent ainsi agir directement ou indirectement sur la libération de dopamine via différents mécanismes. Principalement, les amphétamines et la cocaïne agissent directement sur la dopamine en augmentant sa libération ou en diminuant sa recapture dans la fente synaptique. De plus, l'alcool, la nicotine, les opiacés et le cannabis ont un effet indirect sur la libération de dopamine en se liant à leurs récepteurs respectifs (GABA, cholinergiques, opioïdes et cannabinoïdes). L'activation de ces récepteurs altère la libération de dopamine, mais entraîne également une multitude d'effets plus spécifiques à chacun.<sup>7</sup> Par exemple, la stimulation des récepteurs opioïdes engendre entre autres de la somnolence, de la dépression respiratoire et de l'analgésie.

#### Applications cliniques

La première étape dans le traitement d'un épisode d'intoxication sévère est d'établir le diagnostic précis (substance ingérée, quantité, délai, comorbidités) d'après l'histoire, les signes observés (toxidromes) et les examens de laboratoire. Le traitement initial en est un de support médical. Si le patient est comateux, les antidotes universels sont administrés. Le naloxone, par exemple, est un antagoniste spécifique des

récepteurs opioïdes utilisé dans les intoxications sévères aux opiacés pour renverser à court terme la sédation et la dépression respiratoire possiblement létale. Le flumazenil est un antagoniste compétitif des récepteurs GABA et peut être utilisé dans certains cas d'intoxication sévère aux benzodiazépines.<sup>10</sup>

### LE SEVRAGE AIGU

#### Neurobiologie

Les symptômes de sevrage, qui peuvent contribuer à la rechute durant l'abstinence à court terme, gagnent en importance lors d'une consommation chronique. Caractérisé par des symptômes physiques et affectifs, le sevrage est influencé par le type de drogue consommée, la durée, la fréquence de la consommation et le degré de neuroadaptation.<sup>10</sup> Il peut en effet s'expliquer par une neuroadaptation du système de récompense et une activation des mécanismes systémiques de réponse au stress. En présence d'un agent perturbateur qui déclenche un état de stress physiologique, il se produit une relâche de neurotransmetteurs habituellement impliqués dans la réponse au stress, tels que le CRF (*cortisol releasing factor*) et la NE (*norépinephrine*). Ces derniers servent initialement à neutraliser ou rééquilibrer l'effet de la drogue, mais perdurent lorsque la substance n'est plus dans l'organisme, ce qui se traduit par des symptômes de sevrage. Plus loin dans le cycle de la dépendance, ces symptômes gagneront en importance et le seuil d'activation du système de récompense s'élèvera, ce qui créera un remaniement hédonique et un effet de tolérance.

#### Applications cliniques

Lorsque nécessaire, l'évaluation médicale du patient et de ses facteurs de risque permet de l'orienter vers une désintoxication interne ou externe avec ou sans aide pharmacologique. Le processus de désintoxication inclut l'évaluation et la stabilisation du patient, suivies d'une approche motivationnelle face au traitement subséquent de sa dépendance afin de permettre une rémission soutenue.<sup>11</sup> L'approche pharmacologique permet de remplacer l'effet de la substance en agissant sur les mêmes récepteurs. Par exemple, la méthadone et la buprénorphine sont utilisées pour le sevrage des opiacés et les benzodiazépines pour le sevrage de l'alcool<sup>2</sup> ou des sédatifs-hypnotiques. On peut aussi soulager les symptômes de sevrage par des stratégies pharmacologiques non-spécifiques aux

récepteurs ou à la substance en jeu; par exemple, par l'administration d'une médication pour traiter l'insomnie, l'anxiété ou les troubles gastro-intestinaux. Il importe toujours de se rappeler les risques de complications médicales sérieuses présentées par le sevrage de l'alcool et des sédatifs-hypnotiques.<sup>10</sup>

### LA PRÉOCCUPATION-CRAVING

#### Neurobiologie

Puisque l'effet de plaisir se produit chez les sujets dépendants ou non<sup>12</sup> d'autres facteurs entrent en jeu dans le développement d'une consommation répétée. Il s'agit de la formation de « mémoires » liées au contexte de la prise de drogue; d'associations conditionnées où un stimulus auparavant neutre engendre maintenant en soi le désir de consommer, et d'une motivation de consommer des drogues aux dépens des stimuli naturels.<sup>7</sup> En usage chronique, la motivation initiale de consommer peut changer et devenir plus axée sur l'évitement des symptômes de sevrage que sur la recherche du plaisir. Le noyau accumbens (striatum), en interaction avec l'amygdale (système limbique) et le cortex préfrontal, sont des structures primordiales dans l'instauration d'une consommation répétée et compulsive de drogues. L'évolution de la dépendance peut être visualisée comme un processus séquentiel de neuroadaptation des circuits suivants: le système de récompense, la mémoire et le conditionnement, les fonctions exécutives, la conscience de soi et la réponse au stress.<sup>13</sup> La neuroadaptation des systèmes dopaminergiques est nécessaire dans l'instauration de la prise compulsive de drogues.<sup>14</sup> Par contre, c'est la neuroadaptation de circuits impliquant un autre neurotransmetteur (le glutamate), qui favoriserait les comportements de recherche de drogue ainsi que la vulnérabilité à la rechute. L'utilisation chronique de drogues modifie l'homéostasie du glutamate,<sup>15</sup> ce qui se manifeste par une hypofrontalité (perte de contrôle des impulsions et diminution des fonctions exécutives), tel que démontré par des techniques de neuroimagerie. Cette hypofrontalité contribue à l'intérêt plus important pour les drogues que les stimuli naturels. L'altération de projections glutamatergiques en provenance du cortex préfrontal vers le noyau accumbens modifie aussi les mécanismes de traduction de la motivation (système limbique) vers l'action (système moteur).<sup>16</sup> Ainsi, malgré les conséquences

négatives connues de la prise de drogues, les comportements demeurent centrés autour de la recherche de ces substances pourtant destructrices.

Le stade de préoccupation-*craving* dans le cycle de la toxicomanie est important pour la rechute.<sup>13</sup> Le *craving* est défini comme l'association de la mémoire de l'effet de récompense d'une substance à un état émotionnel négatif.<sup>8</sup> Il peut être mesuré de façon standardisée dans un contexte de recherche,<sup>2</sup> en l'induisant par le stress ou par des stimuli reliés à la consommation. Le *craving* mesuré est associé au risque de rechute clinique<sup>17</sup> et représente donc une cible de traitement importante pour le maintien de l'abstinence. Selon les modèles animaux, la rechute provoquée par l'exposition à la drogue et aux stimuli qui lui sont associés est liée à une augmentation de la transmission glutamatergique entre le cortex préfrontal ou l'amygdale basolatérale et le striatum.<sup>18</sup> La rechute provoquée par le stress serait quant à elle engendrée par une dysfonction prolongée des systèmes régulateurs de stress (CRF, NE), au niveau de l'amygdale étendue.<sup>16</sup>

#### Applications cliniques

Le tableau de la page suivante présente les principaux médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance, conjointement aux approches non-pharmacologiques.<sup>2,19-22</sup>

Ce tableau illustre que, malgré l'efficacité démontrée de certains traitements, il y aurait avantage à introduire de nouvelles molécules plus efficaces au niveau de la diminution du *craving*, du maintien de l'abstinence à long terme et de l'adhésion au traitement. De plus, il existe actuellement peu de traitements efficaces pour la dépendance à la cocaïne et au cannabis.

Les potentielles approches pharmacologiques en investigation sont nombreuses. En voici quelques exemples : agonistes partiels dopaminergiques ; modulateurs GABA ; antagonistes CRF ; modulateurs glutamatergiques ; modulateurs endocannabinoïdes ; approches immunologiques. En immunologie, le développement d'anticorps contre la substance de choix, sous forme de vaccin, est en investigation clinique pour le traitement de la dépendance à la cocaïne et à la nicotine. Ce vaccin diminuerait la fréquence d'utilisation et l'effet euphorisant de la cocaïne lors des rechutes.<sup>26</sup> Il serait, par contre moins efficace chez les patients non motivés qui risquent d'augmenter leur consommation de cocaïne pour obtenir

l'effet désiré.<sup>26</sup> Parmi les traitements potentiels, les modulateurs du système endocannabinoïde s'avèrent prometteurs pour le traitement de la dépendance car ils agissent sur des mécanismes neurobiologiques communs à plusieurs substances. Tel que mentionné précédemment, toutes les drogues d'abus agissent sur la libération de dopamine dans le système mésocortico- limbique. Les endocannabinoïdes modulent cet effet de récompense de la dopamine et agissent sur les comportements de recherche de substance induits par la drogue ou les stimuli associés. Dans les modèles animaux, les antagonistes des récepteurs (cannabinoïdes de type 1 (CB1) bloqueraient le renforcement positif de la nicotine,<sup>27</sup> des opiacés, du cannabis, de l'alcool<sup>28</sup> et de certains psychostimulants.<sup>29</sup> L'utilité de telles molécules chez l'humain reste à démontrer, mais s'avère fort prometteuse.

