



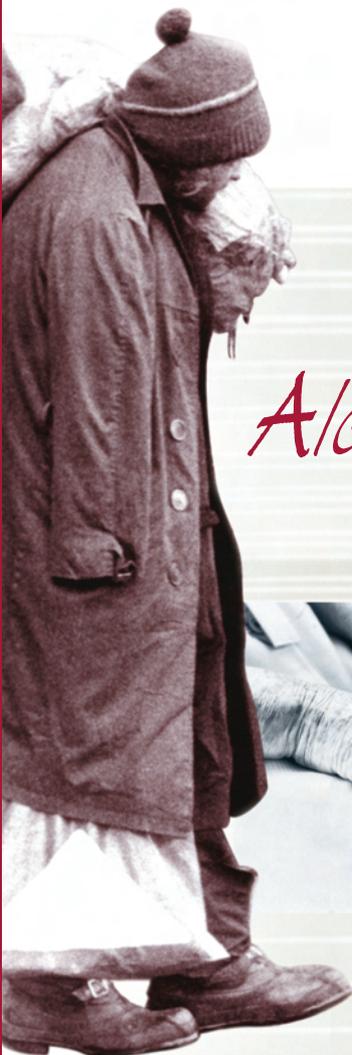
VERS UNE COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE DE DÉPENDANCE

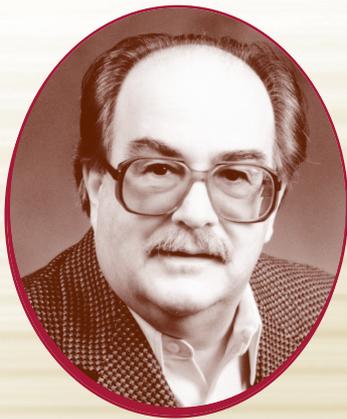
Cahier de formation

Toxicomanie

Alcoolisme

Jeu pathologique





DOLLARD CORMIER

Le nom Dollard-Cormier a été choisi en l'honneur de M. Dollard Cormier qui a créé, à l'Université de Montréal, le premier laboratoire de recherche sur l'abus d'alcool et de drogues au Québec. Il fut également un pionnier dans la formation des professionnels qui s'intéressent aux problèmes des personnes alcooliques et toxicomanes.

**Formation
de base
en toxicomanie**



VERS UNE COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE DE DÉPENDANCE

Marie Lecavalier

*Coordonnatrice à la Direction des services professionnels pour l'équipe
du Service à la communauté (Volet consultation)*

Rolande Chainey

Isabelle Denis

Kristiane Maltais

Lorraine Mantha

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Remerciements

Ce document n'aurait pu voir le jour sans l'apport de tous ces intervenants du champ de la toxicomanie qui, au fil du temps, ont constitué une banque d'outils empruntés à la littérature, et ont investi leur énergie et leur créativité au service de la clientèle.

Je tiens à souligner particulièrement la participation de Madame Hélène Simoneau, consultante, pour avoir su mettre à notre disposition ses compétences et sa préoccupation pour rendre ce document accessible.

Merci également à madame Lorraine Mantha pour son implication dans la réalisation de ce cahier.

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	5
Un langage commun	7
Le phénomène de dépendance	14
Aspects biologiques de la consommation	14
Évolution du concept de dépendance	18
Cycle de l'assuétude	22
Continuum de la consommation d'alcool chez les adultes	25
Continuum de la consommation de SPA chez les jeunes	26
Loi de l'effet	28
Facteurs de risques associés	29
L'organisation des services en toxicomanie au Québec	32
Le système de santé canadien et québécois	32
L'évolution des services en toxicomanie depuis les années 50	32
Réadaptation : un concept en voie de transformation	37
Approches et modèles de traitement en toxicomanie	38
Dépistage et évaluation	41
Indices observables de consommation ou d'un état d'intoxication	42
DEP ADO (Dépistage adolescents)	44
DEBA (Dépistage/Évaluation du besoin d'aide)	44
Annexes	51
Tableau synthèse sur les psychotropes — Dépresseurs	52
Tableau synthèse sur les psychotropes — Stimulants	54
Tableau synthèse sur les psychotropes — Perturbateurs	56
Bibliographie	59
Lexique	61

Introduction

Einstein a écrit : « (...) *Les progrès scientifiques ne consistent pas en une accumulation de connaissances considérées comme immuables une fois acquises, mais en une restructuration perpétuelle des principes directeurs de notre connaissance...* »

Justifiant cette affirmation, les centres de réadaptation voient la nécessité d'ajuster constamment leurs approches et modèles d'intervention en fonction de l'évolution de la compréhension du phénomène de la toxicomanie. Le secteur québécois « a été le théâtre d'innovations tout au long de son développement » (Pierre Brisson, 2000, p. 37¹), entre autres, en mettant en place un réseau public de réadaptation vers les années 1970 pratiquant une approche psychosociale et en adoptant dans les années 90 le modèle de la réduction des méfaits dans un cadre de réadaptation. On assiste aussi à l'apparition de services et programmes qui intègrent une perspective plus vaste d'approche écologique.

Cette évolution résulte des efforts considérables investis dans le traitement des toxicomanies depuis les cinquante dernières années, notamment dans le domaine de la recherche. Des études impliquant des disciplines aussi diverses que la biologie, la génétique, la sociologie, la psychologie, et l'anthropologie ont amené les penseurs et les chercheurs à conclure au caractère fondamentalement multidimensionnel et multifactoriel de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. La toxicomanie est vue tour à tour comme étant à l'origine de problèmes biopsychosociaux (ex. : SIDA, dysfonctions sexuelles, maladies mentales, perte d'emploi, décrochage scolaire, isolement social, accidents de la route, coûts sociaux divers, etc.) ou inversement comme étant le résultat de fragilité à ces mêmes dimensions (ex. : hypothèses génétiques et neurologiques, maladies mentales, structures de personnalités antécédentes, conditions sociales et économiques, milieu de travail, etc.).

Ces études ont aussi permis d'identifier de nombreux facteurs de risque tant au plan biologique, psychologique que socioculturel. Malgré une problématique commune, les personnes dépendantes constituent une population hétérogène parce que le nombre de facteurs mis en cause varie d'une personne à l'autre et plusieurs interactions entre ces différents facteurs sont spécifiques à l'histoire de chaque individu (Nadeau et Biron, 1998). Alors que les concepts de dépendance et de trajectoire irréversible étaient centraux dans la vision traditionnelle de la toxicomanie, les études récentes viennent nuancer ces affirmations : la dépendance se manifeste en intensité et gravité variables d'un individu à l'autre et l'abstinence n'est plus la seule option de traitement à considérer du moins pour les individus qui n'ont pas développé de dépendance physique au produit.

Parallèlement à ces recherches, la propagation du SIDA dans la population toxicomane inquiète les intervenants en santé publique. Ils en viennent à considérer que les conséquences de la toxicomanie sont plus graves que la consommation elle-même. L'approche de la réduction des méfaits fait son apparition et reçoit l'approbation d'un nombre croissant de professionnels. Les milieux thérapeutiques et de santé publique se rapprochent, la mise en place d'une véritable continuité de services est rendue plus facile (Nadeau et Biron, 1998). C'est ainsi que la compréhension et le traitement de la toxicomanie adoptent une vision holistique considérant la personne toxicomane comme un être humain dans toute son intégralité. La réduction des méfaits « a rappelé à tous les intervenants la nécessité déontologique d'offrir des services à ceux et à celles qui ne peuvent ou ne veulent cesser de consommer, mais qui souhaitent néanmoins améliorer leur situation de vie et celle de leurs proches » (Nadeau et Biron, 1998, p. 116).

Bref, le champ des toxicomanies est en évolution constante, il s'ajuste et s'adapte aux nouvelles connaissances. Au fur et à mesure que la compréhension théorique de la dépendance change, le traitement se transforme en laissant une place de plus en plus grande à la personne toxicomane pour qui c'est l'expérience subjective qui prime. Même le vocabulaire se raffine et devient plus respectueux de la personne: on ne parle plus « **d'alcooliques** » ou de « **drogués** » mais de « **personnes** dépendantes ».

Ce document présente tout d'abord une définition actuelle de quelques concepts-clés afin d'adopter un langage commun qui facilitera la compréhension des textes qui suivront. Ensuite, il traite de la dépendance sous toutes ses facettes : les aspects biologiques et psychosociaux, le continuum de la dépendance, les facteurs de risque et la loi de l'effet. Puis, après avoir tracé un portrait de l'évolution des services depuis les années 1950, il présente une synthèse des principaux modèles et approches qui sous-tendent le traitement et la réadaptation des personnes dépendantes. Enfin, quelques outils de dépistage et évaluation viennent compléter cette formation de base.

Bonne lecture !



Marie Lecavalier
Coordonnatrice des services professionnels



Madeleine Roy
Directrice générale

UN LANGAGE COMMUN*

Le vocabulaire relatif à la toxicomanie varie en fonction du temps et d'un auteur à l'autre. Pour bien se comprendre, il est donc nécessaire de définir les termes utilisés dans le présent document.

SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (SPA)

Substances qui, de par leur action sur le système nerveux central, modifient les sensations, les perceptions et la conscience, entraînant une altération du fonctionnement intellectuel et comportemental de l'individu consommateur : l'humeur, le jugement et le contrôle social peuvent être atteints, de même que diverses fonctions physiologiques.

Elles sont consommées principalement pour « **l'effet** » qu'elles procurent souvent perçu comme agréable et qui renforce, par le fait même, le cycle de la consommation.

Les SPA sont issues originellement de plantes qui poussent à l'état naturel et ont été domestiquées par les peuples qui les côtoient (feuilles de coca mâchées par les paysans des Andes pour tromper la faim et la fatigue, champignons magiques utilisés par les Mayas pour leurs cérémonies, opium tiré du pavot indien, tabac fumé par les autochtones d'Amérique du Nord, etc...) Les progrès technologiques, la mondialisation, l'informatisation ont amené la transformation de ces matériaux bruts en produits variés et à concentrations diverses, de même que l'apparition de toute la gamme des produits synthétiques.

La nature de l'action des SPA sur le système nerveux central a souvent servi à les classer en trois grandes catégories : les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs (voir Tableau). À cause de leurs effets particuliers, on distingue de plus en plus deux catégories supplémentaires : les médicaments psychothérapeutiques (antipsychotiques, antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur) et les produits de performance (stéroïdes).

*Certaines définitions proviennent de l'accumulation des connaissances et les autres sont tirées du volume de Louis Léonard et Mohamed Ben Amar (2002 : Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie).

Le fait qu'une substance soit légale ou non tient à des considérations culturelles, politiques et économiques et non à sa dangerosité. Dans la société nord-américaine, la caféine, la nicotine, l'alcool, les médicaments prescrits (principalement anxiolytiques et analgésiques) de même que certaines substances associées à la performance, sont légaux. Par contre, le cannabis et les autres hallucinogènes, la cocaïne et l'héroïne sont illégaux.

- Le langage populaire fait référence au mot « **drogues** » pour désigner ces substances. Nous préférons l'utilisation du terme « substances psycho-actives » qui évite toute référence à un jugement moral ou social et qui englobe l'ensemble des substances psychotropes, qu'elles soient légales ou non.
- Le terme « psychotropes » est aussi fréquemment utilisé comme synonyme de substances psycho-actives. Il tire son origine de deux mots grecs : « psyche » (esprit, âme) et « trope » (qui donne un mouvement).

Les SPA ou psychotropes sont, littéralement, des substances qui « orientent l'esprit dans une direction donnée ».

TOLÉRANCE

La tolérance réfère essentiellement à la réactivité de l'organisme à une substance donnée.

- **Naturelle**

Il existe une tolérance naturelle présente chez l'individu dès sa naissance et qui est liée à des facteurs génétiques. Elle explique pourquoi de nouveaux consommateurs peuvent réagir différemment à la même dose d'une substance.

- **Métabolique**

La tolérance métabolique est un phénomène biologique qui se manifeste par le fait que des doses croissantes d'une substance sont nécessaires pour produire le même effet. Elle résulte de l'adaptation progressive de l'organisme à la substance et la métabolisation plus rapide effectuée au niveau des organes concernés, principalement le foie. À titre d'exemple, alors que la vitesse d'élimination moyenne de l'alcool est d'environ 13 à 18 mg% par heure, certains gros consommateurs d'alcool éliminent plus de 40 mg% par heure.

La tolérance métabolique suppose une consommation continue de la substance.

- **Inversée**

Phénomène typique relié à une longue consommation, la tolérance inversée est le résultat d'une détérioration de l'organe qui métabolise une certaine substance (ex. : le foie pour l'alcool). Du fait que l'organisme métabolise plus lentement ou plus du tout la substance, celle-ci passe quasi directement dans le sang : l'individu réagit alors à de très faibles doses et l'intoxication survient plus rapidement.

Il y a risque pour la santé et la vie de l'individu.

- **Croisée**

Au-delà de leurs noms et de leurs étiquettes, les SPA sont d'abord des molécules chimiques que le cerveau « décode » et auxquelles il réagit. La personne devenue tolérante à une substance devient aussi tolérante aux autres substances qui lui sont apparentées sur le plan pharmacologique, et ce, même si elle ne les a jamais consommées. Il y a tolérance croisée des benzodiazépines entre elles, des opiacés entre eux, de l'alcool et autres déprimeurs entre eux, etc.

Ainsi, une personne tolérante à l'alcool a besoin d'une dose supérieure à la moyenne de benzodiazépines pour obtenir un effet analgésique (ex. : lors d'un sevrage).

DÉPENDANCE

La dépendance est le lien privilégié qui se crée entre une personne et une substance. Des termes synonymes décrivent la même réalité : **accoutumance, assuétude, addiction**.

- **Physique**

Adaptation de l'organisme à la substance liée à la tolérance métabolique. Des symptômes de sevrage apparaissent s'il y a diminution brusque ou arrêt de la consommation.

La dépendance physique présuppose une présence suffisante de la substance en termes de quantité et de fréquence de consommation. Les conditions nécessaires pour que s'installent la tolérance et la dépendance physique varient d'un produit à l'autre.

Lorsque la dépendance physique est installée, la consommation devient moins un plaisir qu'un évitement des malaises reliés au « manque » et au sevrage.

- **Psychologique**

Besoin impérieux de consommer la substance pour en ressentir les effets, même en l'absence de la dépendance physique. La substance est recherchée pour différentes raisons : détente, stimulation, évasion, baisse de l'anxiété... Son absence – ou la crainte de son absence – crée un état désagréable, lancinant et souvent obsessionnel qui pousse l'individu à recommencer à consommer.

TOXICOMANIE

La toxicomanie est une dépendance à une ou plusieurs substances qui s'installe après une période variable de consommation assidue. C'est un phénomène multidimensionnel qui peut prendre des formes très différentes d'un consommateur à l'autre.

Habituellement progressive, elle s'accompagne de difficultés de fonctionnement dans une ou plusieurs sphères de la vie et d'une souffrance subjective. La consommation prend de plus en plus de place et est accompagnée d'un sentiment subjectif de perte de contrôle. Souvent, malgré son désir d'arrêter sa consommation, la personne en est incapable : la dépendance physique et psychologique créent un besoin irrésistible de consommer au détriment de la santé, du fonctionnement social ou des liens affectifs.

Aucun facteur pris isolément n'est nécessaire ni suffisant pour provoquer l'apparition d'une toxicomanie ; c'est pourquoi on parle d'un phénomène multifactoriel. Pour comprendre l'univers de la personne toxicomane, il faut tenir compte de ce qu'elle est et du rôle que joue la substance dans sa vie.

SEVRAGE

C'est l'apparition d'un ensemble de symptômes physiques et psychologiques désagréables (syndrome) lorsqu'il y a diminution brusque ou arrêt de consommation d'une substance à laquelle l'organisme était habitué. L'importance ainsi que la durée du sevrage dépendent du temps nécessaire à l'organisme pour se rééquilibrer et retrouver un fonctionnement naturel.

De façon générale, les symptômes de sevrage tendent à être à l'opposé des effets normalement produits par la substance consommée.

Le sevrage aux substances à longue durée d'action débute plus lentement, est moins intense et dure plus longtemps ; à l'inverse, les substances à courte durée d'action ont un pic de sevrage plus rapide, plus intense, mais de plus courte durée. À titre d'exemple, le sevrage à l'héroïne (durée d'action d'environ 4 à 5 heures) est très intense et persiste pendant 7 à 10 jours alors que le sevrage de la méthadone (durée d'action de 12 à 24 heures) est plus tolérable mais semble interminable pour la personne dépendante car il persiste entre 21 et 28 jours.

• Phases du sevrage

On distingue deux phases principales dans le sevrage :

- phase aiguë :

Liée à la dépendance physique, elle correspond à l'étape de désintoxication. Cette période pendant laquelle le produit est complètement éliminé de l'organisme va de quelques jours (cocaïne, alcool) à plusieurs semaines (cannabis, benzodiazépines).

- phase subaiguë :

Bien que le produit ne soit plus présent dans l'organisme, le retour à un fonctionnement naturel peut prendre quelques mois et même quelques années. L'attraction du produit et la dépendance psychologique ne cessent pas subitement. La réadaptation – institutionnelle ou non – est délicate et nécessite du support pour permettre à la personne de sortir du cycle de la dépendance.

• Risques liés au sevrage

Certains sevrages présentent des risques pour la santé et nécessitent un encadrement médical (ex. : forte consommation d'alcool, consommation mixte d'alcool et de médicaments, etc...). Une évaluation doit être faite pour identifier les personnes à risques et les référer aux ressources appropriées.

La prudence impose de ne pas inciter une personne qui consomme à cesser sa consommation avant d'avoir en mains toute l'information la concernant ainsi que les produits qu'elle consomme (sevrage antérieur – problème de santé).

- **Support pharmacologique**

Beaucoup de personnes cessent leur consommation sans aide professionnelle et à froid. Mais un support pharmacologique approprié peut permettre d'atténuer les principaux inconvénients du sevrage (crampes, maux de tête, tremblements, anxiété) et favoriser une remise sur pied plus rapide. Pour des consommateurs de longue date, l'appréhension des symptômes de sevrage peut être un frein à l'arrêt de consommation.

LE PHÉNOMÈNE DE DÉPENDANCE

ASPECTS BIOLOGIQUES DE LA CONSOMMATION

Longtemps négligées par les tenants de l'approche psychosociale, les bases biologiques sont de plus en plus considérées comme une composante importante dans la compréhension de la dépendance aux SPA. La multiplication et la qualité croissante des études en biologie et en médecine fournissent des évidences tellement grandes qu'on ne peut plus les écarter dans un modèle multifactoriel.

Avant d'aborder quelques processus biologiques impliqués dans la tolérance et la dépendance, voyons tout d'abord quelques définitions.

- **Biologie** : science qui a pour objet la description des êtres vivants et l'étude des phénomènes qui les caractérisent. Concept très large qui inclut l'étude des plantes, des animaux, des gènes, des virus, de l'écologie, de l'anatomie, de la physiologie, etc.
- **Physiologie** : science qui étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants. En d'autres mots, la physiologie cherche à comprendre « Comment ça marche? ».
- **Étiologie** : terme utilisé en médecine pour référer aux causes d'une maladie (ex. : source du diabète).
- **Facteur de risque** : en épidémiologie, un facteur de risque fait référence à une caractéristique associée à une probabilité plus élevée qu'un événement se produise. Puisqu'il s'agit d'association (les statisticiens parlent de corrélation), un facteur de risque n'est pas nécessairement la cause de l'événement.
- **Génétique** : science de l'hérédité.
- **Hérédité** : transmission des caractéristiques d'un être vivant à ses descendants par l'intermédiaire des gènes. Il est à noter que le fait qu'une caractéristique soit héréditaire ne signifie aucunement qu'elle ne soit pas influencée par l'environnement. En effet, les gènes agissent en interaction avec l'environnement. Pour vous en convaincre, imaginez deux graines de plant de tomates identiques et sélectionnées génétiquement pour produire une grande

quantité de tomates très juteuses. Semez l'une de ces graines dans un sol pauvre, sans engrais, à l'ombre et oubliez de l'arroser à quelques reprises. Semez l'autre graine dans un sol approprié, dans un endroit ensoleillé et arrosez-le de façon convenable. Les deux plants génétiquement identiques se développeront-ils de la même façon ?

Le parcours de la SPA dans le corps

Entre le moment où elle entre dans le corps d'un individu et le moment où elle cesse d'agir, la SPA est l'objet de phénomènes biologiques complexes.

Pour agir, la SPA doit d'abord se rendre à son site d'action principal, le cerveau. Le mode d'administration de la substance va déterminer le temps que la SPA prendra pour s'y rendre et commencer à agir. La **voie intraveineuse** est la voie la plus rapide et la plus efficace. Injectée directement dans la circulation sanguine, la SPA ne prend que quelques secondes à se rendre au cerveau. À l'opposé, la **voie orale** est la plus lente et la moins efficace car une partie de la substance sera détruite par les enzymes et l'acidité de l'estomac. De plus, la substance doit traverser plusieurs membranes pour enfin se retrouver dans la circulation sanguine ce qui retarde le moment où la SPA arrive à destination. L'effet d'une SPA absorbée par voie orale prend généralement entre 15 et 60 minutes avant de se faire sentir. Du délai d'action le plus court au plus long, on retrouve dans l'ordre : la voie intraveineuse, la voie intra-pulmonaire (fumé), la voie intranasale (prisé ou « sniffé »), et la voie orale.

Plus la concentration d'une SPA est élevée et plus son délai d'action est court, plus le risque de dépendance sera grand et plus la dépendance s'installe rapidement. Par exemple, on retrouve peu de problèmes de dépendance chez les peuples autochtones d'Amérique du Sud qui mâchent les feuilles de coca (voie orale). Par contre, la dépendance est beaucoup plus fréquente chez les consommateurs de cocaïne qui utilisent les autres modes d'administration. De plus, la dépendance à la cocaïne s'installe plus rapidement chez les usagers qui l'injectent par la voie intraveineuse ou la fument (sous forme de « freebase » ou « crack ») que chez ceux qui la prisent.

Pour empêcher que son action ne dure indéfiniment, la SPA subit un ensemble de transformations chimiques qui diminuent son efficacité et favorisent son élimination, c'est ce qu'on appelle le métabolisme. Le rôle du foie dans l'organisme est comparable à celui d'une véritable usine de transformation chimique ayant à son service plusieurs ouvriers spécialisés, les enzymes. C'est le foie qui est le principal responsable du métabolisme des SPA. Lorsqu'une SPA est consommée de façon régulière, **le foie s'adapte : il fabrique plus d'enzymes afin d'accélérer le métabolisme de cette substance. Par conséquent, le consommateur doit consommer une plus grande quantité de la substance pour obtenir le même effet**, il devient de plus en plus tolérant à l'effet de la substance. D'autres processus biologiques sont aussi impliqués dans le développement de la tolérance aux SPA.

Le produit transformé est éliminé du corps, la plupart du temps dans l'urine. Certaines substances sont totalement ou partiellement éliminées par les poumons (ex. : les solvants, l'alcool), ce qui explique l'haleine caractéristique de ceux qui consomment ces substances. Il existe aussi d'autres voies d'élimination secondaires pour certaines substances telles que la bile, la salive, la sueur et les larmes.

Le mode d'action de la SPA

Les SPA agissent principalement sur le système nerveux central (SNC) qui comprend le cerveau et la moelle épinière. Comme les autres organes, les organes du SNC sont constitués de cellules. Ces cellules appelées neurones, présentent des caractéristiques particulières qui leur permettent de jouer leur rôle de communication :

- elles ont une forme différente des autres cellules ;
- elles sont présentes en nombre très élevé : environ 100 milliards de neurones dans le SNC ;
- elles ont la capacité de former des ensembles complexes appelés **circuits neuronaux** (tel que le système limbique) ;
- et elles ont une façon particulière de communiquer entre elles et avec les autres cellules.

Les messages sont transmis d'un neurone à l'autre par l'intermédiaire de substances chimiques : les neurotransmetteurs (ou neuromédiateurs). Ces neurotransmetteurs sont fabriqués et stockés à l'intérieur de la cellule. Lorsqu'un message doit être transmis, ils sont libérés à l'extérieur de la cellule et s'attachent aux récepteurs correspondants du neurone voisin. Les récepteurs agissent un peu comme une serrure, ils ne reconnaissent et ne réagissent qu'à un seul type de neurotransmetteur (la clé de la serrure). L'action d'un neurotransmetteur se termine lorsqu'il est métabolisé par une enzyme présente sur place ou lorsqu'il est récupéré par le neurone qui l'a libéré (La nature connaît les bienfaits du recyclage depuis longtemps!).

Les SPA agissent sur le SNC en influençant l'action des neurotransmetteurs d'une façon qui varie selon la substance. Par exemple, elles peuvent :

- imiter le neurotransmetteur « naturel » et produire le même effet que si le neurotransmetteur avait été libéré par un neurone, (ex. : la morphine imite les endorphines naturelles) ;
- bloquer l'activité du récepteur empêchant ainsi le neurotransmetteur de produire son action (ex. : la caféine bloque les récepteurs de l'adénosine) ;
- empêcher le métabolisme ou la recapture du neurotransmetteur et ainsi prolonger son effet (ex. : la cocaïne empêche la recapture de trois neurotransmetteurs : la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine), etc.

Lorsque l'usage d'une SPA est répété, l'organisme s'adapte. Pour contrer l'effet de la SPA, il utilise différentes stratégies dont **l'augmentation du nombre de récepteurs** (une plus grande quantité de SPA est alors nécessaire pour occuper tous les récepteurs) **ou la diminution du nombre de récepteurs** (le neurone est alors moins sensible aux effets de la substance). Par conséquent, l'usager doit consommer une plus grande quantité de la substance pour obtenir le même effet. Il s'agit donc d'un **autre processus impliqué dans la tolérance aux SPA**.

L'adaptation de l'organisme à une SPA consommée de façon chronique peut être si grande qu'il en vient à **avoir besoin de la SPA pour fonctionner normalement : c'est la dépendance physique** qui s'installe, souvent associée au processus de tolérance. Par exemple, lorsque la consommation de SPA cesse, des neurones devenus moins sensibles aux effets de la substance ne réagissent presque plus à la présence du neurotransmetteur « naturel » qui est présent en plus petite quantité. L'organisme ne fonctionne plus comme il le faisait avant de devenir dépendant de la substance. Il devra se réadapter.

La **période de sevrage, c'est-à-dire le temps que l'organisme prend pour se réadapter, pour fonctionner normalement malgré l'absence de la SPA**, varie, selon la substance et l'individu, de quelques jours à quelques semaines. Pendant ce temps, l'individu présente des symptômes de sevrage qui sont généralement à l'opposé des effets produits par la SPA (ex. : alors que les benzodiazépines calment et facilitent l'endormissement, les symptômes de sevrage se manifestent par de l'hyperexcitabilité, de l'anxiété et de l'insomnie).

Le système de récompense

En plus du délai d'action, du métabolisme et des mécanismes d'adaptation des neurones, le système limbique, aussi appelé système de récompense, présente un intérêt certain dans la compréhension de l'abus de SPA. En effet, la libération de dopamine, un neurotransmetteur présent dans le système limbique, s'accompagne d'une sensation de plaisir. Par conséquent, ce système est le circuit neuronal qui a le plus d'impact sur la consommation de SPA. Puisque les êtres vivants ont tendance à reproduire les comportements qui leur procurent du plaisir, ils ont **tendance à consommer plus fréquemment les SPA qui stimulent la libération de dopamine**. Parmi ces substances, on retrouve l'alcool, les opiacés, la cocaïne, les amphétamines et la nicotine.

Pour en savoir plus sur les effets de chaque SPA, nous vous recommandons le livre de Louis Léonard et Mohamed Ben Amar « Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie » publié en 2002 par Les Presses de l'Université de Montréal.