#### En conclusion

Les diverses substances psychoactives ont un effet convergeant au niveau du système de récompense dopaminergique mésocortico- limbique<sup>30</sup> par une action directe, mais aussi par la modulation des systèmes glutamatergiques, opioïde et endocannabinoïde. La neuroadaptation produite par l'usage chronique de substance contribuerait aux phénomènes de dépendance, sensibilisation, *craving* et rechute.<sup>31</sup> De ce fait, les courants émergents en recherche tentent d'éclaircir le rôle des mécanismes de neuroadaptation extra-dopaminergiques et des déficits frontaux dans la toxicomanie.<sup>32</sup> Ceci permettra, espérons-le, l'élaboration de nouveaux traitements pharmacologiques et thérapeutiques plus personnalisés et efficaces, afin de mieux combattre le cycle destructeur de la toxicomanie.

**Dr. Karine Giasson-Gariépy,**  
résidente en psychiatrie

**Dr. Teddy Duplan,**  
résident en psychiatrie

**Dr. Didier Jutras-Aswad, M.D., M.Sc.**  
Psychiatre, Unité de Psychiatrie des  
Toxicomanies, CHUM  
Professeur adjoint de clinique en psychiatrie,  
Université de Montréal  
Chercheur, Centre de recherche du CHUM

**Les auteurs remercient  
madame Camille Brochu  
pour la révision linguistique  
et sa contribution à la préparation  
de cet article.**

#### Références

1. KOOB GF. «Allostatic view of motivation: implications for psychopathology». *Nebraska Symposium on Motivation 2004*; 50:1-18.
2. JUTRAS-ASWAD DB, J; HURD, Y. «Neurobiologie de la toxicomanie: avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention». *Drogues, santé et société 2009*; Volume 8: 27-73.
3. DUNCAN JR. «Current perspectives on the neurobiology of drug addiction: a focus on genetics and factors regulating gene expression». *ISRN neurology 2012*; 2012:972607.
4. HO MK, GOLDMAN D, HEINZ A, ET AL. «Breaking barriers in the genomics and pharmacogenetics of drug addiction». *Clinical pharmacology and therapeutics 2010*; 88:779-91.
5. URBANOSKI KA, KELLY JF. «Understanding genetic risk for substance use and addiction: a guide for non-geneticists». *Clinical psychology review 2012*; 32:60-70.
6. WONG CC, SCHUMANN G. «Review. Genetics of addictions: strategies for addressing heterogeneity and polygenicity of substance use disorders». *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2008*; 363:3213-22.
7. VOLKOW ND, LI TK. «Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry». *Nature reviews Neuroscience 2004*; 5:963-70.
8. KOOB GF, LE MOAL M. «Addiction and the brain reward system». *Annual review of psychology 2008*; 59:29-53.
9. JUTRAS-ASWAD D, DI NIERI JA, HARKANY T, HURD YL. «Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome». *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009*; 259:395-412.
10. RIES R. «Principles of addiction medicine». In: *Wilkins PWKLW, ed. 4<sup>e</sup> ed: American Society of Addiction Medicine*; 2009.
11. TREATMENT CfSA. In: *Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Rockville (MD); 2006.
12. VOLKOW ND, WANG GJ, FOWLER JS, TOMASI D, TELANG F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 2011*; 108:15037-42.
13. KOOB GF, VOLKOW ND. «Neurocircuitry of addiction». *Neuropsychopharmacology 2010*; 35:217-38.
14. VOLKOW ND, WANG GJ, FOWLER JS, TOMASI D. «Addiction circuitry in the human brain». *Annual review of pharmacology and toxicology 2012*; 52:321-36.
15. KALIVAS PW. «The glutamate homeostasis hypothesis of addiction». *Nature reviews Neuroscience 2009*; 10:561-72.
16. KOOB GF. *Neurobiology of addiction. 4<sup>e</sup> ed. ed*; 2008.
17. SINHA R, LI CS. «Imaging stress- and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications». *Drug Alcohol Rev 2007*; 26:25-31.
18. ROSS S, PESELOW E. «The neurobiology of addictive disorders». *Clinical neuropharmacology 2009*; 32:269-76.
19. GALANTER M, KLEBER HD. *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. 4th ed. ed*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2008.
20. RIES RK, FIELLIN DA, MILLER SC, SAITZ R. *Principles of Addiction Medicine. 4th edition ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

**Tableau 1 : Principaux avantages et inconvénients des médicaments fréquemment utilisés dans le traitement de la dépendance**

	Médicaments	Mécanisme d'action	Utilisation	Avantages	Inconvénients
<b>Substances agonistes</b>	Méthadone	Agoniste complet des récepteurs opioïdes	Dépendance aux opiacés	Diminution de la criminalité, de la mortalité, des infections transmissibles par le sang et de la consommation, amélioration de la rétention en traitement	Index thérapeutique étroit et risque de surdose, effets secondaires importants (constipation, dysphorie, arythmies, dépression respiratoire), stigmatisation
	Buprénorphine	Agoniste partiel des récepteurs opioïdes $\mu$ , souvent utilisé avec le naloxone	Dépendance aux opiacés	Diminution de la consommation d'opiacés, de la mortalité et des infections transmissibles par le sang	Moins de risque de surdose et de diversion, rétention en traitement similaire à la méthadone si prescrit à dose suffisante
	TRN	Agoniste cholinergique nicotinique	Dépendance à la nicotine	Diminution des symptômes de sevrage, diminution de la consommation, 2 fois plus d'abstinence à 6 mois que le placebo <sup>23</sup>	Effet mitigé sur le <i>craving</i> , taux de rechute demeure élevé
	Varenicline	Agoniste cholinergique partiel	Dépendance à la nicotine	3 fois plus d'abstinence que les patients sous placebo à 6 mois <sup>23</sup>	Taux de rechute significatif, effets secondaires neuropsychiatriques possibles
<b>Substances antagonistes</b>	Naltrexone	Antagoniste des récepteurs opioïdes	Dépendance à l'alcool	Diminution de la consommation, du nombre de rechutes, du <i>craving</i>	Adhérence problématique
			Dépendance aux opiacés	Diminution de la consommation d'opiacés	Faible adhérence, utilisé chez les professionnels ou patients très motivés
<b>Blocage de l'effet euphorisant, promoteurs de l'abstinence</b>	Disulfiram	Inhibiteur irréversible de l'aldéhyde déshydrogénase	Dépendance à l'alcool	Réduction du nombre de jours de consommation surtout chez un sous-groupe de patients motivés	Adhérence difficile, effets secondaires potentiellement dangereux
	Acamprosate	Agoniste GABA et effet sur le glutamate	Dépendance à l'alcool	Diminution possible du <i>craving</i> lors d'exposition à l'alcool chez les patients abstinents, <sup>24</sup> diminution de la fréquence de la consommation et du délai avant la première consommation, augmentation de l'abstinence à long-terme	Effet parfois mitigé selon la population étudiée
	Bupropion	Inhibe la recapture de la NE et de la dopamine	Dépendance à la nicotine	Efficacité similaire à la TRN, <sup>23</sup> diminution du gain de poids secondaire <sup>25</sup>	Taux de rechutes significatif, effets secondaires neuropsychiatriques

Agoniste : stimulation directe des récepteurs pour soulager les symptômes de sevrage et bloquer l'effet pharmacologique des drogues d'abus. Agoniste partiel : stimulation faible des récepteurs pour diminuer les symptômes de sevrage et le *craving* et bloquer l'accès aux récepteurs lorsque la substance de prédilection est utilisée. Antagonistes : blocage de l'effet de la substance en se liant aux récepteurs. TRN : thérapie de remplacement à la nicotine.

- STAHN S. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* In 2008; 2008.
- (NICE) NifHaCE. *Naltrexone for the management of opioid dependence. Quick reference guide.* (NICE) Web site London (UK) 2007 Jan.
- FIORE M. «Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: Clinical Practice Guideline». In: *DIANE Publishing*; 2008:256.
- HAMMARBERG A, JAYARAM-LINDSTROM N, BECK O, FRANCK J, REID MS. «The effects of acamprosate on alcohol-cue reactivity and alcohol priming in dependent patients: a randomized controlled trial». *Psychopharmacology (Berl)* 2009.
- HAYS JT, HURT RD, RIGOTTI NA, ET AL. «Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial». *Annals of internal medicine* 2001; 135:423-33.
- MARTELL BA, MITCHELL E, POLING J, GONSAI K, KOSTEN TR. «Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence». *Biol Psychiatry* 2005; 58:158-64.
- COHEN C, KODAS E, GRIEBEL G. «CB1 receptor antagonists for the treatment of nicotine addiction». *Pharmacology, biochemistry, and behavior* 2005; 81:387-95.
- LE FOLL B, GOLDBERG SR. «Cannabinoid CB1 receptor antagonists as promising new medications for drug dependence». *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics* 2005; 312:875-83.
- VINKLEROVA J, NOVAKOVA J, SULCOVA A. «Inhibition of methamphetamine self-administration in rats by cannabinoid receptor antagonist AM 251». *Journal of psychopharmacology* 2002; 16:139-43.
- NESTLER EJ. «The neurobiology of cocaine addiction». *Sci Pract Perspect* 2005; 3:4-10.
- CAMI J, FARRE M. «Drug addiction». *New England Journal of Medicine* 2003; 349:975-86.
- KOOB GF, SIMON EJ. «The Neurobiology of Addiction: Where We Have Been and Where We Are Going». *Journal of drug issues* 2009; 39:115-32.