ÉVOLUTION DU CONCEPT DE DÉPENDANCE

La vision de la dépendance a beaucoup fluctué à travers l'histoire et les groupes culturels : tantôt problème moral, tantôt maladie, tantôt problème de comportement, les modèles théoriques ne manquent pas.

La perspective des modèles moral et médical.

Dans la première moitié du XX^e siècle, sous l'influence exercée par les modèles moral et médical, la notion de « dépendance » aux substances psycho-actives tourne autour des éléments suivants :

- c'est un concept unitaire : il y a les toxicomanes et les non-toxicomanes, les alcooliques et les non-alcooliques ;
- il y a des composantes biochimiques du produit qui déclenchent automatiquement la dépendance ;
- la dépendance est un processus linéaire, progressif et non réversible : alcoolique un jour, alcoolique toujours !

Cependant, les travaux de chercheurs et de cliniciens de 1960 à 1980 vont ébranler les fondements de cette conception. *D.L. Davies*, en 1962, publie les résultats d'une étude épidémiologique relative à des sujets alcooliques suivis pendant une période de 7 à 11 ans. Innocemment, il mentionne que *7 des 93 sujets boivent de manière « normale »*. Cette constatation soulève la polémique et, surtout, ouvre une brèche importante dans le concept *d'irréversibilité de la dépendance*.

À partir de 1969, l'équipe de *Cahalan* publie les résultats de différentes études épidémiologiques bien structurées sur la consommation d'alcool aux U.S.A. Ils constatent la *diversité des expériences de consommation* de leurs sujets d'étude : certains diminuent ou cessent leur consommation, d'autres consomment à peu près toujours la même quantité et d'autres augmentent sans cesse (on peut constater, par exemple, la même diversité pour la répartition du poids dans la population).

Marlatt, dans les années 70, poursuit différents travaux sur *l'effet placebo*. Profitant du fait que le goût de la vodka est facilement masqué par d'autres produits, il constate que *les croyances, les désirs et les attitudes du consommateur* influent grandement sur le pouvoir accordé au psychotrope : ce qu'on croit boire est aussi important que les effets physiologiques de ce qu'on boit réellement.

Pattison, Sobell et Sobell rejoignent *Davies* dans leurs conclusions : sans le fixer comme objectif, ils constatent eux aussi que certains de leurs sujets de recherche *reviennent d'eux-mêmes à une consommation modérée d'alcool*.

Les assises strictement physiologiques du modèle traditionnel sont remises en question : l'expérience de la dépendance est surtout subjective, du moins au départ, et réversible pour certains.²

La perspective des modèles psychosociaux

Stanton Peele reprend toutes ces expérimentations et publie, en 1977, un article intitulé *The Addiction Experience*³ où il élabore sa compréhension de ce qu'est la dépendance. Les paramètres qu'il met de l'avant se sont raffinés depuis mais demeurent encore valables.

Alors que 35 % des soldats du Vietnam avaient consommé de l'héroïne de façon régulière, 90 % de ces derniers cessent toute consommation lorsqu'ils retournent à la vie régulière. Selon le modèle médical, ces soldats auraient tous dû être et demeurer dépendants de l'héroïne ; or, ce n'est pas le cas. Il est à noter que ceux qui le deviennent ou le demeurent n'avaient pas consommé davantage que les autres. Peele conclut que, contrairement aux concepts véhiculés alors, *la dangerosité ne réside pas uniquement dans le produit et la dépendance est réversible.*

Il s'en prend aussi au concept de maladie pour désigner l'alcoolisme : quelle est cette maladie qui se contracte et se transmet différemment des autres ? où sont les preuves biochimiques de la vulnérabilité de tel ou tel individu à l'alcool ? Il met plutôt de l'avant *des facteurs culturels dans l'apprentissage* : Grecs et Italiens consomment de grandes quantités d'alcool mais présentent fort peu de problèmes associés, contrairement aux U.S.A. où on retrouve beaucoup de buveurs problématiques. Y aurait-il une façon « d'apprendre à boire » ?

Il s'étonne qu'à son époque (fin des années 70), malgré la multitude des recherches aux U.S.A. et au Canada, notamment à l'Addiction Research Foundation (aujourd'hui Centre de Toxicomanie et de Santé Mentale), le poids des idées reçues pèse davantage que la science et maintient les vieilles croyances et ce, même dans les milieux dits « éclairés » (il enseigne à l'université). Pourtant, dit-il,

« L'assuétude n'est pas causée par un psychotrope ou par ses propriétés chimiques. Elle est rattachée à l'effet que produit un psychotrope sur une personne donnée, dans des circonstances données un effet recherché qui supprime l'anxiété et qui (paradoxalement) diminue la capacité de l'individu à faire face à la vie, de sorte que toutes les situations anxiogènes de la vie s'aggravent pour lui. Ce à quoi nous devenons assujettis, c'est à l'expérience que nous fait vivre le psychotrope. »

Pour Stanton Peele, *chaque dépendance est unique* ; elle est le prolongement d'un mode de vie et ne peut se comprendre que dans la *relation qui s'installe entre un individu et le monde*. La substance occupe le temps, structure la vie, donne une identité.

Il postule que *certaines personnes sont plus vulnérables* à développer une dépendance à cause de caractéristiques personnelles qui sont accentuées par les demandes sociales de pouvoir et de réussite : nos *normes culturelles* exigent de tous le contrôle sur l'environnement, l'adaptation aux rôles sociaux, l'intégration par l'effort et la persévérance. Celui ou celle qui n'y arrive pas est marginalisé et étiqueté.

³ Traduction publiée à l'Université de Montréal (1982).

« C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelle que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur. Par ailleurs, comme nous vivons dans une société de plus en plus institutionnalisée où il devient de plus en plus difficile d'être maître de son existence, ce sentiment d'impuissance se répand de plus en plus. C'est pour ces raisons que le phénomène de l'assuétude est si répandu dans notre culture et qu'il ne cesse de se propager, entre autres parmi les jeunes, qui ne semblent pas suffisamment armés pour faire face à la complexité de leur monde. »

La consommation peut être recherchée alors pour éviter l'angoisse de l'échec, la faible estime de soi, le sentiment d'incompétence réel ou projeté, la difficulté de faire face à la réalité. Elle procure un *rituel rassurant* : le caractère prévisible de la sensation crée un *soulagement anticipé*, donc une sécurité. La douleur et l'angoisse disparaissent, la personne est assurée d'avoir une certaine prise sur son univers, du moins de façon transitoire. Mais lorsque l'effet cesse, et que la conscience fait remonter à la surface tous les aspects négatifs de la consommation, la personne n'a souvent d'autre choix que d'y retourner. C'est dans ce renforcement à la fois positif et négatif que s'installe le *cycle de la dépendance*.

Stanton Peele amène aussi l'idée que le concept de dépendance peut s'étendre à *d'autres activités que la consommation de substances* ; on peut devenir dépendant à un produit, mais aussi à une activité : alimentation, jeu, sexe, travail, télévision, sport... Pourquoi ? dit-il :

« parce que ces activités offrent la possibilité de s'absorber en toute sécurité dans une sensation dévorante qui élimine la conscience des problèmes de la vie »

Il pousse même son idée jusqu'à concevoir une *dépendance à une personne* (dans l'amour) *ou à un groupe* (religieux ou thérapeutique). La dépendance sert à combler des vides, des temps morts dans la vie de l'individu. À ce titre, tout élément répétitif utilisé pour contrer l'angoisse et dont l'absence entraîne un état de manque peut devenir une dépendance.

La dépendance, selon Stanton Peele, comporte les éléments suivants :

- Il existe un **continuum** : chaque personne se situe sur un point à un moment donné de sa vie et peut bouger sur ce continuum ;
- La dépendance se développe dans **l'interaction** entre la personne et ses motivations, le produit et l'environnement ;
- La dépendance s'accompagne **d'effets néfastes sur la vie** ;
- La personne dépendante se sent incapable de ne pas faire ce à quoi elle est dépendante, d'où un **sentiment subjectif de perte de contrôle**.

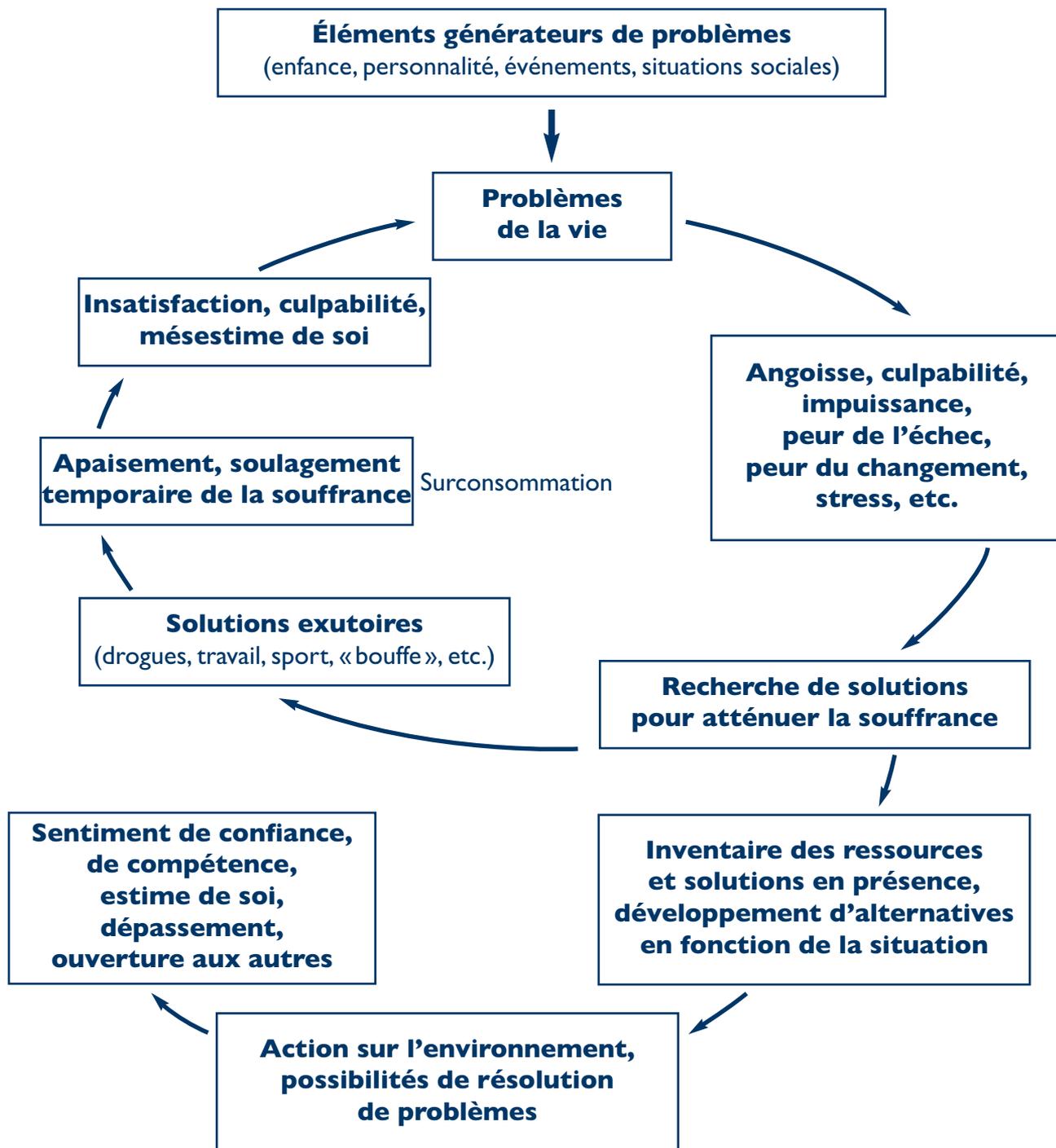
La perspective biopsychosociale

Jusqu'au début des années 1980, chaque discipline (psychologie, médecine, sociologie, etc.) adhérait à un modèle théorique unicausal qu'elle proclamait être le seul valable et plausible. Cependant, les observations cliniques et les résultats des recherches des dernières décennies ont progressivement ouvert l'esprit des personnes impliquées dans le domaine des dépendances : l'attention est maintenant dirigée vers les modèles biopsychosociaux qui se basent sur les forces du passé et reconnaissent la validité des divers niveaux d'analyse et les efforts de toutes les disciplines. Selon Wallace (1993), ces modèles favorisent le respect au lieu de la méfiance entre les disciplines. De plus, ils sont réellement nécessaires car ils reflètent mieux la réalité et enfin, ils encouragent les efforts de collaboration interdisciplinaire.

« Cette interaction intime entre les facteurs biologiques et environnementaux est maintenant mieux comprise et constitue un des acquis significatifs des 20 dernières années. »

(Nadeau et Biron, 1998, p. 32)

CYCLE DE L'ASSUËTUDE⁴



Continuum de la consommation de psychotropes

⁴D'après Stanton Peele, inspiré d'une synthèse effectuée par Thérèse Robitaille au Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle de la C.E.C.M.

Consommation n'est pas synonyme de dépendance⁵

Malgré les tendances de l'être humain à répéter les comportements qui lui procurent du plaisir, ce ne sont pas tous les utilisateurs qui deviennent dépendants de la SPA qu'ils consomment. Alors qu'autrefois, la consommation de SPA était conceptualisée avec une vision dichotomique (alcoolisme ou non, toxicomanie ou non), elle est maintenant envisagée sur un continuum variant de l'usage occasionnel à la dépendance sévère.

USAGE :

- contexte spécifique de consommation (repas, soirée...);
- fonction de plaisir, de détente, de curiosité;
- durée restreinte de consommation;
- capacité de limiter la fréquence et la quantité;
- la consommation n'induit pas de conséquences nuisibles.

ABUS :

- contexte élargi de consommation;
- utilisation de la substance pour d'autres fonctions que le plaisir (stress, gêne, frustrations, souffrance, solitude...);
- augmentation de la fréquence et de la quantité, difficulté de s'arrêter ou consommation excessive irrégulière;
- apparition de problèmes induits par la consommation (relations interpersonnelles, couple, travail, famille, conduites de risques, négligences, problèmes psychologiques...);
- abandon de certaines activités au profit de la consommation (perte d'intérêt).