# LA DÉCISION DE METTRE FIN À UN SUIVI DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE EXTERNE

L'objectif de l'essai se définit par la recherche de balises permettant de déterminer le meilleur moment pour mettre fin à un épisode de service dans un CRD externe. L'essai devrait ainsi aider à prendre de meilleures décisions dans les fermetures de dossiers.

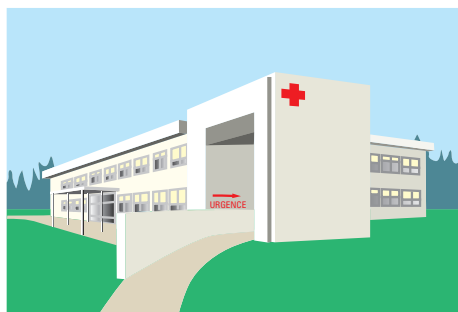
## Définition de la fin d'un suivi

La fin d'un suivi est inévitable, dans le cadre des services dans les Centres de Réadaptation en Dépendance (CRD) externes. Nous ne pouvons donc échapper aux questions et enjeux relatifs à cette étape de nos interventions. La durée des suivis externes est indéterminée. De plus, la clientèle présente des problématiques complexes avec un potentiel chronique (Tremblay et coll., 2004). Le choix du moment pour mettre fin à l'épisode de service comporte aussi des enjeux au niveau du sentiment d'abandon du client, des rechutes possibles ou de la capacité d'autonomie du client (Davis et Younggren, 2009). On peut alors se demander quelles balises se donner pour décider du meilleur moment de mettre fin à un épisode de service dans un CRD externe?

Nous abordons le sujet à la lumière de la pratique dans les centres de réadaptations du Québec, c'est-à-dire d'une approche biopsychosociale visant une réduction des méfaits, ce qui correspond au cadre théorique de ces centres (Tremblay et coll., 2004). Nous considérons la fin d'un suivi comme la fin des rencontres dans un épisode de service. En effet, il faut considérer la possibilité d'un éventuel retour en thérapie, à cause du potentiel de chronicité de la problématique de la dépendance (Davis, 2008).

## Les indications relatives aux meilleures pratiques

Les meilleures pratiques en toxicomanie nous donnent quelques indications pour baliser la fin d'un suivi. Celle-ci survient lorsque les objectifs du plan d'intervention sont atteints: une réduction des méfaits liés à la consommation et la disparition des critères définissant la dépendance ou l'abus de substance (Desrosiers et coll., 2010). Cependant, d'autres auteurs perçoivent la fin d'un plan d'intervention de manière plus nuancée. Ils considèrent les objectifs principaux liés aux symptômes et



aussi les objectifs périphériques qui touchent d'autres sphères aidant au changement des symptômes (Davis et Younggren, 2009; Finney, 2003).

Les meilleures pratiques en toxicomanie mentionnent également que la durée idéale d'un suivi se situe entre 3 et 6 mois, mais qu'il faudrait garder une flexibilité à ce niveau (Desrosiers et coll., 2010). Cette flexibilité rend la balise de la durée moins précise mais elle est importante.

## La méthode

En raison du peu de balises claires et précises dans la littérature et pour avoir des résultats proches des pratiques cliniques, nous avons mené des groupes focalisés avec des intervenants d'un CRD afin de dégager les balises utilisées dans la pratique clinique pour décider du moment de la fin dans les suivis externes en dépendance. Les treize (13) participants étaient répartis en deux (2) groupes. Dans chaque groupe a eu lieu une discussion semi-structurée d'environ 1 h 30. Les questions avaient été établies en fonction des données de la littérature en lien avec l'objectif de cet essai.

Pour décrire fidèlement le point de vue des participants, l'analyse des données s'est déroulée par le biais d'une étude de contenu thématique, à partir du verbatim. Le tri de l'information a été fait grâce à une grille d'analyse mixte, créée à partir des thèmes soumis aux groupes et des constats de la documentation; tout en gardant une attention à des thèmes émergeant des discussions avec les informateurs rencontrés. Une telle méthode a permis de se concentrer sur l'objectif, tout en maintenant la souplesse et le dynamisme nécessaires à la recherche qualitative (Fortin, 2010). Nous avons également procédé à des vérifications externes (Fortin, 2010) afin de

préciser ou valider les propos des intervenants ainsi que l'interprétation des résultats.

## Les résultats

Il ressort de notre étude que les intervenants utilisent avant tout le plan d'intervention comme balise pour déterminer le moment de la fin du suivi. Ils discutent avec l'usager des objectifs généraux, des objectifs périphériques et de l'application des moyens inscrits au plan d'intervention. Chaque élément peut justifier une fin de suivi, mais l'ensemble doit être évalué. Advenant que les objectifs ne soient pas atteints, les intervenants veulent éviter le sentiment d'échec en questionnant l'intervention, en révisant les objectifs et/ou en favorisant une fin de suivi aidante pour éviter l'abandon.

Le manque de motivation ou d'engagement est un autre élément déterminant de la décision d'une fin de suivi pour les intervenants. Ce n'est pas un motif de cessation en soi, mais il est ciblé comme un élément contributif. Les intervenants ont des outils pour travailler la motivation et analyser les résistances, mais en l'absence de résultats, l'épisode de service peut prendre fin. Le risque de rechute semble aussi évalué systématiquement, sans pour autant écarter un éventuel retour.

Au moment de prendre la décision de terminer un suivi, le risque de rechute semble systématiquement évalué. Les intervenants considèrent alors différentes dimensions plus spécifiques au risque de rechute en toxicomanie. D'ailleurs, ces balises concernant la rechute sont très proches des facteurs de risque de rechute en dépendance expliqués par Marlatt (Marlatt et Donovan, 2008), une référence dans le domaine de la toxicomanie.

Nous avons également ciblé les mécanismes de changement comme des indicateurs que la fin du suivi approche. Les mécanismes de changement diffèrent selon l'approche psychologique, mais peu importe l'approche, ils prédisent le changement et la stabilité de celui-ci (Gibbons et coll., 2009). Les balises reliées au plan d'intervention, à la motivation et au risque de rechute sont des éléments rassembleurs pour les intervenants. Elles peuvent être utilisées pour prendre des décisions com-

munes. Par contre, celles qui découlent des indicateurs de changement chez l'utilisateur varient en fonction des convictions des intervenants. La décision de mettre fin comporte donc aussi une dimension subjective qui relève du jugement de chaque clinicien. Cette dimension subjective dépend du cadre de référence de l'intervenant et peut être appuyée par plusieurs approches théoriques.

Notre étude a aussi mis en relief des éléments qui interfèrent avec la décision de mettre fin à un suivi en réadaptation. Par exemple, le contre-transfert de l'intervenant peut influencer sa décision lorsqu'il n'a pas conscience de ses sentiments vis-à-vis de l'intervention. Les enjeux autour du besoin d'autonomie et de sécurité du client influencent également le moment de la fin d'un suivi. Enfin, nous avons constaté que dans le contexte d'une problématique chronique, le cadre de soins doit être clair (en termes de mandat de la réadaptation et de trajectoire de service) afin que le moment de la fin du suivi y soit ajusté.

## Les recommandations

Les résultats de notre essai nous ont permis de dégager des pistes d'intervention pour les intervenants des CRD externes du Québec. En premier lieu, nous recommandons de développer un outil de décision utilisant les balises de cet essai pour évaluer le meilleur moment pour aborder le sujet de la fin des rencontres avec le client ou évaluer la pertinence d'une relance. Le

CRD du Bas-St-Laurent travaille actuellement à la conception de cet outil.

Il est également recommandé aux intervenants d'apprendre à mieux cerner et comprendre l'influence du thérapeute dans le processus de décision du client lorsque celui-ci décide de mettre fin aux rencontres. Pour cela, ils peuvent développer leur autocritique par un regard extérieur, en réunion clinique ou en supervision.

Enfin, il faudrait instaurer une pratique systématique des relances en fin de suivi. Les relances devraient être vues comme un moyen de favoriser l'autonomie du client.

Par ailleurs, nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec de se pencher sur la trajectoire de service en fin de suivi pour la clarifier, en tenant compte de la chronicité de la problématique de dépendance.

Grâce à cet essai, nous avons soulevé une question stimulante pour la réflexion des intervenants qui y ont participé. Nous pensons que les résultats peuvent aussi améliorer les pratiques cliniques en fin de suivi de tous les intervenants en dépendance au Québec, ce qui pourrait impliquer une diminution des risques de rechute, des risques de sentiment d'abandon ou de perte d'autonomie chez leurs usagers.

**Bénédicte Sainte, M.I.T.**

*Essai réalisé sous la direction de Marianne Saint-Jacques, grâce à une bourse des Fonds Jean Lapointe*

## Références

- DAVIS, D. D. (2008). *Terminating therapy: A professional guide to ending on a positive note*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- DAVIS, D. D., & YOUNGGREN, J. N. (2009). Ethical competence in psychotherapy termination. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 572-578.
- DESROSIERS, P., MENARD, J. M., TREMBLAY, J., BERTRAND, K., & LANDRY, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance: Guide de pratique et offre de services de base*. Montréal: ACRDO.
- FINNEY, J. W. (2003). Assessing treatment and treatment processes. In *Assessing for alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed., pp. 189-217). Bethesda: National institute on alcohol abuse and alcoholism.
- FORTIN, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation
- GIBBONS, M. B. C., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., WILTSEY STIRMAN, S., GALLOP, R., GOLDSTEIN, L. A., RING-KURTZ, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801-813.
- MARLATT, G. A., & DONOVAN, D. M. (sous la dir. de). (2008). *Prévention de la rechute: Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Chêne-Bourg: Médecine & hygiène.
- TREMBLAY, J., ALLAIRE, G., DUFRESNE, J., LECAVALIER, M., & NEVEU, Y. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal: ACRDO.

## PNB... (Petites Nouvelles Brèves)

■ Les gouvernements ont besoin de plus de sous! Pour y arriver, Québec assouplit notamment les règles entourant l'emplacement des vidéo-pokers. Le nombre d'appareils en circulation n'augmentera pas (il reste à 12 000), mais le nombre de machines par exploitant pourra augmenter.

Le gouvernement justifie sa décision en soulignant que le pourcentage de joueurs pathologiques au Québec est inférieur à la moyenne canadienne.

L'an dernier, Loto-Québec a versé 1,2 milliard à l'État québécois, mais le gouvernement souligne que cette somme s'élevait à 1,5 milliard en 2005-2006.

Pour 2013-2014, on attend de la Société des alcools du Québec (SAQ) qu'elle génère 15 millions de plus, principalement en améliorant sa performance. Alcool, jeu... même combat!

■ Phénomène de mode... la chicha, une pipe à eau légère comme une plume, les plus assidus l'emportent partout. Tant et si bien que sur certaines plages européennes, il n'est pas rare d'apercevoir des petits salons improvisés sur les serviettes. « *Quelques personnes sont déjà venues se plaindre. Mais on ne sait pas vraiment comment réagir. La dernière fois, j'ai demandé à un fumeur de s'éloigner un peu, ça a failli se transformer en bagarre* », explique un surveillant de baignade. Paradoxal, car les adeptes du narguilé le définissent comme le calumet de la paix par excellence!

■ *Dawg Grog*, vous connaissez? C'est une bière pour votre animal de compagnie! Le tout évidemment sans alcool mais... à prix d'or! Si l'envie vous prend de vouloir partager un moment sympathique autour d'une bière avec votre compagnon canin, on vous conseille de visiter le site internet ou la page facebook de «Dawg Grog». Mais attention, il faudra tout de même déboursier près de 45 \$ pour l'achat d'un simple six pack.

# LES PERCEPTIONS DES PERSONNES UDI ATTEINTES DU VIH CONCERNANT LEURS EXPÉRIENCES DE PARTAGE DES MATÉRIELS D'INJECTION: MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX PRÉVENIR?

Le VIH/Sida demeure une maladie incurable. Le nombre élevé de personnes infectées démontre l'ampleur de cette épidémie. Selon le rapport de l'ONUSIDA de 2010, 33 millions de personnes vivent avec le VIH sur la planète et plus de quatre millions de personnes sont infectées chaque année. Bien que le taux de prévalence au VIH/Sida au Canada soit de 0,3% en 2009 (ONUSIDA, 2010), il demeure que chez la population utilisatrice de drogue par injection (UDI) montréalaise, il atteint 18% et ce, pour la même année (Lessard et Valiquette, 2010). Le principal facteur de risque de la transmission du VIH auprès de la population UDI demeure le partage des matériels d'injection (Lessard et Valiquette, 2010; Bruneau et coll., 2011; Metsch et coll., 2007; Roy, Nonn, Haley et Morissette, 2003; Noël, Laforest et Allard, 2007). Le recours à du matériel utilisé augmente les risques de transmission puisqu'en partageant l'un des matériels liés à l'injection les personnes sont susceptibles d'entrer en contact avec du sang contaminé et par le fait même de contracter une ITSS (Lessard et Valiquette, 2010).

Plusieurs années de travail à titre d'intervenante en toxicomanie, spécifiquement en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès d'une population UDI, m'ont amenée à me poser plusieurs questions. Par exemple: une personne ayant contracté le VIH à cause d'un matériel d'injection souillé et réagissant fortement à l'annonce de son nouveau statut, sera-t-elle moins portée à partager du matériel souillé avec quelqu'un d'autre? Pourquoi une personne séropositive offre-elle une seringue, ou tout autre matériel infecté, à une autre personne? Quand cela est arrivé, la personne séropositive était-elle au courant qu'elle était infectée? Si oui, l'a-t-elle dit à l'autre?... Alors que j'avais la tête pleine de questionnements, l'opportunité d'effectuer un essai pour approfondir ma réflexion dans le cadre de la Maîtrise en intervention en toxicomanie s'est alors présentée. Cet essai vise une meilleure compréhension de la perception du partage des matériels d'injection chez les personnes UDI séroposi-

tives au VIH. L'objectif étant d'améliorer nos actions de prévention.

Pour réaliser cet essai, une entrevue semi-dirigée a été menée auprès de trois personnes UDI séropositives recrutées dans un programme d'échange de seringues montréalais, Dopamine. Bien que la taille de l'échantillon soit limitée, soulignons que ce projet ne visait pas la représentativité statistique, mais bien l'exploration en profondeur du sujet de l'essai. En ce sens, les entrevues individuelles représentent un moyen efficace permettant de recueillir une multitude de renseignements sur chacune des personnes interviewées et de documenter les trajectoires individuelles. Dans le cadre des entrevues, les thèmes suivants ont été abordés: les représentations du partage des matériels d'injection, la perception du risque liée à ce partage, les situations qui peuvent influencer le partage et finalement les mesures de prévention préconisées par les personnes interviewées. Une analyse thématique du verbatim des entrevues a été réalisée. Les conclusions de cette analyse ont été exposées à trois intervenants de Dopamine dans le but d'accroître la validité de l'interprétation des données recueillies mais aussi de nuancer certaines conclusions rattachées à l'analyse.

Il ressort des entrevues que la séroconversion est un moment-clé dans le parcours de consommation des participants, notamment en ce qui a trait à la prise de risque. Effectivement, cet essai a démontré, chez les trois personnes rencontrées, un lien entre le statut sérologique des personnes UDI et leur consommation, leurs prises de risques ainsi que leurs perceptions du risque et du partage des matériels d'injection.

Ainsi, les trois participants ont modifié leur consommation suite à l'annonce de leur nouveau statut sérologique. Deux personnes ont intensifié leur consommation tandis que l'autre répondant l'a diminuée. Ces deux mêmes personnes ont continué à prendre des risques envers elles-mêmes en utilisant les matériels d'autres personnes,

tandis que le troisième répondant n'a plus utilisé de matériel souillé. Ces réactions très distinctes mettent en lumière la séroconversion comme un moment critique dans la trajectoire de ces personnes et démontrent l'importance de s'y attarder davantage dans une perspective de prévention.

Dans l'ensemble, il demeure que malgré une augmentation de la consommation de drogues suite à la séroconversion pour certains participants, nous avons pu constater une diminution de la prise de risque chez l'ensemble des répondants. Par ailleurs, la littérature, tout comme le discours de deux des trois personnes interviewées, fait part de la persistance de certains comportements à risque après la séroconversion (Lee et coll., 2011; Metsch et coll., 2007). Cette prise de risque semble toutefois associée à des contextes particuliers, soit à l'extérieur de leur domicile; en groupe; avec un besoin pressant de consommer; souvent dans des moments de surconsommation, sans matériel stérile sous la main.

Quant au partage de leurs matériels avec les autres personnes, cette pratique se fait dans un contexte particulier. Car, bien que ce partage chez des personnes UDI ne soit guère valorisé chez les participants, ils nous rappellent qu'il est difficile de constamment garder son matériel d'injection exclusivement pour soi. Entre autre, nous avons pu constater que les personnes séropositives peuvent avoir tendance à partager avec des personnes ayant le même statut sérologique qu'elles. Outre cette pratique, notons également que les seringues laissées à la traîne ou encore prises sans le consentement de la personne séropositive font partie des contextes de prise de risque présentés dans le cadre de cet essai. Même si aucune personne n'a exprimé avoir omis intentionnellement de révéler son statut à une personne avec qui elle avait partagé du matériel d'injection, lors de l'étape de validation, chacun des intervenants rencontrés a rapporté avoir eu connaissance d'au moins une situation vécue où une personne avait partagé du matériel tout en con-

naissant son statut et sans le dire à son partenaire de consommation. Cette réalité, bien qu'existante, semble toutefois peu fréquente.

Un autre élément important mis en lumière par les entrevues est le point de vue des personnes UDI séropositives quant aux moyens à utiliser pour réduire les risques de transmission du VIH. Unaniment, ces pistes d'action gravitent autour d'un unique enjeu : la disponibilité des matériels d'injection. Effectivement, les personnes rencontrées insistent sur l'amélioration des services d'accès à du matériel d'injection, principalement en ce qui a trait à l'extension des plages horaires.