DÉPENDANCE :

- contexte de consommation régulière, impulsive et non sécuritaire;
- la fonction de consommer devient centrale (temps, énergie...);
- consommation incontrôlée (fréquence et quantité) et incapacité de diminuer ou de s'arrêter;
- toutes les sphères d'activités deviennent affectées par la consommation (affectives, sociales, professionnelles...); accumulation de pertes;
- tolérance et dépendance (physique et/ou psychologique).

Les trois tableaux qui suivent permettent de mieux comprendre le concept de continuum de consommation. Le premier tableau définit la notion de consommation standard d'alcool, notion qui sera utilisée dans le deuxième tableau qui illustre le continuum de consommation d'alcool chez les adultes. Enfin, le troisième tableau illustre le continuum de consommation de SPA chez les jeunes.

⁵Les critères d'abus et de dépendance présentés dans cette page ont été choisis afin d'illustrer le concept de continuum.

Afin de poser un diagnostic d'abus ou de dépendance, il est recommandé d'utiliser des critères plus précis tels que ceux publiés par l'Association Américaine de psychiatrie dans le Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux. (DSM – IV).

Consommation standard

UNE CONSOMMATION STANDARD EST ÉGALE À :



Bière (5 % alcool) 12 onces (360 ml)



Vin (12%) 5 onces (150 ml)



Vin fortifié (20%) 3 onces (90 ml)



Spiritueux (40%) 1,5 onces (45 ml)

1 consommation standard représente 13,6 grammes d'alcool absolu

VIN : UNE BOUTEILLE



25 onces (750 ml) = 5 consommations

40 onces (1,14 litres) = 8 consommations

25 onces (fortifié) = 8 consommations

SPIRITUEUX : UNE BOUTEILLE



12 onces (341 ml) = 8 consommations

25 onces (750 ml) = 17 consommations

40 onces (1,14 litres) = 27 consommations

CONTINUUM DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADULTES⁶ (U.S.A., Canada, Québec)

	Abstinence	Usage	Abus	Dépendance
Pourcentage des adultes	± 20%	± 55%	10 à 20%	± 5%
Typologie et consommation	Abstinent Aucune	Buveur social Légère à modérée	Buveur à risque Élevée	Grand buveur Très élevée
Nombre de consommations standard (CS) par semaine (Québec)	0	1 à 9 ♀ 1 à 14 ♂	10 à 22 ♀ 15 à 28 ♂	23 et + ♀ 29 et + ♂
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de vie sans alcool. • Aucun risque lié à la consommation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de problèmes liés à l'alcool. • Boit pour le plaisir • S'arrête facilement à 1 ou 2 consommations. • N'entraîne pas de tolérance physique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Début des problèmes liés à l'alcool : problèmes relationnels au travail et à la maison, baisse de rendement au travail, sautes d'humeur, maux de tête, problèmes de sommeil, trous de mémoire, manque d'énergie... • Dépendance psychologique. • Difficulté de s'arrêter à 1 ou 2 consommations. • Début de tolérance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de plus en plus sévères dans toutes les sphères d'activité. • Apparition de symptômes de dépendance physique en plus de la dépendance psychologique. • Abandon progressif des activités sociales et professionnelles. • Tolérance et perte de contrôle sur sa consommation.

Une consommation standard équivaut à : **Bière (5%) = Vin (12%) = Apéro (18%) = Spiritueux 40%**
 12 oz (360 ml) 5 oz (150 ml) 3 oz (90 ml) 1,5 oz (45 ml)

*Attention aux risques de la consommation non régulière mais excessive : 5 CS et + (♀), 8 CS et + (♂) en une même occasion.

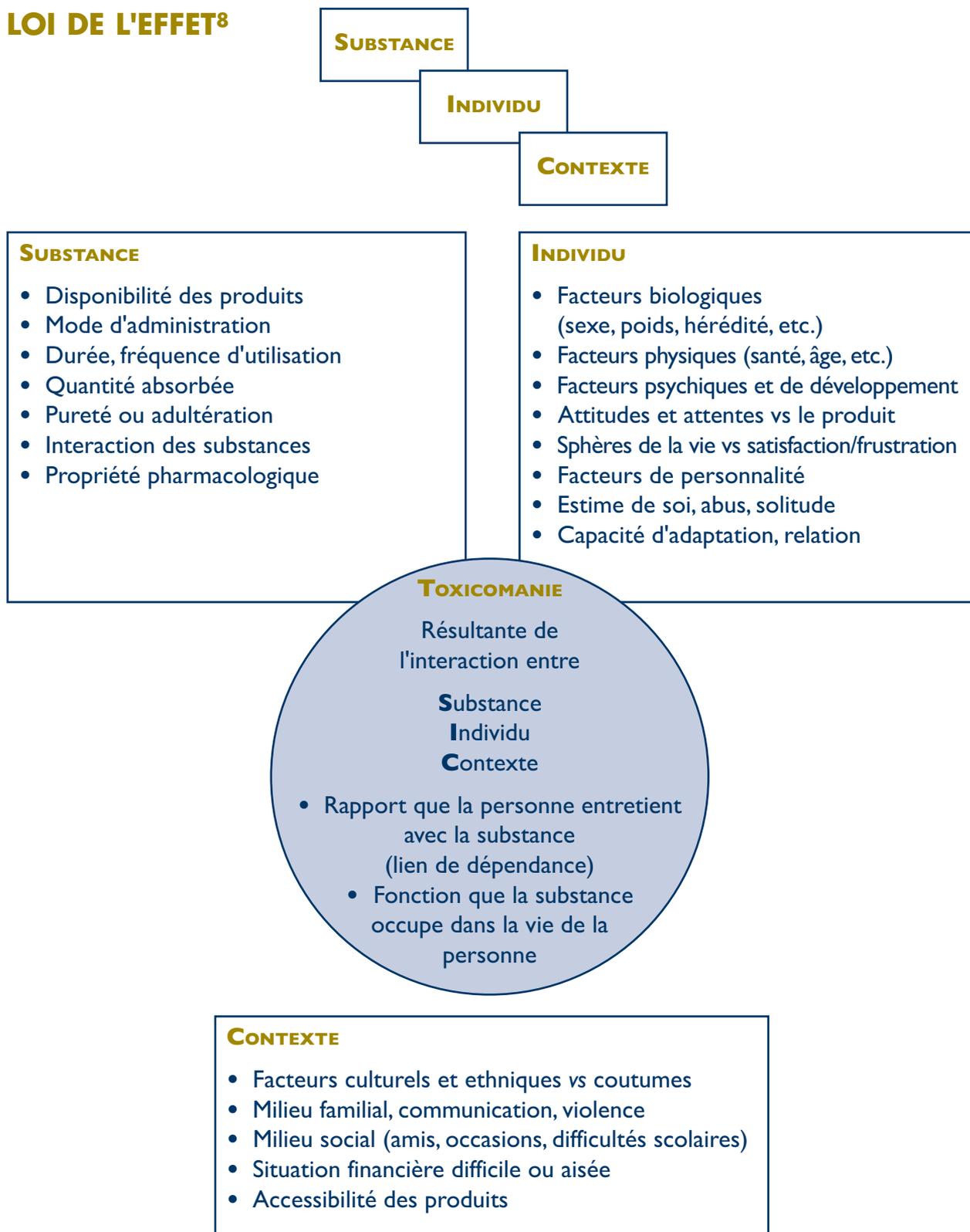
⁶Adapté par JINETTE MARCIL-DENAUT (1997).

CONTINUUM DE LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES JEUNES

	Abstinent	Explorateur	Occasionnel
		± 15%	± 60%
Fréquence		4-5 fois au total (période donnée).	± une fois par mois.
Contexte			Sociale et planifiée.
Motivation		Curiosité, recherche de sensations nouvelles, l'approbation des pairs.	Plaisir à être avec les autres.
Caractéristiques			Comportement délibéré et intégré.
Conséquences			

Régulier faible	Régulier fort	Surconsommateur	Excessif
± 20%		± 2,5	± 2,5
1 ou 2 jours par semaine, souvent les fins de semaine.	3-5 jours par semaine.	5 à 7 jours par semaine.	Quelques fois par semaine ou à tous les jours mais toujours avec excès.
Sociale, accompagne toutes les occasions de plaisir, recherchée.	Début de la consommation solitaire et autres occasions. Les amis consomment tous.	Vie centrée sur la consommation. Milieu de consommation.	Vie centrée sur la consommation. Grandes quantités. Mélange de substances.
Plaisir, raisons réactionnelles ou sociales mais en lien avec le mode de vie et la personnalité.	Ennui, fuite, oubli, être mieux dans sa peau.	La plus grande partie de son temps, son argent et son énergie passe à penser et à consommer.	Relâchement du contrôle, défoulement, anesthésie à tout.
La dépendance psychologique s'installe mais encore « pensée magique ».	Quelques pertes de contrôle.	Dépendance psychologique et physique, souvent présentes. Sevrage pour certains produits.	Dépendance psychologique souvent présente. Avec excès.
Peu de problèmes. Étape charnière.	Problèmes importants : famille, école, police. Aide souhaitable.	Problèmes majeurs : pertes de contrôle régulières. Dynamique de toxicomane. Aide requise.	Problèmes majeurs. Dynamique de toxicomane. Aide requise.

LOI DE L'EFFET⁸



FACTEURS DE RISQUES

Facteurs en lien avec la substance

MODE D'ADMINISTRATION

Du risque de dépendance le plus élevé au plus faible, on retrouve dans l'ordre : la voie intraveineuse, la voie intra-pulmonaire (fumé), la voie intra-nasale (prisé ou « sniffé »), et la voie orale.

Le rituel associé à l'injection intraveineuse accroît le risque de dépendance associé à ce mode d'administration.

QUANTITÉ, DURÉE, FRÉQUENCE

Plus la quantité consommée est élevée, plus la consommation devient fréquente et persiste sur une longue période, plus le risque de dépendance est grand.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

Les SPA ne présentent pas toutes le même risque de dépendance. Par exemple, 31,9 % des gens qui ont fumé du tabac au moins une fois sont dépendants de la substance. Quant au risque de dépendance à l'héroïne, il est de 23,1 % ; 16,7 % pour la cocaïne ; 15,4 % pour l'alcool ; 9,1 % pour le cannabis et 4,9 % pour les hallucinogènes (Léonard et Ben Amar, 2002).

INTERACTION ENTRE LES SUBSTANCES ET PURETÉ DE LA SPA

Les risques liés à l'interaction entre des produits différents dont la composition est souvent inconnue (à cause de l'illégalité) sont très difficiles à évaluer.

Facteurs en lien avec l'individu

FACTEURS BIOLOGIQUES

Âge | Plus une personne commence jeune, plus la probabilité d'abus est grande. L'organisme est plus affecté et de façon plus permanente avant la fin de la croissance. Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets de certaines SPA dont l'alcool.

Sexe | Plus d'hommes que de femmes consomment. Pour la plupart des SPA, les hommes sont plus susceptibles de développer un problème de consommation. Par contre, les femmes sont plus à risque de développer une dépendance aux médicaments psychotropes que les hommes. Les adolescentes fument de plus en plus et dépassent maintenant leurs homologues masculins du même âge. L'effet des SPA sur l'organisme féminin est encore mal compris car la plupart des études effectuées jusqu'à maintenant portaient exclusivement sur des participants masculins assumant que les résultats s'appliquaient aux deux sexes. On ne peut donc déterminer si la différence sexuelle est due à des facteurs biologiques, sociaux ou une combinaison des deux.

Santé | L'état de santé conditionne l'absorption des produits par l'organisme ainsi que les effets de la consommation.

Hérédité | Des antécédents familiaux de dépendance créent un facteur de vulnérabilité.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Caractéristiques personnelles | L'attrait pour le plaisir, le niveau d'énergie, le goût du risque augmentent le risque de dépendance. Une corrélation positive est établie entre les enfants hyperactifs, l'impulsivité, la recherche d'excitation, l'agressivité et la consommation problématique.

Attitudes et attentes | L'effet d'un produit peut être décuplé par l'attente positive du consommateur envers l'effet attendu. Le risque de dépendance est aussi plus élevé chez ceux qui ont des perceptions positives envers la consommation.

Facteurs liés au développement | Le manque de capacité d'adaptation, de contrôle des pulsions, de capacité relationnelle, de satisfaction dans les différentes sphères de la vie sont tous des facteurs de risque de dépendance.

Éléments perturbateurs du passé | Les abus de toutes sortes, les difficultés liées à l'apprentissage scolaire et social, les carences du milieu parental ou social, les problèmes comportementaux précoces sont tous des facteurs de risque de consommation abusive.

Facteurs en lien avec le contexte

CONTEXTE FAMILIAL

Tous les facteurs suivants ont été associés à la dépendance aux SPA :

- l'instabilité familiale : négligence, conflits, discordes entre les parents, ruptures ;
- des relations difficiles parents/enfants ;
- des conduites parentales inappropriées : trop de rigidité, trop de tolérance, manque de supervision parentale, incohérence entre les parents quant à l'éducation et aux demandes ;
- un modèle problématique de consommation dans la famille ou l'absence de modèle et ;
- l'accessibilité facile aux produits, l'initiation à la consommation par les parents.

MILIEU DE VIE

Information inadéquate | Soit banalisation, soit dramatisation de la consommation.

Groupe des pairs | L'influence des groupes de pairs est prépondérante à l'adolescence, mais peut se retrouver aussi dans le cas de sous-culture délinquante ou criminalisée.

Stresseurs de vie courante | Les stresseurs ou événements de vie perturbateurs sont aussi associés au développement de la dépendance, surtout chez les femmes.

Milieu de travail | Certaines caractéristiques liées à l'emploi sont aussi des facteurs de risque : disponibilité de l'alcool, pression sociale à consommer, travailler loin du domicile, absence de surveillance, collusion entre collègues pour protéger le consommateur, stress occupationnel.