Lors de la rencontre de validation des résultats auprès de trois intervenants de Dopamine, plusieurs réflexions ont été soulevées relativisant certains éléments rapportés par les personnes interrogées. Ainsi, un résultat frappant de cette étude est que les trois personnes rencontrées, sans exception, ont dit avoir divulgué leur statut sérologique à leur entourage de consommation. Par contre, dans la pratique professionnelle des intervenants, cette tendance ne serait pas généralisée, elle serait davantage observée chez les personnes qui ont déjà cheminé dans leur processus d'acceptation de la maladie. De fait, selon les intervenants il est fréquent de rencontrer des personnes qui ne divulguent pas leur statut auprès de leur entourage de consommation, leur partenaire sexuel ou encore leur conjoint.

La tendance à s'isoler pour s'injecter est également une pratique des trois participants aux entrevues. En effet, ces derniers ont unanimement rapporté une diminution des épisodes d'injection en groupe. Deux des personnes ont d'ailleurs mentionné que cette pratique s'inscrit dans les stratégies de prévention qu'elles préconisent afin de diminuer les risques de partage des matériels et par le fait même, de contamination. Par contre, les intervenants ont mentionné être troublés par cette réalité puisque, de leur côté, ils conseillent aux personnes qui consomment de ne pas le faire seul afin de diminuer les risques de surdose. Les personnes UDI séropositives voient surtout le risque de contamination en groupe, tandis que les intervenants se préoccupent du risque de surdose liés à l'injection en solitaire. Ces deux discours se veulent préventifs, il n'en demeure pas moins qu'ils sont contradictoires. Les intervenants devraient prendre en compte ce besoin

de s'isoler comme méthode préventive et ajuster leur discours de manière plus cohérente.

L'analyse des discours des répondants a su nourrir certaines réflexions quant à l'adaptation des services pour les personnes UDI et les approches préventives à privilégier concernant le VIH chez cette population. Le bilan de cet essai nous incite à effectuer deux recommandations. La première concerne l'ensemble des personnes UDI puisque les données recueillies démontrent que peu importe le statut sérologique des personnes UDI, le partage des matériels d'injection demeure une pratique à risque qui nécessite des mesures supplémentaires de prévention applicables à la population UDI générale. Ainsi, nous recommandons l'amélioration de l'accessibilité à du matériel stérile d'injection par l'entremise de distributrices de matériels et par l'implantation d'un service d'injection supervisée à Montréal. En ce qui a trait à la deuxième recommandation, le bilan des données recueillies nous porte à effectuer une recommandation afin d'adapter nos interventions à cette population particulière. En ce sens, nous recommandons que les intervenants soient formés afin de prendre en compte dans leurs interventions ces réalités spécifiques aux personnes UDI séropositives.

Par le biais de cet essai, je crois non seulement avoir approfondi ma propre réflexion, mais également celle des intervenants impliqués dans cette étude. Ce sujet d'essai étant très proche de ma pratique professionnelle, j'espère que cet essai apportera une meilleure compréhension de la perception du partage des matériels d'injection chez cette population spécifique. De plus,

je souhaite que la diffusion de ces connaissances permette de guider la réflexion chez plusieurs intervenants en toxicomanie sur la nécessité d'adapter nos interventions auprès des personnes UDI atteintes du VIH et ainsi contribuer à l'amélioration de l'offre de services dans une perspective de prévention des ITSS.

**Véronique Pelletier,**  
Chargée de projet Hépatite C, Dopamine

## Références

- Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., Zang, G., Lamothe, F. et Vincelette, J. (2011). Trends in Human Immunodeficiency Virus Incidence and Risk Behavior Among Injection Drug Users in Montreal, Québec: A 16-Year Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, 173(9), 1049-1058.
- Lee, T. S., Shen, H.-C., Wu, W.-H., Huang, C.-W., Yen, M.-Y., Wang, B... Liu, Y.-L. (2011). Clinical characteristics and risk behavior as a function of HIV status among heroin users enrolled in methadone treatment in northern Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(6), 1-7.
- Lessard R. (dir), Valiquette L. (dir). (2010). *Rapport du directeur de santé publique 2010: Joindre plus, dépister plus*. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Metsch, L. R., Pereyra, M., Purcell, D. W., Latkin, C. A., Malow, R., Gomez, C. A. et Latka, M. H. (2007). Correlates of Lending Needles/Syringes Among HIV-Seropositive Injection Drug Users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(2), 72-78.
- Noël, L., Laforest, J., et Allard, P.R. (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC*. Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec.
- ONUSIDA. (2010). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*. Genève, Suisse.
- Roy, É., Nonn, É., Haley, N. et Morissette C. (2003). Le «partage» des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-19.

## PNB... (Petites Nouvelles Brèves)

■ La surveillance est partout. Imaginez-vous dans un bar, après quelques bières. Vous vous trouvez debout dans les toilettes, quand soudain une voix féminine se fait entendre dans l'urinoir et vous dit: « Hé, écoute bien. Oui, c'est à toi que je parle. T'as pris quelques verres? Quelques verres de trop? Alors fais-toi une faveur, et à tout le monde aussi: appelle un ami sobre ou un taxi. Oh, et n'oublie pas de te laver les mains.»

Eh, oui, c'est ce qui peut vous arriver au Michigan, l'État de l'auto, où la police routière et l'association des bars ont mis des rondelles désinfectantes parlantes au fond des urinoirs de tous les établissements licenciés. En se penchant pour voir d'où vient la voix, l'utilisateur de l'urinoir pourra aussi lire le message que l'on voit sur la photo ci-contre.



# LE CONCOURS 2012-2013 POUR LE FONDS DE BOURSE JEAN-LAPOINTE A EU LIEU LES GAGNANTES SONT:

**Les gagnantes sont: Émilie Contant, Annie Poulin et Lynda Villeneuve**

Les bourses leur ont été attribuées pour soutenir la réalisation de leurs essais synthèse à la Maîtrise en intervention en toxicomanie.

**Toutes nos félicitations aux trois gagnantes!**

## PRÉSENTATION DES TROIS ESSAIS SYNTHÈSE

<p>L'implantation du programme de repérage, détection et intervention précoce en dépendance dans les Laurentides</p>	<p>Les enjeux liés à l'implantation d'un programme de supervision clinique dans un centre de traitement résidentiel en dépendance.</p>	<p>La persistance de la conduite automobile sous influence de substances psychotropes chez les jeunes de 18-24 ans suite à des conséquences significatives associées à ce type de conduite: mieux comprendre pour mieux prévenir.</p>
 <p><b>Par Émilie Contant,</b> ARH, Service gestion et soutien aux programmes, Centre André Boudreault, CRD des Laurentides</p>	 <p><b>Par Annie Poulin,</b> Directrice clinique, Centre de traitement des dépendances Le Rucher</p>	 <p><b>Par Lynda Villeneuve,</b> Directrice et intervenante en prévention des toxicomanies, Action dépendance</p>
<p>Sous la direction de <b>Marianne Saint-Jacques,</b> professeure aux programmes d'études en toxicomanie, Sherbrooke</p>	<p>Sous la direction de <b>Myriane Tétrault,</b> psychologue, Centre Jean-Patrice-Chiasson (centre de réadaptation en dépendance, Estrie)</p>	<p>Sous la direction de <b>Karine Bertrand,</b> professeure aux programmes d'études en toxicomanie, Sherbrooke</p>
<p><b>Résumé:</b> Mon essai synthèse porte sur l'identification des embûches et des stratégies permettant l'amélioration de l'implantation du programme d'intervention précoce en dépendance, suite au déploiement de la formation du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Formation qui a été réalisée dans les Centres Locaux de Santé Communautaire du Québec afin de mettre en place le programme-services dépendance. L'objectif spécifique de mon essai est d'identifier les impacts et les perceptions de l'implantation de ce programme pour la deuxième ligne. Pour ce faire, je souhaite mener des groupes de discussions focalisés auprès des intervenants externes du centre de réadaptation en dépendance des Laurentides. Ce portrait de la situation permettra ensuite d'identifier des stratégies à mettre en œuvre afin d'optimiser l'implantation des interventions précoces tel que souhaité par le MSSS.</p>	<p><b>Résumé:</b> L'augmentation de la comorbidité chez les personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues vient complexifier le traitement pouvant leur être offert et multiplier les enjeux. Notamment dans les centres de traitement en dépendance avec hébergement, les enjeux sont imposants et le défi quotidien à relever est de taille pour les membres de l'équipe clinique. Ainsi, agissant comme facteur de protection, la mise en place de supervision clinique dans le milieu de travail permettrait d'offrir aux cliniciens le support dont ils ont besoin afin d'améliorer la qualité des services offerts. C'est dans la perspective d'implanter un programme de supervision clinique adapté à leurs besoins ainsi qu'à la réalité du milieu de travail que s'inscrit la réalisation de cet essai. De façon plus précise, le projet d'essai visera à identifier la perception des intervenants d'un centre de traitement résidentiel en dépendance quant aux enjeux liés à l'implantation d'un programme de supervision clinique.</p>	<p><b>Résumé:</b> Cet essai a pour but de mieux comprendre les motifs personnels et sociaux qui influencent la persistance de la conduite automobile sous influence de psychotropes chez les 18-24 ans malgré le fait d'avoir vécu des conséquences négatives significatives associées à ce type de comportement. Deux types de conséquences en particulier seront examinés soit la perte d'un proche dont le décès a été causé par la conduite sous influence et la perte du droit de conduire à plus d'une reprise. Quatre entrevues semi-dirigées seront effectuées chez des jeunes âgés entre 18 et 24 ans qui fréquentent des établissements d'éducation aux adultes desservis par <i>Actions Dépendances</i>. Une meilleure compréhension du phénomène pourra guider des actions préventives chez un sous-groupe de jeunes conducteurs auprès desquels les actions préventives universelles n'ont aucune ou très peu d'influence sur eux.</p>

# L'UTILISATION D'INTERNET CHEZ LES JEUNES ADOLESCENTS AU SECONDAIRE

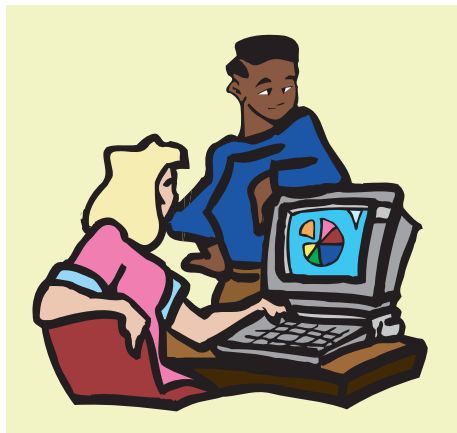
L'Internet a complètement révolutionné notre existence. Cet engin AAA (Accessible, Abordable et Anonyme) a modifié tant notre contact avec la connaissance et le savoir, nos loisirs, que notre façon d'être en relation avec les autres. Cette explosion du secteur des technologies a particulièrement modifié le portrait des loisirs et des relations qu'ont les jeunes.

## Des heures passées devant un écran

Les adolescents, qui ont grandi au rythme du développement de ces technologies, font un usage régulier d'Internet (Liau, Khoo, & Ang, 2005, 2008; Widyanto & Griffiths, 2006) et des consoles de jeux vidéo (Holtz & Appel, 2011). Au Québec, une enquête indique que 91% des jeunes de 12 à 24 ans ont un accès à Internet haute vitesse à la maison (Cefrio, 2011). Chez les jeunes québécois de 12-17 ans, 43% sont considérés comme des « petits » utilisateurs d'Internet (moins de 10 heures par semaine), 32% des utilisateurs « moyens » (de 11 à 20 heures par semaine) et 25% de « grands » utilisateurs (20 heures ou plus par semaine) (Cefrio, 2011).

Pour leur part, les adultes québécois passeraient près de 16 heures par semaine à naviguer sur Internet (8 heures à la maison, 6,5 heures au travail et 1,5 heures sur leur cellulaire) alors que les 18-24 ans passeraient plus de 23 heures à naviguer (10,6 heures à la maison, 8,4 heures au travail et 3,8 heures sur leur cellulaire) (Cefrio, 2011). L'augmentation de l'utilisation d'Internet va de pair avec celle des réseaux sociaux (Facebook, Twitter, YouTube, etc.). En 2012, 94% des jeunes adultes (18-34 ans) réalisaient au moins une fois par mois une activité sur un site de média social (Cefrio, 2012).

Toutefois, la finalité de l'utilisation d'Internet semble différente selon le sexe. De fait, les adolescentes seraient davantage portées à utiliser Internet pour communiquer ou rechercher de l'information alors que les jeunes hommes montreraient un usage plus marqué d'Internet pour faire du gaming en participant à des jeux de rôles (Holtz & Appel, 2011). En plus des heures passées sur Internet, il faut aussi tenir compte des heures devant les autres écrans, notamment ceux des consoles de jeux vidéo, tel la Wii ou le Nintendo DS. Ainsi, la moyenne d'heures hebdomadaires consacrées aux jeux vidéo sur console serait d'environ neuf heures par semaine (Gentile, Lynch, Linder & Walsh, 2004), les garçons jouant significativement plus que les filles (Gentile



et al., 2011; Ogletree & Drake, 2007). Bref, beaucoup de temps de loisirs sont aujourd'hui passés devant un écran petit ou grand.

## Une description du phénomène difficile en l'absence de critères diagnostiques

Que l'on parle des jeux vidéo sur console, des jeux en ligne, des réseaux sociaux, ou d'Internet en général, plusieurs auteurs ont souligné le potentiel *addictif* de ces activités (Griffiths, Davies, & Chappell, 2004; Ogletree et Drake, 2007; Thomas & Martin, 2010). La plupart des gens font un usage non-problématique de ces technologies. Cependant, certaines personnes perdent le contrôle et en font un usage excessif, souvent qualifié de cyberdépendance ou d'addiction à Internet. En 2008 nous nous questionnions déjà sur la définition de la cyberdépendance. Or, 4 ans plus tard nous en sommes presque au même point. En fait, encore aujourd'hui il n'existe pas de véritable consensus quant aux critères diagnostiques qui déterminent une dépendance à Internet (Blaszczynski, 2008; Czincz & Hechanova, 2009; Desai et al., 2010; Dufour, 2012; Hinié, 2011; Moreno, Jelenchick, Cox, Young, & Christakis, 2011; Tao et al., 2010; Villeda et al., 2011; Weinstein & Lejoyeux, 2010).

La publication du DSM-V (en 2013) ne verra pas non plus résoudre complètement cette question puisque le diagnostic ne sera pas dans la section de l'axe I officiel mais intégré dans la section des diagnostics « à l'essai ». Cette réticence à intégrer un nouveau diagnostic est attribuable en partie à la controverse entourant la sévérité des conséquences. En fait, est-ce que les conséquences associées à la dépendance à Internet sont d'équales sévérités que celles associées au jeu pathologique ou aux dépen-

dances aux substances? Est-ce que la perte de temps, souvent principale conséquence de la cyberdépendance, est suffisante pour entraîner une détresse significative nécessitant un traitement? Ces questions n'ont pas encore de réponses scientifiquement robustes. Malgré ces controverses, nous pouvons quand même définir la cyberdépendance comme un « besoin impulsif et incontrôlable d'utiliser Internet ou d'autres modalités de jeux en ligne, entraînant des difficultés fonctionnelles et/ou une souffrance cliniquement significative » (Acier & Kern, 2011; Block, 2008; Goyette et Nadeau, 2008; Griffiths, 2010; Stetina et al., 2011; Young, 2007, 2009).

En l'absence d'un consensus sur les critères diagnostiques (Moreno et al., 2011), certains auteurs se réfèrent à d'autres critères observables, comme le nombre d'heures d'utilisation d'Internet (Desai et al., 2010; Holtz & Appel, 2011; Tsitsika et al., 2009). Par exemple, chez les adolescents, le seuil problématique d'utilisation d'Internet se situerait entre 20 et 28 heures d'utilisation hebdomadaire non-essentielle (Desai et al., 2010; Holtz & Appel, 2011; Tsitsika et al., 2009). Cependant, ici non plus il n'y a pas de consensus sur le « seuil » potentiellement dangereux de l'utilisation d'Internet.

L'absence d'un diagnostic clair, et par conséquent, d'un instrument de mesure valide, complexifie de beaucoup la description de l'ampleur de ce phénomène au Québec et dans le monde.

## Une étude québécoise auprès de jeunes de secondaire III à V

Bien qu'il soit impossible de statuer précisément sur la prévalence de la cyberdépendance, quelques études indiquent que la prévalence du trouble se situerait entre 1% et 13,8% dans des populations adolescentes (Desai et al., 2010; Johansson & Gotestam, 2004; Liu & Potenza, 2007; Liu, Desai, Krishnan-Sarin, Cavallo, & Potenza, 2011; Yang & Tung, 2007). Au Québec, jusqu'à présent, aucune étude ne permet d'évaluer l'ampleur du phénomène de cyberdépendance. Toutefois, dans une étude réalisée auprès de 1 878 jeunes des secondaires III à V, âgés entre 14 et 18 ans, nous avons tenté d'évaluer leurs habitudes d'Internet et le risque potentiel de développer une problématique (Brunelle et al., 2009; 2011).

Tout d'abord, la presque totalité (97,9%) des jeunes interrogés a un accès Internet à la maison. Le nombre moyen d'heures

d'utilisation hebdomadaire d'Internet dans cet échantillon se situe à 11 heures mais varie de zéro à 40,5 heures par semaine. Une proportion de 11,6% ( $n = 216$ ) de ces jeunes utilise Internet 25 heures ou plus par semaine en moyenne et compose la catégorie des utilisateurs excessifs d'Internet (ou de ceux potentiellement cyberdépendants). Significativement plus de garçons (13,8%) que de filles (9,8%) sont présents dans cette catégorie ( $\chi^2_{(1, n = 1870)} = 7.02, p < 0,05$ ).