CONTEXTE SOCIOCULTUREL

Accessibilité aux produits | L'accessibilité du produit en terme de coût (abordable pour la majorité des gens), de lieux de vente (heures d'ouverture, nombre de lieux, etc.) et de médiatisation (publicités, émissions de télévision qui vantent les mérites du produit, etc.) influencent le nombre de personnes dépendantes de chaque SPA dans un endroit donné.

Effets pervers de l'illégalité | L'illégalité implique :

- aucun contrôle exercé sur les produits ;
- criminalité liée à l'usage et à l'approvisionnement ;
- absence de modèles de consommation.

Normes, lois, religions | Selon la culture, certains produits sont intégrés, interdits ou tolérés.

Stress psychosocial | Certaines situations telles que catastrophes naturelles, crises politiques, guerres augmentent la prévalence de la dépendance (plus d'individus deviennent dépendants dans ces situations).

L'ORGANISATION DES SERVICES EN TOXICOMANIE AU QUÉBEC⁹

LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN ET QUÉBÉCOIS

Dans le système fédératif canadien, le champ de la santé est de compétence provinciale. Néanmoins, le gouvernement fédéral contribue au financement de ces services dans toutes les provinces, ce qui lui a permis d'assujettir cette contribution **au respect par ces dernières de normes nationales** en matière de santé. Au nombre de ces normes figure l'accessibilité gratuite et universelle des citoyens canadiens aux services de santé, établie au cours des années 70 et devenue une représentation emblématique de l'identité canadienne. Il n'en reste pas moins que la gestion des services de santé et des services sociaux relève des provinces. C'est pourquoi l'organisation des services de santé et des services sociaux est régie par une loi québécoise : la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. C'est dans ce cadre qu'évoluent et se situent les services en toxicomanie au Québec.

L'ÉVOLUTION DES SERVICES EN TOXICOMANIE DEPUIS LES ANNÉES 50

Les premiers services structurés en toxicomanie sont apparus au début des années 50. Ils s'adressaient aux alcooliques et furent créés conjointement par les membres d'une organisation vouée à la « tempérance », les Cercles Lacordaire, et des médecins préoccupés par le problème de l'alcoolisme. Créés par le clergé catholique, dont l'influence sur la société était déterminante à cette époque, les Cercles Lacordaire étaient ouverts à toute personne qui s'engageait à ne consommer aucune boisson alcoolique, qu'elle ait un problème ou non avec cette substance. Ce sont des prêtres responsables du mouvement Lacordaire qui se sont associés à des médecins pour créer les premières unités « Domrémy » dans le but de venir en aide aux alcooliques. Ces unités étaient animées essentiellement par des personnes bénévoles qui s'y engageaient dans une perspective humanitaire ou chrétienne.

Au cours des années 60, la place des soins médicaux est devenue de plus en plus importante dans les unités Domrémy, qui se sont graduellement professionnalisées pour devenir des cliniques médicales ou des petits hôpitaux gérés par des médecins omnipraticiens et psychiatres. La création par le gouvernement du Québec de l'*Office pour la prévention et le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie* (OPTAT), en 1966, vient confirmer cette professionnalisation tout en permettant au Québec de développer dans ce domaine une stratégie d'intervention moderne qui fait appel aux derniers développements des connaissances scientifiques et de devenir lui-même un chef de file par ses programmes de formation, notamment à l'Université de Sherbrooke. Parallèlement, dans le sillage de la désaffection généralisée de la population québécoise francophone à l'égard de la pratique religieuse et du clergé catholique, les cercles Lacordaire sont supplantés graduellement par un mouvement d'entraide fondé aux États-Unis et introduit au Québec par sa population anglophone et protestante : le mouvement Alcooliques Anonymes (AA). Bien que conservant une dimension spirituelle, ce mouvement se veut non confessionnel. On y présente l'alcoolisme comme une maladie dont la guérison peut être obtenue par l'abstinence de toute substance, l'entraide mutuelle au sein de la communauté des alcooliques, le témoignage et le recours à une puissance supérieure. Une alliance s'établit naturellement entre les unités Domrémy et le mouvement Alcooliques Anonymes grâce à leur vision partagée de l'alcoolisme comme maladie. Une complémentarité peut s'établir entre les soins ponctuels et limités dans le temps offerts par les professionnels de la santé et le milieu de vie et la disponibilité sans limites offerte par les bénévoles AA.

Au cours des années 70 se développe une conscience de plus en plus aiguë de l'importance des aspects sociaux de la santé, d'une part, et, d'autre part, de l'urgence de traiter les problèmes d'ordre social au même titre que les problèmes de santé. De telle sorte que lorsqu'on instaure au Québec le système de santé gratuit et universel (1969), le *ministère de la Santé* devient le *ministère des Affaires sociales* (1970), puis le *ministère de la Santé et des Services Sociaux* (MSSS, 1971). Un réseau complet d'établissements à caractère principalement social est alors créé pour compléter celui des établissements de santé.

Dans ce contexte, l'alcoolisme et les autres toxicomanies sont considérés d'abord comme des problématiques d'ordre psychosocial. En conséquence, les services offerts doivent relever du réseau des établissements sociaux. C'est ainsi que les unités hospitalières dédiées aux personnes alcooliques et toxicomanes sont transformées graduellement en centres de réadaptation psychosociale, gérés par des professionnels des sciences humaines, principalement des psychologues et des intervenants sociaux. Ces centres sont accessibles gratuitement et doivent desservir l'ensemble du territoire québécois. On y accueille toutes les personnes dépendantes à une substance psychoactive, alcool, drogues illicites ou médicaments. On y privilégie le traitement ambulatoire plutôt qu'en milieu interne. Cette transformation s'opère graduellement et les unités hospitalières continuent d'offrir des services de désintoxication aux personnes dont le sevrage peut s'accompagner de complications. Le MSSS propose également une stratégie plus globale s'appuyant sur un continuum d'intervention allant de la promotion de la santé et la prévention primaire au traitement spécialisé et aux programmes de formation.

Cette orientation des établissements du système public de santé et de services sociaux ne fait cependant pas l'unanimité. Cette période est marquée par des conflits idéologiques importants entre le milieu médical et les intervenants psychosociaux, entre les tenants du modèle de maladie et du modèle psychosocial, et enfin entre les professionnels et les bénévoles ex-buveurs et ex-toxicomanes. C'est ainsi que se crée un réseau parallèle de services privés, dont la philosophie d'intervention est orientée soit par le modèle des douze étapes AA, et plus particulièrement le «Minnesota Model», soit par le modèle des communautés thérapeutiques, vouées principalement au traitement des dépendances aux drogues illicites et plus particulièrement à l'héroïne.

La fin des années 70 et le début des années 80 marquent l'expansion de l'usage des drogues illicites au Québec. Le cannabis demeure la drogue la plus utilisée mais la consommation de cocaïne prend une importance de plus en plus grande et devient la drogue dominante en ce qui concerne la toxicomanie. La polytoxicomanie devient un phénomène de plus en plus courant et les centres de traitement, publics ou privés, accueillent un nombre croissant d'usagers de drogues multiples. Les années 80 voient également l'arrivée du sida et la toxicomanie devient une cause de plus en plus importante de l'expansion de cette maladie. C'est pourquoi l'action des départements de santé publique à l'égard de ce problème s'intensifie. L'approche de réduction des méfaits est privilégiée pour enrayer l'épidémie du sida (Brisson, 1997). Des sites d'échange de seringues sont mis en place et le premier véritable programme de substitution à la méthadone est créé à Montréal en 1985 (Paquin, 2003). L'approche de réduction des méfaits commence à avoir un impact plus large sur l'ensemble des centres de réadaptation en toxicomanie (Landry et Lecavalier, 2003). Cette période se caractérise également par la prise de conscience de plus en plus aiguë des problèmes multiples associés à la toxicomanie : problèmes graves de santé mentale, délinquance et problèmes légaux, désinsertion sociale et itinérance. Les centres doivent développer des méthodes d'intervention adaptées à une clientèle plus lourde. Le concept d'appariement (*matching*), développé aux États-Unis (Pattison, Sobell et Sobell, 1977 ; McLellan, 1981) pour mettre en lumière la nature multidimensionnelle de la toxicomanie et la nécessité d'offrir une palette de services adaptés aux besoins diversifiés des personnes toxicomanes, est de plus en plus appliqué au Québec.

Au cours des années 90 plusieurs des tendances apparues durant la période précédente se confirment et tout particulièrement le recours à l'approche de réduction des méfaits et au concept d'appariement dans le but de faire face à une clientèle perçue comme de plus en plus à risque de développer des problèmes de toutes sortes. La pression se fait plus forte pour généraliser l'implantation de sites d'échange de seringues et augmenter partout au Québec l'accès à des programmes de substitution à la méthadone. Les centres de réadaptation sont appelés à rendre leurs services plus accessibles à toutes les personnes toxicomanes, quelle que soit leur motivation à s'engager dans un traitement ou à cesser leur consommation de substances.

C'est au cours de cette période que sont créées, dans le domaine de la toxicomanie, des équipes de recherche en partenariat avec les milieux de pratiques. L'équipe du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec), financée, à partir de 1991, par un organisme subventionnaire relevant du MSSS, est une de ces équipes. Le RISQ est sous la direction conjointe d'un chercheur affilié à l'université de Montréal et du directeur des services professionnels et de la recherche au Centre Dollard-Cormier¹⁰. Des recherches sur les profils des clientèles et sur l'impact des traitements offerts dans les centres publics sont entreprises. Un ensemble d'instruments utilisables à des fins cliniques et de recherche est mis à la disposition des praticiens et des chercheurs. De nombreuses activités de transfert de connaissances sont offertes. C'est ainsi que se développent de plus en plus des programmes d'intervention fondés sur des données probantes et des pratiques cliniques rigoureuses.

Depuis 1995, le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT) a pour mandat de conseiller le ministère quant à la situation de la toxicomanie au Québec. Le CPLT peut ainsi attirer l'attention du ministre quant à l'évolution de la consommation et de ses conséquences, et à l'émergence de nouveaux problèmes et le conseiller quant aux interventions et aux orientations à privilégier. Le CPLT peut commander des études sur des thèmes précis et ses publications alimentent les intervenants et les décideurs aussi bien que le grand public.

À partir de 1990, le développement des services en toxicomanie est balisé par des documents ministériels : *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes* (MSSS, 1990), *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001* (MSSS, 1998) et *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* (MSSS, 2002). Le Plan d'action de 1998 définit comme une cible le fait d'« assurer la qualité des services (p. 38) », alors que le cadre de référence identifie comme objectif stratégique de « définir une méthode commune d'évaluation des interventions liées à la prévention et à la réduction de la toxicomanie et des méfaits qui en découlent, afin d'assurer de façon continue la qualité et l'efficacité des services offerts à la population (p. 16) ». Au plan régional, les régies de la santé et des services sociaux sont encouragées à développer et implanter des plans régionaux d'organisation de services en toxicomanie.

En 2003, nous nous trouvons en présence d'un réseau public de 18 centres de réadaptation en toxicomanie, répartis dans les 16 régions sociosanitaires du Québec et entièrement financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces centres offrent principalement des services en externe alors que le nombre de places en interne a diminué au cours des dernières années. En première ligne, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent des services de prévention, de dépistage, d'orientation et d'intervention précoce. Certains centres hospitaliers offrent aussi des services de désintoxication et de réadaptation, alors que des programmes destinés à des clientèles spécifiques peuvent relever de différents types d'établissements (par exemple, maintien à la méthadone, clinique de doubles diagnostics).

¹⁰Centre de réadaptation en toxicomanie de la région de Montréal.

Ce réseau est complété par des centres privés et des organismes communautaires. Une complémentarité et une collaboration de plus en plus grandes tendent à s'établir entre ces réseaux. Des efforts importants sont également consacrés à établir des liens de collaboration avec tous les secteurs de la société concernés par les problèmes de toxicomanie : unités hospitalières des hôpitaux généraux et spécialisés, cliniques médicales, organismes en santé mentale, départements de santé publique, milieux scolaires et judiciaires, centres jeunesse, organismes communautaires pour les jeunes et les itinérants, milieux du travail etc.

De nouvelles problématiques sont apparues : le jeu pathologique a pris une ampleur inquiétante et des programmes d'intervention à l'intention des joueurs sont accessibles gratuitement dans les centres publics, privés et communautaires. Les centres publics, en collaboration avec la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), offrent également des services d'évaluation et d'intervention aux personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies.

RÉADAPTATION : UN CONCEPT EN VOIE DE TRANSFORMATION

S'appuyant principalement sur un modèle biopsychosocial de la toxicomanie, l'approche de réadaptation proposée implique que la surconsommation de substances psychoactives ne soit pas abordée de façon isolée et que l'intervention sur cette surconsommation ne puisse être efficace et durable que si elle porte également sur l'ensemble de la personne en se préoccupant de sa santé physique et mentale, tout autant que de son insertion sociale.

En 1991, la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec définissait la **réadaptation** de la façon suivante :

« Si la toxicomanie est une dépendance progressive qui entraîne des détériorations dans les diverses sphères de l'organisation de la vie, la réadaptation doit être comprise comme le processus inverse. La réadaptation doit alors être conçue comme un processus d'évolution personnelle qui permet au toxicomane qui le désire, de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie (pouvoir qu'il avait abandonné au psychotrope) et de se reconstruire ainsi un équilibre physique, psychologique et social. »

« La réadaptation doit permettre l'émergence de compétences favorisant le bien-être personnel et des rapports sociaux plus confortables. Elle est donc prioritairement une question d'apprentissages et de réapprentissage... »

« En fait, la réadaptation est un projet de vie par lequel une personne retrouve son pouvoir de décider et d'agir sur elle-même, sans l'aide du psychotrope. »

(Cf.: Horizon 2000, 1991, p. 12)

Ainsi conçu, le paradigme de la réadaptation s'intéresse essentiellement à la relation de l'individu avec les substances psychoactives et aux facteurs qui l'ont amené à perdre sa liberté à l'égard de la consommation de ces substances, dans le but de l'aider à s'affranchir, au moins partiellement, de la dépendance qu'il a développée et à réduire les méfaits induits par la toxicomanie.