Si l'on s'attarde à ces résultats, on constate que les jeunes participants interrogés en 2007 rapportaient faire un usage moyen d'Internet inférieur à celui rapporté dans d'autres études plus récentes (Cefrio, 2011; Holtz & Markus, 2011). De fait, ces adolescents utilisaient Internet en moyenne moins de deux heures par jour alors que l'enquête de Cefrio (2009) rapportait une moyenne de plus de deux heures. D'autres chercheurs obtiennent également des moyennes d'utilisation régulière quotidienne d'environ 2 heures (Liau et al. 2008). Cet écart peut être attribuable notamment aux différences de mesure mais aussi à l'année où furent collectées les données.

Lorsqu'on s'intéresse spécifiquement aux applications et aux sites consultés sur Internet par les participants, on observe une grande diversité d'activités. Déjà en 2007-2008, alors que les réseaux sociaux en étaient à leurs premiers balbutiements, Facebook représentait l'activité numéro un pour l'ensemble des adolescents. Parmi les autres activités dominantes chez ces adolescents, on observe les applications permettant de communiquer (courriels, blogues); l'utilisation des moteurs de recherche dans le but de faire des travaux scolaires ainsi que des sites offrant la possibilité de télécharger de la musique ou de visionner des vidéos. L'aspect social d'Internet semble être une dimension recherchée par les jeunes internautes (Tsitsika et al. 2009), tout comme le secteur du divertissement représenté ici par le téléchargement de musique ou contenu visuel (Acier & Kern, 2011). Pour leur part, les activités dites « illégales », comme la pornographie et les jeux de hasard et d'argent, sont rapportées moins fréquemment chez les jeunes de moins de 18 ans.

Alors que la très grande majorité des jeunes utilisent Internet, un nombre significatif d'entre eux semblent l'utiliser de façon excessive. Ainsi, en utilisant le point de césure de Desai et al (2010) indiquant qu'une utilisation de plus de 20 heures est un indicateur de problème potentiel de cyberdépendance, 10% des adolescents des écoles secondaires du Québec auraient des habitudes *potentiellement* problématiques. Bien qu'il soit difficile de statuer sur

la prévalence spécifique de la cyberdépendance en raison de l'absence d'un instrument diagnostique évaluant notamment les conséquences des habitudes d'Internet, différentes études ont aussi observé des habitudes préoccupantes d'Internet chez 10% des adolescents (Desai et al., 2010; Johansson & Gotestam, 2004; Liu & Potenza, 2007; Liu et al., 2011; Villeda et al., 2011; Yang & Tung, 2007). Par contre, les études les plus probantes démontrent des taux inférieurs de problème potentiel de l'ordre de 1 à 2% (Bakken et al., 2009). Bref, ces chiffres doivent être interprétés avec beaucoup de vigilance. Ces premiers résultats soulignent toutefois l'importance de se préoccuper d'une activité qui occupe une très grande place dans la vie des adolescents. Une étude, en cours auprès de 3 000 élèves du secondaire, utilisant cette fois un instrument diagnostique, permettra sous peu d'apporter quelques réponses (Brunelle, Dufour et al., 2012).

En attendant, il demeure essentiel de continuer à documenter de multiples façons l'utilisation d'Internet. Il ne faut pas oublier que, selon différentes études bien documentées, les premières conséquences peuvent être importantes (Kelly, 2004). Par exemple, Yen et ses collaborateurs (2007) rapportent des difficultés scolaires; des problèmes de santé physique et psychologique; des relations familiales problématiques; de l'isolement et des conduites délinquantes comme des actes de violence (Leung, 2004; Young, 2009). Il faut comprendre ici que l'adepte qui est privé de son accès à Internet peut ressentir un effet de sevrage et devenir irritable, anxieux, dépressif et même violent (Desai et al., 2010; Leung, 2004; Young, 2009). De plus, les travaux de Desai et al. (2010) rapportent que les jeunes aux prises avec un problème de cyberdépendance seraient aussi plus susceptibles d'être engagés dans d'autres conduites à risque comme l'usage de tabac et de substances psychoactives et qu'ils seraient plus à risque de dépression. Bref, l'emprise d'Internet sur nos vies de tous les jours commande que l'on s'intéresse à ce phénomène; qu'il soit documenté de façon scientifiquement plus robuste, afin qu'ultimement nous puissions identifier précisément les facteurs de risque à la cyberdépendance.

Enfin, malgré certaines limites de cette étude, les résultats obtenus montrent bien l'existence de jeunes qui ont des habitudes potentiellement excessives reliées à l'utilisation des technologies. Il serait donc important de développer des initiatives de prévention et des outils de détection en lien avec cette problématique en émergence notamment dans les écoles, mais aussi des initiatives permettant d'outiller

les parents afin qu'ils puissent offrir l'encadrement nécessaire à leurs adolescents en ce qui concerne l'usage d'Internet. Ces initiatives de prévention doivent s'adresser à la fois aux filles et aux garçons. De même, l'élaboration d'interventions adaptées, pouvant venir en aide aux jeunes qui développent une cyberdépendance, s'avère nécessaire. Enfin, il nous apparaît de plus en plus clair qu'il est nécessaire d'intervenir de façon conjointe pour adresser l'amalgame de problématiques co-occurentes pouvant se présenter chez un même adolescent.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Fond de recherche québécois sur la société et la culture, la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées ainsi que l'Institut universitaire sur les dépendances du Centre Dollard-Cormier pour l'aide financière accordée qui a rendu possible la réalisation de ces travaux de recherche. Enfin, les auteurs désirent remercier les écoles qui ont accepté de participer à cette étude en nous permettant de rencontrer leurs élèves durant des périodes de classe.

**Dufour, Magali, Ph.D.,**  
professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke

**Gendron, Annie, Ph.D.**  
Chercheuse, École nationale de police du Québec

**Brunelle, Natacha, Ph.D.,**  
Professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières

**Cousineau, Marie-Marthe, Ph.D.,**  
Professeure titulaire, Université de Montréal

**Leclerc, Danielle, Ph.D.,**  
Professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières

## Références

- Acier, D., & Kern, L. (2011). Problematic Internet use: Perceptions of addiction counsellors. *Computers & Education, 56* (4), 983-989.
- Blaszczyński, A. (2008). Commentary: A response to "problems with the concept of video game 'addiction': Some case study examples." *International Journal of Mental Health and Addiction, 6* (2), 179-181.
- Block JJ. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *Am J Psychiatry, 165*(3): 306-7.
- Brunelle, N., Leclerc, D., Cousineau, M-M., Dufour, M., Gendron, A. & Martin, I. (2012). Internet Gambling, Substance Use and Delinquent Behaviors: An Adolescent Deviant Behavior Involvement Pattern. *Psychology of Addictive Behavior, February*, 1-12.
- Brunelle, N., Leclerc, D., Dufour, M., Cousineau, M-M., & Gendron, A. (2009). *Trajectoires d'adolescents joueurs adeptes du jeu par Internet en lien avec la consommation de substances psychoactives et la délinquance*. Rapport final adressé aux Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC), Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cefrio (2011). De Y à A: cinq générations d'internautes, 8(1). Repéré à [http://www.cefr.io.qc.ca/fileadmin/documents/Publication/NETendances-Vol1\\_8\\_generations\\_LR.pdf](http://www.cefr.io.qc.ca/fileadmin/documents/Publication/NETendances-Vol1_8_generations_LR.pdf)