Dans son acception première, la réduction des méfaits s'intéresse peu à la relation de l'individu à la substance, comme on le fait généralement en réadaptation et ne cherche pas à la modifier. Elle propose **d'abord** aux usagers des mesures qui lui permettront de réduire l'impact des effets de la consommation (perspective pragmatique). En même temps, elle se distingue des approches traditionnelles de la réadaptation par sa tolérance envers la personne toxicomane, ses objectifs, ses capacités et ses ressources (perspective humaniste). Dans un contexte de réadaptation, la réduction des méfaits doit être interprétée ici comme un **paradigme clinique**. Concrètement, cela signifie que si cette adhésion amène nécessairement une organisation à s'intéresser d'abord, bien que non exclusivement, aux conséquences de la consommation et de la surconsommation de l'alcool et des autres drogues, le champ couvert par son application n'est pas tout le champ de la santé publique.

En effet, il faut bien voir qu'il s'applique dans un **milieu de réadaptation**, c'est-à-dire dans un **environnement clinique** dont on attend qu'il contribue significativement à l'émergence de **changements durables** chez la personne toxicomane. Cet énoncé doit d'ailleurs être lui-même nuancé, en tenant compte du fait qu'une proportion appréciable de la clientèle des centres de réadaptation, particulièrement en ce qui concerne les personnes itinérantes, présente des problèmes multiples et un profil d'inadaptation sévère et persistant. Pour ces personnes, les changements seront le plus souvent modestes et fragiles et la non-détérioration de la situation présente pourra même apparaître comme le seul objectif accessible.

APPROCHES ET MODÈLES DE TRAITEMENT EN TOXICOMANIE

Dans un contexte de formation de base, il est impératif de connaître les différentes approches et les modèles qui sous-tendent l'intervention dans le domaine du traitement en toxicomanie. Pour les fins de ce document, nous ne présenterons qu'un court exposé concernant les approches biopsychosociale, de la réduction des méfaits et écologique, entendu que le lecteur pourra se référer à des ouvrages plus spécifiques sur ces sujets (voir annexe).

Approche biopsychosociale

Au plan de la réadaptation, l'approche biopsychosociale de la personne toxicomane vise le développement biologique, psychologique et social en offrant les services nécessaires à la reprise d'un processus d'actualisation qui a été arrêté ou atrophié.

Voyons d'abord la dimension **biologique** : cette dimension considère que la consommation de substances psychoactives engendre des répercussions sur l'organisme tant au plan des fonctions cognitives, sexuelles, alimentaires, que sur le sommeil et la santé en général. On proposera donc des programmes d'intervention curative et préventive en matière de santé afin de rétablir le fonctionnement biologique des personnes toxicomanes.

En ce qui concerne la dimension **psychologique**, il est reconnu que, dans le développement d'une toxicomanie, certains facteurs de personnalité (ex. : personnalité anti-sociale, inhibition, faible tolérance à la frustration) et des troubles de santé mentale (ex. : dépression, l'anxiété) peuvent conduire à la consommation et contribuer à la maintenir. L'utilisation de psychotropes vise alors à répondre à un besoin de composer avec un état psychologique afin d'en atténuer les tensions émotives et morales ou de susciter une plus grande sécurité et une plus grande confiance. Peu importe que ces troubles soient la cause ou la conséquence de la consommation, les interventions doivent en tenir compte.

Quant à la dimension **sociale**, elle intègre tous les aspects du fonctionnement de la personne dans ses rapports avec son environnement (ex. : relations interpersonnelles, travail, loisirs). Il s'agit donc d'aider la personne toxicomane à réorganiser ses relations avec l'environnement en vue d'acquiescer un fonctionnement social satisfaisant, entre autres par le développement d'habiletés inter relationnelles et une meilleure connaissance des ressources du milieu.

Dans ce contexte, « (...) il est possible de percevoir la toxicomanie comme un style de vie intégré dans lequel s'expriment les multiples facteurs présidant à l'interaction biologique, psychologique et sociale et résultant de leur rétroaction. Dans ce même schème de pensée, le concept de **responsabilité** est central, l'intervention consiste à générer suffisamment de remous dans l'interaction du biopsychosocial pour briser l'équilibre habituel en faisant appel au sens des responsabilités et en tablant sur ce dernier dans ses échanges avec le toxicomane. » (Cormier, 1987)

Approche de la réduction des méfaits

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les phénomènes sociaux et culturels étant sans cesse en mouvement, les modèles d'intervention présentent eux aussi une ouverture au changement dans un souci d'efficacité. C'est ainsi qu'on assiste depuis 1990 à l'adoption du modèle de la réduction des méfaits dans un contexte de réadaptation. Comme son nom l'indique, cette approche vise à réduire les risques, les méfaits associés à la consommation plutôt que la consommation elle-même.

Parmi les méfaits associés, on peut citer le SIDA qui se propage par le partage de seringues chez les usagers de SPA intraveineuses. D'autres méfaits bien connus sont les accidents de la route causés par la conduite en état d'ébriété. Ainsi, on considère que limiter la propagation du SIDA ou réduire la mortalité sur les routes devient plus important que la lutte à la toxicomanie. Par conséquent, on accepte que l'usage des drogues soit une réalité avec laquelle il faut composer et qu'il faille rejoindre les usagers là où ils se trouvent (Landry et Lecavalier, 2003). Les programmes d'échange de seringues et l'opération « Nez Rouge » sont deux exemples d'intervention inspirée de l'approche de réduction des méfaits : aucun jugement moral n'est porté sur la consommation mais on incite les consommateurs à adopter des comportements qui réduisent les risques associés.

L'utilisation de l'approche de réduction des méfaits en milieu de réadaptation implique : (1) que l'abstinence n'est plus obligatoire, que les usagers choisissent des objectifs variés, (2) que c'est l'organisation qui s'adapte à la clientèle et non l'inverse, v.g. heures d'ouverture, visite à domicile ou dans la rue, etc., (3) une approche humaniste où l'utilisateur est accepté tel qu'il est sans jugement moral, où le thérapeute fait preuve d'empathie et encourage tout progrès et (4) que la définition de succès thérapeutique est définie en terme d'amélioration de la qualité de vie plutôt qu'en terme de quantité de SPA consommées (Landry et Lecavalier, 2003 ; Marlatt, Blume et Parks, 2001).

Cette approche présente de nombreux avantages tels qu'un plus grand respect de l'usager, la transformation des services pour les rendre plus flexibles et accessibles et un préjugé favorable aux plus démunis (Landry et Lecavalier, 2003). Par conséquent, on peut espérer que la réduction des méfaits permettra de rejoindre une clientèle plus large et longtemps absente des traitements traditionnels (Marlatt *et al.*, 2001). De plus, même si toute amélioration est valable en soi, il ne faut pas perdre de vue que plusieurs personnes toxicomanes continuent de vouloir se libérer de la dépendance (Landry et Lecavalier, 2003) et que l'utilisation d'approches motivationnelles conduit éventuellement certaines d'entre elles à souhaiter un changement non désiré lors de la consultation initiale (Marlatt *et al.*, 2001).

Approche écologique

De plus en plus, on considère que les modèles biopsychosociaux et de la réduction des méfaits s'inscrivent dans un cadre conceptuel plus large à savoir le modèle écologique. L'approche écologique met l'accent sur les processus dynamiques, l'adaptation à l'environnement et le développement d'empowerment. Les caractéristiques individuelles et les facteurs environnementaux sont d'égale importance et ne sont pas considérés de façon isolée mais envisagés sous l'angle d'échanges bidirectionnels : l'environnement influence l'individu et l'individu influence l'environnement. Une adaptation réussie repose sur cette harmonisation entre l'individu et l'environnement (Landry et Guay, 1987).

Puisque le problème origine de sources multiples, le changement doit s'effectuer à plusieurs niveaux : individuel, familial et social. Au plan individuel, le traitement vise à aider l'individu à développer des compétences qui lui permettent de mieux s'adapter et d'exercer un certain contrôle sur son environnement (Landry et Guay, 1987). Au plan familial, il s'agit de créer un contexte favorable au changement. Finalement, on peut aussi agir en collaboration avec les milieux de vie tel que le milieu de travail pour réduire la prévalence de la dépendance et des risques associés dans ces milieux. Plus encore, l'intervenant pourrait informer et militer pour influencer les normes, les lois et les publicités en fonction des connaissances acquises.

Conclusion

Les modèles et approches qui sous-tendent la réadaptation des personnes toxicomanes sont de plus en plus inclusifs, ils intègrent un nombre croissant de facteurs. Les modèles évoluent donc au gré de l'avancement des connaissances dans le domaine des dépendances. Par conséquent, les méthodes d'intervention sont de plus en plus adaptées à l'hétérogénéité des personnes toxicomanes et à la diversité de leurs besoins. De plus, la collaboration des différents milieux de vie offre une piste d'intervention complémentaire à l'intervention plus traditionnelle.

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

Il n'est pas toujours évident de s'apercevoir qu'un individu a consommé une SPA et encore moins de dépister celui qui en abuse ou en est dépendant. Afin de faciliter cette tâche, les chercheurs ont développé de nombreux instruments plus ou moins spécialisés. Certains s'adressent aux intervenants en toxicomanie et demandent une formation particulière (ex. : l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie ou IGT), d'autres sont plus faciles à administrer et s'adressent aux intervenants de première ligne.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez une liste d'indices observables associés à la consommation ou à un état d'intoxication ainsi que deux instruments pour dépister l'abus ou la dépendance aux SPA. Le « DEP ADO » est une grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes. Conçue pour les intervenants de première ligne, cette grille rapide et valide au plan scientifique permet de dépister les ados à risque et ceux qui consomment des SPA de façon abusive. Quant au « DÉBA » (Dépistage/Évaluation du besoin d'aide), il existe en deux versions : la version « alcool » et la version « drogues ». Ces deux versions ont été conçues pour permettre aux intervenants de première ligne d'orienter la clientèle adulte vers les services appropriés, c'est-à-dire centres spécialisés s'il y a un diagnostic d'abus ou de dépendance vs intervention préventive en première ligne pour les individus à risque.

INDICES OBSERVABLES DE CONSOMMATION OU D'UN ÉTAT D'INTOXICATION

Mise en garde :

Les éléments observables suivants sont des INDICATEURS pouvant être reliés à la consommation de certains psychotropes. Il faut cependant les utiliser avec prudence car ils peuvent apparaître dans d'autres tableaux cliniques (ex. : on peut avoir les yeux rouges sans avoir pris du cannabis).

Tout changement ou toute variation importante dans l'humeur, les attitudes ou les comportements constituent un bon indice de départ pour documenter davantage l'évaluation d'une consommation possible :

INDICES PHYSIQUES

Yeux	yeux rouges	cannabis, alcool
	pupilles contractées	opiacés (ex. : héroïne)
	pupilles dilatées	stimulants (ex. : cocaïne)
	mouvements répétitifs	alcool, benzo, pcp
	paupières lourdes	alcool, héroïne
Nez	écoulements nasaux	cocaïne, solvants
	poudre autour des narines	cocaïne, héroïne
	renflements répétitifs	cocaïne, héroïne
Bouche	haleine	alcool, solvants, tabac
Corps	bras	marque de piqûres
	tremblements	signe d'état de manque

INDICES DE COMPORTEMENTS

Prononciation difficile

Propos décousus

Excitation

Somnolence, nonchalance

Rires incontrôlés

Description déformée de la réalité

Manque de coordination

Agitation, idées paranoïdes

Respiration rapide

Respiration lente

Hallucinations

Appétit vorace

alcool, benzo, héroïne

alcool, cannabis

stimulants (cocaïne)

alcool, benzo, cannabis, héroïne

alcool, cannabis, hallucinogènes

hallucinogènes, solvants

alcool, héroïne, sédatifs

cocaïne, pcp

stimulants

opiacés, barbituriques

hallucinogènes, cocaïne

cannabis

INDICES D'OBJETS

**Papier à rouler, pipes, couteaux noircis,
bouteilles sans fond, papier aluminium**

**Miroir, lame à rasoir, paille, sac de bijouterie,
seringues, cuillère, garrot**

cannabis, crack, haschisch

cocaïne, héroïne, acide

INDICES À PLUS LONG TERME

Apparence physique modifiée (soignée ou négligée)

Amaigrissement évident

Abandon d'activités

Isolement

Démotivation

perte d'intérêt (loisir, social, professionnel, familial)

Changement de l'humeur (imprévisible/impulsif)

Violence (sous toutes formes)

Congestion nasale à répétition

DEP ADO (DÉPISTAGE ADOLESCENTS)

(voir encart inséré à la fin du cahier)

www.risq-cirasst.umontreal.ca

DÉBA (DÉPISTAGE/ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE)

(voir encart inséré à la fin du cahier)

www.risq-cirasst.umontreal.ca

--	--	--	--	--

No.dossier

RISQ

5. a) **Garçon**

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 onsomptions d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

5. b) **Fille**

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 5 onsomptions d'alcool ou plus dans une même occasion ?

--	--

Fois

6. **Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?****Oui Non**

a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)

b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)

c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille

d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse

e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)

f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue

g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.).

h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeûn, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)

i) tu as l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi

j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant

7. **Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois?** (noircir la réponse)
 Pas consommé

 La fin de semaine ou une à deux fois par semaine

 À l'occasion

 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours

 Une fois par mois environ

 Tous les jours
SCORES BRUTS FACTORIELS

--	--	--

SCORE TOTAL

--	--

Entourez le FEU
correspondant

V	J	R
---	---	---

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool (DÉBA-Alcool) v1. 6p

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000 Rév. 09 fév. 2001

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Femme
 Homme
Âge

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du «fort» ou d'autres boissons alcoolisées?

- Jamais consommé
- Moins d'une fois par mois
i.e. total de 11 fois ou moins/an
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

➔ **Terminer ici**

➔ **Passer aux quest. 2 et 3**

Question #2

Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool...

...combien de journées par semaine buvez-vous?

X

... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement?

=

Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Voir charte au verso

➔ **Si cons./sem. est de 10 et + pour les femmes et 15 et + pour les hommes OU Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière années est de 12 et +, passer aux quest. 4 à 19. Sinon, terminer ici.**

Question #3 (Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu...

- FEMMES ➔ ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
- HOMMES ➔ ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

➔

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du «Severity of Alcohol Dependence Data» (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

«Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. **Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps.**» *Noircir la case appropriée.*

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Organisez votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de cœur ou des vomissements? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

QBDA
Total 4 à 18

Interprétation au verso

mois

jour

année

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

DÉBA-Alcool v1. 6p (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000 Rév. 09 fév. 2001

« FORT » (40%)	« BIÈRE » (5%)	« VIN » (12%)
43 ml (≈ 1 1/2 once) = 1 cons.	1 petite (341ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142ml) = 1 cons.
375 ml (≈ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (≈ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750ml) = 2 cons.	Bout. (750ml) = 5 cons.
1,14 litre (≈ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 Max Bull (1,18 litre) = 3,5 cons.	« VIN FORTIFIÉ » (20%)
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	
		1 petite coupe (85ml) = 1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

Interprétation des scores du QBDA
0-9 Intervention première ligne par le CLSC
10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
18-45 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire
 parvenir la présente évaluation à _____
 et à en discuter pour fin d'orientation.
 Date : _____ Signature usager _____
 Valide jusqu'au _____
 Signature intervenant _____

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Temblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou a une de vos relations proches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, «sea-doo» alors que vous aviez bu de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Le DÉBA dans ses versions «Alcool» et «Drogues» est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer auprès de Joël Tremblay à un des deux centres de réadaptation en toxicomanie suivants :ALTO en Chaudières/Appalaches (418) 834-5512 ou au Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve de Québec (418) 525-4444, poste 3546 ou via email à joel.tremblay@qc.aira.com. Tout centre intéressé à utiliser le DÉBA est invité à communiquer avec nous afin de s'assurer qu'il utilise la version la plus récente de l'instrument. En effet, l'année 2000-2001 en est une d'expérimentation afin d'ajuster le DÉBA aux besoins de ses utilisateurs.

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Drogues (DÉBA-Drogues) v1. 6p

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000 Rév. 09 fév. 2001

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Femme
 Homme
Âge

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

-Questionner sur chacun des produits

-Liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/sem.	3 fois et +/sem.	
I. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes <input type="radio"/> Dépasse posologie <input type="radio"/> De plus d'un médecin <input type="radio"/> Non-prescrits

	Jamais	< 1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/sem.	3 fois et +/sem.	
2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oral Nasal «sniffé» Fumé Injecté
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	→
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	→
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	→
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9 →

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay J. (1999) du «Severity of Dependence Scale» (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

- Med. sédatifs
- Cannabis
- PCP
- Hallucinogènes
- Cocaïne
- Autres stimulants
- Opiacés
- Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de DEPUIS UN AN...

10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____?

	Jamais ou presque jamais	Quelque fois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	<input type="radio"/> Facile (0)	<input type="radio"/> Assez difficile (1)	<input type="radio"/> Très difficile (2)	<input type="radio"/> Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? Oui Non

ÉSD/Total=

Interprétation au verso

mois

jour

année

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

DÉBA-Drogues vl. 6p (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000 Rév. 09 fév. 2001

I. Médicaments sédatifs**Anxiolytiques**Atarax
Ativan
Buspar
Equanil
Lectopam
Librium
Rivotril
Serax
Tranxene
Valium
Xanax**Hypnotiques**Dalmane
Doriden
Halcion
Imovane
Mandrax
Mogadon
Noctec
Noludar
Placidyl
Restoril**Barbituriques**Amytal
Butisol
Carbrital
Fiorinal
Nembutal
Phénobarbital
Séconal
Tuinal**5. Cocaine**Cocaïne (inhalée + I.V.)
Crack (fumé)
Freebase (fumé)**6. Autres stimulants**Benzédrine
Crystal
Dexedrine
Fastin
Méthédrine
Pondéral
Préludine
Ritalin
Ténuate**7. Inhalants**Aérosol
Colle
Chloroforme
Décapant
Dissolvant
Essence
Éther
Pam
Peinture
« Poppers »
« Spray net »
Térébenthine
Varathane
Vernis à ongles**2. Cannabis**Pot
Hasch
Huile de haschich
T.H.C.**3. PCP**

Kétanine

4. HallucinogènesAcide
Champignons
Ecstasy (MMDA/MDA)
L.S.D.
Mescaline**8. Opiacés**Héroïne (smack)
Codéine
Darvon
Demerol
Dilaudid
Empracet (codéine)
Fiorinal (codéine)
222
Lomotil
Speedball
(héroïne/cocaïne)
Morphine
MS Contin
Percocet
Talwin
Tylénol avec codéine**Sirops avec codéine ou hydrocodone**(Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)
Bénylin codéine 3,3 mg D-E
Dimetane expectorant-C et DC
Novahistek C et DH
Triaminic DH
Tussaminic C et DH**Interprétation des scores du l'ÉDS**

- 0-2 Intervention première ligne par le CLSC**
- 3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation**
- 6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie**

J'autorise _____ à faire
parvenir la présente évaluation à _____

_____ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date : _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____
Signature intervenant _____**Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)**

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? . . .	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, «sea-doo» alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues?	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous pouvez vous procurer le manuel d'utilisation du DÉBA dans ses versions «Alcool» et «Drogues» auprès de Joël Tremblay :ALTO en Chaudières/Appalaches (418) 834-5512 ou au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve de Québec (418) 525-4444, poste 3456 ou via email à joel.tremblay@qc.airs.com. Tout centre intéressé à utiliser le DÉBA est invité à communiquer avec nous afin de s'assurer qu'il utilise la version la plus récente de l'instrument. En effet, l'année 2000-2001 en est une d'expérimentation afin d'ajuster le DÉBA aux besoins de ses utilisateurs.

ANNEXES

TABLEAU SYNTHÈSE SUR LES PSYCHOTROPES (alcool, drogues, médicaments)

Dépresseurs					
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés
Éthanol	Alcool Bière Boisson Cooler Spiritueux Vin	Liquide	Désinfectant, Antidote du Méthanol.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Impression de chaleur.
Benzodiazépines	Ativan™ Dalmane™ Librium™ Halcion™ Restoril™ Rohypnol ^B Serax™ Valium™ Xanax™	Ampoules Capsules Comprimés	Traitement de l'anxiété et de l'insomnie.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation.
Opiacés	Codéine Dilaudid™ Héroïne Méthadone Morphine Percodan™ Smack*	Ampoules Capsules Comprimés Poudre	Soulagement de la douleur.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Désinhibition, Réduction de la douleur, Relaxation, Impression de chaleur, Retard de l'éjaculation.
Solvant	Colle Décapant Essence	Liquide (forte odeur)	Aucun.	Inhalé.	Désinhibition, Euphorie, Hallucinations.
GHB (Gamma Hydroxybutyrate)	Ecstasy Liquide ^C	Liquide	Aucun au Canada.	Avalé.	Euphorie, Somnolence.

^AÀ des concentrations sanguines de plus de 0,4g/100ml, l'alcool peut directement causer la mort du buveur

^BLe Rohypnol™ n'est pas commercialisé au Canada

*Appellation populaire

^CMalgré l'impression donnée par ce terme, le GHB ne contient pas d'ecstasy

Avertissement : Certains produits énumérés dans ce tableau sont des médicaments pouvant être utilisés à des fins thérapeutiques. Leur inclusion dans le présent tableau répond à des besoins d'information uniquement et ne signifie pas que leur usage médical soit inapproprié. Dans plusieurs cas, le principe actif de ces produits peut aussi être vendu par d'autres compagnies pharmaceutiques sous des noms différents. Seules les dénominations les plus connues sont identifiées ici. Il faut aussi retenir que plusieurs effets d'un psychotrope varient en fonction de l'état physique et mental du consommateur, de la pureté du produit et du contexte où il est utilisé. (oct. 1998)
Collaboration spéciale : M. Claude Giroux pharm., Médication enr.

Dépresseurs (suite)					
Effets secondaires	Vitesse d'élimination (demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
Agitation, Incoordination, Ralentissement des gestes, Somnolence, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.	Très rapide. L'élimination de l'éthanol se fait à un rythme constant, directement lié au temps écoulé.	Psychologique, Physique.	Insomnie, Irritabilité, Confusion, Tremblements, Psychose, Convulsions, Delirium Tremens.	Problèmes de coordination délire, perte de conscience, Dépression respiratoire, Ralentissement du pouls, Coma, Mort ^A .	Le mélange d'alcool avec plusieurs drogues ou médicaments augmente les risques d'accidents de tout genre.
Somnolence, Ralentissement des gestes, Confusion, Hallucinations, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement, Amnésie.	Varie selon les produits de 3 h (Halcion) à 100 h (Valium).	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Insomnie, Nausée, Fièvre, Tremblements, Convulsions, Délire.	Excitation, Délire, Problèmes de coordination, Stupeur, Dépression respiratoire.	Certains de ces produits entraînent des problèmes de mémoire chez les utilisateurs. Le Rohypnol est parfois désigné par les médias comme « drogue du viol ».
Ralentissement des gestes, Nausées, Constipation, Rétrécissement de la pupille de l'œil.	Varie selon les produits, de 1,5h (Morphine) à 30h (Méthadone).	Psychologique, Physique.	Bâillements, Hypertension, Spasmes, Diarrhée, Frissons, Douleur, Anxiété, Irritabilité.	Problèmes de coordination, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Troubles cardiaques, Coma, Mort.	La méthadone est un narcotique parfois utilisé dans le traitement des narcomanes.
Étourdissement, Somnolence, Nausées, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.	Très rapide.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Perte de conscience, Convulsions, Troubles cardiaques, Mort.	Les solvants sont associés à des risques d'incendie et d'explosion.
Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.	0,3 h.	Aucune.	Aucun symptôme spécifique.	Sommeil profond, Nausées, Amnésie, Vomissements, Dépression respiratoire.	Ce produit est parfois, lui aussi désigné par les médias comme « drogue du viol ».

Reproduit avec l'autorisation de Domrémy Mauricie/Centre du Québec

TABLEAU SYNTHÈSE SUR LES PSYCHOTROPES (alcool, drogues, médicaments)

Stimulants					
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés
Caféine	Café Thé Wake-Up Certains analgésiques ^A	Capsules Comprimés Liquide	Aucun.	Avalé.	Augmente l'éveil et la force musculaire, Réduit la fatigue.
Amphétamine	<i>Crystal*</i> <i>Ice*</i> <i>Meth*</i> Ritalin TM <i>Speed*</i> <i>Upper*</i>	Capsules Comprimés Liquide Poudre	Coupe-faim, Traitement du déficit d'attention chez l'enfant.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.
Cocaïne	<i>Base*</i> <i>Coke*</i> <i>Crack*</i> <i>Freebase*</i>	Cailloux Poudre	Anesthésique topique.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté, Application sur les muqueuses.	Réduction de l'appétit, réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.
Nicotine	Cigare Cigarette Nicoderm TM Habitrol TM Tabac	Feuilles séchées Gommes à mâcher Pansements	Réduction des symptômes de sevrage chez le fumeur.	Application sur la peau, Fumé. Mastiqué.	Favorise la perte de poids, Éveil.

^ALa caféine peut être présente dans certains médicaments contre le mal de tête, comme l'AnacinTM etc.

^BL'ingestion de caféine pure (insecticides, principe actif contenu dans les pansements, etc.) peut produire des concentrations mortelles

*Appellation populaire

Avertissement : Certains produits énumérés dans ce tableau sont des médicaments pouvant être utilisés à des fins thérapeutiques. Leur inclusion dans le présent tableau répond à des besoins d'information uniquement et ne signifie pas que leur usage médical soit inapproprié. Dans plusieurs cas, le principe actif de ces produits peut aussi être vendu par d'autres compagnies pharmaceutiques sous des noms différents. Seules les dénominations les plus connues sont identifiées ici. Il faut aussi retenir que plusieurs effets d'un psychotrope varient en fonction de l'état physique et mental du consommateur, de la pureté du produit et du contexte où il est utilisé. (oct. 1998)
Collaboration spéciale : M. Claude Giroux pharm., Médication enr.

Stimulants (suite)					
Effets secondaires	Vitesse d'élimination (demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
Agitation, Anxiété, Insomnie, Irritation gastrique, Hypertension.	3-10 h.	Psychologique, Physique.	Fatigue, Difficultés de concentration, Faiblesse, Irritabilité.	Anxiété, Convulsions, Mort.	L'insomnie est une conséquence fréquente de la consommation de caféine.
Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucination, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.	4 h.	Psychologique,	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Anxiété, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Troubles Cardiaques, Convulsions, Mort.	De fortes doses de stimulants nuisent à l'apprentissage et à la concentration.
Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes Répétitifs, Augmente la température corporelle.	0.5 h – 1,5 h.	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Vomissements, Perte de tonus respiratoire, Dépression respiratoire, Convulsions, Mort.	L'utilisation chronique de cocaïne cause l'impuissance chez certains usagers.
Toux, Nausées.	2 h.	Psychologique, Physique.	Irritabilité, Anxiété, Difficultés de concentration, Fatigue.	Nausées, Vomissements, Diarrhée, Confusion, Troubles cardiaques, Défaillance respiratoire, Mort ^B .	La fumée de tabac est souvent associée au cancer.

Reproduit avec l'autorisation de Domrémy Mauricie/Centre du Québec

TABLEAU SYNTHÈSE SUR LES PSYCHOTROPES (alcool, drogues, médicaments)

Perturbateurs					
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés
Cannabis	<i>Bag*</i> , <i>Hasc*</i> , <i>Herbe*</i> , <i>Huile de hasch*</i> , <i>Mari*</i> , <i>Pot*</i> , <i>Résine*</i>	Feuilles séchées Huile Petits cubes	Traitement des nausées liées à la chimiothérapie.	Fumé, Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Réduction de l'anxiété.
Phencyclidine (PCP)	<i>Acide*</i> <i>Angel dust*</i> <i>Mescaline*</i> <i>Mess*</i> <i>TH*</i>	Buvards Capsules Comprimés Liquide Poudre	Usage vétérinaire uniquement.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.
Psilocybine	<i>Champignons*</i> <i>Mush*</i> <i>Mushrooms*</i>	Capsules Champignons séchés Cristaux Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Modification de l'humeur.
LSD, MDA, STP et autres	<i>Acide*</i> <i>Buvarid*</i>	Buvards Capsules Comprimés Liquide	Aucun.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.
Ecstasy	<i>Dove*</i> MDMA <i>X*</i> <i>XTC*</i>	Comprimés Poudre	Aucun.	Avalé.	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.
2-CB	<i>Bromo*</i> <i>Erox*</i> <i>Nexus*</i> <i>Venus*</i>	Comprimés Poudre	Aucun.	Avalé, Inhalé.	Hallucinations.
Kétamine	Kétalar™ Special K*	Ampoules Comprimés Cristaux Poudre	Anesthésique utilisé en chirurgie.	Avalé, Inhalé.	Hallucinations.

Avertissement : Certains produits énumérés dans ce tableau sont des médicaments pouvant être utilisés à des fins thérapeutiques. Leur inclusion dans le présent tableau répond à des besoins d'information uniquement et ne signifie pas que leur usage médical soit inapproprié. Dans plusieurs cas, le principe actif de ces produits peut aussi être vendu par d'autres compagnies pharmaceutiques sous des noms différents. Seules les dénominations les plus connues sont identifiées ici. Il faut aussi retenir que plusieurs effets d'un psychotrope varient en fonction de l'état physique et mental du consommateur, de la pureté du produit et du contexte où il est utilisé. (oct. 1998)
Collaboration spéciale : M. Claude Giroux pharm., Médication enr.

Perturbateurs (suite)					
Effets secondaires	Vitesse d'élimination (demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
Toux, augmentation de l'appétit, Rougissement des yeux, Ralentissement de la pensée.	20 – 30 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Excitation, Anxiété, Paranoïa.	Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu.
Réduction de la sensibilité à la douleur, Crampes abdominales, Désorientation, Agressivité, Délire.	24 – 27 h. On rapporte des effets résiduels plusieurs semaines après une consommation.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Convulsions, Coma, Troubles cardiaques et respiratoires, Mort.	Plusieurs observations relient le PCP à des comportements violents chez la personne intoxiquée.
Crampes abdominales.	Données non disponibles.	Psychologique ?	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Il est très dangereux de consommer des champignons inconnus ramassés au hasard.
Désorientation.	3 h (LSD).	Psychologique ?	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Agitation, Délire, Coma, (varie selon les produits).	Le produit vendu sous le nom de TH contient du PCP ou d'autres hallucinogènes.
Anxiété, Augmente la température corporelle, Comportements répétitifs.	7,6 h.	Psychologique ?	Aucun symptôme spécifique.	Fièvre, Convulsions, Hypertension, Troubles cardiaques, Risques de décès soupçonnés.	Les comprimés vendus sur le marché noir peuvent contenir du PCP ou d'autres substances.
Désorientation.	Données non disponibles.	Psychologique ?	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Parfois vendu comme étant de l'ecstasy.
Désorientation Perte de conscience.	4 h.	Psychologique ?	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Perte de conscience, Dépression respiratoire.	Risques de « flashback » ou de « bad-trip ».

Reproduit avec l'autorisation de Domrémy Mauricie/Centre du Québec

Bibliographie

BRISSON, Pierre (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 p.

BRISSON, Pierre (2000). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin, v.3 p.37.

CORMIER, Dollard (1987). Conférence prononcée à l'occasion du Colloque international sur l'alcoolisme et les toxicomanies organisé par L'AITQ, (Texte inédit).

GACIC, B. (1986). « An ecosystemic approach to alcoholism: theory and practice », *Contemporary Family Therapy*. 8(4) : 264-278.

LANDRY, M., GUAY, J. (1987). « La perspective communautaire. » in. Guay, J. (éd), *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Chicoutimi : Gaëtan Morin, p. 3-47.

LANDRY, Michel, LECAVALIER, Marie (2003). « L'approche de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation en toxicomanie : un facteur de changement », *Drogues, santé et société*. 2 (1) : 124-140.

LÉONARD, Louis, BEN AMAR, Mohamed (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 894 p.

MARLATT, G.A., BLUME, W.A., Parks, G.A. (2001). « Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment », *Journal of Psychoactive Drugs*. 33 (1) : 13-21.

MCLELLAN, A. T. (1981). *Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse*. Springfield : Thomas 393 p.

NADEAU, Louise, BIRON, Colette (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval, 142 p.

PAQUIN, I. (2003). « Le traitement de substitution à la méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société*. 2 (1) : 112-123.

PATTISON, E.M., SOBELL, M.B. SOBELL, L.C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York, Springer, 369 p.

Québec (Province), Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*. Québec : MSSS, 36 p.

Québec (Province), Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec : MSSS, 43 p.

Québec (Province), Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Agir ensemble: cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*. Québec : MSSS. 19 p.

SIMONEAU, Hélène, BERGERON, Jacques (2000). « An etiologic model of alcoholism from a developmental ecological perspective », *Substance Use & Misuse*. 35(10) : 1329-1368.

WALLACE, J. (1993). « Modern disease models of alcoholism and other chemical dependencies : the new biopsychosocial models », *Drugs & Society*. 8 (1) : 67-87

Lexique

Bad trip (argot)	Synonyme de mauvais voyage. Expérience désagréable née de l'absorption d'une substance psychoactive, des hallucinogènes en particulier. Paranoïa, panique, hallucinations et dépression sont les symptômes courants du « bad trip ».
Black out	Perte transitoire de conscience et de mémoire sous l'effet de l'alcool ou de toute autre drogue.
Buzz (argot)	Désigne ce que l'on ressent lorsque la drogue a un effet doux, mais constant, comme celui du cannabis.
Cap (argot)	Synonyme de capsule de drogue, comprimé.
Coke, crack, freebase, neige, Snow, roche (argot)	Synonymes de cocaïne.
Cooccurrence (comorbidité)	État pathologique caractérisé par la présence simultanée de deux ou de plusieurs problématiques distinctes mais qui s'influencent l'une et l'autre chez le même individu (ex. : toxicomanie et maladie mentale).
Couper	Ajouter des substances à une drogue pour en augmenter le volume.
Craving	Besoin impérieux d'un produit qui pousse l'individu vers une recherche compulsive du produit sans véritable symptôme de sevrage.
Delirium tremens	Épisode de délire aigu survenant en général chez les alcooliques chroniques et déclenché habituellement par un excès ou un sevrage brusque d'alcool; caractérisé par un état confusionnel avec hallucination visuelle, agitation et angoisse extrême, tremblements généralisés, sudation abondante et fièvre.
Dépresseur	Substance qui ralentit le fonctionnement électrique du cerveau et du métabolisme en général (ralentissement cardiaque et respiratoire).
Down (argot)	Désigne le sentiment de dépression consécutif à l'usage de la drogue. Cet état dépressif suit celui d'euphorie ou d'excitation engendré par certaines drogues.
Drogue	En pharmacologie et toxicologie, toute substance naturelle ou synthétique quelle qu'en soit l'origine, susceptible de produire ou modifier une réponse biologique. En langage courant, terme utilisé pour désigner toute substance psychoactive illégale.
Fix, hit, shoot (argot)	Administration de SPA par injection (seringue).
Flash (argot)	Premier effet après l'ingestion d'une SPA.
Flashback ou récurrence	Désigne le phénomène que l'on retrouve chez les consommateurs qui ont longtemps abusé de drogues à effet psychédélique, principalement le LSD. Il s'agit du retour brusque et imprévisible de l'effet de la drogue sans absorption de la substance elle-même.

Freebase (argot)	Désigne le résultat d'un procédé d'extraction de la cocaïne pure achetée chez le pusher. La poudre blanche ainsi obtenue est ensuite fumée dans une pipe à eau ; les vapeurs respirées provoquent en quelques secondes une secousse quasi orgasmique (rush) de très courte durée.
Hallucination	Effets ressentis par une personne, consécutif à un dysfonctionnement et qui lui font percevoir des objets ou situations qui n'existent pas réellement.
Hallucinogènes	Substances naturelles ou synthétiques qui provoquent des hallucinations ou des psychoses.
Hédoniste	Centré sur la recherche du plaisir, de la satisfaction.
High (argot)	Désigne l'état euphorique atteint sous l'influence des drogues.
Hot Box	Désigne une façon de fumer du cannabis en s'enfermant à plusieurs dans un endroit exigu de manière à inhaler une plus grande quantité de fumée (automobile vitres fermées ou salle de bain).
Joint	Mélange de drogue et de tabac roulé dans du papier à cigarette. Synonymes : pétard, batt.
Junkie (argot)	Personne dépendante des drogues par injection (exemple : héroïnomanie).
Mess (argot)	Synonyme de mescaline, ingrédient actif du cactus peyotl que l'on ne retrouve pour ainsi dire jamais sur le marché noir qui lui substitue le PCP.
Méthadone	Narcotique synthétique utilisé pour le traitement des héroïnomanes. La méthadone supprime les symptômes de sevrage.
Mush, mushroom (argot)	Synonyme de champignons magiques. Ces champignons sont hallucinogènes car ils contiennent de la psilocybine.
Overdose, O.D. (argot)	Absorption d'une trop grande quantité de drogue pouvant entraîner des conséquences graves voir la mort. Synonyme de surdose.
Point (argot)	Désigne un dixième de gramme d'héroïne. Les prix varient selon la qualité, la pureté et la disponibilité du produit.
Popper	Préparation présentée comme aphrodisiaque consommée par inhalation ou le cas échéant vaporisée dans certaines discothèques.
Poudre (argot)	Désigne la cocaïne ou l'héroïne.
Priser (sniffer)	Voir sniffer.
Psychose toxique	État psychotique induit par une substance, généralement des hallucinogènes synthétiques pris en grande quantité.
Psychotrope	Toute substance naturelle ou synthétique qui produit un effet sur le système nerveux central. Synonyme de substance psychoactive.
Pusher	Personne qui vend des drogues de façon illégale, sur la rue, dans un établissement public ou une maison privée.

Rave	Manifestation prenant la forme de concerts (musique techno) qui dure habituellement toute la nuit.
Rush	Expérience vécue dans les secondes suivant l'injection d'une drogue, au moment où celle-ci a un effet immédiat et très prononcé, comme celui de la cocaïne ou des opiacés. Les héroïnomanes comparent volontiers ce plaisir à un orgasme.
Shooting gallery (argot)	Désigne un lieu clandestin où les consommateurs achètent de petites quantités de drogue, souvent pour s'injecter ou consommer sur place. Le mot « piquerie » est le terme français correspondant.
Sniffer (argot)	Prise nasale d'une substance psychoactive se présentant sous forme de poudre (héroïne – cocaïne – PCP).
Speedball	Consommation simultanée de cocaïne et d'héroïne. Pour les amateurs de sensations fortes, l'effet est très attirant, brusque et très intense, un « rush » : la stimulation de la cocaïne sans la tension nerveuse qui l'accompagne.
THC	Tétrahydrocannabinol ou Delta 9. Principe actif du cannabis. En argot, l'appellation THC est parfois synonyme d'huiles de marijuana. Ces huiles, très riches en THC, sont déposées sur un papier à cigarette puis fumées, mêlées à du tabac.
Tolérance Zéro	Approche répressive où tout écart est systématiquement réprimé.
Trip	Expérience que fait vivre le psychotrope. Souvent associé à la prise de substance hallucinogène.

RÉFÉRENCES POUR LE LEXIQUE

À noter

Certaines définitions de ce lexique proviennent des ouvrages suivants :

- *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, D. Richard J.L. Senon, Larousse, 1999, 430 p.
- *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage nocif, dépendance*. Pr P.J. Parquet – Vanves : Éditions CFES, coll. Dossiers Techniques, 1998, p. 15-19.
- Centre Québécois de coordination sur le Sida, (1995). *Aiguillons nos interventions! Guide du participant*. Programme de formation pour la prévention de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Usagers du programme jeunesse interne.

Siège Social

950, rue de Louvain Est

Service accueil, évaluation et orientation
Service d'accès au Programme jeu pathologique
Programme adulte
Programme 55 ans et plus
Programme entourage
Programme jeu pathologique
Programme réadaptation interne pour adultes
Programmes activités de groupe
Programme d'intégration sociale par le travail
Service de formation et de consultation clinique
Programme d'évaluation des conducteurs automobiles

Point de service Ontario

923, rue Ontario Est

Programme itinérance — sans domicile fixe

Point de service Pointe-de-l'Île

13 926, rue Notre-Dame Est

Service accueil, évaluation et orientation

Point de service St-Urbain

3530, rue St-Urbain

Programme jeunesse

Point de service Prince-Arthur

110, rue Prince-Arthur Ouest

Service urgence-triage toxicomanie
Programme de désintoxication
Programme milieux de vie et réinsertion sociale
Clinique Cormier-Lafontaine

Palais de justice

1, rue Notre-Dame Est

Service d'évaluation au tribunal

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Établissement affilié à l'Université
de Montréal



Agréé par le  **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**



950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec)
H2M 2E8

Tél. : 514.385.1232 poste 1153



Siège social

923, rue Ontario Est

Montréal (Québec)
H2K 3A4

Tél. : 514.525.1232



Point de service

3530, rue St-Urbain

Montréal (Québec)
H2K 2N7

Tél. : 514.982.1232



Point de service

110, rue Prince-Arthur Ouest

Montréal (Québec)
H2X 1S7

Tél. : 514.282.1232



Point de service

13 926, rue Notre-Dame Est

Montréal (Québec)
H1E 1T5

Tél. : 514.642.2121



Point de service

1, rue Notre-Dame Est

Montréal (Québec)
H2Y 1B6

Tél. : 514.392.1232



Point de service