- Cefrio (2012). Les média sociaux ancrés dans les habitudes des Québécois, 9(1). <http://www.cefr.io.qc.ca/publications/detail-dune-publication/publication/5585/45/>
- Czincz, J., & Hechanova, R. (2009). Internet addiction: Debating the diagnosis. *Journal of Technology in Human Services*, 27 (4), 257-272.
- Desai, R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D., & Potenza, M. N. (2010). Video-gaming among high school students: Health correlates, gender differences, and problematic gaming. *Pediatrics*, 126(6), e1414-e1424.
- Dufour, M., Gendron, A., Brunelle, N., Leclerc, D. et Cousineau, M-M (2012). L'utilisation des technologies chez les jeunes du secondaire: portrait et pistes d'intervention. 4<sup>e</sup> congrès biennal du Comité québécois pour les jeunes en difficulté de comportement. Québec, 2-4 mai 2012.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., et al. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127 (2), e319-e329.
- Griffiths, M. D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8 (1), 119-125.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., & Chappell, D. (2004). Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27 (1), 87-96.
- Goyette, M. M., & Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'internet: Une intégration des connaissances. *Alcoologie et Addictologie*, 30 (3), 275-283.
- Holtz, P., & Appel, M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 34 (1), 49-58.
- Johansson A, Gotestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). *Scand J Psychol* 2004;45(3): 223-9.
- Kelley, A. E., Schochet, T., & Landry, C. F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: Introduction to part I. Dans R. E. Dahl & L. P. Spear (Éds.), *Adolescent brain development: Vulnerabilities and opportunities*. (pp. 27-32). New York, NY US: New York Academy of Sciences.
- Leung, K. S., & Cottler, L. B. (2009). Treatment of pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (1), 69-74.
- Liau, A. K., Khoo, A., & Ang, P. H. (2008). Parental awareness and monitoring of adolescent Internet use. *Current Psychology*, 27 (4), 217-233.
- Liau, A. K., Khoo, A., & Ang, P. H. (2005). Factors influencing adolescent engagement in risky internet behavior. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 513-520.
- Liu, T. C., Desai, R. A., Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., & Potenza, M. N. (2011). Problematic Internet use and health in adolescents: data from a high school survey in Connecticut. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 72 (6), 836-845.
- Liu, T., & Potenza, M. N. (2007). Problematic Internet use: Clinical implications. *CNS Spectrums*, 12 (6), 453-466.
- Moreno, M. A., Jelenchick, L., Cox, E., Young, H., & Christakis, D. A. (2011). Problematic internet use among US youth: a systematic review. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165 (9), 797-805.
- Ogletree, S. M., & Drake, R. (2007). College student's video game participation and perception: gender differences and implications. *Sex Roles*, 56, 537-545.
- Stetina, B. U., Kothgassner, O. D., Lehenbauer, M., & Kryspin-Exner, I. (2011). Beyond the fascination of online-games: Probing addictive behavior and depression in the world of online-gaming. *Computers in Human Behavior*, 27 (1), 473-479.
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105 (3), 556-564.
- Thomas, N. J., & Martin, F. H. (2010). Video-arcade game, computer game and Internet activities of Australian students: Participation habits and prevalence of addiction. *Australian Journal of Psychology*, 62 (2), 59-66.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Janikian, M., Kormas, G., & Kafetzis, D. A. (2011). Association between internet gambling and problematic internet use among adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 27 (3), 389-400.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Filippopoulou, A., Tounissidou, D., Freskou, A., et al. (2009). Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *European Journal Of Pediatrics*, 168 (6), 655-665.
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M. D., et al. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: Results from a prevalence study. *Journal of Gambling Studies*, 27 (2), 203-214.
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive Internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36 (5), 277-283.
- Widyanto, L., & Griffiths, M. (2006). "Internet Addiction": A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4 (1), 31-51.
- Yang, S. C., & Tung, C.-J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior*, 23(1), 79-96.
- Yen, C.-F., Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chang, Y.-P., & Cheng, C.-P. (2007). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (3), 357-364.
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37 (5), 355-372.
- Young, D. W., Dembo, R., & Henderson, C. E. (2007). A national survey of substance abuse treatment for juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32 (3), 255-266.

## PNB... (Petites Nouvelles Brèves)

■ Le Colorado et l'État de Washington ont été les premiers États américains à autoriser l'usage **récréatif** du cannabis par un référendum tenu le 6 novembre dernier, jour de la présidentielle américaine. Les autorités locales vont donc réguler la distribution de l'herbe, qui offrira au passage une nouvelle source de revenus fiscaux et ce, à la barbe de l'État fédéral (interdisant toute possession, consommation ou commercialisation du cannabis). L'usage médical de la marijuana est autorisé en Californie et dans 15 autres États américains. « Sans aucun doute, cela ouvre un espace pour repenser notre lutte antidrogue » déclare le président mexicain dans un entretien avec le Time. Le Mexique et d'autres pays de la région vont devoir changer leur façon de répondre au trafic de drogue, ajoute-t-il. Comment? À suivre...

■ Un homme de 94 ans s'est échappé d'un hôpital de Munich pour fêter à son idée son anniversaire dans l'une des plus grandes brasseries de la capitale allemande de la bière. Un passant, intrigué par une aiguille d'intraveineuse qui dépassait du bras gauche du nonagénaire, a alerté la police. Finalement, le vieil homme a été accompagné à sa clinique où les médecins l'ont finalement autorisé à boire une bière de son choix.

■ Deux colis contenant 16 kilos de cocaïne ont été livrés début janvier au siège des Nations Unies à New York en provenance du Mexique. On comprend qu'il s'agit d'une erreur! Selon le responsable des relations publiques pour la police de New York (NYPD), les colis contenaient 14 livres dont les pages avaient été creusées pour contenir plus d'un kilo de cocaïne par bouquin. Il ne s'agissait pas de la valise diplomatique utilisée officiellement par l'ONU, a-t-il précisé. Ouf! on est rassuré...

■ Soupçonné d'avoir introduit de l'héroïne dans une prison en Bosnie, un pigeon voyageur est détenu par la police pour trafic de drogue. L'enquête déterminera le sort du volatile... À la suite de cet incident, l'administration du pénitencier envisage de mettre fin à un programme de réhabilitation des détenus qui consiste à élever des pigeons voyageurs...

■ Une jeune fille de 15 ans n'a rien trouvé de mieux que de droguer ses parents pour surfer quelques heures de plus sur internet, en leur offrant un milkshake dans lequel elle avait ajouté des somnifères. La règle dans cette famille de Californie était l'arrêt de la connexion Internet après 22 h 00. Droguer quelqu'un est condamnable selon la législation en vigueur aux États-Unis mais un arrangement pourrait être trouvé avec les parents de ce point de vue... Par contre, il n'est pas certain que les parents assouplissent les règles à la maison, en particulier pour l'utilisation d'Internet.

■ Toujours la chicha ou pipe à eau! Une enquête canadienne révèle qu'entre 2006 et 2011, le pourcentage de jeunes ayant fumé la pipe à eau a augmenté de 6% à 12% chez les 15-19 ans et de 11% à 24% chez les 19-24 ans. Ça inclut bien sûr les expérimentateurs.

## L comme LIRE...



- Institut national de santé publique (2012). Auteurs: Lina Noël; Dominique Gagnon; Richard Cloutier. **Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec: avril 2010 à mars 2011.** 19 pages. Éditeur INSPQ.

Le document présente une compilation des statistiques des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) permettant d'établir un portrait des interventions réalisées sur une période de 12 mois dans les CAMI, mis en place au Québec à la fin des années 1980. En plus de l'obtention de matériel stérile d'injection, il est possible dans un CAMI de remettre les seringues usagées et obtenir des conseils de prévention ainsi que d'autres services psychosociaux. Le rapport fournit une analyse des statistiques pour la période d'avril 2010 à mars 2011 et permet de suivre l'évolution de la situation grâce à des indicateurs standardisés.

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1573\\_StatServProgPrevTSSPersUDIQc\\_Avril2010Mars2011.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1573_StatServProgPrevTSSPersUDIQc_Avril2010Mars2011.pdf)



- Institut national de santé publique (2012). Annie Montreuil. **Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme.** 46 pages. Éditeur INSPQ.

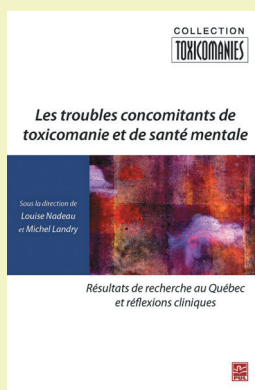
Ce document présente les caractéristiques des personnes utilisant les services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT). Les données ont été recueillies dans les CAT de 14 régions socio-sanitaires du Québec. Ce portrait montre que les interventions de *counseling* en abandon du tabac offertes dans les CAT rejoignent surtout des fumeurs très dépendants, d'âge mûr, souffrant de problèmes de santé associés au tabagisme. Près de neuf clients sur dix ont déjà essayé de cesser de fumer en utilisant une aide pharmacologique, surtout des timbres de nicotine.

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1568\\_PortraitClientCentresAbandonTabag.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1568_PortraitClientCentresAbandonTabag.pdf)



- Nadeau, L. & Landry, M. (2012). **Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques.** Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Cette publication récente des Presses de l'Université Laval sous la direction de Louise Nadeau et de Michel Landry, traite spécifiquement de la double problématique toxicomanie-santé mentale. Les auteurs recensent les ouvrages qui se sont intéressés au phénomène au cours des 15 dernières années et présentent les résultats des recherches conduites au Québec auprès de cette clientèle, en soulignant les principaux enjeux d'intervention.



- Une publication d'un professeur enseignant à la maîtrise en intervention en toxicomanie:

Quintin, J. (2012). **Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine.** Montréal: Éditions Liber, 206 p.

## SÉMINAIRE THÉMATIQUE DU RISQ

21 février 2013

### Toxicomanie et traitement sous contrainte

Ce séminaire s'adresse aux intervenants des établissements de la santé et des services sociaux et du réseau judiciaire ainsi qu'aux étudiants, aux chercheurs et à toutes les personnes intéressées par ce thème.

L'activité permettra aux participants d'approfondir et de discuter du traitement sous contrainte et du recours à la thérapie pour la détermination de la peine. En plus d'aborder l'implantation du Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec, le séminaire portera sur l'évolution du traitement sous contrainte; sur la réalité des intervenants dans ce contexte et sur les tribunaux de traitement en toxicomanie au Canada.

#### Information et inscription :

Mme Elsa Euvrard

514-385-3490 # 3266

[risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca](mailto:risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca)

#### REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro

##### Éditeur:

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

##### Directrice des programmes:

Lise Roy

##### Responsable de la rédaction:

Marie-Thérèse Payre

##### Conception graphique:

Interscript Inc.

ISSN 1481-546X

##### Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada