

**Les nouvelles tendances de
l'intervention en dépendance
(Partie 1)**

Directeur de la revue :

Michel Landry

Membres du comité de rédaction :

Michel Landry, Mohamed Ben Amar, Pierre Brisson,
Florence Chanut, Françoise Côté, Catherine Ferland,
Louise Guyon, Sylvia Kairouz, Pierre Lauzon, Marc
Perreault, Michel Perreault, Bastien Quirion

<http://www.drogues-sante-societe.org>

Drogues, santé et société est publié avec l'aide financière
du Fonds québécois de la recherche sur la santé et la culture (FQRSC),
l'Association des centres de réadaptation en dépendance
du Québec (ACRDQ), l'Université de Sherbrooke
et l'Université de Montréal.

Coordination et mise en page : Agence Médiapresse inc.

Coordonnatrice à l'édition : Chantal Gosselin

Révision linguistique et correction : Chantal Gosselin

Adriana Chamorro a traduit tous les résumés en espagnol.
Susan Ostrovsky a traduit en anglais le résumé des articles
« La crise chez les joueurs de jeux de hasard et d'argent »
et « Quinze années de recherche au RISQ ».

Impression : Impressions numériques Yves Rivard

Diffusion numérique : Érudit (<http://www.erudit.org/revue/>)

© Drogues, santé et société, 2009

950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec)

H2M 2E8

Tous droits réservés pour tous pays

Imprimé au Canada

ISSN 1703-8839

**Les nouvelles tendances
de l'intervention
en dépendance
(Partie 1)**

Sous la direction de
Bastien Quirion
Chantal Plourde

Drogues, santé et société

Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance (Partie 1)

Mot de présentation

Où sont passés les héritiers de Stanton Peele?
Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance 7
Bastien Quirion et Chantal Plourde

- 1) **Neurobiologie de la toxicomanie :
avancées récentes et nouvelles stratégies
d'intervention** 27
Didier Jutras-Aswad, Julie Bruneau et Yasmin L. Hurd
Transfert de connaissances

- 2) **Du concept d'addictus au processus
de dépathologisation : la richesse psychosociale
du concept de dépendance selon Stanton Peele** 75
Amnon Jacob Suissa
Réflexion théorique

- 3) **La crise chez les joueurs de jeux
de hasard et d'argent : au-delà de l'appel
de détresse, les services novateurs qui y répondent** 109
Magali Dufour et Élise Roy
Transfert de connaissances

- 4) **Du sable dans l'engrenage : la motivation
des clients sous contrainte judiciaire
dans les traitements pour la toxicomanie**141
Mylène Magrinelli Orsi et Serge Brochu
Transfert de connaissances

- 5) **Quinze années de recherche au RISQ :
bilan des connaissances sur l'impact
des traitements** 187

Michel Landry, Serge Brochu, Louise Nadeau,
Natacha Brunelle, Jacques Bergeron,
Louis-Georges Cournoyer, Joël Tremblay
Résultats de recherche

- 6) Les pratiques de substitution des médecins
généralistes belges face aux politiques publiques 233**
Caroline Jeanmart
Résultats de recherche
- 7) Autour d'Insite : un événement discursif..... 267**
François Gagnon
Résultats de recherche
- Comité scientifique..... 303**
- Liste des réviseurs scientifiques 2007-2008 305**

Mot de présentation

Bastien Quirion et Chantal Plourde

Directeurs du numéro

Où sont passés les héritiers de Stanton Peele ? Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance

Depuis la découverte, il y a environ 200 ans, du potentiel addictif de la consommation de certains produits psychotropes, la prise en charge sociosanitaire du toxicomane n'a cessé d'évoluer en s'inspirant des croyances et des découvertes concernant ce nouveau champ d'intervention (Yvorel, 1992). Au fil du temps, des concepts tels que l'alcoolisme, la toxicomanie et la dépendance ont évolué, en s'efforçant de recouvrir une réalité clinique dont les contours sont continuellement appelés à se déplacer. Bien qu'ils renvoient à des expériences individuelles et subjectives équivalentes, ces différents concepts impliquent néanmoins des mises en forme et des modélisations théoriques qui vont se modifier au gré des contextes dans lesquels ils seront utilisés. C'est ainsi que le concept de toxicomanie proposé par Dollard Cormier au cours des années 1980 sera très différent de l'héroïnomanie telle que décrite par Dole et Nyswander dans les années 1960. Soulignant le caractère fluide et polymorphe de ces concepts, certains auteurs vont même aller jusqu'à évoquer le manque de « consistance » de la catégorie du toxicomane (Zafiroopoulos et Delrieu, 1996). À ceux qui clament qu'il y aurait autant de toxicomanies qu'il y a de toxicomanes, on pourrait répondre qu'il y a en fait autant de théories de la dépendance qu'il y a de théoriciens, et qu'il y a autant d'interventions qu'il y a d'intervenants. D'où la nécessité de s'interroger sur l'évolution des théories et des pratiques en matière d'intervention auprès des utilisateurs de drogues.

Au gré de ces fluctuations théoriques et cliniques, l'intervention en dépendance s'est donc transformée en privilégiant, selon les cultures et les époques, différentes dimensions renvoyant chacune à différentes stratégies de soins. Considérée pendant longtemps sous le registre de la régulation morale, l'inébrïété ou l'ivrognerie fut graduellement prise en charge dès la fin du 19^e siècle par les médecins et les spécialistes du comportement, pour lesquels le toxicomane se reconnaissait principalement par la présence de traits ou de caractéristiques individuelles pathologiques. S'inscrivant principalement dans le registre médical, la toxicomanie est alors considérée comme un dérèglement physiologique qui peut être inné ou suscité par un usage prolongé ou abusif du produit. Le toxicomane est appréhendé avant tout comme un malade. S'instaure alors, surtout à partir du milieu du 20^e siècle, un dispositif thérapeutique d'inspiration médicale pour répondre aux besoins des individus aux prises avec des problèmes de toxicomanie. La réponse thérapeutique s'articule alors principalement autour de la désintoxication, et la sortie de la toxicomanie passe nécessairement par l'arrêt définitif de la consommation. L'intervention auprès des toxicomanes se donne alors pour horizon normatif la quête de l'abstinence.

Dans le dernier quart du 20^e siècle, on assiste toutefois au Québec à une remise en question du modèle médical, alors que la toxicomanie est de plus en plus considérée comme le symptôme d'une mésadaptation sociale. Le toxicomane passe graduellement du statut de malade à celui d'individu en déficit d'adaptation. Cette nouvelle façon de penser la toxicomanie allait dès lors conduire à la mise en place d'interventions plus orientées vers la rééducation et la réhabilitation des toxicomanes. On assiste alors, au cours des années 1970 et 1980, à un renversement de perspective dans le champ de l'intervention en toxicomanie, alors qu'une poignée de cliniciens et de chercheurs vont se dissocier du modèle médical qui était alors prédominant, pour considérer la toxicomanie dans une perspective davantage sociale et psychologique. S'opère alors ce qui sera décrit plus tard comme le grand virage psychosocial.

L'apport des travaux de Stanton Peele : le cycle de l'assuétude

C'est à cette époque (1970-1980) que le psychologue américain Stanton Peele, figure marquante s'il en est de cette révolution psychosociale, propose un nouveau modèle pour penser la toxicomanie (Peele et Brodsky, 1975 ; Peele, 1985). Selon ce modèle, le fait qu'un individu devienne toxicomane ne saurait s'expliquer uniquement par des variables individuelles. Les dimensions sociales et culturelles, lesquelles sont appelées à jouer un rôle important dans le développement de la toxicomanie, sont dès lors prises en compte par les nouvelles générations d'intervenants nord-américains. La dépendance est un mode de vie acquis, et les prédispositions à la toxicomanie vont fluctuer au gré des conditions sociales dans lesquelles les individus sont appelés à évoluer. Peele décrit alors la société contemporaine comme étant une *addicted society*, puisqu'elle prédisposerait plus que jamais les individus à développer un rapport de dépendance à une multitude de produits et d'activités (Peele et Brodsky, 1975). En insistant sur l'importance de la dimension sociale, Peele allait ainsi inaugurer une nouvelle perspective clinique permettant désormais d'appréhender le toxicomane comme un individu évoluant dans un contexte social plus général.

Se démarquant clairement du modèle médical, Peele soutient que le toxicomane n'entretient pas une dépendance à la drogue, mais plutôt une dépendance à l'expérience antalgique que lui procure le produit. L'attrait pour le produit n'est donc pas tant suscité par le plaisir qu'on en retire, que par le fait que les effets psychotropes permettent d'engourdir un malaise ou un mal de vivre déjà existant. L'aspect dynamique de ce modèle est alors mis en évidence à travers ce que Peele définira comme le « cycle de l'assuétude », c'est-à-dire le processus par lequel certains individus en viennent à développer une relation

malsaine par rapport à leur objet de dépendance. Ainsi, ce qui caractérise avant tout la toxicomanie, ce ne sont pas tant les propriétés pharmacologiques du produit ou les caractéristiques individuelles du toxicomane, mais bien la nature de la relation qui s'instaure entre l'utilisateur et son objet de dépendance.

« (A)n addiction exists when a person's attachment to a sensation, an object or another person is such as to lessen his appreciation and its ability to deal with other things in his environment, or in himself, so that he has become increasingly dependent on that experience as his only source of gratification » (Peele et Brodsky, 1975, p. 61).

Selon ce modèle sera donc considéré comme dépendant tout individu qui entretient avec son objet de dépendance un rapport qui, à la longue, détériore sa qualité de vie et l'empêche de vaquer à ses occupations quotidiennes. Comme mentionné plus tard par le sociologue Robert Castel, « le toxicomane avéré est celui qui organise une part essentielle de sa vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou plusieurs produits psychotropes » (Castel, 1998, p. 24-25). Cette nouvelle façon de penser la toxicomanie vient alors bousculer la croyance selon laquelle la dépendance aux drogues se mesure essentiellement à la fréquence et à la quantité de drogue consommée.

Le grand virage psychosocial au Québec

Dès le début des années 1980, Louise Nadeau contribue significativement à la diffusion des travaux de Peele au Québec en faisant traduire certains de ses textes en français (Peele, 1982). Rendant accessibles à un plus large public les idées de Peele, cette diffusion allait contribuer à définir la toxicomanie selon de nouveaux critères. Dans l'avant-propos de la traduction

du texte de Peele (1982), Nadeau souligne le dérangement que provoquent ces nouvelles idées dans la perspective traditionnelle en vigueur à l'époque.

« Le texte de Peele possède l'avantage de ne pas être un texte définitif : il interroge ; il met de l'avant des faits qui jettent du sable dans les engrenages parfaitement huilés du modèle traditionnel ; il propose certaines solutions ; mais surtout, il permet une nouvelle lecture de la réalité » (Nadeau dans Peele, 1982, p. 7).

En remettant en question le concept traditionnel de la toxicomanie, cette approche allait dès lors influencer de façon importante les pratiques d'intervention. Les travaux de Peele permettent en effet aux intervenants d'appréhender la réalité du toxicomane à partir d'un nouvel appareillage théorique, ce qui se traduira par la mise en place de nouveaux outils d'intervention et de nouveaux objectifs cliniques.

À la même époque, le psychologue Dollard Cormier de l'Université de Montréal allait lui aussi s'engager dans une remise en question de la conception essentiellement médicale de la toxicomanie. S'inscrivant dans la perspective de la psychologie phénoménologique expérientielle, il dénonce alors la fragmentation et la compartimentation des approches qui prévalent à l'époque dans le champ de l'intervention auprès des toxicomanes. Il identifie alors le traitement psychosocial comme l'une des nouvelles modalités d'intervention au Québec (Cormier, 1984a et 1988). Il propose alors, à l'instar de Peele, de considérer la toxicomanie comme un mode d'adaptation privilégié, qui répond à un contexte existentiel donné. En se basant sur les principes de l'approche systémique, il pose l'alcoolisme comme un style de vie. Pour s'avérer efficace, toute intervention doit donc s'attarder aux différentes dimensions qui composent ce style de vie, soit les dimensions physiologiques, psychologiques et sociales.

« Pour l'intervenant, c'est du même coup chercher à sortir de l'ornière creusée par la tradition du morcellement malade/maladie/monde pour rejoindre l'interprétation que fait l'alcoolique de son niveau relationnel, de ses représentations de lui-même et d'autrui qui alimentent l'agencement rigide de son comportement et l'engagent dans la perte de sa liberté à l'égard d'autres façons d'être et dans lesquelles l'alcool prendrait une autre place »
(Cormier, 1984b, p. 10).

S'inspirant de cette nouvelle façon de considérer la toxicomanie, de nouvelles pratiques d'intervention seront dès lors instaurées sous le couvert de cette nouvelle prise en charge psychosociale.

Lors d'une conférence donnée devant les membres de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) en 1985, Céline Mercier pose les bases de ce que représente alors au Québec l'approche psychosociale. Cette nouvelle approche est dès lors décrite comme une approche multidimensionnelle et éclectique, dont la principale force réside dans le fait qu'elle ouvre sur une variété de savoirs. Mercier (1985, p. 121) propose alors trois postulats, reproduits intégralement ici, qui en constituent les fondements :

1. Les facteurs psychologiques, culturels et sociaux influencent l'émergence, la forme et l'évolution des toxicomanies. C'est sur ces facteurs qu'il faut intervenir si on veut modifier les habitudes de consommation ;
2. Les comportements de surconsommation ou de consommation inadéquate ont une composante psychologique et une composante sociale ;
3. Même sous ses dimensions les plus physiologiques, la dimension biochimique ne rend pas entièrement compte du phénomène de la toxicomanie ; la dépendance est à

la fois physique et psychologique; les effets physiques de la dépendance sont eux-mêmes en quelque sorte «médiatisés» par des facteurs psychologiques et sociaux.

Cette approche est dès lors présentée de façon très explicite comme une réplique à l'hégémonie du modèle médical qui caractérisait encore à l'époque le champ de l'intervention en toxicomanie.

L'impact de l'approche psychosociale

L'approche psychosociale est bien davantage qu'un cadre théorique, puisque la consolidation de ce modèle aura un impact important sur les modalités mêmes de l'intervention auprès des toxicomanes. Cet impact se mesure entre autres par la reconnaissance d'une multitude d'objets de dépendance et par la diversification de la liste des objectifs cliniques. À cet égard, la popularité accrue pour ce modèle implique des enjeux à la fois théoriques, normatifs et cliniques.

Si on accepte l'idée que l'on peut devenir accro à une expérience, on doit aussi accepter l'idée que l'on puisse développer une assuétude à l'égard non seulement de substances psychotropes, mais aussi à toute une gamme d'activités qui permettraient à l'individu d'endormir une détresse sociale ou un certain mal de vivre. Le modèle de l'assuétude de Peele permet en effet de considérer que des individus puissent développer un rapport de dépendance à l'égard d'objets aussi variés que les relations amoureuses, le sport, la nourriture, les jeux de hasard et même la thérapie. On reconnaît dès lors la multiplication des objets de dépendance et la nécessité de mettre en place un dispositif de soins pour répondre à ces diverses manifestations de la dépendance.

Cette conception de la dépendance aura aussi un impact considérable sur la façon de penser les objectifs et les cibles de

l'intervention en toxicomanie. La principale cible de l'intervention n'est plus la consommation en soi, mais plutôt les conditions psychosociales qui sont à la source de ce rapport problématique entre l'individu et le produit. Ce modèle permet ainsi de mieux comprendre pourquoi certains toxicomanes, bien qu'ils réussissent à s'abstenir de consommer leur drogue de prédilection, vont néanmoins demeurer coincés dans le cycle de l'assuétude en substituant cet objet de dépendance à un autre. En replaçant le toxicomane dans un contexte de vie plus large, on peut dès lors élargir la gamme des objectifs cliniques en intégrant des critères plus généraux que ceux relatifs à la consommation. Le nouvel agenda clinique ne concerne plus essentiellement l'arrêt de la consommation, mais permet aussi d'intégrer des objectifs tels que l'amélioration de la qualité de vie et une plus grande stabilité sociale. Si on réussit à éliminer les facteurs individuels et sociaux qui prédisposent l'individu à entretenir un rapport de dépendance à la drogue, on devrait être en mesure de briser le cycle de l'assuétude dans lequel il est enlisé. En répondant à ces nouveaux besoins, on permet alors à l'individu de modifier la nature de la relation qui le lie à son objet de dépendance, lui permettant à la limite de continuer à consommer, mais pour des motifs jugés moins problématiques.

C'est dans cet esprit que Dollard Cormier défendra l'idée que l'abstinence ne devrait plus constituer le seul critère d'évaluation des effets du traitement, puisque la sortie de la toxicomanie peut dans bien des cas correspondre à ce qu'il définit comme l'apprentissage d'une consommation contrôlée (Cormier, 1989). L'approche psychosociale se pose alors comme symbole d'une résistance par rapport à la grande place occupée à l'époque par la philosophie du mouvement des Alcooliques Anonymes, lequel préconisait entre autres que le salut du toxicomane devait nécessairement passer par l'abstinence.

De façon plus concrète, cette reconnaissance d'un modèle qui se situe à la jonction des paradigmes du psychologique et du

social (Mercier, 1988) allait coïncider avec des transformations majeures dans le champ de l'intervention en toxicomanie au Québec. L'influence de ce modèle allait alors se manifester sous diverses formes. Cette remise en question du dogme de l'abstinence allait tout d'abord permettre une plus grande diversité dans l'offre de traitement. Elle allait entre autres permettre la mise en place, à partir de la fin des années 1980, des stratégies de réduction des méfaits telles que les sites d'échange de seringues et les programmes de prescription de drogues de substitution de la seconde génération (Quirion, 2006). Au niveau de l'institutionnalisation des services, la mise sur pied dans les années 1970 d'un réseau public de services de lutte à la toxicomanie sous la tutelle des services sociaux allait assurément contribuer à remettre en question le monopole des médecins en matière d'intervention et de soins auprès des utilisateurs de drogues (Brisson, 2000). Certains éléments « corporatifs » sont ainsi à considérer dans l'analyse que nous faisons de l'évolution de la pensée en matière de traitement au Québec. La remise en question du pouvoir traditionnellement accordé aux médecins et la reconnaissance de nouveaux experts issus des sciences sociales (psychologues, sociologues, criminologues, travailleurs sociaux) vont devenir des enjeux importants en ce qui concerne la mise en place de nouvelles modalités d'intervention. En ce qui concerne la formation professionnelle, des programmes en toxicomanie sont créés dans les universités québécoises, dont l'enseignement s'inscrit dans une perspective résolument biopsychosociale. Cette réorganisation des services et des savoirs allait dès lors favoriser, au même titre sinon davantage que l'influence de Peele, la mise en place d'un réseau de programmes d'inspiration psychosociale.

Ces transformations sur le plan politique et institutionnel vont ainsi conduire les intervenants à penser différemment la prise en charge du toxicomane. Des notions telles que la réinsertion sociale, la dépendance psychologique et le boire contrôlé

font leur apparition dans le jargon des cliniciens. Ce nouveau jargon ne s'impose cependant pas sans heurt et sans controverse. Le cycle de l'assuétude, tel que développé par Stanton Peele, devient un outil conceptuel très à la mode au sein des agences et des organismes voués à la prévention et au traitement de la toxicomanie. Les travaux américains sur l'efficacité des traitements offerts en externe exercent également une influence décisive. Autant de signes qui témoignent, en filigrane, de l'influence du modèle psychosocial sur les pratiques d'intervention des années 1970 et 1980.

L'approche psychosociale aura ainsi permis, au Québec comme ailleurs, de reformuler en des termes différents les enjeux inhérents à la prise en charge sociosanitaire des toxicomanes. Le rôle de l'intervenant sera aussi appelé à se transformer pour tenir compte de cette nouvelle façon de concevoir la toxicomanie.

Transformations récentes et nouvelles tendances

Le passage du temps permettant souvent de remettre en perspective certains événements marquants du passé, on peut se questionner aujourd'hui sur les impacts à plus long terme de ce virage psychosocial dans le champ de l'intervention en toxicomanie. À la lumière des développements les plus récents en matière de recherche et d'intervention clinique, on peut en effet s'interroger sur la pérennité de la perspective psychosociale lancée il y a quelques décennies. Cet exercice rétrospectif constitue en fait un prétexte pour établir un portrait actuel de l'intervention auprès des personnes toxicomanes.

Tout récemment, dans un article publié dans la prestigieuse revue *Addiction*, Sellman (2009) propose un bilan de 40 années de recherche sur l'intervention en matière de dépendance. Il

énumère alors ce qu'il considère comme les « *10 most important things known about addiction* ». Ce bilan de la recherche reprend à la fois des éléments relatifs à l'étiologie des dépendances et aux modalités d'intervention. Entre autres choses, l'auteur souligne que la dépendance est avant tout un comportement compulsif qui implique des dimensions neurobiologiques, mais aussi environnementales et génétiques fort complexes. Par ailleurs, les gens qui se présentent en traitement présentent souvent des problématiques multiples, et les différentes stratégies d'intervention offertes peuvent conduire à des résultats similaires. Un traitement individualisé, qui ratisse large en ce qui concerne les cibles d'intervention et qui est dispensé dans un cadre thérapeutique empathique, présente des chances de succès plus grandes. L'auteur note également que le fait de changer et de consolider ces changements demande un temps considérable, et qu'en ce sens, il importe de prendre le client là où il se situe et de consolider son engagement par des attitudes ciblées qui évitent les stratégies de confrontation.

Ce numéro double de la revue *Drogues, santé et société* présente un bilan des pratiques contemporaines. Il propose d'aborder la question des transformations récentes et des grandes tendances qui marquent aujourd'hui le champ de l'intervention en toxicomanie. À la lumière des développements récents qui ont pu se manifester dans ce champ, nous convions les lecteurs à une réflexion critique et théorique à la fois sur la pérennité de la perspective psychosociale en toxicomanie et sur les nouvelles tendances et modalités se profilant en matière d'intervention. Soulignant le caractère multidimensionnel de l'intervention thérapeutique, nous avons regroupé des auteurs qui s'inscrivent dans des perspectives variées, permettant ainsi de combiner dans un numéro double des contributions portant sur les dimensions cliniques, scientifiques, politiques et sociales de l'intervention en toxicomanie.

L'objectif de ce numéro spécial de la revue *Drogues, santé et société* est donc de réunir des contributions originales qui devraient nous permettre d'évaluer ce qu'il reste aujourd'hui, en 2010, de l'héritage du modèle psychosocial qui s'est développé il y a plus de 30 ans. À une époque où le champ de la toxicomanie est constamment remis en question au gré des avancées dans le domaine de la génétique et des neurosciences, que reste-t-il de l'héritage des pionniers de l'approche psychosociale ? Quelles sont les nouvelles tendances et les avenues prometteuses qui se dessinent dans le champ de l'intervention auprès des toxicomanes ? Quels seront les impacts de ces nouvelles tendances tant au niveau des usagers de drogues que des intervenants appelés à travailler avec eux ?

Présentation des articles

Les articles réunis dans le cadre de ce premier numéro permettent de mieux cerner la nature et l'ampleur des transformations qui ont pu se manifester dans le champ de l'intervention en toxicomanie au cours des dernières décennies. Ils dégagent les grandes tendances qui caractérisent aujourd'hui ce champ d'intervention en constante mutation. Afin de bien rendre compte de la diversité de ces tendances, nous avons tenté de regrouper ces articles à partir des principales dimensions qui ont marqué l'évolution du dispositif de soins en toxicomanie. Ces principales dimensions sont (1) les avancées scientifiques, (2) le développement de nouveaux outils cliniques, et (3) l'évolution du contexte politique de prise en charge des toxicomanes.

1) Transformations au niveau scientifique

Bien qu'il y ait toujours eu un délai entre les avancées scientifiques et les retombées cliniques de ces découvertes, le développement de modèles théoriques et les résultats de recherches

empiriques ont toujours influencé les pratiques d'intervention. Si ce fut le cas au cours des dernières décennies, comme en témoigne l'impact du modèle psychosocial, c'est probablement encore plus évident aujourd'hui, alors que nous sommes passés à l'ère de l'évaluation des pratiques et de l'intervention basée sur les données probantes. On peut donc rattacher certaines tendances nouvelles en intervention à des avancées dans le champ de la recherche scientifique.

C'est d'ailleurs ce que nous rapportent **Jutras-Aswad, Bruneau et Hurd** dans leur article qui traite de l'impact des découvertes les plus récentes en neurobiologie sur les nouvelles pratiques d'intervention en toxicomanie. On y décrit la portée clinique de ces nouvelles découvertes, en insistant sur le fait que ces avancées dans le domaine des neurosciences ont permis de mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques qui contribuent à rendre certains individus plus vulnérables à la rechute. Ces découvertes récentes ont contribué à l'émergence de ce qu'ils définissent comme un nouveau paradigme en matière de toxicomanie, alors que l'intérêt pour les modulations biologiques à court terme a été remplacé par une plus grande attention portée au fonctionnement physiologique à long terme des toxicomanes. Les neurosciences ne s'intéressent plus exclusivement aux symptômes du sevrage à court terme, puisque l'on est en mesure désormais de mieux comprendre et donc de mieux répondre aux problèmes relatifs à la vulnérabilité à plus long terme (*craving*). Or, ces nouvelles découvertes auront un impact important sur l'évolution des stratégies de soins en toxicomanie.

En adoptant une position résolument plus critique, **Amnon Jacob Suissa** nous offre une contribution dans laquelle il expose les pièges et les limites d'une médicalisation de l'intervention en toxicomanie. Optant pour une perspective constructiviste, l'auteur souligne que le concept de dépendance est appelé à évoluer selon les époques, offrant ainsi différentes façons d'appréhender les problèmes liés à la consommation de dro-

gues. Or, la médicalisation de la dépendance, c'est-à-dire le recours à un mode de gestion du phénomène qui privilégie une approche et un cadre médical, implique des enjeux et des impacts considérables. L'un des impacts les plus significatifs de la médicalisation de la dépendance semble être la restriction du pouvoir d'agir de la personne. C'est pourquoi l'auteur propose de remplacer l'approche exclusivement médicale par une approche psychosociale, qui tout en permettant d'établir un dialogue entre les diverses disciplines, permet aussi de mieux comprendre une variété impressionnante d'activités humaines en contexte de dépendance.

Placés côte à côte, ces deux premiers articles témoignent bien, chacun à leur manière, de l'émergence et de la consolidation d'une tendance importante dans le champ de l'intervention en dépendance, soit le retour en force des approches biomédicales. Cette tendance soulève alors de nombreux questionnements quant à l'évolution des pratiques d'intervention à plus ou moins long terme. Peut-on y voir un retour en force du modèle de maladie, qui tente de ramener la question de la toxicomanie à ses dimensions exclusivement physiologiques? Doit-on envisager que le concept de dépendance psychologique soit appelé à disparaître au profit d'une explication principalement physiologique de la dépendance? De façon plus brutale, doit-on appréhender une mise au rencart de l'approche psychosociale? Doit-on y voir, au contraire, une avancée significative qui permettra éventuellement de déboucher sur des outils d'intervention encore plus performants? Qu'il soit considéré comme porteur de promesses ou de menaces, toujours est-il que cet important virage neurobiologique aura un impact important sur la façon dont l'intervention en dépendance sera appelée à évoluer dans un avenir proche.

2) Transformations au niveau des outils cliniques

Le travail des intervenants en toxicomanie requiert évidemment que soit mise à leur disposition toute une gamme d'outils et de programmes. Or, au fil du temps, ces outils d'intervention seront appelés eux aussi à évoluer, influencés à la fois par des considérations scientifiques, politiques et techniques. Ces nouveaux outils vont alors offrir aux intervenants de nouvelles façons d'exercer leur pratique, tant au niveau de l'évaluation que de la prise en charge thérapeutique de la clientèle. C'est ainsi qu'on a pu assister, au cours des deux dernières décennies, à une multiplication des grilles d'évaluation, des techniques d'intervention et de programmes destinés à la clientèle manifestant des problèmes de dépendance.

Dans leur article, **Dufour et Roy** abordent la question de la mise en place de services d'intervention de crise destinés à une clientèle de joueurs excessifs. Ces auteurs rapportent que les conséquences engendrées par le jeu compulsif peuvent conduire les individus à une importante détresse psychosociale et à des situations de crise. Ils insistent donc sur la nécessité de répondre à cette vulnérabilité des joueurs en instaurant des programmes et des services d'intervention de crise. Cette contribution illustre l'un des impacts importants du virage psychosocial, qui est celui de l'élargissement du concept de dépendance à de nouveaux objets comme le jeu de hasard. Cette contribution permet aussi de mettre en évidence que les nouvelles initiatives en matière d'intervention recouvrent désormais un spectre plus large d'objectifs cliniques que ceux directement liés à la consommation. Les nouveaux programmes d'intervention semblent en effet saisir la question de la toxicomanie dans une optique plus globale, en traitant à la fois les problèmes de dépendance, mais aussi les problèmes plus généraux qui touchent cette clientèle. À ce titre, on peut dès lors considérer que l'héritage psychosocial est toujours vivace dans la façon dont on établit encore aujourd'hui les cibles de l'intervention.

Un autre aspect technique qui a pris un essor considérable, c'est celui du recours à la motivation dans le cadre de l'intervention auprès des toxicomanes. Au cours des deux dernières décennies, on a vu en effet se multiplier les programmes et les techniques d'intervention dont l'une des principales composantes est l'entretien motivationnel. Dans ce contexte d'une importance clinique accrue pour la motivation, on comprend que la question de l'intervention sous contrainte ait pris une signification particulière. C'est dans cet esprit que **Orsi et Brochu** proposent une recension des écrits qui portent sur la disposition au changement de toxicomanes qui participent à des traitements sous contrainte. Cette revue de littérature permet alors aux auteurs de constater que, bien que la motivation interne semble susciter de meilleurs résultats cliniques que la motivation externe, le recours à la coercition juridique permettrait dans certains cas de stimuler cette motivation interne et de faciliter la rétention des participants en traitement. Ces auteurs soulignent aussi que les concepts de contrainte et de motivation sont en fait marqués par une forte connotation subjective, et qu'il est donc important de bien réfléchir à la façon dont on les utilise à des fins d'intervention.

Une autre innovation technique importante des 20 dernières années est le développement et le perfectionnement des outils pour évaluer l'efficacité des programmes de traitement. On a en effet assisté à une multiplication des instruments permettant de mieux mesurer l'impact des pratiques d'intervention, ce qui permet dès lors d'améliorer les programmes de façon à en maximiser les effets bénéfiques. L'article de **Landry et coll.** aborde justement ce nouvel aspect de la recherche, puisqu'il propose un bilan d'un certain nombre de recherches évaluatives qui ont été menées par des chercheurs du RISQ au cours des 15 dernières années. Les recherches présentées ont toutes porté sur l'évaluation de l'impact du traitement offert dans des centres de réadaptation publics et privés du Québec. Les résul-

tats de ces recherches indiquent que les participants ont en général amélioré leur état, tant au niveau de la consommation de psychotropes que des autres sphères de leur vie. Le type de recherche mené par les chercheurs du RISQ illustre assez bien la façon dont l'approche psychosociale a pu contribuer à redéfinir le champ de l'évaluation des pratiques, alors que l'efficacité des programmes ne se mesure plus seulement du point de vue de la consommation, mais aussi au niveau de l'amélioration générale des conditions de vie des participants. À cet égard, on constate que la quête de l'abstinence n'est assurément plus le seul critère à prendre en considération pour mesurer l'impact d'un programme de traitement.

3) Transformations au niveau politique

En parallèle avec les transformations qui se sont manifestées sur le plan scientifique et technique, on constate aussi que le champ de l'intervention auprès des toxicomanes a été marqué par des transformations politiques. L'intervention en toxicomanie est en effet appelée à se transformer au gré des fluctuations institutionnelles et politiques plus globales, lui conférant ainsi une dimension normative au même titre que les autres formes d'intervention sociale. Par exemple, la crise du providentialisme et l'émergence d'une nouvelle rhétorique de gestion des risques auront pour effet de modifier le rôle traditionnellement octroyé aux agences publiques, ce qui se traduira par des transformations dans la façon dont seront désormais formulés les cibles et les objectifs de l'intervention clinique auprès des utilisateurs de drogue. Bien qu'il s'agisse d'une dimension moins explorée par les chercheurs, la dimension politique de l'intervention en toxicomanie comporte néanmoins des enjeux importants au niveau de la pratique.

Dans le cadre de son article, **Caroline Jeanmart** s'intéresse à l'impact du cadre normatif sur les pratiques des intervenants.

Plus précisément, elle propose d'analyser l'impact de la réglementation concernant la délivrance et la prescription de produits de substitution sur les pratiques des médecins généralistes belges. À travers une recherche qualitative qui combine à la fois des entrevues individuelles et des entrevues de groupe auprès de médecins, elle en arrive à démontrer comment les politiques publiques peuvent limiter la marge de manœuvre des professionnels de l'intervention. L'instauration de règles pour encadrer les pratiques des intervenants pourrait ainsi se traduire par la mise en place d'un système de contraintes venant limiter l'autonomie des intervenants, pouvant même constituer dans certains cas un frein à la pratique. On constate ainsi que la résistance de certains médecins ne proviendrait pas tant de leur réticence à propos du recours aux produits de substitution, mais bien des contrôles instaurés par les agences gouvernementales. Les résultats de cette recherche soulignent alors que les pratiques d'intervention auprès des toxicomanes doivent être analysées en prenant en compte à la fois les facteurs individuels et les facteurs structurels.

Les enjeux politiques de l'intervention sont particulièrement frappants lorsqu'on s'attarde aux différentes stratégies qu'on regroupe sous le vocable de réduction des méfaits. Ces enjeux sont apparus de façon plus évidente autour de l'ouverture en 2003 d'Insite, le premier site d'injection supervisée au Canada. Il s'agit en fait du seul endroit en Amérique du Nord où des personnes toxicomanes peuvent se présenter en possession de leur drogue afin de pouvoir s'injecter dans un contexte sécuritaire et sous surveillance médicale. Or, l'implantation de ce site a suscité un débat houleux quant à la légitimité politique et éthique de ce type de pratique. Dans le cadre de son article, **François Gagnon** présente les résultats d'une analyse discursive des énoncés produits autour de l'implantation et du fonctionnement d'Insite à titre de technologie gouvernementale particulière. Optant pour une perspective foucauldienne, l'auteur

démontre comment différentes logiques ont été problématisées autour de l'implantation de cette stratégie particulière de gestion des drogues. Il explore entre autres comment la logique propre à la réduction des méfaits (soit la logique de périllisation) aurait permis de renforcer les logiques prohibitionniste et thérapeutique pourtant considérées comme concurrentes. Cette contribution permet dès lors de mettre en évidence les enjeux politiques et normatifs qui sont appelés à mettre en forme les stratégies de prise en charge des individus toxicomanes.

Bibliographie

- Brisson, P. (2000). «Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle». [In P. Brisson (Éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie. Volume III*] Montréal : Gaëtan Morin, p. 3-44.
- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg, 300 p.
- Cormier, D. (1989). *Alcoolisme. Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Éditions du Méridien, 178 p.
- Cormier, D. (1988). «Une perception de la toxicomanie comme problème multivarié». [In P. Brisson (Éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie*] Chicoutimi : Gaëtan Morin Éditeur, p. 171-183.
- Cormier, D. (1984a). *Toxicomanies : styles de vie*. Chicoutimi : Gaëtan Morin Éditeur, 175 p.
- Cormier, D. (1984b). «Un point de vue global de la réadaptation de l'alcoolique : l'approche systémique». Conférence présentée au 13^e colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec. Montréal, Québec.
- Dole, V.P. et Nyswander, M.E. (1967). «Heroin Addiction – A Metabolic Disease». *Archives of Internal Medicine*. 120, p. 19-24.

- Mercier, C. (1988). «L'approche psychosociale dans le traitement de la toxicomanie». [In P. Brisson (Éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie*] Chicoutimi : Gaëtan Morin Éditeur, p. 367-383.
- Mercier, C. (1985). «L'approche psychosociale : à la recherche de la version québécoise». Conférence présentée au 14^e colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec. Manoir du Lac Delage, Québec.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. An Unconventional View*. San Francisco : Jossey-Bass, 224 p.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal : Faculté de l'Éducation Permanente. Université de Montréal, 59 p.
- Peele, S. et Brodsky, A. (1975). *Love and Addiction*. New York : Taplinger. 309 p.
- Quirion, B. (2006). «Les programmes de substitution au Canada : entre médicalisation et réduction des méfaits». [In C. Figiel et J.P. Jacques (Éds) : *Drogues et substitution. Retour à une clinique du sujet*] Bruxelles : De Boeck Université, p. 365-380.
- Sellman, D. (2009). «The 10 Most Important Things Known About Addiction». *Addiction*. 105 (1), p. 6-13.
- Yvorel, J.J. (1992). *Les poisons de l'esprit. Drogues et Drogués au XIX^e siècle*. Paris : Quai Voltaire [s. p.].
- Zafropoulos, M. et Delrieu, A. (1996). *Le toxicomane n'existe pas*. Paris : Anthropos-Economica, 234 p.

Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention

Didier Jutras-Aswad, M.D., M. Sc.

Fellow

Département de psychiatrie
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)
Professeur adjoint de clinique
Département de psychiatrie
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Julie Bruneau, M.D., M. Sc.

Professeure agrégée

Département de médecine familiale
Université de Montréal, Montréal (Canada)

Yasmin L. Hurd, Ph. D.

Professeure

Département de psychiatrie
Département de pharmacologie et systèmes thérapeutiques
Département de neuroscience
Mount Sinai School of Medicine, New York (États-Unis)

Correspondance

Didier Jutras-Aswad, M.D., M.Sc.

Mount Sinai School of Medicine

One Gustave L. Levy Place, Box 1603

New York NY 10029

Téléphone : 212-241-9976

Courriel : Didier.Jutras-Aswad@mssm.edu

Résumé

Pendant longtemps, la toxicomanie a été associée sur le plan neurobiologique à la modulation à court terme de différents systèmes de neurotransmission. Les stratégies de traitement ciblaient conséquemment les récepteurs auxquels se lie directement la substance étant source d'abus. Ces approches ont contribué à améliorer le soulagement des symptômes d'intoxication et de sevrage, tout en favorisant l'accès à des services psychosociaux adaptés. Toutefois, les données soulignent, chez certains sous-groupes d'individus, l'efficacité parfois mitigée de ces interventions visant à diminuer de façon soutenue la consommation et les symptômes associés à la toxicomanie, particulièrement le *craving*. Les avancées récentes en neurosciences ont permis de mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques expliquant la vulnérabilité à la rechute. D'une conception essentiellement dopaminergique et striatale, les théories biologiques de la toxicomanie intègrent maintenant la contribution des systèmes glutamatergique, opioïde et endocannabinoïde, de même que l'interaction entre ces différentes composantes au sein des structures corticales et sous-corticales. L'intérêt semble avoir migré des phénomènes neurobiologiques à court terme vers la modulation prolongée du fonctionnement des structures en jeu dans la toxicomanie. Ce changement de paradigmes a mené à l'émergence de plusieurs stratégies thérapeutiques visant à diminuer les risques de rechute en modulant de façon plus spécifique les circuits neuronaux dont le fonctionnement est altéré par la prise chronique de substances. Les systèmes endocannabinoïde et glutamatergique, notamment, apparaissent comme une cible de choix pour le traitement du *craving* et la prévention de la rechute. Le présent article a pour objectif de résumer certains des plus récents courants en matière de conceptualisation neurobiologique de la toxicomanie de même que les nouvelles pistes de traitement en découlant.

Mots-clés : Toxicomanie, *craving*, système endocannabinoïde, rechute, neurobiologie de la toxicomanie, glutamate

The neurobiology of drug addiction: Recent advances and new intervention strategies

Abstract

For years, the neurobiology of drug addiction was characterized by the short-term modulation of different neurotransmission systems, therapeutic strategies directly targeting the receptors that are bound by substances. These approaches have helped to improve the treatment of drug intoxication and withdrawal, while promoting access to a broad array of psychosocial services. However, the data highlight the mixed effectiveness of these interventions to induce a sustained decrease in consumption and other symptoms of addiction, especially craving, among subgroups of individuals. Recent advances in neuroscience have led to a growing understanding of the neurobiological mechanisms underlying the vulnerability to relapse and other behaviors associated with addiction. The primarily dopaminergic and striatal hypothesis of these phenomena has been replaced by a theory incorporating the contribution of the glutamatergic, endocannabinoid and opioid systems, as well as the interaction between these various components within cortical and sub-cortical structures. The focus has moved from the short-term neurobiological changes to the long-lasting modulation of the structures involved in addiction. This paradigm shift led to the emergence of several therapeutic strategies that aim at reducing the risk of relapse by modulating specific neural circuits whose functions are altered by chronic substance use. The endocannabinoid and glutamate systems, in particular, are promising targets for the treatment of craving and relapse. This article aims to summarize some of the latest trends in the neurobiology of addiction as well as new avenues of treatment.

Keywords: *Addiction, craving, endocannabinoid system, relapse, neurobiology of addiction, glutamate*

Neurobiología de la toxicomanía: progresos recientes y nuevas estrategias de intervención

Resumen

Durante mucho tiempo la toxicomanía estuvo asociada en el plano neurobiológico con la modulación a corto plazo de diferentes sistemas de neurotransmisión. Las estrategias de tratamiento apuntaban, por consiguiente, a los receptores que se vinculan directamente con la sustancia que es el origen del abuso. Estos enfoques contribuyeron a mejorar el alivio de los síntomas de intoxicación y abstinencia, favoreciendo al mismo tiempo el acceso a servicios psicosociales adaptados. Sin embargo, en ciertos grupos de individuos, los datos destacan la eficacia a veces mitigada de estas intervenciones destinadas a disminuir de manera continua el consumo y los síntomas relacionados con la toxicomanía, particularmente el craving. Los recientes progresos de la neurociencia permitieron comprender mejor los mecanismos neurobiológicos que explican la vulnerabilidad ante la recaída. De concepción esencialmente dopaminérgica y estratinal, las teorías biológicas de la toxicomanía integran ahora la contribución de los sistemas glutamatérgico, opiáceo y endocanabinoide, así como la interacción entre estos diferentes componentes dentro de las estructuras corticales y subcorticales. El interés parece haberse desplazado de los fenómenos neurobiológicos de corto plazo hacia la modulación prolongada del funcionamiento de las estructuras que están en juego en la toxicomanía. Este cambio de paradigmas condujo al surgimiento de numerosas estrategias terapéuticas destinadas a disminuir los riesgos de recaída al modular más específicamente los circuitos neuronales cuyo funcionamiento está alterado por el consumo crónico de drogas. Los sistemas endocanabinoide y glutamatérgico, principalmente, aparecen como un objetivo a privilegiar para el

tratamiento del craving y la prevención de la recaída. El presente artículo está destinado a resumir algunas de las más recientes corrientes en materia de conceptualización neurobiológica de la toxicomanía y las nuevas vías de tratamiento a las que dichas corrientes dan origen.

Palabras clave : *Toxicomanía, craving, sistema endocanabinoide, recaída, neurobiología de la toxicomanía, glutamato*

Remerciements

La préparation de cet article a été soutenue par une bourse de la Fondation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (DJA).

Déclaration des conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Introduction

Malgré l'ampleur des problèmes liés à la consommation de substances licites et illicites (UNODC, 2008), les processus neurobiologiques en cause dans le phénomène de la toxicomanie ne sont encore que partiellement compris. La neuroimagerie et le développement récent des technologies liées à la génétique, entre autres, ont toutefois permis des progrès majeurs dans l'étude des neurosciences. D'une conception essentiellement dopaminergique et striatale, les théories biologiques de la toxicomanie intègrent maintenant la contribution des systèmes glutamatergique, opioïde et endocannabinoïde, de même que l'interaction entre ces différentes composantes au sein du striatum et des structures mésocorticolimbiques. Ce changement de paradigme a mené à l'émergence de plusieurs stratégies thérapeutiques visant la réduction du risque de rechute en modulant de façon plus spécifique le fonctionnement de ces structures corticales et sous-corticales.

Nous tenterons ici de décrire les stratégies pharmacologiques actuellement utilisées dans le traitement médical de la toxicomanie. Nous soulignerons les domaines où ces traitements se sont avérés efficaces, mais aussi leurs lacunes et faiblesses. L'illustration des mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la rechute apparaît comme une méthode intéressante pour explorer les avenues thérapeutiques possibles, tout en reconnaissant les limites des connaissances actuelles. Nous nous attarderons à

la vulnérabilité des utilisateurs de drogues face à la rechute, au cours de la période suivant l'arrêt de la consommation. Cette période post-sevrage est maintenant identifiée comme une phase importante du cycle de la toxicomanie. Bien que les données présentées ici s'inscrivent dans le courant médical du traitement de la toxicomanie, il s'agit de la description d'un modèle intégrant d'autres conceptualisations existantes. Loin d'alimenter l'historique dichotomie entre les processus psychologiques, environnementaux et neurobiologiques en cause dans le phénomène de la dépendance aux drogues, nous soulignerons l'importance relative de chacune de ces composantes et leur interaction, faisant ainsi foi d'un processus complexe, plutôt que de composantes parallèles et simplifiées.

Traitements actuels

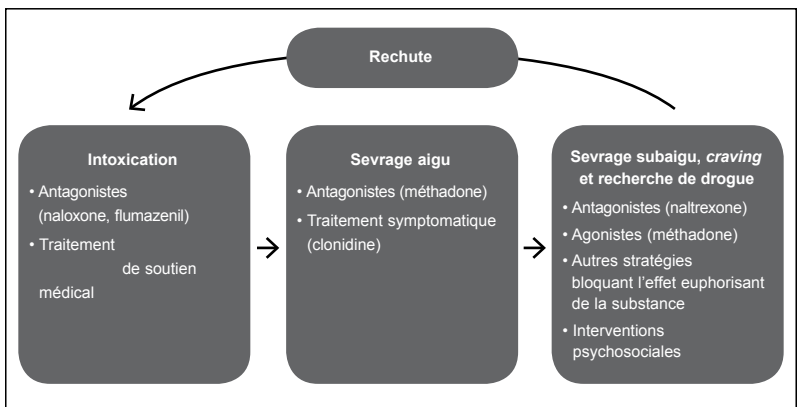
L'effet des drogues est en grande partie expliqué par leur capacité à passer la barrière hémato-encéphalique et à se lier à différents récepteurs neuronaux, entraînant une cascade de modifications de la neurotransmission cérébrale et du fonctionnement cellulaire. À court terme, cette propriété peut expliquer les symptômes d'intoxication lorsque la substance est consommée en quantité importante. Par exemple, l'héroïne et les autres opioïdes se lient aux récepteurs opioïdes de type mu, kappa et delta au sein du cortex, du système limbique et des ganglions de la base pour entraîner analgésie, sédation et euphorie. Le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), la substance psychoactive contenue dans le cannabis, se lie aux récepteurs cannabinoïdes de type (CB1) dans le cortex, le système limbique, le cervelet et les ganglions de la base pour provoquer désinhibition, analgésie et euphorie. Les amphétamines agissent sur la neurotransmission noradrénergique et augmentent la transmission dopaminergique par l'inhibition de la recapture de la dopamine dans la fente synaptique de même que par une augmentation de la libération

de dopamine, causant ainsi de l'euphorie, une diminution de la fatigue et une augmentation de la vigilance et de la tension artérielle (Feltenstein et See, 2008).

Dans le contexte d'une prise de drogue de façon répétitive, il peut apparaître une consommation dite pathologique. Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 2000), un diagnostic d'abus est différencié d'une utilisation non pathologique s'il y a la présence d'un mode répétitif de consommation menant à des problèmes sur les plans social, interpersonnel, physique ou légal. Quant à la dépendance, elle est caractérisée non seulement par des conséquences négatives sur le fonctionnement social et la santé, mais aussi par des changements physiologiques (tolérance et sevrage) et des comportements témoignant d'une perte de contrôle sur l'utilisation de la drogue. La toxicomanie est ainsi caractérisée par l'utilisation compulsive et non contrôlée de substances ainsi que par des épisodes répétés d'intoxications, d'arrêts plus ou moins prolongés de consommation et de rechutes. Des interventions adaptées sont nécessaires pour chacune de ces conditions (Figure 1). Les épisodes d'intoxication sont en général traités efficacement par un soutien médical standard (sécurisation des voies respiratoires, surveillance des fonctions cardiaque et hépatique, hémodialyse) (Kleber et coll., 2007). Dans les cas les plus sévères, des interventions pharmacologiques spécifiques peuvent être nécessaires, les molécules utilisées entrant en compétition avec la drogue pour se lier aux récepteurs par lesquels s'exercent les effets toxiques de la substance (effet antagoniste). La naloxone, un antagoniste des récepteurs opioïdes qui reverse les symptômes d'intoxication à l'héroïne ou aux opiacés (Galanter et Kleber, 2008), et le flumazenil, un antagoniste puissant des récepteurs GABA utilisé pour l'intoxication aux benzodiazépines (Kleber et coll., 2007), sont les deux antagonistes les plus largement utilisés en situation d'urgence. Après quelques heures d'abstinence peut se développer un syndrome de sevrage, caractérisé par des symptômes physiques et psychologiques souvent intolérables qui

contribuent à la difficulté de rester abstinent à court terme. Dans les cas plus sévères, les symptômes peuvent être soulagés par la prise d'une médication qui remplace l'effet pharmacodynamique de la substance sevrée. Deux stratégies pharmacologiques souvent adoptées pour le soulagement des symptômes de sevrage sont les benzodiazépines pour le sevrage à l'alcool et la méthadone pour le syndrome de retrait aux opioïdes, en particulier à l'héroïne (Amato et coll., 2005 ; Kleber et coll., 2007 ; Ntais et coll., 2005). Tant les services internes qu'externes sont couramment utilisés pour le traitement des cas graves de sevrage aigu nécessitant une désintoxication. Bien qu'étant nécessaire chez certains patients présentant des risques de complications médicales, la désintoxication est rarement suffisante en soi pour permettre une rémission prolongée ou une diminution soutenue de la consommation (Mattick et Hall, 1996 ; Gossop et coll., 2002).

Figure 1 : Différentes phases du cycle de la toxicomanie et quelques exemples d'interventions associées



Lorsque l'utilisateur de drogues ou d'alcool parvient à maintenir son abstinence pendant une période prolongée, le sevrage aigu fait place à une longue période de symptômes subaigus, caractérisée par un sevrage à bas bruit, une adaptation difficile à une vie sans substance et un réseau social

appauvri, ainsi qu'à des épisodes récurrents de désir intense de consommer et d'intolérance au stress. Ces facteurs augmentent la susceptibilité à la rechute et la période de sevrage subaigu apparaît donc comme un moment où les interventions thérapeutiques peuvent avoir un impact significatif sur l'évolution à long terme de la toxicomanie.

Stimulation directe des récepteurs : agonisme

Une des stratégies thérapeutiques couramment utilisées dans le traitement de la toxicomanie consiste à stimuler directement les récepteurs ciblés par la substance qui est source de dépendance, et d'administrer cette médication de façon plus ou moins prolongée (traitement de substitution). Sur le plan théorique, cette stratégie permet de soulager les symptômes de sevrage et de bloquer l'effet pharmacologique des drogues d'abus, tout en contrôlant le mode d'administration et le dosage de la médication utilisée. De plus, ce type de traitement implique pour le patient des contacts réguliers avec les services de santé, qui peuvent mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques complémentaires, notamment sur le plan psychosocial, et un suivi des comorbidités physiques et psychologiques.

Utilisée couramment depuis plus de 40 ans pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, la méthadone est un agoniste complet des récepteurs opioïdes de type mu (ROM) qui sont ciblés par les opioïdes comme l'héroïne (Dole et Nyswander, 1965). La demi-vie de la méthadone (environ 24 heures) et son absorption gastro-intestinale permet un dosage quotidien par voie orale (Garrido et Troconiz, 1999 ; Eap et coll., 2002). En se liant aux ROM, la méthadone soulage les symptômes de sevrage (Amato et coll., 2005). Plusieurs études ont aussi démontré que le traitement de substitution à long terme avec la méthadone diminue le risque d'infections transmissibles par le sang (par

ex. : le virus de l'immunodéficience humaine-VIH) lié à la consommation de drogues intraveineuses (Lott et coll., 2006; Millson et coll., 2007). Ce traitement est associé à une diminution de la consommation (Mattick et coll., 2003), de la criminalité (Johansson et coll., 2007) et de la mortalité (Gibson et coll., 2008). Malheureusement, le suivi avec les services de santé est souvent conditionnel à la prescription de méthadone. Or, même quand les modes de prescriptions de méthadone sont optimisés (dosage élevé et flexible), 40 % des patients maintenus sous méthadone abandonnent leur traitement de substitution dans la première année de suivi, le taux d'abandons dépassant 50 % lorsque des dosages sous-optimaux sont utilisés (Bao et coll., 2009). Parmi les hypothèses soulevées pour expliquer ces taux de rétention relativement faibles, notons que les individus dépendants à l'héroïne continuent sous méthadone d'éprouver un désir intense de consommer (aussi appelé *craving*) lorsqu'ils sont exposés à des stimuli liés à la consommation ou au stress (Ilgen et coll., 2008; Langleben et coll., 2008). Des interventions qui ciblent ces symptômes résiduels (recherche de drogue, désir de consommer) pourraient permettre d'optimiser l'efficacité des programmes de maintien sous méthadone. Par ailleurs, la méthadone est associée à des effets secondaires parfois intolérables (constipation, dysphorie) et plus rarement létaux (dépression respiratoire, arythmie cardiaque). L'index thérapeutique de la méthadone est étroit, et les risques de surdoses mortelles sont particulièrement élevés chez les usagers naïfs (Eap et coll., 2002). Ceci est particulièrement inquiétant, surtout que la diversion de la méthadone à des fins d'usage illicite est un problème récurrent dans plusieurs groupes d'utilisateurs (Roche et coll., 2008; Hopwood et coll., 2003; Waldvogel et coll., 2005).

La buprénorphine, un agoniste partiel des récepteurs opioïdes de type mu qui agit également sur les récepteurs kappa, delta et ORL-1 (opiate receptor-like 1) (Lutfy et Cowan, 2004), semblait pouvoir répondre, du moins sur le plan théorique, aux

dangers et limites inhérents à la prescription de méthadone. En effet, les risques de surdosage et de diversion sont théoriquement moindres, particulièrement dans le cas de la Suboxone, une formulation combinant la buprénorphine avec de la naloxone, laquelle vient bloquer la stimulation des récepteurs opioïdes en cas de prise parentérale ou de rechute à l'héroïne (Walsh et Eissenberg, 2003 ; Simojoki et coll., 2008). La longue demi-vie de la buprénorphine (Elkader et Sproule, 2005) permet son administration trois fois par semaine, ce qui peut faciliter l'adhérence au traitement. Ces caractéristiques font de la buprénorphine une stratégie prometteuse du traitement de la dépendance aux opioïdes. Des études récentes soutiennent d'ailleurs l'efficacité de la buprénorphine, l'associant à une diminution de la prise d'opioïdes (Connock et coll., 2007 ; Magura et coll., 2007). Toutefois, cette médication possède une puissance pharmacologique limitée par rapport à la méthadone et n'est pas supérieure quant à son efficacité pour diminuer le risque de rechute et assurer la rétention en traitement (Mattick et coll., 2008). Parmi les limites que pose l'utilisation de la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, notons que son administration est problématique chez les patients dépendants qui nécessitent une analgésie avec un narcotique et le risque de diversion s'est avéré significatif dans certaines études (Winstock et coll., 2008).

L'utilisation de morphine à libération lente s'est aussi avérée efficace et bien tolérée pour le traitement de la dépendance aux opioïdes (Eder et coll., 2005 ; Kraigher et coll., 2005 ; Mitchell et coll., 2004). Cette approche semble particulièrement utile comme alternative thérapeutique pour traiter les patients qui présentent des effets secondaires ou des symptômes résiduels de sevrage malgré la prise de méthadone (Kastelic et coll., 2008). Par ailleurs, le traitement de substitution dans les programmes utilisant l'héroïne est offert dans plusieurs pays et continue d'être une source de controverse (Gartry et coll., 2009), malgré les résultats

généralement positifs des études randomisées et observationnelles (Dijkgraaf et coll., 2005 ; Haasen et coll., 2007 ; Symington, 2008 ; van den Brink et coll., 2003). Ces données suggèrent que cette approche pourrait être utile pour un sous-groupe de patients qui ne répondent pas aux traitements conventionnels.

La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) est couramment utilisée afin de traiter la dépendance à la nicotine et s'est avérée efficace pour traiter les symptômes de sevrage et augmenter le taux d'arrêt du tabagisme. L'effet de la TRN est toutefois mitigé sur le *craving* et l'effet hédonique de la cigarette (Shiffman et coll., 2006 ; Waters et coll., 2004), et les taux de rechute demeurent à près de 80 % après 12 mois de traitement (Stead et coll., 2008). Quant à la varénicline, elle s'avère une alternative valable à la TRN, mais est associée à des effets secondaires importants et à des taux de rechute significatifs (Cahill et coll., 2008). Les tentatives de développement d'une stratégie similaire pour la dépendance à la cocaïne à l'aide de stimulants sont décevantes dans l'ensemble et les études rapportent des taux de rechute élevés et une persistance de la consommation (Castells et coll., 2007). Les données sur la thérapie de remplacement pour la dépendance aux amphétamines et au cannabis demeurent limitées, quoique certains résultats encourageants aient été rapportés (Elkashef et coll., 2008 ; Tiihonen et coll., 2007 ; Levin et Kleber, 2008).

Blocage de la stimulation des récepteurs : antagonisme

Une alternative thérapeutique consiste à administrer une substance antagoniste, qui bloque les récepteurs ciblés par la drogue d'abus sans les activer, et par conséquent inhibe l'effet euphorisant. La naltrexone est un exemple bien connu d'antagoniste spécifique et est utilisée dans le traitement de la dépendance à l'héroïne. Malgré un intérêt théorique, le succès de cette

avenue thérapeutique s'est avéré mitigé dans les essais cliniques. En effet, bien que la naltrexone puisse dans une certaine mesure diminuer la consommation d'héroïne, la rétention des sujets en traitement est problématique (Johansson et coll., 2006 ; Minozzi et coll., 2006). La naltrexone peut donc être un adjuvant thérapeutique intéressant pour des sujets hautement motivés chez qui l'abstinence totale procure des bénéfices intéressants, ce qui est notamment le cas de certains professionnels de la santé et des affaires ou d'individus sous probation (Ling et Wesson, 1984 ; O'Brien et Cornish, 2006 ; Roth et coll., 1997 ; Washton et coll., 1984). La version «dépôt» à effet prolongé pourrait partiellement répondre à la problématique de non-adhérence au traitement, mais la littérature demeure encore limitée à cet égard (Lobmaier et coll., 2008). Les individus traités avec la naltrexone demeurent aussi vulnérables au *craving* engendré par le stress et les stimuli associés à la drogue, ce qui pourrait être un des mécanismes à l'origine des taux élevés de non-adhérence thérapeutique (Hyman et coll., 2007).

Des études ont démontré l'efficacité de la mécamylamine, un antagoniste non compétitif des récepteurs de l'acétylcholine nicotinique, en combinaison avec la TRN pour le traitement du tabagisme. Cette médication diminue les effets renforçateurs de la nicotine alors que la TRN réduit les symptômes de sevrage (Lancaster et Stead, 2000 ; Galanter et Kleber, 2008). Des essais thérapeutiques ont aussi été menés pour identifier des molécules pouvant bloquer les effets de la cocaïne, soit en bloquant les sites de liaison au transporteur de la dopamine (c.-à-d. mazindole) ou en bloquant les récepteurs dopaminergiques (c.-à-d. ecopipam, antipsychotiques). Dans ces deux cas, les résultats se sont montrés décevants en matière de traitement de la dépendance à la cocaïne, tant pour diminuer de façon soutenue le *craving* que l'utilisation de cette substance (Margolin et coll., 1995 ; Stine et coll., 1995 ; Amato et coll., 2007 ; Haney et coll., 2001).

Blocage de l'effet euphorisant des substances

D'autres stratégies, définies comme aversives, ont été employées pour décourager l'individu dépendant de consommer, la molécule la plus connue dans cette catégorie étant le disulfiram. En inhibant de façon irréversible l'aldéhyde déshydrogénase, qui assure la transformation d'acétaldéhyde en acétate pouvant être éliminé par l'organisme, le disulfiram entraîne l'accumulation d'acétaldéhyde. Cette accumulation cause une pléiade de symptômes désagréables chez le patient qui consommerait de l'alcool tout en prenant du disulfiram (Galanter et Kleber, 2008). Bien que cette médication soit utile chez certains patients hautement motivés, l'adhérence au traitement est faible, nécessitant la supervision de l'administration ou entraînant tout simplement l'arrêt du traitement. Certains auteurs suggèrent que la combinaison avec d'autres traitements ciblant le *craving* pourrait permettre de maximiser le potentiel du disulfiram dans le traitement de l'alcoolisme (Suh et coll., 2006).

Les développements récents en immunologie, conjugués au manque de traitement pour la dépendance à certaines drogues comme la cocaïne et le PCP, ont mené au développement de stratégies ciblant l'intervention du système immunitaire contre la substance source d'abus, notamment par la fabrication d'anticorps se liant à la substance pour empêcher qu'elle ne passe la barrière hémato-encéphalique et qu'elle exerce ses effets (Orson et coll., 2008 ; Kinsey et coll., 2009). L'évaluation de cette avenue thérapeutique en est à ses débuts et il reste à prouver qu'elle s'avérera efficace pour traiter la toxicomanie.

Résumé et lacunes des traitements actuels

Pendant longtemps, la toxicomanie s'est résumée sur le plan neurobiologique à une sur ou sous-stimulation du fonctionnement des récepteurs auxquels se lie la substance abusée (p. ex. : opioïdes, cannabinoïdes). Il n'est donc pas étonnant de constater

que les stratégies thérapeutiques se soient généralement limitées à cibler ces récepteurs. Ces approches ont contribué à soulager les symptômes de sevrage et à favoriser l'accès à des services psychosociaux adaptés. Toutefois, si pour un grand nombre d'individus les stratégies actuelles sont efficaces, les données soulignent, chez certains sous-groupes, leur efficacité mitigée à engendrer une diminution soutenue de la consommation et des symptômes associés à la toxicomanie, particulièrement le *craving* (Tableau 1). Il est possible que la description incomplète des phénomènes neurobiologiques en jeu puisse expliquer la difficulté que représente le traitement de certains symptômes et comportements qui sont au cœur même de la toxicomanie, comme la vulnérabilité prolongée à la rechute. Une meilleure compréhension de ces phénomènes a permis d'en dévoiler toute la complexité, tout en laissant émerger une multitude de nouvelles avenues thérapeutiques qui, bien qu'elles n'en soient qu'à leurs premiers pas, semblent fort prometteuses.

Tableau 1 : Principaux avantages et limites des médicaments couramment utilisés dans le traitement de la dépendance aux substances (liste non exhaustive)

Médicaments	Avantages	Limites
Dépendance aux opioïdes		
Buprenorphine	Diminution des symptômes de sevrage Amélioration du fonctionnement psychosocial Diminution de la mortalité Diminution du risque d'infection transmissible par le sang (VIH) Diminution de l'utilisation d'opioïdes	Puissance pharmacologique limitée Risque de diversion de la médication Rétention en traitement mitigée Effet sur le <i>craving</i> peu étudié
Méthadone	Diminution des symptômes de sevrage Amélioration du fonctionnement psychosocial Diminution de la mortalité Diminution du risque d'infections transmissibles par le sang (VIH) Diminution de la criminalité Diminution de l'utilisation d'opioïdes Facilitation de l'accès aux interventions psychosociales	Persistance du <i>craving</i> Risque de diversion de la médication Rétention en traitement mitigée Risque de surdose mortelle Effets secondaires parfois intolérables
Naltrexone	Diminution de l'utilisation d'opioïdes Risque minimal de diversion et/ou d'intoxication	Persistance du <i>craving</i> Rétention en traitement faible Persistance de symptômes de sevrage
Dépendance à la nicotine		
Bupropion	Augmentation de la cessation du tabagisme Diminution du gain de poids associé à l'arrêt du tabagisme	Persistance de la vulnérabilité au <i>craving</i>

Les nouvelles tendances de l'intervention en dépendance (Partie 1)

Thérapie de remplacement par la nicotine	Diminution des symptômes de sevrage Diminution de l'utilisation de la cigarette Augmentation de la cessation du tabagisme	Persistance du <i>craving</i> et de l'effet hédonique de la nicotine Risque de rechute élevé
Varenicline	Augmentation de la cessation du tabagisme	Risque de rechute significatif Effets secondaires parfois intolérables Efficacité limitée pour diminuer le <i>craving</i>
Dépendance à l'alcool		
Acamprosate	Augmentation de l'abstinence Diminution de la sévérité de la rechute	Persistance du <i>craving</i> Effet mitigé sur l'ensemble des mesures de consommation
Disulfiram	Diminution de l'utilisation d'alcool	Persistance du <i>craving</i> Rétention en traitement faible Risque de rechute élevé
Naltrexone	Diminution du <i>craving</i> et de l'effet hédonique de l'alcool Augmentation de l'abstinence Diminution de la consommation sévère d'alcool Diminution de la sévérité de rechute	Rétention en traitement mitigée

Suite du tableau 1

Évolution des neurosciences de la toxicomanie et des stratégies thérapeutiques associées

La dépendance à une substance est associée aux phénomènes de tolérance et de sevrage ainsi qu'à l'apparition de comportements nouveaux liés à la prise de drogue (APA, 2000). Ces comportements témoignent de la saillance particulière de la drogue par rapport aux stimuli naturels tels la nourriture, la sexualité et les rapports sociaux. La toxicomanie et les comportements de recherche de drogues qui suivent l'exposition répétée à une substance sont le résultat d'une interaction complexe qui survient entre des caractéristiques prémorbides et des modifications de la fonction neuronale. L'impact de cette interaction semble aller bien au-delà des modulations aiguës engendrées par l'utilisation ponctuelle d'une substance.

Dopamine et consommation compulsive de drogues

Un des facteurs communs aux substances qui peuvent engendrer une dépendance est le fait d'avoir des propriétés hédoniques. Cette caractéristique serait étroitement liée à la relâche de dopamine (DA) au sein des voies mésocorticolimbiques, lesquelles proviennent de l'aire tegmentale ventrale (ATV) et projettent au noyau accumbens (NAc), au cortex préfrontal (CPF) et à l'amygdale (Pierce et Kumaresan, 2006 ; Volkow et coll., 2009). Les propriétés hédoniques transitoires des substances ont longtemps été considérées comme l'élément central de la dépendance aux drogues. Bien qu'importante, particulièrement afin de favoriser la consommation récréative de substances, cette caractéristique peut difficilement expliquer l'ensemble des changements comportementaux associés à la toxicomanie, qui continuent d'être exprimés au-delà de l'effet transitoire des drogues. Des modifications profondes et durables du système

dopaminergique semblent s'opérer, et la seule restauration des niveaux de dopamine ne semble d'ailleurs pas suffisante, tout comme les thérapies de substitution, pour pallier ces processus (Elkashaf et coll., 2008 ; Poling et coll., 2006 ; Elkashaf et coll., 2006).

Plusieurs études ont montré le rôle critique de la relâche de dopamine au sein du striatum et des structures mésocortico-limbiques dans l'apprentissage de nouveaux comportements (Wise, 2004). Les drogues ont les propriétés dopaminergiques nécessaires pour permettre l'acquisition de comportements qui engendrent la répétition de leur consommation, tout comme le font des stimuli tels que la nourriture et la sexualité (Schultz, 1998 ; 2001). Qui plus est, les substances provoquent une augmentation plus importante des niveaux de dopamine que ces stimuli biologiques, et contrairement à ces derniers, la libération de dopamine n'est pas soumise au phénomène d'habituation (Kalivas et O'Brien, 2008). Chaque exposition vient donc renforcer l'association entre prise de drogue et récompense, de même que consolider l'apprentissage des comportements permettant d'obtenir la substance en question. La relâche de dopamine vient également permettre d'associer certains stimuli à l'obtention de récompense initialement liée à la prise de drogue (Schultz, 1998).

Le développement accéléré des neurosciences a permis des progrès majeurs dans l'étude des mécanismes associés aux changements de comportements persistants liés à la toxicomanie. Il est maintenant établi qu'une exposition chronique à une drogue a des conséquences neurobiologiques plus complexes que la simple stimulation passagère des récepteurs dopaminergiques. Nous avons déjà mentionné que toute drogue a la capacité de se lier à des récepteurs particuliers pour avoir à court terme des effets psychologiques et physiques spécifiques. Or, l'activation de tels récepteurs serait aussi à l'origine de la modulation de différents systèmes de signalisation intracellulaire régulant

l'expression des gènes. À titre d'exemple, la cascade de stimulations des récepteurs D1 provoque une augmentation de l'adénosine monophosphate cyclique (AMPC), de la protéine kinase A et de la protéine CREB (*cAMP Response Element Binding protein*). Cette augmentation vient influencer la transcription d'un ensemble de gènes suspectés d'avoir un rôle important dans la toxicomanie, tels que les gènes préprodynorphin, Homer et deltaFosB (Kalivas et O'Brien, 2008). DeltaFosB est la source de beaucoup d'intérêt puisque son expression est associée à une augmentation de l'effet renforçateur des drogues (Zachariou et coll., 2006 ; Kalivas et O'Brien, 2008 ; Nestler, 2008). Ce facteur de transcription est un candidat de choix pour expliquer le développement de la prise compulsive de drogues, d'autant plus que la neuroplasticité causée par d'autres gènes dont il module l'expression persisterait au-delà de sa propre dysrégulation (Norrholm et coll., 2003 ; Robinson et Kolb, 1999). L'expression de deltaFosB est modulée par plusieurs substances et pourrait donc avoir un rôle crucial dans les phénomènes neurobiologiques persistants en jeu dans la toxicomanie (Nestler, 2008). Pour l'instant, il n'y a pas d'inhibiteur de deltaFosB pouvant être administré chez l'humain, mais le développement d'une telle molécule apparaît comme particulièrement prometteur afin de cibler les processus neurobiologiques engendrés par l'exposition répétée à une substance et qui mènent à une perte de contrôle de la consommation. La perturbation prolongée des facteurs de transcription vient souligner toute l'importance des mécanismes épigénétiques, lesquels réfèrent à des processus qui provoquent des modifications de la fonction des gènes sans en modifier la séquence. La contribution de ces mécanismes aux modifications pathologiques prolongées survenant après la prise répétée de drogues est certainement trop complexe pour être entièrement résumée ici, mais elle a cependant fait l'objet de différentes revues de littérature (Renthal et Nestler, 2008). Par ailleurs, des facteurs qui influencent la croissance cellulaire, notamment le BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*), sont impliqués dans

plusieurs changements neurobiologiques et comportementaux associés à l'exposition aux drogues (Russo et coll., 2009). Le phénomène de sensibilisation aux effets comportementaux des drogues (Boileau et coll., 2006 ; Cornish et Kalivas, 2001), qui fait référence à l'augmentation progressive de la réponse comportementale (par exemple : augmentation de l'activité motrice chez l'animal ou psychomotrice chez l'humain) lors d'une exposition répétée à une drogue (particulièrement les stimulants), serait en effet en partie expliqué par la modulation du BDNF par les drogues (Russo et coll., 2009). Aussi, le BDNF est impliqué dans l'augmentation progressive des mesures de rechute dans les mois suivant le sevrage, phénomène nommé « incubation » (Lu et coll., 2004). Vu l'implication suggérée de l'incubation et de la sensibilisation comportementale aux drogues dans la toxicomanie, les facteurs de croissance neuronale pourraient donc aussi être ciblés afin de traiter cette problématique.

Rôle des projections glutamatergiques dans la rechute

Les phénomènes neurobiologiques décrits jusqu'ici permettent de comprendre certains des processus qui expliquent le passage d'une consommation sociale à une consommation compulsive de drogue. La stimulation des circuits dopaminergiques vient prendre en otage les structures en charge de la récompense, de la saillance motivationnelle et de l'apprentissage de nouveaux comportements. Comment peut-on expliquer que le cerveau ne met pas en place de processus qui permettraient d'inhiber cette tendance à consommer compulsivement la substance ? L'efficacité partielle des stratégies de restauration de la transmission dopaminergique pour prévenir la rechute vient suggérer que d'autres systèmes pourraient contribuer à ce phénomène. Des modèles animaux ont permis de jeter un nouvel éclairage et d'amener certaines pistes de réponses à cette question, notamment quant à la contribution de la neuroplasticité au

sein des circuits glutamatergiques pour expliquer les comportements de recherche de drogue qui persistent malgré une période soutenue d'abstinence (Kalivas et coll., 2009; LaLumiere et Kalivas, 2008). Le glutamate compte pour près de 70% de la neurotransmission cérébrale et des projections glutamatergiques sont retrouvées sur plusieurs composantes des circuits dopaminergiques en jeu dans la toxicomanie (ATV, NAc, CPF et amygdale). Cette localisation vient suggérer la pertinence de l'interaction entre glutamate et dopamine dans les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la dépendance aux drogues (Gass et Olive, 2008). Or, on a remarqué dans le NAc et le CPF, deux structures centrales dans la toxicomanie, une altération de la libération de glutamate, des récepteurs glutamatergiques et de la densité en épine dendritique à la suite d'une consommation répétée de substances (Kalivas et O'Brien, 2008; Gass et Olive, 2008). Aussi, la rechute provoquée par la drogue et les stimuli qui lui sont associés est liée à une augmentation des niveaux de glutamate dans le NAc, ce qui nécessite des projections glutamatergiques du CPF au corps du NAc (LaLumiere et Kalivas, 2008). Ces résultats ont contribué à l'élaboration d'un modèle de la toxicomanie caractérisé par la prise compulsive de drogue qui est expliquée par des processus dopaminergiques, auxquels succèdent, pendant l'abstinence, des comportements de recherche de drogue qui proviennent de processus largement glutamatergiques (Kalivas et O'Brien, 2008; Kalivas et coll., 2009; Knackstedt et Kalivas, 2009). Le lien entre les facteurs environnementaux à l'origine de la rechute et les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la dépendance aux drogues, bien qu'encore largement inexploré, semble vouloir être en voie d'être mieux caractérisé.

Tant les études cliniques que précliniques ont démontré que la rechute peut être causée par plusieurs facteurs, soit la prise de drogue, le stress ou l'exposition à des stimuli associés à la prise de drogue (Sinha, 2009; Aharonovich et coll., 2006; McKay

et coll., 1999). Le système glutamatergique semble crucial quant aux processus neurobiologiques qui expliquent ces phénomènes. Les modèles animaux ont permis d'identifier ces processus, en imitant de façon relativement fidèle le développement d'une toxicomanie chez l'humain (Haney et Spealman, 2008 ; Stewart, 2008). Dans un de ces paradigme, l'animal contrôle la prise de substance (en appuyant sur un levier, ce qui entraîne l'administration d'une dose de drogue) et peut donc être étudié pendant les différentes phases de la dépendance : l'acquisition, la prise continue de drogue, le sevrage, l'abstinence et la rechute. La rechute, décrite dans ce modèle comme l'expression de comportements de recherche de drogue malgré l'absence d'administration de drogue à la suite de la pression sur le levier, peut être évoquée en soumettant l'animal à une variété de stimuli pendant la période d'abstinence. Ce modèle a permis de mettre en évidence les circuits impliqués dans la rechute, qui se superposent en partie selon le stimulus en cause. La recherche de substance suivant l'exposition à une drogue implique l'innervation dopaminergique du cortex préfrontal médian (CPFm) et de la coquille du NAc en provenance de l'aire tegmentale ventrale (ATV), mais également les projections glutamatergiques du CPFm au NAc et à l'ATV. Quant à la rechute liée à des stimuli associés à la prise de drogue, tant les projections dopaminergiques de l'ATV à l'amygdale basolatérale (ABL), au CPFm et au cœur du NAc que l'innervation glutamatergique du CPF et de l'ABL au NAc, et du CPF à l'ATV, sont impliquées (Feltenstein et See, 2008 ; Stewart, 2008). Peu importe la substance abusée, les études animales et humaines ont montré que le stress est aussi un des facteurs impliqués dans la rechute (Sinha et Li, 2007), parfois davantage que la prise de drogue elle-même (Shaham et coll., 1997). L'innervation dopaminergique n'y jouerait qu'un rôle de modulation, l'apport de la noradrénaline et de la corticolibérine au sein des projections du CPFm au corps du NAc via le noyau central de l'amygdale et le noyau latéral de la strie terminale étant plus central (Feltenstein et See, 2008).

La rechute semble donc modulée par des mécanismes glutamatergiques, particulièrement dans le contexte d'exposition à des stimuli associés à la substance. Peter Kalivas et son groupe ont même suggéré que les projections glutamatergiques corticostriatales seraient en quelque sorte la voie finale commune nécessaire dans le phénomène de la rechute, pouvant être la cible de nouvelles interventions dans le traitement de la toxicomanie (Kalivas et coll., 2009).

Craving : paradigme et application thérapeutique

Bien que les modèles animaux aient contribué significativement à préciser les processus neurobiologiques qui jouent un rôle dans la dépendance aux drogues, plus particulièrement la rechute, il n'en demeure pas moins que le développement de modèle permettant d'étudier ce phénomène chez l'humain demeure essentiel afin de valider les théories développées chez l'animal et d'évaluer de potentiels traitements ciblant, par exemple, le système glutamatergique. Phénomène bien connu en clinique, le *craving* a également été étudié systématiquement dans le milieu de la recherche. Tiffany et ses collaborateurs ont notamment contribué au développement d'échelles permettant de mesurer le désir de consommer, offrant ainsi un outil de recherche standardisé qui peut être plus aisément disséminé (Tiffany et coll., 1993). Or, la validité écologique de l'administration aléatoire de cet outil est limitée dans la plupart des situations expérimentales si le sujet n'est pas exposé à une situation susceptible de provoquer un épisode de *craving*. Le développement de paradigmes utilisant l'exposition à des contextes qui engendrent le *craving* a permis de confirmer la validité de ce phénomène sur le plan conceptuel. En effet, une variété de stimuli causent des symptômes physiques et psychologiques de façon constante et relativement prévisible (Carter et Tiffany, 1999). Bien que ce sujet dépasse nettement le cadre de cet article, certains groupes ont développé différents paradigmes qui utilisent notamment l'imagerie (Sinha, 2009)

et la vidéo (Childress et coll., 1999) afin de provoquer le *craving*. Ainsi, les sujets sont exposés dans un environnement contrôlé à des scénarios, des images ou des vidéos étant source de stress ou qui rappellent la consommation de substance. Il est alors possible d'évaluer l'intensité du *craving* avant et après l'exposition aux stimuli, et de déterminer l'impact d'interventions spécifiques administrées à différents moments dans le protocole. L'émergence d'un modèle qui permet de reproduire assez fidèlement et de façon standardisée un phénomène répandu, tout en respectant les considérations éthiques suscitées par ce type de situation, est une étape cruciale dans le développement de nouvelles avenues thérapeutiques. Le fait que les mesures du *craving* provoqué par différents stimuli (par ex. : stress, stimuli associés à la prise de drogue) prédisent le risque de rechute (pour une revue, voir Sinha et Li, 2007) souligne tout le potentiel de ce paradigme afin d'étudier les processus neurobiologiques et les stratégies d'intervention liés à cette composante de la toxicomanie.

En utilisant ce même paradigme afin de provoquer le *craving* chez des sujets dépendants à la cocaïne, le groupe de Peter Kalivas a démontré la capacité de la N-acétylcystéine, une molécule restaurant les niveaux de glutamate, de diminuer le *craving* engendré par des images associées à la consommation de cocaïne (LaRowe et coll., 2007). Cette étude souligne le potentiel de la modulation du système glutamatergique dans le traitement du *craving*. D'autres systèmes pourraient également être ciblés à cet effet. La lofexidine, un agoniste des récepteurs alpha2-adrénérgiques, a augmenté significativement l'abstinence et diminué la rechute dans une étude où elle était utilisée en combinaison avec la naltrexone chez des sujets dépendants à l'héroïne. Les patients sous la combinaison de médicaments avaient une réponse physiologique et des mesures de *craving* moins élevées à la suite d'une exposition (en laboratoire) à des stimuli liés au stress et à la prise de drogue que les patients uniquement sous naltrexone (Sinha et coll., 2007). Or, le même

groupe a démontré la relative inefficacité de la naltrexone pour diminuer le *craving* dans cette population (Hyman et coll., 2007). Il est plutôt intrigant de constater que le *craving* est diminué par cette même molécule chez les patients dépendants à l'alcool (Mann et coll., 2009 ; Myrick et coll., 2008 ; Ooteman et coll., 2007), un polymorphisme du gène du récepteur opioïde de type mu étant un médiateur significatif de cet effet (McGeary et coll., 2006). Il est aussi intéressant de constater que l'acamprosate, une médication qualifiée « d'anticraving », diminue le *craving* engendré par l'exposition à l'alcool, mais se montre peu efficace à traiter le *craving* provoqué par un stimulus associé à la consommation d'alcool (Hammarberg et coll., 2009 ; Ooteman et coll., 2007). Différents facteurs semblent moduler l'effet des interventions sur le *craving*, notamment la substance utilisée, certains polymorphismes et le type de stimulus utilisé. L'efficacité des interventions thérapeutiques pourrait être optimisée en personnalisant le choix de la médication à l'aide de ces facteurs, qui devront dans un premier temps être mieux caractérisés.

Le système cannabinoïde comme cible de traitement du craving et de la rechute

La modulation directe des systèmes dopaminergique et glutamatergique, qui comme nous l'avons expliqué sont largement responsables de la vulnérabilité chronique à la rechute, s'est avérée jusqu'à maintenant inconsistante comme stratégie de traitement du *craving*. Une des explications pourrait provenir du fait que cette stratégie ne permet pas de moduler spécifiquement la transmission au sein des structures impliquées dans le *craving* et la rechute. Une stratégie alternative serait donc de moduler indirectement, mais de façon plus spécifique, la transmission glutamatergique et/ou dopaminergique au sein du système mésocorticolimbique, site où se joue la neuroplasticité en cause dans la toxicomanie. Le système endocannabinoïde, un régulateur

critique de la fonction synaptique, s'avère à notre avis une cible prometteuse à cet égard (Katona et Freund, 2008).

Le système endocannabinoïde est constitué de plusieurs ligands, enzymes et récepteurs. Le récepteur de type CB1 (CB1R) est reconnu comme l'élément principal qui explique l'effet psychoactif du THC, principal constituant du cannabis et agoniste des récepteurs CB1. Or, ces récepteurs cannabinoïdes sont positionnés au sein de structures critiques pour la toxicomanie en général, et plus spécifiquement le *craving* et la rechute. Ils sont localisés sur les neurones glutamatergiques du système mésocorticolimbique impliqués dans la rechute et le *craving*, et ont la capacité de moduler leur fonctionnement (Ferraro et coll., 2001 ; Huang et coll., 2001 ; Lopez-Moreno et coll., 2008 ; Mereu et coll., 2003 ; Shen et coll., 1996). Leur disposition sur les interneurones GABAergiques et les neurones glutamatergiques qui régulent les neurones dopaminergiques au niveau mésolimbique est particulièrement intrigante (Riegel et Lupica, 2004 ; Lupica et Riegel, 2005). Elle expliquerait notamment la capacité des agonistes des récepteurs CB1, tel le THC, d'augmenter indirectement les niveaux de dopamine striatal et mésocorticolimbique qui modulent la cognition et la motivation (Fadda et coll., 2006 ; Malone et Taylor, 1999 ; Bossong et coll., 2008). De plus, les récepteurs opioïdes de type mu sont colocalisés avec les récepteurs CB1 sur les neurones qui projettent du NAc et du striatum dorsal, ceux-ci modulant le renforcement, les comportements dirigés et l'acquisition de comportements en jeu dans la toxicomanie ; l'interaction des récepteurs opioïdes et CB1 modifierait aussi la relâche de dopamine dans le NAc (Rodriguez et coll., 2001 ; Schoffelmeer et coll., 2006).

Faisant écho à ces caractéristiques du système endocannabinoïde, le THC peut non seulement en soi devenir source de dépendance comme les autres substances qui augmentent la dopamine au niveau striatal (Cooper et Haney, 2009),

mais peut dans certaines circonstances être associé à la prise d'autres substances telle l'héroïne (Ellgren et coll., 2007 ; Spano et coll., 2007). L'effet délétère de certains agonistes des récepteurs CB1, tel le THC, sur les comportements associés à la toxicomanie suggère que des antagonistes de ces mêmes récepteurs pourraient être utilisés à des fins thérapeutiques. Le rimonabant, un antagoniste synthétique des récepteurs CB1, s'est d'ailleurs avéré efficace afin d'augmenter le taux d'arrêt du tabagisme. L'émergence de symptômes dépressifs et d'idées suicidaires secondaires à cette médication a soulevé d'importantes inquiétudes quant à l'utilisation répandue éventuelle de cette substance (Cahill et Ussher, 2007). Une étude récente aurait toutefois montré des taux relativement faibles de ce type d'effets secondaires, que ce soit lorsque le rimonabant est administré seul ou en combinaison avec la thérapie de remplacement de la nicotine (Rigotti et coll., 2009). Or, des antagonistes des récepteurs CB1 pourraient être utilisés dans le traitement de la dépendance à d'autres substances. Déjà, plusieurs groupes ont démontré le rôle potentiel d'antagonistes des récepteurs CB1 dans la modulation des phénomènes neurobiologiques en jeu dans la dépendance à la cocaïne, l'alcool, la kétamine et aux opioïdes (Alvarez-Jaimes et coll., 2008 ; Cippitelli et coll., 2005 ; Economidou et coll., 2006 ; Li et coll., 2008 ; Li et coll., 2009 ; Xi et coll., 2008). Ces modulateurs du système cannabinoïde s'avèrent efficaces afin d'éviter la rechute induite par l'exposition à la drogue ou à un stimulus associé (mais non par le stress) dans les études animales (Fattore et coll., 2007a). Ces résultats prometteurs viennent s'ajouter à l'ensemble des évidences disponibles soutenant l'importance du système endocannabinoïde dans le phénomène de la rechute et des comportements de recherche de drogues associés à la toxicomanie, et le potentiel que présentent les stratégies visant ce système de transmission (Fattore et coll., 2007a ; Fattore et coll., 2007b ; Maldonado et coll., 2006 ; Solinas et coll., 2007 ; Wiskerke et coll., 2008). L'impact de déterminants génétiques du système endocannabinoïde

sur le *craving* (Haughey et coll., 2008) suggère que ce système pourrait être la cible d'intervention pour moduler le risque de rechute. La disponibilité d'un paradigme valide afin d'évaluer le *craving* en laboratoire rend d'autant plus attrayante cette stratégie. Un modulateur du système cannabinoïde pourrait donc hypothétiquement diminuer le risque de rechute en atténuant le *craving* induit par l'exposition à la drogue ou à un stimulus y étant associé. Une telle médication pourrait alors être intégrée à un programme de traitement incluant des interventions psychologiques qui viserait à permettre au patient de développer une résilience aux stimuli environnementaux qui sont souvent à l'origine de la perpétuation du cycle destructeur de la consommation.

Conclusion

La toxicomanie a été longtemps conceptualisée sur le plan neurobiologique par un modèle ne prenant principalement en compte que la modulation à court terme des différents systèmes de neurotransmission. Les stratégies thérapeutiques émanant de cette théorie, bien qu'efficaces pour traiter les symptômes d'intoxication et de sevrage, ont montré certaines limites dans leur capacité à favoriser la reprise de contrôle ou l'arrêt de la consommation de façon durable pour une proportion significative de patients. Plus récemment, la compréhension des modifications neurobiologiques prolongées expliquant la dépendance aux drogues a mis en évidence le rôle, l'interaction et la plasticité de différents systèmes de neurotransmission au sein des structures mésocorticolimbiques, de même que certains processus épigénétiques à l'origine de changements fonctionnels durables au sein de ces composantes cérébrales. La modulation de ces systèmes s'avère particulièrement prometteuse dans le développement de nouvelles stratégies de traitement biologique de la toxicomanie. De nouvelles interventions pourraient potentialiser

l'effet thérapeutique des traitements existants ou représenter des alternatives essentielles à ceux-ci. Pour atteindre cet objectif, l'attention devra être réorientée vers les modifications neurobiologiques à long terme associées à l'utilisation chronique d'une drogue, compte tenu des évidences grandissantes à l'appui de leur rôle au cœur même de la toxicomanie.

Plusieurs aspects n'ont pas été explorés dans cet article, bien qu'étant cruciaux dans l'amélioration des services offerts aux toxicomanes. Par exemple, le traitement des adolescents, dont la maturation cérébrale n'est pas complétée, pourrait être la cible d'intervention spécifique. La flexibilité relative du neurodéveloppement à ce stade pourrait s'avérer une limite thérapeutique importante, mais semble également être une fenêtre privilégiée d'intervention. Aussi, l'étude plus approfondie des changements neurobiologiques qui sont engendrés par les interventions psychosociales permettrait de mieux caractériser leur impact et possiblement de mieux adapter et personnaliser ces approches afin de répondre de façon plus adéquate aux besoins de l'individu aux prises avec un problème de consommation.

Il apparaît important à ce stade de considérer avec ouverture différentes approches vu l'ampleur de la problématique. L'utilisation de modulateurs du système cannabinoïde dans le traitement de la toxicomanie, alors que le cannabis a récemment été source d'attention considérable pour le risque de dépendance qui y est associé, pourrait s'avérer à notre avis un exemple judicieux d'une telle ouverture.

Références

- Aharonovich, E., Garawi, F., Bisaga, A., Brooks, D., Raby, W. N., Rubin, E., Nunes, E. V. et Levin, F. R. (2006). «Concurrent cannabis use during treatment for comorbid ADHD and cocaine dependence: effects on outcome». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 32 (4), p. 629-635.
- Alvarez-Jaimes, L., Polis, I. et Parsons, L. H. (2008). «Attenuation of cue-induced heroin-seeking behavior by cannabinoid CB1 antagonist infusions into the nucleus accumbens core and prefrontal cortex, but not basolateral amygdala». *Neuropsychopharmacology*. 33 (10), p. 2483-2493.
- Amato, L., Davoli, M., Minozzi, S., Ali, R. et Ferri, M. (2005). «Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD003409.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P. et Davoli, M. (2007). «Antipsychotic medications for cocaine dependence». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD006306.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Text Revision. Washington DC : American Psychiatric Association, 943 p.
- Bao, Y. P., Liu, Z. M., Epstein, D. H., Du, C., Shi, J. et Lu, L. (2009). «A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing strategy». *American Journal of Drug Alcohol Abuse*. 35 (1), p. 28-33.
- Boileau, I., Dagher, A., Leyton, M., Gunn, R. N., Baker, G. B., Diksic, M. et Benkelfat, C. (2006). «Modeling sensitization to stimulants in humans: an [11C]raclopride/positron emission tomography study in healthy men». *Archives of General Psychiatry*. 63 (12), p. 1386-1395.

- Bossong, M. G., van Berckel, B. N., Boellaard, R., Zuurman, L., Schuit, R. C., Windhorst, A. D., van Gerven, J. M., Ramsey, N. F., Lammertsma, A. A. et Kahn, R. S. (2008). «Delta9-tetrahydrocannabinol induces dopamine release in the human striatum». *Neuropsychopharmacology*. 34 (3), p. 759-766.
- Cahill, K. et Ussher, M. (2007). «Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4), CD005353.
- Cahill, K., Stead, L. F. et Lancaster, T. (2008). «Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD006103.
- Carter, B. L. et Tiffany, S. T. (1999). «Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research». *Addiction*. 94 (3), p. 327-340.
- Castells, X., Casas, M., Vidal, X., Bosch, R., Roncero, C., Ramos-Quiroga, J. A. et Capella, D. (2007). «Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials». *Addiction*. 102 (12), p. 1871-1887.
- Childress, A. R., Mozley, P. D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M. et O'Brien, C. P. (1999). «Limbic activation during cue-induced cocaine craving». *American Journal of Psychiatry*. 156 (1), p. 11-18.
- Cippitelli, A., Bilbao, A., Hansson, A. C., del Arco, I., Sommer, W., Heilig, M., Massi, M., Bermudez-Silva, F. J., Navarro, M., Ciccocioppo, R. et de Fonseca, F. R. (2005). «Cannabinoid CB1 receptor antagonism reduces conditioned reinstatement of ethanol-seeking behavior in rats». *European Journal of Neuroscience*. 21 (8), p. 2243-2251.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., Fry-Smith, A., Day, E., Lintzeris, N., Roberts, T., Burls, A. et Taylor, R. S. (2007). «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation». *Health Technology Assessment*. 11 (9), p. 1-171, iii-iv.

- Cooper, Z. D. et Haney, M. (2009). «Actions of delta-9-tetrahydrocannabinol in cannabis: relation to use, abuse, dependence». *International Review of Psychiatry*. 21 (2), p. 104-112.
- Cornish, J. L. et Kalivas, P. W. (2001). «Repeated cocaine administration into the rat ventral tegmental area produces behavioral sensitization to a systemic cocaine challenge». *Behavioral Brain Research*. 126 (1-2), p. 205-209.
- Dijkgraaf, M. G., van der Zanden, B. P., de Borgie, C. A., Blanken, P., van Ree, J. M. et van den Brink, W. (2005). «Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials». *British Medical Journal*. 330 (7503), p. 1297.
- Dole, V. P. et Nyswander, M. (1965). «A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride». *Journal of the American Medical Association*. 193 (8), p. 646-650.
- Eap, C. B., Buclin, T. et Baumann, P. (2002). «Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence». *Clinical Pharmacokinetics*. 41 (14), p. 1153-1193.
- Economidou, D., Mattioli, L., Cifani, C., Perfumi, M., Massi, M., Cuomo, V., Trabace, L. et Ciccocioppo, R. (2006). «Effect of the cannabinoid CB1 receptor antagonist SR-141716A on ethanol self-administration and ethanol-seeking behaviour in rats». *Psychopharmacology (Berl)*. 183 (4), p. 394-403.
- Eder, H., Jagsch, R., Kraigher, D., Primorac, A., Ebner, N. et Fischer, G. (2005). «Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy». *Addiction*. 100 (8), p. 1101-1109.
- Elkader, A. et Sproule, B. (2005). «Buprenorphine: clinical pharmacokinetics in the treatment of opioid dependence». *Clinical Pharmacokinetics*. 44 (7), p. 661-680.

- Elkashef, A., Fudala, P. J., Gorgon, L., Li, S. H., Kahn, R., Chiang, N., Vocci, F., Collins, J., Jones, K., Boardman, K. et Sather, M. (2006). «Double-blind, placebo-controlled trial of selegiline transdermal system (STS) for the treatment of cocaine dependence». *Drug and Alcohol Dependence*. 85 (3), p. 191-197.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., White, J., Wickes, W. et Tiihonen, J. (2008). «Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update». *Substance Abuse*. 29 (3), p. 31-49.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T., Smith, E. V., Chiang, N., Kahn, R., Vocci, F., Ling, W., Pearce, V. J., McCann, M., Campbell, J., Gorodetzky, C., Haning, W., Carlton, B., Mawhinney, J. et Weis, D. (2008). «Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence». *Neuropsychopharmacology*. 33 (5), p. 1162-1170.
- Ellgren, M., Spano, S. M. et Hurd, Y. L. (2007). «Adolescent cannabis exposure alters opiate intake and opioid limbic neuronal populations in adult rats». *Neuropsychopharmacology*. 32 (3), p. 607-615.
- Fadda, P., Scherma, M., Spano, M. S., Salis, P., Melis, V., Fattore, L. et Fratta, W. (2006). «Cannabinoid self-administration increases dopamine release in the nucleus accumbens». *NeuroReport*. 17 (15), p. 1629-1632.
- Fattore, L., Spano, M. S., Deiana, S., Melis, V., Cossu, G., Fadda, P. et Fratta, W. (2007a). «An endocannabinoid mechanism in relapse to drug seeking: a review of animal studies and clinical perspectives». *Brain Research Reviews*. 53 (1), p. 1-16.
- Fattore, L., Fadda, P. et Fratta, W. (2007b). «Endocannabinoid regulation of relapse mechanisms». *Pharmacology Research*. 56 (5), p. 418-427.
- Feltenstein, M. W. et See, R. E. (2008). «The neurocircuitry of addiction: an overview». *British Journal of Pharmacology*. 154 (2), p. 261-274.

- Ferraro, L., Tomasini, M. C., Gessa, G. L., Bebe, B. W., Tanganelli, S. et Antonelli, T. (2001). «The cannabinoid receptor agonist WIN 55,212-2 regulates glutamate transmission in rat cerebral cortex: an in vivo and in vitro study». *Cerebral Cortex*. 11 (8), p. 728-733.
- Galanter, M. et Kleber, H. D. (2008). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington, D.C. : American Psychiatric Publishing, 752 p.
- Garrido, M. J. et Troconiz, I. F. (1999). «Methadone: a review of its pharmacokinetic/pharmacodynamic properties». *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods*. 42 (2), p. 61-66.
- Gartry, C. C., Oviedo-Joekes, E., Laliberte, N. et Schechter, M. T. (2009). «NAOMI: The trials and tribulations of implementing a heroin assisted treatment study in North America». *Harm Reduction Journal*. 6, p. 2.
- Gass, J. T. et Olive, M. F. (2008). «Glutamatergic substrates of drug addiction and alcoholism». *Biochemical Pharmacology*. 75 (1), p. 218-265.
- Gibson, A., Degenhardt, L., Mattick, R. P., Ali, R., White, J. et O'Brien, S. (2008). «Exposure to opioid maintenance treatment reduces long-term mortality». *Addiction*. 103 (3), p. 462-468.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. et Marsden, J. (2002). «Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses». *Addiction*. 97 (10), p. 1259-1267.
- Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Berger, J., Krausz, M. et Naber, D. (2007). «Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial». *British Journal of Psychiatry*. 191 (1), p. 55-62.
- Hammarberg, A., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O., Franck, J. et Reid, M. S. (2009). «The effects of acamprosate on alcohol-cue reactivity and alcohol priming in dependent patients: a randomized controlled trial». *Psychopharmacology (Berl)*. 205 (1), p. 53-62.

- Haney, M., Ward, A. S., Foltin, R. W. et Fischman, M. W. (2001). «Effects of ecopipam, a selective dopamine D1 antagonist, on smoked cocaine self-administration by humans». *Psychopharmacology (Berl)*. 155 (4), p. 330-337.
- Haney, M. et Spealman, R. (2008). «Controversies in translational research: drug self-administration». *Psychopharmacology (Berl)*. 199 (3), p. 403-419.
- Haughey, H. M., Marshall, E., Schacht, J. P., Louis, A. et Hutchison, K. E. (2008). «Marijuana withdrawal and craving: influence of the cannabinoid receptor 1 (CNR1) and fatty acid amide hydrolase (FAAH) genes». *Addiction*. 103 (10), p. 1678-1686.
- Hopwood, M., Southgate, E., Kippax, S., Bammer, G., Isaac-Toua, G. et MacDonald, M. (2003). «The injection of methadone syrup in New South Wales: patterns of use and increased harm after partial banning of injecting equipment». *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 27 (5), p. 551-555.
- Huang, C. C., Lo, S. W. et Hsu, K. S. (2001). «Presynaptic mechanisms underlying cannabinoid inhibition of excitatory synaptic transmission in rat striatal neurons». *The Journal of Physiology*. 532 (Pt 3), p. 731-748.
- Hyman, S. M., Fox, H., Hong, K. I., Doebrick, C. et Sinha, R. (2007). «Stress and drug-cue-induced craving in opioid-dependent individuals in naltrexone treatment». *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 15 (2), p. 134-143.
- Ilgen, M., Jain, A., Kim, H. M. et Trafton, J. A. (2008). «The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose». *Behaviour Research and Therapy*. 46 (10), p. 1170-1175.
- Johansson, B. A., Berglund, M. et Lindgren, A. (2006). «Efficacy of maintenance treatment with naltrexone for opioid dependence: a meta-analytical review». *Addiction*. 101 (4), p. 491-503.

- Johansson, B. A., Berglund, M. et Lindgren, A. (2007). «Efficacy of maintenance treatment with methadone for opioid dependence: a meta-analytical study». *Nordic Journal of Psychiatry*. 61 (4), p. 288-295.
- Kalivas, P. W. et O'Brien, C. (2008). «Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity». *Neuropsychopharmacology*. 33 (1), p. 166-180.
- Kalivas, P. W., Lalumiere, R. T., Knackstedt, L. et Shen, H. (2009). «Glutamate transmission in addiction». *Neuropharmacology*. 56 (Suppl 1), p. 169-173.
- Kastelic, A., Dubajic, G. et Strbad, E. (2008). «Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression». *Addiction*. 103 (11), p. 1837-1846.
- Katona, I. et Freund, T. F. (2008). «Endocannabinoid signaling as a synaptic circuit breaker in neurological disease». *Nature Medecine*. 14 (9), p. 923-930.
- Kinsey, B. M., Jackson, D. C. et Orson, F. M. (2009). «Anti-drug vaccines to treat substance abuse». *Immunology & Cell Biology*. 87 (4), p. 309-314.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Jr., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., O'Brien, C. P., Rounsaville, B. J., Strain, E. C., Ziedonis, D. M., Hennessy, G., Connery, H. S., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Anzia, D. J., Cook, I. A., Finnerty, M. T., Johnson, B. R., Nininger, J. E., Summergrad, P., Woods, S. M., Yager, J., Pyles, R., Cross, C. D., Peele, R., Shemo, J. P., Lurie, L., Walker, R. D., Barnovitz, M. A., Gray, S. H., Saxena, S., Tonnu, T., Kunkle, R., Albert, A. B., Fochtmann, L. J., Hart, C., Regier, D., Work Group on Substance Use, Disorders, American Psychiatric Association et Steering Committee on Practice, Guidelines. (2007). «Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association». *American Journal of Psychiatry*. 164 (4 Suppl), p. 5-123.
- Knackstedt, L. A. et Kalivas, P. W. (2009). «Glutamate and reinstatement». *Current Opinion in Pharmacology*. 9 (1), p. 59-64.

- Kraigher, D., Jagsch, R., Gombas, W., Ortner, R., Eder, H., Primorac, A. et Fischer, G. (2005). «Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence». *European Addiction Research*. 11 (3), p. 145-151.
- LaLumiere, R. T. et Kalivas, P. W. (2008). «Glutamate release in the nucleus accumbens core is necessary for heroin seeking». *Journal of Neuroscience*. 28 (12), p. 3170-3177.
- Lancaster, T. et Stead, L. F. (2000). «Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD001009.
- Langleben, D. D., Ruparel, K., Elman, I., Busch-Winokur, S., Pratiwadi, R., Loughhead, J., O'Brien, C. P. et Childress, A. R. (2008). «Acute effect of methadone maintenance dose on brain FMRI response to heroin-related cues». *American Journal of Psychiatry*. 165 (3), p. 390-394.
- LaRowe, S. D., Myrick, H., Hedden, S., Mardikian, P., Saladin, M., McRae, A., Brady, K., Kalivas, P. W. et Malcolm, R. (2007). «Is cocaine desire reduced by N-acetylcysteine?». *American Journal of Psychiatry*. 164 (7), p. 1115-1117.
- Levin, F. R. et Kleber, H. D. (2008). «Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review». *American Journal Addictions*. 17 (2), p. 161-164.
- Li, F., Fang, Q., Liu, Y., Zhao, M., Li, D., Wang, J. et Lu, L. (2008). «Cannabinoid CB(1) receptor antagonist rimonabant attenuates reinstatement of ketamine conditioned place preference in rats». *European Journal of Pharmacology*. 589 (1-3), p. 122-126.
- Li, X., Hoffman, A. F., Peng, X. Q., Lupica, C. R., Gardner, E. L. et Xi, Z. X. (2009). «Attenuation of basal and cocaine-enhanced locomotion and nucleus accumbens dopamine in cannabinoid CB1-receptor-knockout mice». *Psychopharmacology (Berl)*. 204 (1), p. 1-11.
- Ling, W. et Wesson, D. R. (1984). «Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a collaborative private practice experience». *Journal of Clinical Psychiatry*. 45 (9 Pt 2), p. 46-48.

- Lobmaier, P., Kornor, H., Kunoe, N. et Bjorndal, A. (2008). «Sustained-release naltrexone for opioid dependence». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD006140.
- Lopez-Moreno, J. A., Gonzalez-Cuevas, G., Moreno, G. et Navarro, M. (2008). «The pharmacology of the endocannabinoid system: functional and structural interactions with other neurotransmitter systems and their repercussions in behavioral addiction». *Addiction Biology*. 13 (2), p. 160-187.
- Lott, D. C., Strain, E. C., Brooner, R. K., Bigelow, G. E. et Johnson, R. E. (2006). «HIV risk behaviors during pharmacologic treatment for opioid dependence: a comparison of levomethadyl acetate [corrected] buprenorphine, and methadone». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31 (2), p. 187-194.
- Lu, L., Grimm, J. W., Hope, B. T. et Shaham, Y. «Incubation of cocaine craving after withdrawal: a review of preclinical data». *Neuropharmacology*, 47 (Suppl 1), p. 214-226.
- Lupica, C. R. et Riegel, A. C. (2005). «Endocannabinoid release from midbrain dopamine neurons: a potential substrate for cannabinoid receptor antagonist treatment of addiction». *Neuropharmacology*. 48 (8), p. 1105-1116.
- Lutfy, K. et Cowan, A. (2004). «Buprenorphine: a unique drug with complex pharmacology». *Current Neuropharmacology*. 2 (4), p. 395-402.
- Magura, S., Lee, S. J., Salsitz, E. A., Kolodny, A., Whitley, S. D., Taubes, T., Seewald, R., Joseph, H., Kayman, D. J., Fong, C., Marsch, L. A. et Rosenblum, A. (2007). «Outcomes of buprenorphine maintenance in office-based practice». *Journal of Addictive Diseases*. 26 (2), p. 13-23.
- Maldonado, R., Valverde, O. et Berrendero, F. (2006). «Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction». *Trends in Neurosciences*. 29 (4), p. 225-232.

- Malone, D. T. et Taylor, D. A. (1999). «Modulation by fluoxetine of striatal dopamine release following Delta9-tetrahydrocannabinol: a microdialysis study in conscious rats». *British Journal of Pharmacology*. 128 (1), p. 21-26.
- Mann, K., Kiefer, F., Smolka, M., Gann, H., Wellek, S. et Heinz, A. (2009). «Searching for responders to acamprosate and naltrexone in alcoholism treatment: rationale and design of the predict study». *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 33 (4), p. 674-683.
- Margolin, A., Avants, S. K. et Kosten, T. R. (1995). «Mazindol for relapse prevention to cocaine abuse in methadone-maintained patients». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 21 (4), p. 469-481.
- Mattick, R. P. et Hall, W. (1996). «Are detoxification programmes effective?». *Lancet*. 347 (8994), p. 97-100.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. et Davoli, M. (2003). «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD002209.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. et Davoli, M. (2008). «Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD002207.
- McGeary, J. E., Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Tidey, J., Swift, R. et Miranda, R., Jr. (2006). «Genetic moderators of naltrexone's effects on alcohol cue reactivity». *Alcohol: Clinical and Experimental Research*. 30 (8), p. 1288-1296.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S. et McLellan, A. T. (1999). «The relationship of alcohol use to cocaine relapse in cocaine dependent patients in an aftercare study». *Journal of Studies on Alcohol*. 60 (2), p. 176-180.

- Mereu, G., Fa, M., Ferraro, L., Cagiano, R., Antonelli, T., Tattoli, M., Ghiglieri, V., Tanganelli, S., Gessa, G. L. et Cuomo, V. (2003). «Prenatal exposure to a cannabinoid agonist produces memory deficits linked to dysfunction in hippocampal long-term potentiation and glutamate release». *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 100 (8), p. 4915-4920.
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. et Hopkins, S. (2007). «Reduction in injection-related HIV risk after 6 months in a low-threshold methadone treatment program». *AIDS Education and Prevention*. 19 (2), p. 124-136.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. et Verster, A. (2006). «Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1), CD001333.
- Mitchell, T. B., White, J. M., Somogyi, A. A. et Bochner, F. (2004). «Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence». *Addiction*. 99 (8), p. 940-945.
- Myrick, H., Anton, R. F., Li, X., Henderson, S., Randall, P. K. et Voronin, K. (2008). «Effect of naltrexone and ondansetron on alcohol cue-induced activation of the ventral striatum in alcohol-dependent people». *Archives of General Psychiatry*. 65 (4), p. 466-475.
- Nestler, E. J. (2008). «Transcriptional mechanisms of addiction: role of DeltaFosB». *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 363 (1507), p. 3245-3255.
- Norrholm, S. D., Bibb, J. A., Nestler, E. J., Ouimet, C. C., Taylor, J. R. et Greengard, P. (2003). «Cocaine-induced proliferation of dendritic spines in nucleus accumbens is dependent on the activity of cyclin-dependent kinase-5». *Neuroscience*. 116 (1), p. 19-22.
- Ntais, C., Pakos, E., Kyzas, P. et Ioannidis, J. P. (2005). «Benzodiazepines for alcohol withdrawal». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD005063.

- O'Brien, C. et Cornish, J. W. (2006). «Naltrexone for probationers and parolees». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31 (2), p. 107-111.
- Ooteman, W., Koeter, M. W., Verheul, R., Schippers, G. M. et van den Brink, W. (2007). «The effect of naltrexone and acamprostate on cue-induced craving, autonomic nervous system and neuroendocrine reactions to alcohol-related cues in alcoholics». *European Neuropsychopharmacology*. 17 (8), p. 558-566.
- Orson, F. M., Kinsey, B. M., Singh, R. A., Wu, Y., Gardner, T. et Kosten, T. R. (2008). «Substance abuse vaccines». *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1141, p. 257-269.
- Pierce, R. C. et Kumaresan, V. (2006). «The mesolimbic dopamine system: the final common pathway for the reinforcing effect of drugs of abuse?». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 30 (2), p. 215-238.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N., Sofuoglu, M., Gonsai, K., Gonzalez, G., Martell, B. et Kosten, T. R. (2006). «Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population». *Archives of General Psychiatry*. 63 (2), p. 219-228.
- Renthal, W. et Nestler, E. J. (2008). «Epigenetic mechanisms in drug addiction». *Trends in Molecular Medicine*. 14 (8), p. 341-350.
- Riegel, A. C. et Lupica, C. R. (2004). «Independent presynaptic and postsynaptic mechanisms regulate endocannabinoid signaling at multiple synapses in the ventral tegmental area». *Journal of Neuroscience*. 24 (49), p. 11070-11078.
- Rigotti, N. A., Gonzales, D., Dale, L. C., Lawrence, D. et Chang, Y. (2009). «A randomized controlled trial of adding the nicotine patch to rimonabant for smoking cessation: efficacy, safety and weight gain». *Addiction*. 104 (2), p. 266-276.
- Robinson, T. E. et Kolb, B. (1999). «Morphine alters the structure of neurons in the nucleus accumbens and neocortex of rats». *Synapse*. 33 (2), p. 160-162.

- Roche, A., McCabe, S. et Smyth, B. P. (2008). «Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment for opiate dependence». *European of Addiction Research*. 14 (4), p. 219-225.
- Rodriguez, J. J., Mackie, K. et Pickel, V. M. (2001). «Ultrastructural localization of the CB1 cannabinoid receptor in mu-opioid receptor patches of the rat Caudate putamen nucleus». *Journal of Neuroscience*. 21 (3), p. 823-833.
- Roth, A., Hogan, I. et Farren, C. (1997). «Naltrexone plus group therapy for the treatment of opiate-abusing health-care professionals». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 14 (1), p. 19-22.
- Russo, S. J., Mazei-Robison, M. S., Ables, J. L. et Nestler, E. J. (2009). «Neurotrophic factors and structural plasticity in addiction». *Neuropharmacology*. 56 (Suppl 1), p. 73-82.
- Schoffelmeer, A. N., Hogenboom, F., Wardeh, G. et De Vries, T. J. (2006). «Interactions between CB1 cannabinoid and mu opioid receptors mediating inhibition of neurotransmitter release in rat nucleus accumbens core». *Neuropharmacology*. 51 (4), p. 773-781.
- Schultz, W. (1998). «Predictive reward signal of dopamine neurons». *Journal of Neurophysiology*. 80 (1), p. 1-27.
- Schultz, W. (2001). «Reward signaling by dopamine neurons». *The Neuroscientist*. 7 (4), p. 293-302.
- Shaham, Y., Funk, D., Erb, S., Brown, T. J., Walker, C. D. et Stewart, J. (1997). «Corticotropin-releasing factor, but not corticosterone, is involved in stress-induced relapse to heroin-seeking in rats». *The Journal of Neuroscience*. 17 (7), p. 2605-2614.
- Shen, M., Piser, T. M., Seybold, V. S. et Thayer, S. A. (1996). «Cannabinoid receptor agonists inhibit glutamatergic synaptic transmission in rat hippocampal cultures». *The Journal of Neuroscience*. 16 (14), p. 4322-4334.

- Shiffman, S., Ferguson, S. G. et Gwaltney, C. J. (2006). « Immediate hedonic response to smoking lapses: relationship to smoking relapse, and effects of nicotine replacement therapy ». *Psychopharmacology (Berl)*. 184 (3-4), p. 608-618.
- Simojoki, K., Vormaa, H. et Alho, H. (2008). « A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone) ». *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 3, p. 16.
- Sinha, R., Kimmerling, A., Doebrick, C. et Kosten, T. R. (2007). « Effects of lofexidine on stress-induced and cue-induced opioid craving and opioid abstinence rates: preliminary findings ». *Psychopharmacology (Berl)*. 190 (4), p. 569-574.
- Sinha, R. et Li, C. S. (2007). « Imaging stress- and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications ». *Drug and Alcohol Review*. 26 (1), p. 25-31.
- Sinha, R. (2009). « Modeling stress and drug craving in the laboratory: implications for addiction treatment development ». *Addiction Biology*. 14 (1), p. 84-98.
- Solinas, M., Yasar, S. et Goldberg, S. R. (2007). « Endocannabinoid system involvement in brain reward processes related to drug abuse ». *Pharmacological Research*. 56 (5), p. 393-405.
- Spano, M. S., Ellgren, M., Wang, X. et Hurd, Y. L. (2007). « Prenatal cannabis exposure increases heroin seeking with allostatic changes in limbic enkephalin systems in adulthood ». *Biological Psychiatry*. 61 (4), p. 554-563.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. et Lancaster, T. (2008). « Nicotine replacement therapy for smoking cessation ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1), CD000146.
- Stewart, J. (2008). « Review. Psychological and neural mechanisms of relapse ». *Philosophical Transactions of the Royal Society of London series B: Biological Sciences*. 363 (1507), p. 3147-3158.
- Stine, S. M., Krystal, J. H., Kosten, T. R. et Charney, D. S. (1995). « Mazindol treatment for cocaine dependence ». *Drug and Alcohol Dependence*. 39 (3), p. 245-252.

- Suh, J. J., Pettinati, H. M., Kampman, K. M. et O'Brien, C. P. (2006). «The status of disulfiram: a half of a century later». *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 26 (3), p. 290-302.
- Symington, A. (2008). «Results of the first North American prescription heroin study are promising». *HIV/AIDS Policy and Law Review*. 13 (2-3), p. 11-12.
- Tiffany, S.T., Fields, L., Singleton, E., Haertzen, C. et Henningfield, J.E. (1993). *The development of a heroin craving questionnaire (unpublished manuscript)*. West Lafayette, Indiana : Purdue University [s. p.].
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., Vormaa, H., Sokero, P., Haukka, J. et Meririnne, E. (2007). «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence». *American Journal of Psychiatry*. 164 (1), p. 160-162.
- UNODC. (2008). *World Drug Report 2008*. Vienna, Austria : United Nations Office on Drugs and Crime, 303 p.
- van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Koeter, M. W., van Zwieten, B. J. et van Ree, J. M. (2003). «Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials». *British Medical Journal*. 327 (7410), p. 310.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R. et Telang, F. (2009). «Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction». *Neuropharmacology*. 56 (Suppl 1), p. 3-8.
- Waldvogel, D., Figner, B. et Eich, D. (2005). «Illicit methadone injecting during methadone maintenance treatment in a specialised out-patient clinic». *Swiss Medical Weekly*. 135 (43-44), p. 644-646.
- Walsh, S. L. et Eissenberg, T. (2003). «The clinical pharmacology of buprenorphine: extrapolating from the laboratory to the clinic». *Drug and Alcohol Dependence*. 70 (2 Suppl), p. S13-27.
- Washton, A. M., Pottash, A. C. et Gold, M. S. (1984). «Naltrexone in addicted business executives and physicians». *Journal of Clinical Psychiatry*. 45 (9 Pt 2), p. 39-41.

- Waters, A. J., Shiffman, S., Sayette, M. A., Paty, J. A., Gwaltney, C. J. et Balabanis, M. H. (2004). «Cue-provoked craving and nicotine replacement therapy in smoking cessation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72 (6), p. 1136-1143.
- Winstock, A. R., Lea, T. et Sheridan, J. (2008). «Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia». *International Journal of Drug Policy*. 19 (6), p. 450-458.
- Wise, R. A. (2004). «Dopamine, learning and motivation». *National Reviews Neuroscience*. 5 (6), p. 483-494.
- Wiskerke, J., Pattij, T., Schoffelmeer, A. N. et De Vries, T. J. (2008). «The role of CB1 receptors in psychostimulant addiction». *Addictive Biology*. 13 (2), p. 225-238.
- Xi, Z. X., Spiller, K., Pak, A. C., Gilbert, J., Dillon, C., Li, X., Peng, X. Q. et Gardner, E. L. (2008). «Cannabinoid CB1 receptor antagonists attenuate cocaine's rewarding effects: experiments with self-administration and brain-stimulation reward in rats». *Neuropsychopharmacology*. 33 (7), p. 1735-1745.
- Zachariou, V., Bolanos, C. A., Selley, D. E., Theobald, D., Cassidy, M. P., Kelz, M. B., Shaw-Lutchman, T., Berton, O., Sim-Selley, L. J., Dileone, R. J., Kumar, A. et Nestler, E. J. (2006). «An essential role for DeltaFosB in the nucleus accumbens in morphine action». *Nature Neuroscience*. 9 (2), p. 205-211.

**Du concept d'addictus
au processus de dépathologisation :
la richesse psychosociale du concept de
dépendance selon Stanton Peele**

Amnon Jacob Suissa, Ph. D.

Professeur à l'École de travail social,
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Correspondance :

Courriel : suissa.amnon@uqam.ca

Résumé

Loin d'être un débat d'ordre sémantique, le concept de dépendance est un enjeu psychosocial fondamental dans la mesure où la conception et la définition d'une condition ont un impact direct sur la compréhension du phénomène ainsi que sur les types de services et de traitements à privilégier. À partir d'une synthèse des écrits scientifiques, et comme cadre théorique, nous proposons dans un premier temps de mettre en lumière le processus de médicalisation comme modalité de contrôle social en contexte de dépendance. Dans un deuxième temps, nous illustrerons comment la perspective psychosociale, telle que mise en œuvre dans les travaux de Peele, constitue une richesse qui nous permet de mieux comprendre une variété impressionnante d'activités humaines liées aux dépendances : cyberdépendance, jeux de hasard et d'argent, psychotropes, etc. Dans un troisième temps, et à partir de la grille de Peele, nous tenterons de démontrer comment ses travaux contribuent à créer des conditions plus propices à la dépathologisation et au développement du pouvoir d'agir des personnes en misant sur les forces plutôt que sur les carences. En guise de conclusion, nous explorerons des pistes de rapprochement entre le discours médical et le discours social.

Mots-clés : dépendance, médicalisation, contrôle social,
liens sociaux, intervention

From the concept of addictus to the depathologization process: the psychosocial wealth of the concept of dependency according to Stanton Peele

Abstract

Far from being a semantic question, the concept of addiction is a major psychosocial benchmark to the extent that the conception and the definition of a condition have a direct impact on the comprehension of the phenomenon in question and on the types of needed services and treatments. Based on a review of the literature, this article focuses on the social trend towards medicalization in the field of addictions. To that end, three aspects will be highlighted: (1) an overview of the medicalization process as a modality of social control; (2) an illustration on how the psychosocial perspective of Stanton Peele covers a rich corpus that allows us to better understand an impressive variety of human activities and behaviors in a context of addiction; (3) an attempt to demonstrate how the Peele approach contributes to “de pathologize” and to empower the addicted persons. In conclusion, some avenues for bringing together the medical and the social are suggested.

Keywords: *addiction, medicalization, social control, social ties, intervention*

Del concepto de addictus al proceso de despatologización: la riqueza psicosocial del concepto de dependencia según Stanton Peele

Resumen

Lejos de constituir un debate de orden semántico, el concepto de dependencia es una cuestión psicosocial fundamental en la medida en que la concepción y la definición de una condición tienen un impacto directo en la comprensión del fenómeno y en los tipos de servicios y de tratamientos que se deben privilegiar. A partir de una síntesis de textos científicos, y como marco teórico, proponemos en primer lugar poner en evidencia el proceso de medicalización como modalidad de control social en un contexto de dependencia. En segundo lugar, ilustraremos de qué manera la perspectiva psicosocial, tal como se la expone en los trabajos de Peele, constituye una riqueza que nos permite comprender mejor una variedad impresionante de actividades humanas relacionadas con la dependencia: ciberdependencia, juegos de azar y de dinero, psicotrópicos, etc. En tercer lugar, a partir de la cuadrícula de Peele, trataremos de demostrar de qué manera sus trabajos contribuyen a crear las condiciones más propicias para la despatologización y el desarrollo del poder de actuar de las personas enfatizando sus fuerzas más bien que sus carencias. Como conclusión, exploraremos los caminos de acercamiento entre el discurso médico y el discurso social.

Palabras clave: *dependencia, medicalización, control social, lazos sociales, intervención*

Introduction

Dans le champ des dépendances, le débat entre les approches qui privilégient une version neurochimique du cerveau (*brain-based disease approach*), biologique, voire génétique, en bref le modèle de la maladie, se heurte encore aujourd'hui à l'approche psychosociale centrée sur l'adaptation et le style de vie des personnes, ou comme dirait Peele, l'approche du processus de vie (*life process approach*). Déjà en 1975, Peele avait clairement démontré que ce ne sont pas des psychotropes dont les personnes deviennent dépendantes, mais bien de *l'expérience* qu'ils procurent dans la relation en question (Peele et Brodsky, 1975). Si le terme de toxicomanie renvoie à une manie toxique, le concept de dépendance quant à lui permet de couvrir un ensemble de conditions qui dépasse largement la prise de substances de psychotropes comprises comme toxiques. La redéfinition actuelle du terme « toxicomanie » posée par la diversité grandissante des dépendances sans psychotrope, laisse transparaître le fait qu'il n'y a pas d'explication scientifique qui permet de valider un corpus de conditions diverses de dépendance : achat compulsif, dépendance amoureuse, à Internet, à la chirurgie esthétique, aux groupes, etc.

On peut penser également aux croyances erronées et subjectives pour les jeux de hasard et d'argent, aux études sur l'effet placebo (Suissa, 2010 ; Bouvenot, 2004) et aux valeurs propres aux diverses cultures pour mieux comprendre la dépendance comme réalité multifactorielle. Dans cette optique, la dépendance à Internet, par exemple, comme concept est loin de faire l'unanimité parmi les scientifiques et les divers acteurs (Dufour, 2009, p. 7). Alors que certains souhaitent que cette condition soit incluse dans le DSM-IV, d'autres interrogent les critères diagnostiques sur le plan opérationnel. Partagés entre différentes conceptions, certains voient la cyberdépendance comme un problème lié à une mauvaise gestion du temps, d'autres à une comorbidité préexistante, etc.

D'ailleurs, l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) consulte actuellement ses membres en vue de changer sa dénomination ; le terme « toxicomanie » associé à son nom étant limité au poison/folie ne correspond plus à la réalité sociale et actuelle des dépendances. Il en est de même avec l'ANITEA, l'association équivalente en France, qui a ajouté dernièrement à ANIT les lettres EA pour « et addictologie », c'est-à-dire Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie.

Loin de prétendre répondre à l'ensemble des enjeux psychosociaux liés à ce phénomène, cet article souhaite couvrir trois aspects. En premier lieu, et dans la mesure où la médicalisation des comportements liés aux dépendances est de plus en plus une avenue privilégiée dans les modalités de gestion et de contrôle social, un essai de définition et une mise en contexte du processus de médicalisation seront mis en relief. En deuxième lieu, et en s'appuyant sur la perspective psychosociale de Peele, une analyse du concept de dépendance permettra d'inclure non seulement la réalité personnelle et individuelle, mais également certains déterminants sociaux qui structurent la construction des dépendances en question. En troisième lieu, et à partir des travaux de Peele et de Le Bossé, certains principes visant à créer des conditions plus propices à la dépathologisation et au développement du pouvoir d'agir des personnes seront illustrés. En guise de conclusion, l'auteur suggère des passerelles entre le modèle médical compris comme traditionnel et le modèle de nature psychosociale dans la saisie du phénomène des dépendances.

La médicalisation comme modalité de contrôle social : un bref survol

Le concept de médicalisation existe de longue date et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales durant les années 1950. La médecine était alors devenue l'objet d'étude par la

sociologie des professions qui établissait des liens entre la santé et la conception/gestion de la déviance sociale des corps (Parsons, 1951 ; 1975). Parsons a d'ailleurs été le premier sociologue ayant appliqué le concept de déviance au corps et à la santé. Beaulieu (2005) nous rappelle qu'au nom de l'hygiène publique un savoir médico-administratif de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation, ou comme dirait Castel, le contrôle social de comportements indésirables (1983).

Comme essai de définition du concept de médicalisation, mentionnons Zola (1983, p. 295) qui conçoit celle-ci comme «un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine». D'autres chercheurs désignent la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques (Beaulieu, 2005 ; Breggin, 2002 ; Cohen et Breggin, 1999).

Selon ces chercheurs, certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme mode de gestion des problèmes sociaux et comme modalité de contrôle des liens sociaux. Parmi ces facteurs, notons un certain déclin de la religion, une foi inébranlable dans la science, l'individualisme grandissant, l'affaiblissement des liens sociaux, la rationalité et le progrès, et enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale. Si la profession médicale prend le relais, par la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne, mentionnons que la médicalisation de groupes sociaux avec un pouvoir moindre dans la société est aussi évidente. Pensons à la «pilule du bonheur» comme modalité de contrôle social auprès des aînés qui consomment plus de six médicaments en moyenne par jour (Saint-Germain, 2005 ; Saint-Onge, 2005 ; Pérodeau et coll., 2005) ou auprès des adolescents avec le Ritalin (Lloyd, Stead et Cohen, 2006).

Parmi les autres chercheurs qui ont attiré l'attention sur le phénomène de la médicalisation comme forme de contrôle social, nous pouvons aussi nommer Friedson (1970); Zola (1972; 1983); Conrad et Schneider (1980) et Conrad (2005). Selon Conrad (2005), il faut éviter de limiter la médicalisation à l'application d'un niveau unique de contrôle, car le processus s'actualise selon trois niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel.

1. *Conceptuel* sous la forme d'un discours et de l'adoption d'une idéologie qui renforce son acceptation sociale.
2. *Institutionnel* au niveau du rôle des médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux.
3. *Interactionnel* au niveau de la médicalisation du rapport plus privé dans la relation médecin-patient.

À ces trois niveaux, on peut ajouter la construction sociale de nouvelles entités ou catégories cliniques intimement liées au développement et à la commercialisation de traitements pharmacologiques visant les corps (Thöer-Fabre et Lévy ; 2007). Selon Conrad et Leiter (2004), cette tendance de pharmacologisation des corps impliquerait d'autres acteurs en dehors de l'industrie pharmaceutique (chercheurs, instances gouvernementales de régulation, médecins, consommateurs, etc.). De nature beaucoup plus diffuse qu'antérieurement, le processus de la médicalisation puiserait donc ses appuis idéologiques dans une diversité d'acteurs et d'instances (Collin et Suissa, 2007, p. 27).

Un autre facteur explicatif qui peut nous éclairer sur le recours à la médicalisation comme modalité de contrôle social est celui de l'accentuation de *l'individualisme* dans notre société post-moderne, certains diraient hyper-individualisme. Dans un article intitulé « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétair de l'usage de drogues », van Caloen (2004) démontre bien comment l'usage de psychotropes, par exemple, s'inscrit

directement dans le processus d'insertion des personnes en quête d'un soutien en vue de les normaliser socialement face aux exigences de la performance à tout prix. Dit autrement, en mettant en veilleuse le contexte structurel qui donne naissance aux conditions sociales des personnes, par exemple le chômage dans certaines régions, la tendance sera d'avoir recours à une médicalisation/médicamentation comme modalité de contrôle dans la gestion de la distance sociale qui risque de s'établir entre les performants normaux avec du travail et les non-performants sans travail. Comme effets secondaires, la réponse à ces conditions passera généralement par un regard social qui individualise le problème et qui marginalise souvent la personne par la médicalisation (dépression, anxiété, insomnies, etc.). Dès lors, nous assistons souvent à une médication accompagnée d'un retrait social de nature plus privée, plus individuelle. Du point de vue de la sociologie, nous remarquons que plus la distance sociale des individus envers les normes sociétales est grande, plus ils seront sujets à être pathologisés, médicalisés. Dit autrement, lorsque l'individu ne produit plus de plus-value, comme en cas de grand chômage en raison de la crise financière internationale actuelle, son statut se transforme graduellement en pathologie à normaliser. Pour combler ces écarts entre la norme et de la distance sociale, entre le dehors social public et le dedans privé, on peut dire que l'individu posera des gestes visant à les réduire en essayant d'établir des *liens sociaux* qui contribuent à sa normalisation (Suissa, 2001). Dans son article intitulé « Souffrir sans disparaître », le psychiatre social Furtos (2005) démontre clairement comment des problématiques psychiques et psychosociales, par exemple, empêchent en fait l'exercice ordinaire du lien social en faisant subir à la personne cible le syndrome d'auto-exclusion. En lien avec la course économique effrénée de la mondialisation qui a produit la crise économique actuelle, Gori et Del Volgo (2005) nous rappellent que l'hyperconsommérisme contribue également au fait que *le manque d'être se transforme en manque d'avoir*.

Vers un paradigme alternatif à la médicalisation du social : clin d'œil aux intervenants

Face à la tendance grandissante de médicaliser de plus en plus les conditions principalement sociales, il est utile de souligner que le DSM-IV contient aujourd'hui plus de 300 conditions comprises comme des pathologies, alors qu'il y a 20 ans, il n'y en avait que 100. On peut penser à la tristesse récurrente, si vous êtes triste plus de trois jours consécutifs, le tabagisme, la rage au volant, des comportements qui se sont transformés en pathologies psychiatriques.

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, quand un citoyen ne produit plus de plus-value pour la collectivité, il sera plus enclin à être médicalisé, voire « pathologisé » ; cette coupure du corps physique et du corps social permet de réduire en fait la complexité multifactorielle du phénomène (Tinland, 2005). Une autre démonstration qui valide le fait que la dépendance n'est pas uniquement le fruit intrapsychique d'une souffrance à saveur individuelle se trouve dans les modalités de contrôle social qui varient selon les classes sociales et la faiblesse/force des liens sociaux. En effet, les trajectoires des classes sociales moins favorisées sur le plan socioéconomique et des liens sociaux se retrouvent plus souvent dans l'espace social public et donc plus sujettes à des réactions sociales, légales et médicales. À titre d'exemple, on peut penser à la plus grande médicalisation par le Ritalin de jeunes défavorisés souffrant de déficit d'attention (Conrad et Potter, 2000 ; Suissa, 2009) ou à la plus grande proportion des familles pauvres vues par les services de la protection de la jeunesse, les familles plus aisées sur le plan socio-économique préférant emprunter des trajectoires de nature plus privée dans la résolution de difficultés semblables.

Dans cette optique, nous assistons aujourd'hui à une approche plus épidémiologique des problèmes sociaux où les données

dites probantes deviennent graduellement des références normatives de ce qui est « scientifique et mesurable » et ce qui l'est moins. À ce sujet, rappelons que le DSM-IV est un code qui permet essentiellement de classer certains symptômes alors qu'ils sont souvent compris comme des preuves, ce qui n'est pas le cas. Dans ce contexte, un des problèmes est celui d'avoir un diagnostic fiable, car une fois ces symptômes classifiés, ils deviennent des conditions mentales à traiter souvent pour de longues périodes. Si vous êtes diagnostiqué comme étant un alcoolique ou un narcomane, vous risquez de porter l'étiquette de malade souvent à vie.

Dans le discours du modèle médical, nous avons, d'une part, une valorisation dite objective qui axe son approche sur les dysfonctions à partir des symptômes et, d'autre part, une mise en veilleuse des déterminants sociaux et culturels qui sont des marqueurs significatifs dans le tracé des trajectoires des personnes ayant développé tel ou tel trouble, comme celui des dépendances. Comment se fait-il que les divers modes de vie, les réalités culturelles, les émotions, par exemple, ne soient pas compris pour définir une condition (Pharo, 2006) ? Selon Corin (2007), la pratique clinique en psychiatrie ne cadre pas souvent avec la science, l'évolution du patient est unique (équifinalité), les données probantes n'indiquant que quelques autoroutes et routes secondaires. Qui tient le projecteur sur le lieu de la scène en décidant d'éclairer tant de % plutôt que d'autres ? À ces questions, nous pouvons affirmer que l'usage des instruments dans le processus des diagnostics est loin d'être neutre.

Dans un numéro récent hors série de la revue *Courrier international*, un contenu s'attarde à souligner les dérives de la médecine du XXI^e siècle (Courrier international, 2008). En démontrant que la discipline de la médecine est d'abord à la merci de l'argent et du lobbying, il est clairement démontré, par exemple, que l'industrie pharmaceutique s'est éloignée largement de sa noble vocation originale, à savoir investir dans

la recherche, découvrir et fabriquer de nouveaux médicaments utiles, pour se projeter d'abord et avant tout dans un marketing visant la vente à tout prix des médicaments pour les actionnaires privés (Courrier international, 2008, p. 13).

Comme paradigme alternatif à la médicalisation, Peele dénonçait ces effets parfois pervers dans son livre *Diseasing of America* et invitait les divers acteurs, chercheurs et intervenants à explorer les forces cachées et les valeurs comprises comme significatives par les personnes en question (Peele, 1989). Il y a donc plus de 20 ans, Peele nous mettait en garde contre les tendances de cette médicalisation des conditions psychosociales liées aux dépendances, ces propos rejoignent étroitement ceux de plusieurs chercheurs dans l'analyse critique de ce processus complexe.

Dans le champ de la santé mentale et de la dépendance aux médicaments, par exemple, on peut se demander jusqu'à quel point on donne un espace de parole aux personnes en lien avec leurs souffrances. À cette question, l'approche axée sur la gestion autonome des médicaments (GAM) représente une alternative encourageante où les personnes sont invitées à nommer leurs souffrances selon leur propre réalité psychosociale. En s'appuyant sur le savoir expérientiel et le savoir-être des personnes souffrantes, cette approche favorise l'exercice des choix et la participation aux décisions conjointes, ce qui permet de créer pour chaque personne des conditions propices à l'utilisation de son potentiel et en plus de l'encourager à s'organiser pour défendre ses droits (*advocacy*).

Du concept d'addictus : quelques repères

La définition du terme dépendance constitue un terrain propice à de multiples interprétations, parfois à des controverses. En fait, elle représente un enjeu crucial autant sur le plan

scientifique que social. Selon le statut qu'on occupe dans la hiérarchie du pouvoir et les intérêts en jeu dans les rapports sociaux, le choix de la définition du terme « dépendance » variera fortement d'une période historique donnée à une autre et des contextes sociaux et culturels en question (Conrad et Schneider, 1980 ; Peele, 2004). Certains chercheurs et cliniciens verront la question de la dépendance en termes moraux, d'autres en termes biomédicaux, culturels ou psychosociaux.

Le paradigme médical est généralement fondé sur la perte de l'homéostasie, à savoir l'équilibre qui gère l'adéquation entre ce qui entre dans le corps (anabolisme) et ce qui en ressort (catabolisme). Quand il y a décalage entre ces fonctions, et donc un certain déséquilibre, nous assistons au processus d'installation des conditions plus propices à la maladie. L'approche de plus en plus utilisée dans le champ des dépendances et axée sur une carence neurochimique du cerveau (*brain-based disease approach*) soutient que la dépendance à l'alcool, par exemple, peut être traitée par l'usage des médicaments Suboxone ou Naltrexone. Ce type de modèle soulève plusieurs questions : dans quelle mesure un comportement psychosocial constitue-t-il une pathologie/maladie ? Comment concilier une société qui favorise les excès avec l'exigence continue d'un autocontrôle (Nadeau, 2009) ? Que fait-on avec les enjeux de l'intentionnalité et des choix des personnes, de la réaction en société en termes de désirabilité sociale ? Comment expliquer que la majeure partie des problèmes de dépendance se construit en réaction à des conditions de stress : relation individu – psychotropes/activités - contexte social et culturel ?

Sur le plan étymologique, rappelons que le terme même de maladie puise son origine dans le « mal à dire » ou l'incapacité de nommer sa souffrance. Laborit, dans son étude classique intitulée *L'éloge de la fuite*, avait clairement démontré que l'inhibition de l'action était le résultat du *lien social* entre l'individu

et l'environnement et expliquait grandement le processus de souffrance dont les dépendances font partie (Laborit, 1976).

En langue anglaise, si le terme *disease* a d'abord désigné un malaise, un inconfort, un dérangement ou un trouble, il s'est plus tard élargi pour recouvrir toute condition principalement corporelle comportant un déséquilibre des fonctions biologiques. En fait, et bien que les termes *sickness* ou *illness* en langue anglaise pourraient signifier également un déséquilibre de l'homéostasie, nous retiendrons le terme de *disease*, car c'est celui auquel se réfère la quasi-totalité de la littérature sociomédicale (*disease model*). Deux volets constituent cette condition. Le premier évoque une condition anormale de l'organisme réduisant le fonctionnement physiologique normal pour cause d'infection, de carence ou de stress. Une infection des bronches, de la peau ou de la gorge est un exemple concret de déséquilibre physiologique *mesurable sur le corps* sans qu'il y ait une remise en question de cette condition de maladie. Le deuxième est plutôt lié à *l'interaction individu/société et aux comportements*, la condition de l'individu y étant alors socialement jugée comme anormale, pernicieuse ou malsaine. On peut penser à une personne qui traverse des périodes difficiles dans sa vie (chômage, accident, perte d'un être cher, etc.) et qui choisit comme stratégie d'adaptation de vivre en retrait et isolée sur le plan social. Dans notre société, la réaction face à ce type de comportements va être généralement négative et associera ces personnes à des conditions dites anormales. Le symptôme physique observable sur les corps n'est donc pas seul à pouvoir définir la maladie puisque la réaction sociale à cette condition peut également y jouer un rôle non négligeable. L'étymologie du terme *disease* distingue donc le préfixe latin *dis*, signifiant «inversion», du *ease* qui trouve son origine dans le français «aise». L'inversion de l'aise ou malaise, telle est la signification première du terme anglais *disease* nommant la maladie.

Pour rester dans l'étymologie, rappelons qu'en Europe le sens en vieux français du terme « addiction » renvoie aux notions mêmes d'esclavage, de dette et de contrainte. Les études de Cicquel et Corcos (2003) démontrent qu'un homme victime d'une addiction devait par son corps, sous la contrainte, payer sa dette envers la société. C'est en 1932 que Glover introduit le terme *addiction* à partir des études axées sur l'étiologie des addictions, terme repris en français par toxicomanies (Glover, 1932). Quant au concept de toxicomanie comme tel, l'usage des manies comme définition à la fin du XIX^e siècle a permis de définir des conditions telles que l'alcoolomanie, l'opiomanie, la morphinomanie, avant d'adopter le terme de toxicomanie en 1905. Issu du grec *toxikon* soit poison, et *mania* pour folie, le terme toxicomanie a été utilisé au Québec et au Canada jusqu'à très récemment pour faire l'objet d'une révision en cours. Ceci étant, la réalité qui démontre que le cycle de la dépendance peut se développer en dehors des substances psychotropes toxiques comme avec le jeu, la cyberdépendance, la dépendance amoureuse ou la chirurgie esthétique exige une mise à jour d'une conception plus globale et plus nuancée.

Selon Room (1995), les changements fréquents dans les définitions de la dépendance durant les années 1960 et 1970 sont à comprendre comme un ajustement de l'establishment médical à une série d'articles sociologiques critiquant le concept de maladie. Comme exemple de ces changements, l'Association américaine de psychiatrie, la Classification internationale des maladies (International Classification of Diseases) et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III) adoptent en 1980 la définition de dépendance (*addiction*) en substitut à alcoolisme et intoxication. Ces variances dans la définition de ce qu'est une dépendance reflètent concrètement l'évolution des ajustements selon le contexte social, économique, culturel et politique et les rapports de force en présence.

La grille de Peele : la multifactorialité comme réponse à la complexité des dépendances

La perspective psychosociale représente un champ varié et riche dans la compréhension des divers comportements humains impliqués dans l'explication du phénomène des dépendances. En effet, les recherches et études de Peele ont contribué, depuis plus de 30 ans, à mieux cerner les motivations réelles dans le développement du cycle de la dépendance. Que ce soit la dépendance aux drogues, à l'alcool, au travail, à la nourriture, au jeu ou à la thérapie, cette perspective nous permet de nous pencher sur le phénomène de la dépendance comme réalité globale. En incluant les dimensions psychologiques et personnelles à chaque individu, et en insistant sur les motivations relationnelles aux substances ou à des activités dans un contexte social donné, Peele démontre clairement que la dépendance est loin d'être une fatalité d'ordre physiologique, génétique ou hormonale. La devise de la perspective psychosociale peut, jusqu'à un certain point, être résumée à ceci : « ne devient pas dépendant/toxicomane qui veut, cela prend certaines conditions psychosociales pour créer et maintenir un *pattern* de dépendance ». Dit autrement, la dépendance est une expérience subjective, si vous vous considérez comme dépendant, vous aurez tendance à agir en fonction de cette condition intériorisée, de cet étiquetage social accolé généralement avec succès.

Dans cette logique, Peele soutient que la dépendance s'inscrit dans un continuum, c'est-à-dire comme le produit d'une réalité changeante. Autrement dit, une personne peut être plus sujette à la dépendance à un moment précis de sa vie où elle se sent particulièrement vulnérable ou impuissante, mais pourra décider de réduire ou d'arrêter dans des conditions différentes et de moins grande vulnérabilité. Ainsi, des personnes qui ne consomment pas de psychotropes dans certaines situations peuvent être attirées par ces mêmes produits en d'autres

circonstances. Par exemple, un individu ne consommera pas d'alcool dans le cadre de son travail, mais peut en surconsommer dès qu'il regagne son domicile familial, celui-ci pouvant être synonyme de stress ou de grandes difficultés.

Selon Peele (1989), une facette importante de la dépendance repose sur le fait qu'elle détourne la personne de ses autres centres d'intérêt et de satisfaction. En se concentrant graduellement sur une activité ou sur une substance, tel l'abus de tabac, d'alcool, de nourriture ou de travail, l'individu se retrouve à consacrer de plus en plus de temps à cette activité ou substance, et à délaisser simultanément d'autres centres d'intérêt. Il faut donc comprendre les dépendances comme servant à combler des vides dans la vie de l'individu, à remplir des temps morts. Cette démarche peut aller jusqu'à entraîner la concentration quasi exclusive de la personne sur l'objet de la dépendance. Qu'est-ce qui fait qu'une personne consomme ou s'adonne à une activité donnée sans développer une dépendance, alors qu'une autre développera une dépendance ?

À cette question, les raisons et les motivations marquant la relation aux substances/activités représentent des explications de premier ordre. Ainsi, si la *motivation première* renvoie à des raisons de plaisir (anniversaire, fêter un événement heureux, réussite d'un projet, réunion familiale, etc.), la tendance à la dépendance sera faible, voire inexistante. À l'opposé, si un individu consomme pour des motifs négatifs (angoisse, peine, culpabilité, malaise, faible estime de soi, stress, etc.), il est plus susceptible de développer une dépendance. Il faut souligner que si ces sentiments négatifs sont atténués par le produit toxique ou l'activité en question, ils le sont uniquement sur une base momentanée, la souffrance étant couverte par la substance, l'abuseur ne saura trouver de solution sans dépendance. Cette explication est corroborée par le neuropharmacologue Jean-Pol Tassin qui démontre que les canaux des neurotransmetteurs interpellés par le plaisir n'empruntent pas les mêmes trajectoires

si la motivation première relève plus de sentiments de douleur et de souffrance (Tassin, 2008).

Un autre facteur dans l'installation de la dépendance est, selon Peele, l'incapacité de la personne dépendante à choisir. Pris dans un circuit qui produit une anesthésie des sentiments désagréables en les remplaçant par des sentiments de plaisir créés artificiellement, l'individu dépendant participe à une construction d'une illusion de plaisir qui justifiera souvent la reprise de la substance ou de l'activité en question. C'est ainsi que le cycle de la dépendance devient fonctionnel puisqu'il répond aux sentiments négatifs par une alternative, temporaire et artificielle, mais « source de plaisir » quand même puisqu'elle réduit la douleur. En s'inspirant de la grille de Peele, la figure 1 présente le cycle de la dépendance en vue d'explicitier les phases du processus.

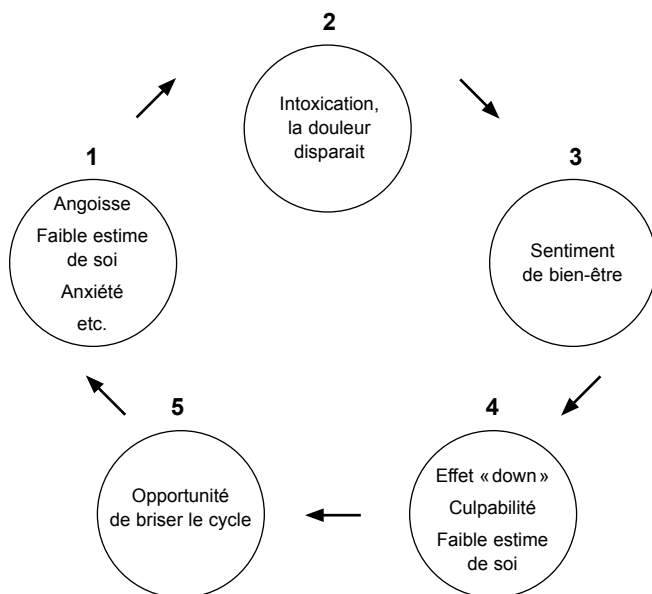


Figure 1 : Le cycle de la dépendance inspiré de Peele

À la lecture de ce cycle, nous remarquons que la phase 1 est caractérisée par des sentiments négatifs, suivie de la phase 2 où la personne décide de «geler» ses émotions en s'intoxiquant. Cette intoxication permet, en phase 3, la création d'un sentiment momentané de bien-être et la disparition de la douleur ressentie. Quant à la phase 4, elle confronte à nouveau la personne aux sentiments de base de la phase 1, soit la culpabilité et la faible estime de soi. La phase 5 constitue l'opportunité de briser ou de continuer ce cycle. La totalité des personnes dépendantes demandent de l'aide durant cette dernière phase, et non durant la phase de l'intoxication (2) ou de sentiment de bien-être (3).

Si une personne commence à consommer pour diverses raisons négatives et qu'elle développe une dépendance, ces mêmes raisons continueront d'exister et ne disparaîtront pas à

cause de la dépendance. Vues sous cet angle, les raisons et les motivations – au sens de traits de la personnalité ou de prédispositions psychologiques – constituent la pierre angulaire de la création du cycle de la dépendance.

En ce qui a trait à l'environnement comme déterminant social, Peele réussit à démontrer que la société est aussi le principal mécanisme de la dépendance. On peut penser à la multiplication des casinos et des espaces de jeu en ligne en Amérique du Nord et à leur légalisation par les gouvernements en place ; à l'emprise des grandes corporations d'alcool ou de tabac sur la transmission de certains messages et de publicités ; au rôle des institutions privées et publiques dans le renforcement du discours de la maladie ; à la socialisation des mouvements des Alcooliques Anonymes et de leur philosophie appliquée à de plus en plus de comportements, etc. Cette réalité sociale, qui s'appuie sur une idéologie de la compétition et de la performance à tout prix, se traduit généralement par un sentiment d'exclusion plus propice à la dépendance.

« C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelles que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur » (Peele, 1982).

Plus près de nous, Le Bossé (2007) rejoint les propos de Peele en vulgarisant la notion liée au processus de dépathologisation, à savoir le développement du pouvoir d'agir (DPA). Par pouvoir d'agir, Le Bossé se réfère à l'exercice d'un plus grand contrôle sur sa vie personnelle, ses proches et sa collectivité tout en restaurant son statut d'acteur et son rapport à l'action. Selon ce chercheur, aider ne veut pas dire soulager et guérir la souffrance, voire dénoncer les causes sous-jacentes, aider devrait plutôt être compris comme *s'affranchir* de la souffrance.

« Dans s'affranchir il y a l'idée de franchir un obstacle. Le plus souvent, cet obstacle comprend à la fois des

dimensions sociales et personnelles. Il n'est donc plus question d'appréhender les difficultés vécues par les personnes comme des problèmes uniquement psychologiques ou de défaillances d'apprentissage, pas plus qu'il n'est question de considérer toutes les difficultés vécues par les personnes comme le résultat unique d'une injustice sociale » (Le Bossé, 2007).

Ainsi compris, ne doit-on pas attribuer à la société et à ses institutions une partie importante de ce qu'on appelle communément le « problème » des drogues ? Pour redonner du pouvoir aux individus dans leurs tentatives de s'en sortir, ne faut-il pas dénoncer l'emprise du discours de la maladie comme modèle explicatif et dominant dans notre société ? Face à ces questions de fond, voici, à titre d'illustration, un tableau résumant les principales idées développées par le modèle d'inspiration psychosociale de Peele en comparaison avec le modèle plus traditionnel de la maladie. Celui-ci constitue une base pour des principes qui permettent des conditions plus propices à une dépathologisation ou comme dirait Le Bossé au développement du pouvoir d'agir des personnes et de leurs réseaux.

Tableau 1. Le modèle de la maladie versus le modèle psychosocial

Modèle de la maladie	Modèle psychosocial
La dépendance est innée et biologique	La dépendance est une façon de faire face à soi et au monde
La solution est le traitement médical et l'appartenance aux groupes tels les AA	La solution exige une prise de conscience, de nouvelles habiletés et un changement de l'environnement
La dépendance c'est «tout ou rien», une personne est ou n'est pas dépendante	La dépendance est un continuum, une personne est + ou - sujette à la dépendance
La dépendance est permanente, une personne peut rechuter à tout moment	La dépendance peut croître, être réduite ou arrêtée
Le dépendant est «en déni» et doit être forcé de reconnaître qu'il est malade	Une personne doit identifier les problèmes et les solutions qui lui conviennent
L'ex-toxicomane est l'expert	Le meilleur modèle est la personne sans dépendance
La dépendance est une «maladie primaire»	La dépendance est issue d'autres problèmes que la personne a dans sa vie
Les principaux associés devraient être d'anciens toxicomanes	Un individu devrait s'associer avec une variété de personnes
Une personne doit accepter la philosophie de la maladie pour se rétablir	Améliorer sa vie n'est pas une question de croire à un dogme
Céder à un plus grand pouvoir que soi est la clé de la réhabilitation	Une personne doit développer son propre pouvoir pour s'améliorer

Plusieurs autres hypothèses issues du discours traditionnel médical sont analysées de manière critique par Peele pour les inscrire dans une perspective multifactorielle. Parmi ces hypothèses, mentionnons la dépendance comme processus progressif, les notions de perte de contrôle et d'abstinence. En ce qui a trait à l'hypothèse voulant que la dépendance constitue *un processus en progression* à travers des étapes bien identifiables, la démonstration est loin d'être convaincante, et ce, pour les raisons suivantes. La plupart des personnes aux prises avec ces dépendances ont utilisé cette substance ou cette activité d'une manière réactive, soit comme une stratégie d'équilibre devant un

événement stressant de la vie (Valleur et Matysiak, 2005 ; Peele, 2004 ; Castellani, 2000). Ainsi compris, on peut se demander si la notion de « processus progressif et inexorable » ne relève pas d'une vision déterministe qui efface le potentiel des êtres humains à changer ou à adopter tel ou tel comportement.

Pour ce qui est de la notion de *perte de contrôle*, elle est fort controversée, car elle fonde l'idée que si un dépendant abstinent reprend ses psychotropes ou activités, il ne pourra alors s'arrêter. Sur le plan scientifique, les résultats montrent, au contraire, que les personnes peuvent exercer un certain contrôle sur leurs consommations ou réduire la fréquence et l'intensité de leurs activités de dépendance (Peele, 2004 ; Sobell, 2002a ; 2002b ; Hodgins et coll., 2002).

En ce qui concerne *l'abstinence*, et alors qu'elle est désirable quand on intervient auprès des personnes dépendantes, cela peut constituer un vrai obstacle quand elle est imposée comme une précondition au traitement. En soutenant que la rechute potentielle des personnes est le résultat direct de leur problème d'abstinence, on évacue l'intentionnalité et les choix multiples des personnes lors du processus de décision alors que ceux-ci représentent justement la pierre angulaire du changement personnel et social.

Devant l'enjeu principal de la définition de ce phénomène complexe, la sociologie des professions peut également nous aider à élargir nos horizons en cernant les nuances qui s'imposent selon les contextes différents. Cette discipline nous enseigne que chaque formation sociale aura sa propre version du concept de dépendance. Les pharmaciens auront tendance à comprendre le phénomène comme une suite de réactions aux substances et de la tolérance croissante du corps au produit, les physiologistes comme un dysfonctionnement des organes et du métabolisme, les généticiens comme une carence d'un gène spécifique, les psychiatres comme un désordre biomédical ou de

carence neurochimique, les psychologues comme un symptôme de problèmes sous-jacents ou d'estime de soi, les sociologues comme une réaction au processus de régulation sociale et des contraintes inhérentes aux rapports sociaux, etc.

Par voie de conséquence, les divers intervenants œuvrant dans ce domaine continuent à ne pas partager de consensus quant à une perspective commune des normes autant sur le plan des idées que sur le plan des traitements à privilégier. Il en est de même aujourd'hui avec le débat en vue d'inclure ou non la cyberdépendance dans le DSM-IV (Dufour, 2009, p. 6 ; Young, 1996). Devant cette panoplie de versions possibles qui illustrent la dimension multifactorielle plutôt qu'unidimensionnelle de la dépendance, le modèle fondé sur la pathologie continue toutefois de jouer un rôle prépondérant dans le discours qui associe dépendance à la maladie, à la pathologie.

Quant à une définition qui tient davantage compte du côté multifactoriel de la dépendance, Weil rejoint les propos de Peele en soulignant que ce n'est pas l'activité de dépendance en soi qui détermine le niveau de risque ou de souffrance, mais *bien la nature de la relation qu'on établit avec celle-ci* (Weil, 1983 ; 2007). En insistant sur le rapport entre l'individu, l'activité/substance et le contexte social, ce chercheur définit la dépendance non pas comme un état permanent de maladie, mais plutôt comme un *continuum multifactoriel* d'apprentissage psychosocial. Selon cet auteur, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise activité/substance, il y a seulement une bonne ou une mauvaise relation à ces activités/substances. En d'autres termes, si plusieurs facteurs peuvent être en corrélation pour nous expliquer la nature de la dépendance (discours axé sur la pathologie, impératifs économiques, promotion et socialisation de l'idéologie par les mouvements d'entraide anonymes, réalités culturelles, etc.), ces mêmes facteurs, pris séparément, ne peuvent expliquer entièrement la complexité du phénomène.

Weil (2007) nous rappelle l'importance d'intégrer les aspects physiques, mentaux et spirituels dans notre vie comme une certaine barrière contre l'invasion des maladies en général, et des comportements inappropriés comme celui du recours grandissant aux dépendances. Porte-parole depuis une trentaine d'années de la médecine dite intégrée (*integrative medicine*), ce médecin issu de Harvard a réussi un coup de maître en s'opposant à une vision positiviste et mécanique des corps en développant un discours axé sur les compétences cachées des personnes et sur des *liens sociaux forts* dans l'environnement comme facteurs de protection. Dans une optique de réappropriation de pouvoir, il a contribué de manière marquante à ce que 15% des écoles de médecine aux États-Unis incluent aujourd'hui des contenus hors de la médecine dite conventionnelle. Ainsi, il dénonce les systèmes de santé en les nommant des systèmes de gestion des maladies et rejoint les propos de Peele (1989) exprimés dans son livre intitulé *Diseasing of America* ou la «maladisation» de l'Amérique. Alors qu'une partie non négligeable de cas de guérison à travers le monde passe par la rémission spontanée (*spontaneous healing, natural recovery*), cette «maladisation» des corps physiques et sociaux constitue encore le noyau dur du modèle médical et de son idéologie.

En complémentarité à ces propos, Peele (2001 ; 2004) enrichit cet essai de définition en l'encadrant *comme une manière de vivre, une façon de faire face au monde et à soi-même, un style de vie*. De ce point de vue, le phénomène de la dépendance nous permet de le situer non pas comme un problème rattaché uniquement à la personne, mais bien comme un problème psychosocial (Valeur et Matysiak, 2003 ; Perkinson, 2003 ; Ragge, 1998).

À la lumière de ce survol, nous remarquons que, malgré le nombre impressionnant de recherches sur les dépendances, le regard dominant envers cette condition passe principalement par la pathologie tout en mettant en veilleuse les facteurs macro-contextuels explicatifs de nature politique, historique, culturelle

et psychosociale dans la construction d'un tel discours. En fait, si la pathologie/maladie de la dépendance existait, les personnes aux prises avec ces problèmes devraient manifester un syndrome distinct. Or, les études sur la population révèlent que différentes personnes démontrent différents types de problèmes ; le nombre et la sévérité de ces problèmes s'inscrivent dans un continuum, ils ne forment pas de profils distincts de personnes dépendantes versus non dépendantes.

Conclusion : vers un rapprochement entre le médical et le social

À l'instar des conceptions psychopathologiques des conduites de dépendance (Corcos et Jeammet, 2003) et du modèle médical, Peele nous invite à nous tourner vers les compétences souvent cachées des personnes, mais également vers leurs réseaux familiaux et sociaux, pour saisir la dynamique relationnelle qui prévaut dans le développement du cycle en question. Certaines personnes peuvent développer des dépendances pour des raisons liées à l'environnement : chômage, contexte de pauvreté, faiblesse des liens sociaux, etc., d'autres s'adonneront à l'abus de substances ou d'activités comme des stratégies pour affronter des conditions d'aliénation, de santé mentale, de troubles identitaires, etc. Ceci étant, certaines personnes vivant ces conditions décideront de choisir un autre chemin que celui des dépendances. Peele nous apprend à ce sujet qu'une certaine résilience, l'estime de soi et des liens plus solides sur le plan social peuvent expliquer ces différences. Dit autrement, si nous sommes tous des candidats au développement de conduites de dépendance, il y a un risque lorsque l'activité de dépendance remplace un vide émotionnel, psychologique, affectif et social et détourne l'individu de ses centres de plaisir pouvant être obtenus dans sa relation à l'environnement, et ce, sans « béquille ». *A contrario*, quand les personnes réussissent à développer des

centres d'intérêt et de plaisir multiples, l'incidence en termes de dépendance est très faible, voire nulle. Peele réussit à nous transporter vers des espaces de dépathologisation de l'individu qui souffre en nommant les multiples facteurs et acteurs dans l'installation du processus de dépendance. Nommer ces choses est déjà un pas vers la bonne direction dans la mesure où cela permet de sortir de la culpabilité individualisante, de la victimisation, de la perte de contrôle permanente pour se projeter vers un monde de multiples possibles. Avec sa lecture des regroupements des mouvements d'entraide axés sur les 12 étapes, Peele nous permet de rester alertes quant à leur finalité et au processus de socialisation lié à l'étiquetage et la pathologisation permanente des dépendances, ou comme dirait Gori et Del Volgo, la pathologisation de l'existence (Gori et Del Volgo, 2005). En s'inscrivant en faux contre la devise «une fois dépendant toujours dépendant», Peele nous fournit de précieux outils qui constituent un argumentaire multifactoriel et scientifique solide, axé sur les forces psychosociales des personnes et de leurs réseaux sociaux.

Dans la mesure où la majeure partie des problèmes de dépendance sont issus des réactions comprises comme étant individuelles aux problèmes sociaux structurels (pauvreté, faiblesse des liens sociaux), est-il possible de s'approprier un argumentaire (savoir, savoir faire, savoir être et savoir dire) visant à adopter graduellement l'approche psychosociale plutôt que d'agir comme en extension du modèle médical? Peut-on explorer avec les personnes et leurs réseaux les alternatives au modèle médical en s'adaptant au portrait des individus et en les accompagnant? Peut-on prendre en compte le monde social lorsque l'on travaille avec les personnes, les familles et les réseaux en contexte de dépendance?

Le modèle médical n'est pas en soi incompatible avec celui de la perspective de Peele. Inclure le monde social des personnes lors de l'intervention peut relever des deux mondes, médical

et social, tout en s'assurant que la personne en quête d'aide et la communauté qui l'entoure en sortent gagnantes. Le débat ne relève pas d'une guerre de clochers entre le discours médical et le discours psychosocial de Peele, mais de résultats concrets et mesurables qui permettent de réduire les incidences globales dans la gestion plus générale des problèmes psychosociaux des dépendances. Reconnaître au social ce qui est médical, et vice-versa dans les pratiques, serait un grand pas en avant pour réduire les écarts. À ce titre, plusieurs médecins et psychiatres œuvrant dans le champ de la santé et des dépendances, tels que Weil (2007) et Breggin (2002), démontrent que les passerelles entre le monde médical et social sont bel et bien ouvertes pour placer les personnes et leurs réseaux familial et social au centre des préoccupations et des interventions. Si des cures de désintoxication, par exemple, sont nécessaires d'un point de vue médical dans le processus de réhabilitation, cela ne devrait pas poser problème avec le processus de réhabilitation qui met l'accent sur les compétences des personnes et de leur réseau, à savoir le développement de leur pouvoir d'agir. Comment concilier l'étiquetage de centaines de milliers d'individus comme étant des dépendants malades à vie alors qu'ils réussissent souvent à réduire, à s'abstenir ou même à adopter un certain contrôle de leurs dépendances? Peut-on adhérer à une vision multifactorielle de ce phénomène complexe que sont les dépendances?

À ces questions, l'équifinalité peut être un principe précieux pour alimenter les passerelles de rapprochement. En bref, le concept d'équifinalité s'appuie sur le principe que « différentes voies peuvent mener à un même but et inversement, différents buts peuvent être atteints par une même voie » (Ausloos, 1995). Par exemple, si une personne peut être violente en raison de la violence familiale subie à l'enfance, de l'environnement violent dans lequel elle évolue, de son isolement social, d'une faible estime de soi, d'un manque d'habiletés dans la gestion

de stress, du contexte de grande pauvreté et d'exclusion, etc., cette même personne peut sortir du cycle de la violence par des moyens différents, propres à sa trajectoire personnelle, familiale et sociale. Même si le phénomène de la violence peut être commun à plusieurs personnes ou groupe social, le chemin emprunté pour y entrer et pour s'en sortir est et reste propre à chacun. Il en est de même avec le phénomène de l'alcoolisme : à part la substance alcool qui lie tout un chacun, chaque individu a développé sa dépendance pour des raisons psychosociales qui lui sont propres. À la lumière de ces explications, on peut dire que non seulement différents états de départ peuvent donner des résultats identiques, mais aussi que des résultats différents peuvent être obtenus à partir de situations de départ identiques. Le principe d'équifinalité s'oppose donc à la causalité linéaire, c'est-à-dire une explication qui se restreint à la ligne cause-effet. Au contraire, l'équifinalité ouvre des espaces permettant des interactions favorables au changement personnel et social. Dans la mesure où le monde médical et le monde social sont là pour rester, il est important de poser des gestes d'ouverture et de multiplier les espaces de parole pour éviter justement d'alimenter des chemins parallèles, et ce, en vue de promouvoir des voies se rencontrant dans leurs différences et leurs contributions mutuelles et complémentaires.

Bibliographie

- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*. Toulouse : Érès, 174 p.
- Beaulieu, A. (2005). *Michel Foucault et le contrôle social*. Québec : Presses de l'Université Laval, 322 p.
- Bouvenot, G. (2004). «Placebo et effet placebo». [In P. Queneau et G. Ostermann (sous la direction) : *Le médecin , le malade et la douleur*] Paris : Éditions Masson, p. 273-276.
- Breggin, P. (2002). *The Ritalin Fact Book: What your Doctor Won't Tell You About ADHD and Stimulant Drugs*. Cambridge, MA : Da Capo Press, 236 p.
- Castel, R. (1983). «De la dangerosité au risque». *Actes de recherche en sciences sociales*. 47-48, p. 119-127.
- Castellani, B. (2000). *Pathological Gambling: The Making of a Medical Problem*. New York : State University of New York Press, 222 p.
- Cohen, D. et Breggin, P. (1999). *Your Drug May Be Your Problem*. Cambridge, MA : Perseus Books, 336 p.
- Collin, J. et Suissa, J. A. (2007). «Les multiples facettes de la médicalisation du social». *Nouvelles pratiques sociales*. 19 (2), p. 25-33.
- Conrad, P. (2005). «The shiftins engines of medicalization». *Journal of Health and Social Behavior*. 46 (1), p. 3-14.
- Conrad, P. et Leiter, V. (2004). «Medicalization, markets and consumers». *Journal of Health and Social Behavior*. 45 (Suppl.), p. 158-176.
- Conrad, P. et Potter, D. (2000). «From hyperactive children to ADHD adults: Observation on the expansion of medical categories». *Social Problems*. 47 (4), p. 559-582.
- Conrad, P. et Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphie : Temple University Press, 263 p.

- Corcos, M. et Jeammet, P. (2003). «Conduites de dépendance : principales conceptions psychopathologiques». [In M. Corcos, M. Flament et P. Jeammet (sous la direction) : *Les conduites de dépendance*] Paris : Éditions Masson, p. 75-103.
- Corin, E. (2007). *La légitimité des pratiques, quelles évidences ?* Conférence dans le cadre du Forum international communautaire, scientifique et clinique sur les pratiques de gestion autonome des médicaments de l'âme. Montréal (4 avril 2007).
- Courrier international. (2008). «À votre santé ! : Merveilles et dérivés de la médecine du XXI^e siècle». Octobre-Novembre-Décembre. Numéro hors série.
- Dufour, M. (2009). «La dépendance à Internet : problématique virtuelle ou réelle». *L'Écho-Toxico*. 19 (1), p. 1-12.
- Freud, S. (1929). *Le malaise dans la civilisation*. Paris : Presses universitaires de France [s. p.].
- Furtos, J. (2005). «Souffrir sans disparaître». [In M. Joubert et C. Louzoun (sous la direction) : *Répondre à la souffrance sociale*] Toulouse : Éditions Érès, p. 10-38.
- Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM). (2006). *Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*. Montréal : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) [s. p.].
- Gori, R. et Del Volgo, M. J. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Éditions Denoël, 270 p.
- Gicquel, L. et Corcos, M. (2003). «Addiction : histoire naturelle d'un concept». [In M. Corcos, M. Flament et P. Jeammet (sous la direction) : *Les conduites de dépendance*] Paris : Éditions Masson, p. 25-40.
- Glover, E. (1932). «On the aetiology of drug addiction». *International Journal of Psychoanalysis*. 13, p. 298-328.
- Laborit, H. (1976). *L'éloge de la fuite*. Paris : Laffont, 233 p.

- Le Bossé, Y. (2007). *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ?* Page consultée en ligne sur le site de l'Association nationale des assistants de services sociaux, le 14 avril 2009, <http://anas.travail-social.com/>.
- Le Breton, D. (2004). *Les passions ordinaires : Anthropologie des émotions*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 346 p.
- Lloyd, G., Stead, J. et Cohen, D. (2006). *Critical new perspectives on ADHD*. London : Routledge, 248 p.
- Midanik, L.T. (2004). «Biomedicalization and alcohol studies: implications for policy». *Journal of Public Health Policy*. 25 (2), p. 211-228.
- Midanik, L.T. (2006). *Biomedicalization and Alcohol Studies: Ideological Shifts and Institutional Challenges*. New Jersey : Aldine Transaction Publishers, 181 p.
- Nadeau, L. (2009). *Les addictions dans une société qui favorise les excès*. Conférence Les midis de l'ACFAS. Association Canadienne Française de l'avancement des Sciences. Montréal (Avril).
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London : Routledge et Kegan Paul, 575 p.
- Parsons, T. (1975) «The sick role and the role of the physician reconsidered». *Health and Society*. 53, p. 257-277.
- Peele, S. et Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York : Taplinger Publishing, 309 p.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Recueil de textes. Montréal : Faculté de l'Éducation Permanente. Université de Montréal [s. p.].
- Peele, S., Bufe, C. et Brodsky, A. (2000). *Resisting 12-step coercion*. Tucson, AZ : See Sharp Press, 204 p.
- Peele, S. (2001). «Is gambling addiction like drug and alcohol addiction ?». *The Electronical Journal of Gambling Issues*, 23, p. 1-10, www.camh.net/eGambling.

- Peele, S. (2004). *7 tools to beat addiction*. New York : Three Rivers Press, 288 p.
- Pharo, P. (2006). *Plaisir et intempérance : anthropologie morale de l'addiction*. Document inédit. Paris : INSERM [s. p.].
- Ragge, K. (1998). *The Real AA: Behind the Myth of 12-Step Recovery*. Tucson, AZ : See Sharp Press, 206 p.
- Room, R. (1995). « Issues in the cross-cultural validity of dependence definitions ». Conférence présentée lors du 37^e congrès de l'International Council on Alcohol and Addictions (ICAA), San Diego, CA, p. 1-11.
- Saint-Germain, C. (2005). *Paxil blues*. Montréal : Boréal, 163 p.
- Saint-Onge, J.C. (2005). *L'envers de la pilule*. Montréal : Les Éditions Écosociété, 311 p.
- Saul, J. R. (2006). *Mort de la globalisation*. Paris : Payot, 411 p.
- Sobell, L. (2002a). « Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 26 (6), p. 936-948.
- Sobell, L. (2002b). « Natural recovery in addictions ». *World Forum on Drugs and Dependencies*. Montréal. Canada (Septembre).
- Suissa, A. J. (2005). *Le jeu compulsif : vérités et mensonges*. Saint-Laurent, Québec : Fidès, 304 p.
- Suissa, A. J. (2007). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Deuxième édition mise à jour. Saint-Laurent, Québec : Fidès, 231 p.
- Suissa, A. J. (2009). « Médicalisation, Ritalin et enjeux sociaux : La performance dans une pilule ». [In Sanni Yaya (sous la direction) : *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*] Québec : Presses Université Laval, p. 301-318.
- Suissa, A. J. (2010). « L'effet placebo : le pouvoir de la pilule vide ». *L'Intervenant*. 26 (2), p. 7-9.

- Tassin, J. P. (2008). «Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept». Conférence prononcée au Centre Marmottan dans le cadre de la journée scientifique *Qu'est-ce qu'une addiction*. Paris (Mai).
- Thøer-Fabre, C. et Lévy, J. J. (2007). «La pharmacologisation de la ménopause : l'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans les discours de "baby-boomers" françaises». *Nouvelles pratiques sociales*. 19 (2), p. 46-61.
- Tinland, O. (2005). «La part maudite de l'individu». *Le Nouvel Observateur*. Hors série, numéro 58, Mai-juin, p. 7.
- Toneatto, T. (2000). «Untreated recovery from problem gambling». Conférence prononcée au Congrès du Responsible Gambling Council of Ontario (RGCO). Niagara Falls, Ontario (Avril).
- Valleur, M. et Matysiak, J.C. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo : les nouvelles formes d'addiction*. Paris : Flammarion, 282 p.
- van Caloen, B. (2004). «Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétair de l'usage des drogues». *Drogues, santé et société*. 3 (1), p. 69-86.
- Weil, A. (1983). *From Chocolate to Morphine: Understanding Mind-Active Drugs*. Houghton Mifflin Co, 228 p.
- Weil, A. (2007). Weil-being. *Discover*. September, p. 66-70.
- Young, K. (1996). «Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder». *Cyberpsychology and Behavior*. 1 (3), p. 237-244.
- Zarifian, E. (1995). *Des paradis plein la tête*. Paris : Éditions Odile Jacob, 222 p.
- Zola, I. (1972). «Medicine as an institution of social control». *Sociological Review*, 20, p. 487-504.
- Zola, I. (1983). *Social-Medical Inquiries: Recollections, Reflections and Reconsiderations*. Philadelphia : Temple University Press, 349 p.

La crise chez les joueurs de jeux de hasard et d'argent : au-delà de l'appel de détresse, les services novateurs qui y répondent

Magali Dufour, Ph. D.

Chercheure régulière au RISQ
et à l'Institut universitaire sur les dépendances
Chercheure régulière au Centre de recherche
de l'Hôpital Charles LeMoyné
Professeure à la Faculté de Médecine
et des sciences de la santé
(Programme en toxicomanie),
Université de Sherbrooke

Élise Roy, MD., M.A.

Chercheure régulière au RISQ
et à l'Institut universitaire sur les dépendances
Chercheure régulière au Centre de recherche
de l'Hôpital Charles LeMoyné
Professeure à la Faculté de Médecine
et des sciences de la santé
(Programme en toxicomanie),
Université de Sherbrooke

Correspondance :

magali.dufour@usherbrooke.ca

elise.roy@usherbrooke.ca

Résumé

La dynamique des joueurs excessifs a souvent pour conséquence d'affecter les relations affectives, l'emploi, la santé financière de la famille de même que la santé mentale et physique de la personne. Ces multiples répercussions personnelles et professionnelles accentuent la détresse déjà très importante chez les joueurs. Or, la détresse conjuguée à de multiples petits événements stressants crée un terrain propice à l'émergence d'une multitude de crises psychosociales. À partir d'une recension des écrits, cet article présentera d'abord les liens complexes entre la crise et le jeu. Ensuite, une présentation critique des différents services de crise pour les joueurs (lignes d'écoute, services d'intervention de crise dans les casinos et service d'autoexclusion) sera effectuée. Enfin, nous concluons par des recommandations pour améliorer les services actuels.

Mots-clés : intervention de crise, joueurs pathologiques, suicide

The crisis among gamblers: Beyond the call of distress, the innovative services which respond

Abstract

The dynamic of pathological gamblers often impacts their affective relationships, employment and the family's financial health, as well as the person's mental and physical health. These multiple personal and professional repercussions accentuate the gambler's already significant distress. This distress, combined with many little stressful incidents, creates a fertile ground for the emergence of multiple psychosocial crises. Based on the documentation, this article begins by presenting the complex relationship between the crisis and gambling, followed by a critical presentation of the various crisis services for gamblers (hotlines, crisis intervention services in the casinos and self-exclusion service). Lastly, recommendations on how to improve current services are made.

Keywords: *crisis intervention, pathological gamblers, suicide*

La crisis entre los jugadores de juegos de azar y por dinero: más allá del llamado de ayuda, los servicios innovadores que responden

Resumen

La dinámica de los jugadores excesivos afecta a menudo como consecuencia las relaciones afectivas, el empleo, la salud financiera de la familia y la salud mental y física de la persona. Estas múltiples repercusiones personales y profesionales acentúan el desamparo, que es ya muy importante en los jugadores. Ahora bien, el desamparo conjugado con múltiples pequeños acontecimientos estresantes crea un terreno propicio para el surgimiento de una cantidad de crisis psicosociales. A partir de una revisión de textos, este artículo presentará en primer lugar los vínculos complejos entre la crisis y el juego. Continuará luego con la presentación crítica de los diferentes servicios de crisis para jugadores (líneas de escucha, servicios de intervención de crisis en los casinos y servicio de auto-exclusión). Finalmente, concluirá con recomendaciones destinadas a mejorar los servicios actuales.

Palabras clave: *intervención de crisis, jugadores patológicos, suicidio*

Au Canada et ailleurs dans le monde, les jeux de hasard et d'argent (JHA) sont une industrie importante procurant des revenus significatifs aux gouvernements ainsi qu'aux organismes de charité. Pour l'année 2007-2008, les jeux de hasard et d'argent ont généré 1,9% des revenus nets du gouvernement du Québec, soit plus de 1,3 milliard de dollars (Canadian Partnership for Responsible Gambling (CPRG), 2009). Annuellement, chaque Québécois âgé de 18 ans et plus dépenserait en moyenne 459 \$, somme inférieure à la moyenne canadienne de 547 \$ (CPRG, 2009). Alors que 81 % de la population québécoise a participé aux JHA, la très grande majorité de ces joueurs ont une pratique qualifiée de responsable. Cependant, 0,8% sont considérés comme étant des joueurs pathologiques tandis que 0,9% seraient des joueurs à risque ou problématiques (Ladouceur et coll., 2004). Au total, environ 1,7% de la population québécoise adulte s'adonnant aux jeux de hasard et d'argent présenterait potentiellement une problématique en lien avec les JHA (Cox, Yu, Afifi et Ladouceur, 2005). Ces prévalences, préoccupantes selon la santé publique, s'observent aussi dans plusieurs pays du monde (Stucki et Rihs-Middel, 2007).

La dynamique des joueurs excessifs a souvent pour conséquence d'affecter les relations affectives, l'emploi, la santé financière de la famille de même que la santé mentale et physique de la personne (Beaudoin et Cox, 1999; Blaszczyński et Farrell, 1998; Crockford et el-Guebaly, 1998; Cunningham-Williams et coll., 2000; Evans et Delfabbro, 2005; Griffiths, Scarfè et Bellringer, 1999; Ladouceur et coll., 1994; Nower et Blaszczyński, 2006; Potenza et coll., 2001; Shaffer et Korn, 2002). Ces multiples répercussions personnelles et professionnelles accentuent la détresse déjà très importante chez les joueurs. Or, la détresse conjuguée à de multiples petits événements stressants (par exemple, les factures mensuelles) crée un terrain propice à l'émergence d'une multitude de crises psychosociales (Lesieur, 1984; Maccallum et Blaszczyński, 2003). L'état de crise peut résulter notamment des difficultés financières

sévères, de craintes liées à la découverte des dettes accumulées, de conflits conjugaux ou d'une possible perte d'emploi à la suite d'un absentéisme important (Blaszczynski et Farrell, 1998 ; Evans et Delfabbro, 2005 ; Kausch, 2005 ; Pfuhlmann et Schmidtke, 2002). La crise suicidaire est aussi souvent observée chez plusieurs joueurs pathologiques (Hodgins, Mansley et Thygesen, 2006 ; Maccallum et Blaszczynski, 2003 ; Newman et Thompson, 2007 ; Séguin, Lesage, Turecki et Tousignant, 2007 ; Zangeneh et Hason, 2006). Afin d'aider les joueurs en crise, les gouvernements ont mis en place différents services pour les soutenir lors de ces périodes. À partir d'une recension des écrits, ce texte présentera tout d'abord les liens entre la crise et le jeu. Ensuite, une présentation critique des différents services de crise pour les joueurs sera effectuée. Enfin, des pistes de réflexion sur les services de crise compléteront cette recension.

L'état de crise chez les joueurs

La crise

Selon Leblanc et Séguin (2006), « *la situation de crise est un phénomène universel qui se vit pourtant chaque fois d'une façon unique et singulière* » (p. 31). Plus spécifiquement, une crise serait une période de déséquilibre psychologique intense, résultant d'une situation, d'un événement imprévu ou d'une progression d'événements stressants qui concourent au développement d'un problème significatif ne pouvant être résolu par les stratégies d'adaptation habituelles (Aguilera, 1995 ; Roberts, 2000 ; Séguin, 2001). Roberts (2000) donne une définition opérationnelle de la crise :

« C'est un déséquilibre de l'homéostasie psychologique dans lequel les mécanismes d'adaptation habituels

échouent, ayant pour conséquence une détresse et une détérioration du fonctionnement visible. C'est la réaction subjective à une expérience de vie stressante qui compromet la stabilité et l'habileté de s'adapter ou de fonctionner. Habituellement, deux autres conditions sont présentes : 1) la personne doit percevoir l'événement comme étant la cause de son bouleversement ou de sa désorganisation ; 2) la personne est incapable de résoudre le problème par ses stratégies d'adaptation habituelles¹ » (p. 516).

Ce n'est pas donc pas l'événement en soi qui cause la crise, mais bien la perception unique, idiosyncratique, qu'aura l'individu de cet événement (Dulmus et Hilarski, 2003). La majorité des crises s'avèrent être le résultat d'une progression d'un état d'équilibre vers un état de vulnérabilité qui culmine par l'état de crise (Séguin et Huon, 1999). Selon Séguin (2001), l'état de crise, d'une durée maximale de huit semaines, est caractérisé par trois grandes étapes : 1) une période de désorganisation ; 2) qui peut culminer par une phase aiguë ; 3) qui est enfin suivie d'une période de récupération. C'est lors de la phase aiguë qu'aura souvent lieu le passage à l'acte, la tentative de suicide, chez une personne vulnérable. Cependant, le passage à l'acte n'est pas toujours de nature suicidaire, mais peut se traduire de différentes façons, par exemple, une manifestation violente d'agressivité ou encore un épisode de consommation de substances psychotropes ou de jeu intense.

Très peu d'écrits ont porté spécifiquement sur l'état de crise chez les personnes dépendantes aux substances psychoactives (Yeager et Gregoire, 2000 ; Roberts et Yeager, 2005) et encore moins chez les joueurs pathologiques (Dufour, 2008). Pourtant, selon Yeager et Gregoire (2000), les personnes dépendantes vivent un état de vulnérabilité constant en raison de leur

¹ Traduction libre de l'auteure

problématique de consommation. Or, cet état de vulnérabilité rend la personne plus sensible aux événements stressants et donc, plus susceptible de vivre des crises (Séguin, 2001). Par exemple, l'utilisation fréquente de mécanismes de défense problématiques, tels le déni, permettrait à court terme d'éviter l'état de crise et de conserver leur style de vie pendant une certaine période de temps. Cet équilibre demeure toutefois précaire puisque de petits incidents, parfois considérés comme mineurs, auraient souvent pour conséquence de précipiter l'état de crise.

Chez les joueurs, l'état de vulnérabilité résulterait en partie de l'utilisation même de « la substance » (les JHA). En fait, alors que le jeu de hasard et d'argent est perçu par les spécialistes comme étant l'une des sources du problème, le joueur, pour sa part, perçoit cette activité comme étant LA solution à ses problèmes d'argent. L'utilisation des JHA comme stratégie pour régler ses dettes précipiterait donc de multiples crises tout en augmentant considérablement la détresse et l'humeur dépressive, tous des facteurs de risque associés aux comportements suicidaires (Pfuhlmann et Schmidtke, 2002 ; Yip et coll., 2007).

Par ailleurs, ces crises constitueraient souvent un tournant dans la vie d'une personne, un moment d'intense souffrance où plusieurs demanderaient de l'aide (Blaszczynski et Farrell, 1998 ; Evans et Delfabbro, 2005 ; Hodgins, Makarchuk, el-Guebaly et Peden, 2002 ; Kausch, 2005 ; Ladouceur et coll., 2004). De fait, la majorité des demandes d'aide semblent motivées par les crises plutôt que par la reconnaissance graduelle d'un comportement problématique (Evans et Delfabbro, 2005). Ainsi, à leur entrée en traitement, 33 % des joueurs rapportent que leur arrêt de jeu est totalement attribuable à une crise tandis que 9 % estiment la crise en partie responsable de cet arrêt (Hodgins et coll., 2002). De même, une étude québécoise réalisée auprès des joueurs en traitement à l'interne et à l'externe rapporte que 94 % d'entre eux attribuent la décision de consulter à un événement en particulier, dont la rupture amou-

reuse, la perte d'un emploi ou encore la perte de biens matériels (Ladouceur et coll., 2004), événements souvent qualifiés de crise psychosociale. Les crises, particulièrement financières, s'avèreraient donc pour certains joueurs des moments privilégiés pour demander de l'aide (Blaszczynski et Farrell, 1998; Pulfold et coll., 2009). Pour d'autres, lorsque les solutions pour résoudre les difficultés semblent avoir été épuisées, le suicide devient alors la solution ultime pour faire taire la souffrance, pour interrompre ces crises à répétition (Blaszczynski et Farrell, 1998; Ledgerwood, Steinberg, Wu et Potenza, 2005; Maccallum et Blaszczynski, 2003; Pfuhlmann et Schmidtke, 2002).

La crise suicidaire chez les joueurs

Alors qu'il existe relativement peu d'études s'étant intéressées au phénomène de la crise en général, la crise suicidaire a reçu, pour sa part, beaucoup plus d'attention. Ainsi, alors que le suicide peut être envisagé tout au long de la période de crise, c'est plus particulièrement lors de la phase aiguë du processus de crise que pourrait survenir la tentative de suicide chez un individu vulnérable (Séguin, 2001). Le processus suicidaire se trouve donc accentué pendant les périodes de crise que peut vivre une personne.

Avant de discuter des liens pouvant exister entre le suicide et les jeux de hasard et d'argent, il ne faut cependant pas oublier que le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel (Ledgerwood et coll., 2005; Séguin et Huon, 1999; Wager, 2005). En outre, l'étude d'une relation causale entre le jeu et les comportements suicidaires présentent plusieurs défis méthodologiques notamment la présence potentielle de facteurs confondants tels la dépression (Wager, 2005). Néanmoins, plusieurs études établissent un lien entre le jeu pathologique et les comportements suicidaires (Frank, Lester et Wexler, 1991; Hodgins et coll., 2006; Maccallum et Blaszczynski, 2003; McCleary,

Chew, Merrill et Napolitano, 2002 ; Newman et Thompson, 2003 ; 2007 ; Penfold, Hatcher, Sullivan et Collins, 2006 ; Petry et Kiluk, 2002 ; Phillips, Welty et Smith, 1997). Ainsi, une vaste étude épidémiologique canadienne indique que les tentatives de suicide dans la dernière année sont significativement plus fréquentes chez les joueurs que dans la population générale (Newman et Thompson, 2007). Bien qu'il soit impossible d'établir avec précision si ce sont les problèmes de jeu qui ont précipité les tentatives de suicide, les joueurs présenteraient 3 à 4 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que la population générale (Newman et Thompson, 2007). De même, chez les joueurs en traitement, il n'est pas rare d'observer une très forte prévalence d'idéations suicidaires (35 %-81 %) et de tentatives suicidaires (4 %-40 %) (Battersby et coll., 2006 ; Beaudoin et Cox, 1999 ; Kausch, 2003 ; Ladouceur et coll., 2004 ; Ledgerwood et Petry, 2004 ; Maccallum et Blaszczyński, 2003 ; Petry et Kiluk, 2002). Ces comportements suicidaires semblent notamment en lien avec la sévérité des problèmes de jeu, la présence de dettes, les problèmes de consommation et la dépression (Battersby et coll., 2006). Tant la détresse importante vécue que la vulnérabilité psychologique associée au problème de jeu augmentent donc le risque des joueurs de vivre des phases aiguës lors des périodes de crise et par conséquent, augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire.

L'intervention de crise

Selon Halpern (1973 cité dans Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006), les personnes en crise se sentent davantage impuissantes, anxieuses, bouleversées, confuses et éprouvent des doutes démesurés face à leurs stratégies d'adaptation. Elles sont également moins sur la défensive et plus ouvertes à l'aide proposée. Afin de pouvoir répondre rapidement aux joueurs en grande détresse émotionnelle, différents services

ont été développés. Généralement, le cadre théorique adopté en intervention de crise se distingue de l'approche thérapeutique classique (Séguin et coll., 2006). De fait, l'intervention de crise est une des stratégies de courte durée les plus utilisées (Roberts et Everly, 2006). Elle offre de l'aide urgente afin d'aider la personne à résoudre le problème immédiat et à retrouver son équilibre antérieur (Aguilera, 1995). Elle vise la résorption de la crise, le développement de solutions et parfois même, l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation (Séguin et Huon, 1999). Cette intervention, centrée sur « l'ici et maintenant », doit non seulement reposer sur une bonne évaluation de la personne et de la situation, mais aussi identifier les mécanismes qui ne fonctionnent plus afin d'aider l'individu à développer de nouvelles stratégies mieux adaptées au problème (Roberts, 2002 ; Roberts et Ottens, 2005).

Il existe une grande variété de services de crise pouvant prendre différentes formes : 1) des lignes d'écoute comme Suicide-Action, Tel-Aide, Drogue : aide et référence ; 2) des centres de crise avec une équipe mobile et/ou service d'hébergement. Chaque ville ou région développe habituellement ses propres services en tentant de répondre aux besoins les plus urgents de sa population. Bien que les services d'intervention de crise soient largement utilisés auprès de différentes populations, très peu ont été évalués. De fait, la méta-analyse de Roberts (Roberts et Everly, 2006) recense 36 études s'étant intéressées à l'intervention de crise, mais aucune n'a évalué les programmes destinés aux joueurs pathologiques ou encore aux personnes dépendantes des substances psychoactives.

Les lignes d'écoute (Helpline) pour les joueurs

Le premier service souvent mis en place par les gouvernements afin de répondre à la détresse des joueurs est les lignes d'écoute et de référence. Selon Clifford (2008), il existerait une

cinquantaine de lignes d'aide pour les joueurs en difficulté opérant dans une variété de pays. Depuis l'émergence de la 1^{re} ligne d'aide pour les joueurs en 1983 au New Jersey (États-Unis), le Canada, la Nouvelle-Zélande, la Suède, la Finlande, la Norvège, l'Afrique du Sud, l'Angleterre, et dernièrement la Suisse, ont tous développé des lignes d'aide pour les joueurs en détresse. Bien que ces services ne soient pas dédiés uniquement aux joueurs en crise, la plupart de ces lignes offrent différents services notamment de l'information, de l'écoute et du soutien, des références, de l'intervention de crise et même, pour certains organismes, de l'intervention thérapeutique téléphonique (téléconseiling) (Clifford, 2008 ; Reilly, 2006 ; Ryan, 2006).

Au Québec, la ligne d'écoute se nomme «Jeu : aide et référence (JAR)». JAR est un service téléphonique d'information, de référence et de soutien sur le jeu compulsif, disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine. Le mandat de ces intervenants est plus large que celui de l'intervention de crise puisque ceux-ci s'adressent à tous les joueurs ou leurs proches souhaitant avoir du soutien ou des références. En plus d'offrir les coordonnées d'une ressource spécialisée dans le traitement, ils offrent du soutien empathique lors de moments de grande détresse et mettent les joueurs en lien avec une ressource spécialisée lors des situations de crise ou d'urgence suicidaire. Pour l'année 2007-2008, JAR a reçu 10 070 appels provenant majoritairement des joueurs eux-mêmes (72 % des appelants) (JAR, 2009). Alors que 59 % des personnes souhaitaient obtenir une référence, 7 % appelaient pour recevoir de l'écoute et du soutien tandis que 1,5 % étaient en crise suicidaire (JAR, 2009). Ces premières données permettent de constater que certains joueurs en crise suicidaire s'adressent à ce service. Malheureusement, aucune donnée ne permet d'évaluer le pourcentage de joueurs en crise (autre que suicidaire) ayant contacté ce service. Enfin, l'absence d'évaluation ne

permet pas de discuter de l'efficacité de ce service dans la gestion de la crise des joueurs ni de comprendre pourquoi certains joueurs en crise ne s'adressent pas à ce service. Le processus d'évaluation de l'impact de la ligne JAR (FQRSC, 2008) présentement en cours permettra peut-être de mieux décrire les joueurs québécois en crise et de mieux cerner les bienfaits de cette intervention.

À l'instar des données québécoises, les très rares études publiées s'étant intéressées aux lignes d'écoute dans le monde portent majoritairement sur la description des services offerts ou encore sur la description des appelants, plutôt que sur l'efficacité de ce service (Potenza et coll., 2001 ; Reilly, 2006). D'après ces travaux, les joueurs téléphonant à ces lignes d'aide sont majoritairement des hommes de moins de 55 ans, jouant de façon problématique aux appareils de loteries vidéo (ou aux machines à sous) et demandant de l'aide pour la première fois (Griffiths, Scarfe et Bellringer, 1999 ; Potenza et coll., 2001, 2006). Dans l'étude menée au Connecticut, 85% des joueurs appelant la ligne d'aide affirmaient n'avoir jamais reçu d'aide professionnelle ni participé à des rencontres de Gamblers Anonymes (Potenza et coll., 2000, 2001). Par ailleurs, une proportion significative des utilisateurs des lignes d'aide présentaient des problèmes financiers graves, des problèmes de santé mentale et des comportements suicidaires (Griffiths et coll., 1999 ; Ledgerwood et coll., 2005 ; Potenza et coll., 2001, 2005, 2006). Les appelants rapportant des comportements suicidaires semblaient aussi être ceux décrivant le plus de problèmes familiaux, financiers, légaux, des problèmes de santé mentale et des troubles liés aux substances (Ledgerwood et coll., 2005).

Alors que les lignes d'écoute s'avèrent être une des ressources les mieux développées dans le monde ainsi que les plus utilisées par les joueurs et leur entourage, paradoxalement, très peu d'études s'y sont intéressées. Or, compte tenu

de la multitude des problèmes présentés par les appelants et de la détresse importante accompagnant les demandes d'aide, il est essentiel que de futures recherches évaluent la qualité de ces services ainsi que leur efficacité. Cela est d'autant plus vrai que ces services sont souvent le premier contact du joueur avec de l'aide potentielle, et par conséquent, la qualité de la relation établie avec celui-ci et la pertinence des références sont probablement déterminantes dans la poursuite de la démarche de réadaptation.

L'intervention de crise dans les casinos

Dans une perspective de jeu responsable, plusieurs casinos se sont dotés de services pouvant venir en aide aux joueurs en détresse. Un des services les plus novateurs présentement à l'œuvre est le service d'intervention de crise dans les casinos du Québec. Initiative de la Fondation Mise sur toi et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ce service de crise a été développé par la Maison Jean Lapointe et mis sur pied en 2001 (Paré, Rousselle et Dufour, 2005). Aujourd'hui, les quatre casinos du Québec ont leur propre équipe d'intervention de crise. Ces services sont disponibles 365 jours par année, 24 heures par jour. Ce service d'aide peut être demandé directement par un joueur ou encore lui être offert par un employé qui aurait détecté la présence de détresse. Lors d'une intervention de crise, une équipe comprenant un psychologue et un intervenant spécialisé en jeu pathologique se rendent immédiatement au Casino afin d'y rencontrer la personne en détresse (Paré et coll., 2005). Une fois l'évaluation de la crise, du problème de jeu, du risque de passage à l'acte et du risque suicidaire prise en compte, ces intervenants sont à même de désamorcer la crise, d'accompagner la personne à l'urgence si nécessaire ou encore de la diriger vers le service le plus pertinent pour un suivi à long terme (Dufour et coll., 2002 ; 2005 ; Rousselle, 2008). Un suivi

téléphonique après crise est par la suite effectué le lendemain ainsi que 30 jours plus tard.

Ce type d'intervention de crise, où ce sont les intervenants et non pas les joueurs qui se déplacent, comporte plusieurs avantages. De fait, ces services sont facilement accessibles et fournissent une réponse immédiate, rapide et spécialisée. La structure de l'intervention met donc tout en place pour faire diminuer la détresse et pour faciliter la création d'un lien qui soutiendra la motivation au traitement. Pour sa part, le suivi après crise permet aussi de renforcer la motivation tout en s'assurant que les références offertes sont pertinentes.

À l'instar des lignes d'écoute, aucune évaluation scientifique de ce service d'intervention de crise dans les casinos n'a été réalisée (Dufour, 2008). La description des personnes ayant demandé cette aide ainsi que le récit qualitatif des remerciements permettent de croire à l'efficacité de ce service (Dufour, 2008). Depuis 2001, plus de 375 interventions ont été effectuées au Casino de Montréal par l'équipe de la Maison Jean Lapointe (Paré et Rousselle, 2009). La majorité des personnes rencontrées étaient des hommes (70 %) et présentaient plus d'une problématique de santé mentale (75 %) (Dufour et coll., 2002 ; 2005 ; Paré et Rousselle, 2009). Au total, 71 % présentaient un niveau de détresse nécessitant une action immédiate (Dufour, 2005). Un mois après cette intervention, 51 % des joueurs se disaient toujours abstinents et 31 % étaient encore en thérapie (Paré et Rousselle, 2009).

Ces premiers résultats, en plus de confirmer l'existence de joueurs en détresse au casino et la complexité de leurs problématiques, laissent penser que cette intervention permet de diminuer la détresse tout en favorisant l'engagement vers le traitement. Malheureusement, l'absence d'une étude rigoureuse ne permet pas d'aller au-delà de l'appréciation de ces services ni de statuer sur son efficacité réelle. Dans une optique d'amélioration des

pratiques d'intervention, il serait très important de faire une évaluation rigoureuse de l'efficacité de ce service en prenant en compte la perception des usagers et celle des intervenants.

Par ailleurs, l'efficacité d'un tel service d'aide dépend en partie de la réussite de son implantation dans les différents casinos. Ainsi, afin d'implanter efficacement ce service de crise, tous les employés des casinos ont été formés pour repérer les personnes en détresse et les diriger vers les bons intervenants. Cette formation, d'une durée de 90 minutes, préparait les employés à utiliser « la chaîne d'entraide », c.-à-d. la procédure pour aider un joueur qui semble en détresse. Une évaluation de cette formation permet de constater que les employés ont une plus grande conviction de leur rôle pour aider les joueurs et une meilleure connaissance de la procédure pour détecter et signaler les joueurs en état de détresse (Giroux et coll., 2008). Malheureusement, six mois plus tard, la compréhension de la procédure pour aider les joueurs en crise ne semble pas s'être maintenue (Giroux et coll., 2008). Puisque l'efficacité des services de crise dépend en partie de la capacité et de la volonté des employés à repérer les gens en détresse, ces données soulignent la nécessité d'intégrer de la formation continue pour les employés. De même, ces constatations soulèvent différentes questions quant à la publicisation tant auprès du public qu'auprès des employés de ce service.

L'autoexclusion

Selon Blaszczynski et ses collaborateurs (2007), l'autoexclusion (AE) est une procédure utilisée fréquemment par l'industrie du jeu afin d'aider le joueur à minimiser l'impact d'un comportement de jeu potentiellement dommageable. Ce programme prévoit qu'un individu peut demander à être banni de l'entrée d'un ou de plusieurs casinos tout en accordant l'autorisation à ces derniers de l'exclure s'il devait briser son engagement

de ne pas y entrer (Nowatzki et Williams, 2002). Lorsqu'un joueur signe une entente d'AE, il accepte tacitement de ne pas se présenter au casino, et ce, pour une période de temps pouvant aller d'un mois à une période indéterminée (Tremblay, Boutin et Ladouceur, 2008). L'objectif premier de ce programme est de créer une barrière entre un l'individu et une occasion de jouer. Alors que le premier programme d'AE a été implanté au Manitoba (Canada) en 1989, vingt ans plus tard, presque tous les casinos des provinces canadiennes (Nowatzki et Williams, 2002) et plusieurs casinos dans le monde notamment en France, en Afrique du Sud, aux États-Unis, en Suisse, en Hollande et en Australie offrent un programme d'AE (Blaszczynski et coll., 2007).

Les services d'AE ne sont pas des services d'intervention de crise ni même une intervention thérapeutique, mais représentent plutôt une opportunité pour obtenir du soutien pour le joueur qui désire limiter ses pertes financières en s'imposant une barrière d'accessibilité aux aires de jeu (Blaszczynski et coll., 2007 ; Nowatzki et Williams, 2002). Bien que ce service ne soit pas destiné aux personnes en détresse, il semble que ce soit des joueurs présentant une multitude d'émotions incluant la détresse, la frustration et même la peur, qui en font la demande (Responsible Gambling Council (RGC), 2008). De fait, lorsqu'un joueur considère l'AE, ce dernier semble être à la recherche d'aide pour arrêter un état de crise (RGC, 2008). Comme le mentionne un expert s'intéressant à cette question, « nous croyons que la personne souhaitant s'autoexclure est une personne en crise mais nous sous-estimons cette crise parce que, pour les membres du personnel, répondre à cette crise est une situation difficile² » (p. 7, RGC, 2008). Cette vision d'un joueur en détresse, voire en crise lors de sa demande d'AE, est aussi soutenue pour les joueurs eux-mêmes mentionnant que les raisons les ayant amenés à prendre cette décision sont :

² Traduction libre de l'auteure

avoir atteint le bas-fond, avoir besoin d'aide, souhaiter reprendre le contrôle, sauver leur mariage ou un emploi et prévenir le suicide (Nower et Blaszczynski, 2006). En offrant uniquement un contrat pour se bannir du casino, les services d'AE ne répondent donc pas à la détresse ni à l'état de crise vécu par le joueur lors de cette demande. Pourtant, la démarche d'AE s'avérerait un moment privilégié pour faire de l'intervention précoce. D'ailleurs, dans ses recommandations sur les meilleures pratiques d'AE, le Responsable Gambling Council (2008) suggère que ces programmes modifient leur perspective, d'une intervention uniquement « punitive » à un modèle plus centré sur l'aide et la référence.

À la suite des critiques et des recommandations des différents experts, plusieurs programmes d'AE se sont bonifiés en ajoutant des séances d'information sur les jeux de hasard et d'argent ou encore en proposant des services d'aide (pour une revue plus exhaustive des programmes d'autoexclusion canadiens voir RGC, 2008). Malheureusement, à notre connaissance, seule la bonification de l'autoexclusion effectuée au Québec a été évaluée (Tremblay et coll., 2008). Dans ce service d'AE amélioré, le joueur se voit offrir, lors de sa rencontre pour l'autoexclusion, la possibilité de rencontrer un psychologue au début de sa période d'AE. Cette rencontre gratuite offerte par un psychologue indépendant du Casino a pour objectif d'évaluer les habitudes de jeu et de proposer différentes ressources au joueur (Tremblay et coll., 2008). De plus, le nouveau programme d'AE prévoit aussi une rencontre obligatoire pour les joueurs souhaitant retourner jouer après leur période d'autoexclusion. Cette rencontre inclut une évaluation des habitudes de jeu et des motivations pour retourner jouer, une séance d'information sur les pièges des jeux de hasard et d'argent et sur le jeu responsable, ainsi que des références à différentes ressources. L'évaluation préliminaire de ce nouveau programme permet de constater que 40% des joueurs demandant l'AE se sont dits intéressés par la rencontre avec un

psychologue et que seulement 37% de ces personnes se sont présentés à leur rencontre (15% des toutes les personnes demandant l'AE) (Tremblay et coll., 2008). Chez ces joueurs, on observe une diminution significative de l'intensité des conséquences négatives et des habitudes de jeu pendant leur période d'autoexclusion. De plus, près du quart feront une demande d'aide en dehors de l'AE. Ces premiers résultats laissent donc présager que cette bonification de l'AE a eu des effets bénéfiques. Cependant, le faible taux de participations des joueurs soulève plusieurs questions : Ce faible taux résulte-t-il d'une mauvaise compréhension des services offerts ? Est-ce le résultat d'un manque de publicisation ? La pertinence de cette aide devrait-elle être remise en cause ? La structure du service convient-elle aux joueurs ? D'autres études devront être effectuées avant de pouvoir statuer sur la pertinence et l'efficacité d'un service de bonification de l'autoexclusion.

Conclusion

La crise est un phénomène à la fois universel et à la fois unique, idiosyncratique (Séguin et coll., 2006). Chez les joueurs, différents indices dans leur récit laissent penser qu'ils vivent plusieurs épisodes de crises. Ces crises constituent souvent un tournant dans leur vie, un moment d'intense souffrance où plusieurs demanderont de l'aide (Blaszczynski et Farrell, 1998 ; Evans et Delfabbro, 2005 ; Hodgins, Makarchuk, el-Guebaly et Peden, 2002 ; Kausch, 2005 ; Ladouceur et coll., 2004). Alors que les multiples conséquences associées à la perte de contrôle contribuent à leur détresse, très peu d'études se sont intéressées à documenter les composantes et caractéristiques des crises vécues. En fait, aucune étude n'a cherché à définir les crises et leurs répercussions selon le point de vue des joueurs. Pourtant, la méconnaissance de l'état de crise contribue à sa sous-détection, laissant le joueur seul avec sa détresse. Ce n'est qu'avec une meilleure compréhension du phénomène de la

crise, de sa définition, de son intensité, des symptômes associés et de son évolution que les interventions et outils de détection et de prévention pourront s'améliorer. Des études permettant de décrire les différentes formes de crises vécues par les joueurs et documentant la détresse et les répercussions vécues s'avèrent donc nécessaires dans les prochaines années.

Jusqu'à présent, la crise la plus documentée chez les joueurs est celle impliquant des comportements suicidaires. De fait, plusieurs études permettent de constater l'existence de nombreux comportements suicidaires chez les joueurs pathologiques. Cependant, les liens entre les problèmes de jeu et le suicide sont très complexes. Ainsi, ces études permettent d'observer une vulnérabilité importante chez les joueurs notamment en raison de problèmes de santé mentale ou encore de l'impulsivité qui pourraient agir en amont à la fois des problèmes de jeu et des comportements suicidaires. En plus, les joueurs vivent de nombreux stressors associés aux problèmes financiers et conjugaux qui augmentent les éléments déclencheurs de la crise, les rendant plus vulnérables à un passage à l'acte lors des phases aiguës de la crise. Compte tenu de la grande vulnérabilité des joueurs aux états de crise et du risque élevé de passage à l'acte, il est très important que l'ensemble des services s'adressant aux joueurs problématiques, tant les lignes d'écoute que les services d'exclusion volontaire, ait des outils validés pour détecter et évaluer l'état de crise et le processus suicidaire des joueurs. De même, l'ensemble des intervenants œuvrant auprès des joueurs devrait recevoir une formation permettant de détecter les états de crise et les crises suicidaires. Puisque les passages à l'acte sont souvent le point culminant des états de crise, il devient important que tous les intervenants en jeu pathologique soient formés pour mieux détecter ces situations critiques et aient des outils pour aider à la résolution de ces crises.

La prévention du suicide chez les joueurs pathologiques devrait aussi devenir un objectif de tous les acteurs pouvant

rencontrer ces personnes en difficulté. Par exemple, puisque la confrontation avec les problèmes financiers semble un des moments à haut risque, il serait important, dans une optique de prévention, de sensibiliser et d'outiller les intervenants des ACEF (Association coopérative d'économie familiale) et les personnes œuvrant dans les institutions bancaires à la détection des risques suicidaires. Les problèmes financiers étant la répercussion la plus visible d'un problème de jeu, les demandes d'aide financière s'avèrent donc des moments privilégiés pour détecter un problème de jeu, pour évaluer l'état de crise et pour offrir des références et du soutien. Des campagnes de sensibilisation et de prévention ciblées auprès des personnes susceptibles de rencontrer les joueurs en crise devraient donc prendre place.

Par ailleurs, les rares écrits scientifiques permettent de constater que les joueurs en crise ont accès à au moins trois types de services : les lignes d'écoute et de référence, les services d'intervention de crise pour les casinos et les services d'autoexclusion. Malgré la diversité des services offerts, peu de joueurs semblent avoir recours aux services spécialisés de crise. De fait, l'équipe d'intervention de crise au Casino n'intervient qu'auprès d'une cinquantaine de joueurs par année. Pour sa part, les appels des joueurs en crise suicidaire représentent seulement 1,5% des appels totaux des lignes d'écoute. Ce faible nombre de demandes d'aide soulève plusieurs questions importantes : Ces services sont-ils suffisamment publicisés et connus des joueurs et de leurs proches ? Sont-ils suffisamment accessibles ? Répondent-ils aux besoins des joueurs en crise ? Il semble difficile de croire que ces services répondent à l'ensemble des moments de crise des joueurs. Cependant, il n'existe aucune étude permettant d'élaborer des hypothèses sur les raisons favorisant la fréquentation de ces services et surtout, sur les raisons de non-utilisation. De nouvelles recherches s'intéressant tant aux joueurs qui s'adressent à ces services qu'à ceux n'ayant jamais

contacté ces ressources sont nécessaires afin de déterminer les raisons potentielles pouvant expliquer l'utilisation ou la non-utilisation des services de crise.

Par ailleurs, alors que les joueurs en crise s'adressant aux ressources en sont fréquemment à leur première demande d'aide, il n'existe aucune étude évaluant l'efficacité réelle des services qui leur sont destinés. Pourtant, une évaluation de l'intervention de crise s'avère primordiale puisqu'elle peut survenir à un moment décisif pour la personne. Dans les années à venir, un regard critique à la fois sur cette intervention parfois décisive dans l'engagement au traitement et à la fois sur les services offerts aux joueurs s'avère nécessaire. Puisque la crise est un phénomène avant tout subjectif, ce regard critique devrait notamment mettre l'accent sur le point de vue des usagers de ces services. De fait, les études devront aller au-delà des simples caractéristiques des demandeurs d'aide et s'intéresser à l'appréciation et à l'efficacité objective et subjective de ces services. Par exemple, une recherche évaluant spécifiquement l'impact de ces services sur le niveau de détresse des joueurs, mais aussi sur l'évolution de leurs habitudes de jeu après trois et six mois devrait prendre place.

La promotion des services de crise et l'orientation vers ces derniers étant souvent effectuées par le personnel œuvrant auprès des joueurs, leur connaissance et leurs croyances quant à l'efficacité de ces services devraient aussi être évaluées afin de s'assurer que tous sont en mesure de bien orienter les joueurs en crise. Par ailleurs, les services d'autoexclusion étant notamment utilisés par des joueurs en crise, une réflexion devrait être faite sur le soutien qui peut leur être donné dès le début de leur demande. De fait, est-ce qu'une détection de la détresse et du risque suicidaire devrait systématiquement avoir lieu lors des autoexclusions? De même, quels seraient les meilleurs intervenants pour détecter les joueurs en détresse lors de cette demande?

Alors que l'on peut se réjouir de l'existence même de différents services de crise, la détresse importante des joueurs et de leurs proches nous oblige à regarder de façon critique les services mis en place pour leur venir en aide. Ce n'est que de cette façon qu'il pourra y avoir une amélioration des pratiques de prévention, de détection et d'intervention.

- Aguilera, D. C. (1995). *Intervention en situation de crise : Théorie et méthodologie*. Paris : InterEditions, 320 p.
- Battersby, M., Tolchard, B., Scurrah, M., Thomas, L. (2006). «Suicide Ideation and Behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service». *International Journal of Mental Addiction*. 4 (3), p. 233-246.
- Beaudoin, C. M. et Cox, B. J. (1999). «Characteristics of problem gambling in a canadian context: a preliminary study using DSM-IV-based questionnaire». *Canadian Journal of Psychiatry*. 44 (9), p. 483-487.
- Blaszczynski, A. P. et Farrell, E. (1998). «A case series of 44 completes gambling-related suicides». *Journal of Gambling Studies*. 14 (2), p. 93-109.
- Blaszczynski, A. P., Ladouceur, R., Nower, L. (2007). «Self-exclusion: a proposed gateway to treatment model». *International Gambling Studies*. 7 (1), p. 59-71.
- Canadian Partnership for Responsible Gambling (2009). *Canadian Gambling Digest 2007-2008*. <http://www.cprg.ca/>.
- Clifford, G. (2008). «The Evolution of Problem Gambling Helplines». [In M. Zangeneh, A. Blaszczynski, N.E. Turner : *The pursuit of winning: Problem gambling theory, research and treatment*] Springer : USA, p. 291-311.
- Cox, B. J., Yu, N., Afifi, T. O. et Ladouceur, R. (2005). «A national survey of gambling problems in Canada». *Canadian Journal of Psychiatry*. 50 (4), p. 213-217.
- Crockford, D. N. et el-Guebaly, N. (1998). «Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review». *Canadian Journal of Psychiatry*. 43 (1), p. 43-50.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., Ben-Abdallah, A. (2000). «Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings». *Journal of Gambling Studies*. 16 (4), p. 347-376.

- Dufour, M., Rousselle, C., Paré, R., Boucher, N. et Beaucage, B. (2005). *L'intervention de crise au Casino. Bilan des trois dernières années*. Présentation congrès Rond-Point 2005, Montréal, Québec.
- Dufour, M., Rousselle, C., Bertrand, K., Boucher, N., Paré, R. (2002). *Problématiques rencontrées chez les joueurs demandant de l'aide au Casino*. Présentation au Forum mondial drogues et dépendances, Montréal, septembre 2002.
- Dufour, M. (2008). *Les services de pointe : dépendance et suicide*. Présentation au Congrès canadien en prévention du suicide : Suicide et dépendances, 26-29 octobre 2008, Québec.
- Dulmus, C. N. et Hilarski, C. (2003). «When stress constitutes trauma and trauma constitutes crisis: the stress-trauma-crisis continuum». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 3 (1), p. 27-35.
- Evans, L. et Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 21 (2), p. 133-155.
- Frank, M. L., Lester, D. et Wexler, A. (1991). Suicidal behavior among members of gamblers anonymous. *Journal of Gambling Studies*. 7 (3), p. 249-254.
- FQRSC (2008). Appel de proposition pour un projet d'évaluation dans le cadre des actions concertées. L'évaluation des impacts de la ligne Jeu : Aide et référence et des services qui y sont rattachés. <http://www.fqrc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/projets-actions-concertees.php>
- Giroux, I., Boutin, C., Ladouceur, R., Lachance, S. et Dufour, M. (2008). «Awareness training program on responsible gambling for casino employees». *International Journal of Mental Health and Addiction*. 6 (4), p. 594-601.
- Griffiths, M., Scarfe, A., Bellringer, P. (1999). «The UK National telephone gambling helpline - Results on the first year of operation». *Journal of Gambling Studies*. 15 (1), p. 83-90.
- Hodgins, D. C., Makarchuk, K., eL-Guebaly, N. et Peden, N. (2002). «Why problem gamblers quit gambling: a comparison of methods and samples». *Addiction Research & Theory*. 10 (2), p. 203-218.

- Hodgins, D. C., Mansley, C. et Thygesen, K. (2006). «Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers». *The American Journal on Addictions*. 15 (4), p. 303-310.
- Jeu : Aide et Référence (JAR) (2009). Rapport statistique : http://www.jeu-aidereference.qc.ca/www/statistiques_fr.asp.
Dernier accès le 8 juin 2009.
- Kausch, O. (2003). «Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling». *Journal of Clinical Psychiatry*. 64 (9), p. 1031-1038.
- Kausch, O. (2005). «Suicidality among pathological gamblers». *Directions in Psychiatry*. 25 (4), p. 291-300.
- Ladouceur, R., Boisvert, J. M., Pepin, M. Loranger, M. et Sylvain, C. (1994). «Social costs of pathological gambling». *Journal of Gambling Studies*. 10 (4), p. 399-409.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sevigny, S., Hamel, D., Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et de jeu pathologique au Québec en 2002*. Rapport de recherche. Institut de santé publique du Québec et Université Laval.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Giroux, I., Ferland, F. et Leblond, J. (2000). «Analysis of a Casino's self-exclusion program». *Journal of Gambling Studies*. 16 (4), p. 453-460.
- Ladouceur, R., Sylvain, C. et Gosselin, P. (2007). «Self-exclusion program: a longitudinal evaluation study». *Journal of Gambling Studies*. 23 (1), p. 85-94.
- Leblanc, L. et Séguin, M. (2006). «L'Intervention en situation de crise : la conduite de l'entretien clinique». [In M. Séguin, A. Brunet et L. LeBlanc : *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*] Boucherville : Gaëtan Morin éditeur, p. 31-54.
- Ledgerwood, D. M. et Petry, N. M. (2004). «Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192 (10), p. 711-714.

- Ledgerwood, D. M., Steinberg, M. A., Wu, R. et Potenza, M. N. (2005). «Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers». *Journal of Gambling Studies*. 19 (2), p. 175-183.
- Lesieur, H. (1984). *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge: Schenkman Publishing, 295 p.
- Maccallum, F. et Blaszczynski, A. (2003). «Pathological gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality». *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. 33 (1), p. 88-98.
- McCleary, R., Chew, K., Merrill, V. et Napolitano, C. (2002). «Does legalized gambling elevate the risk of suicide? An analysis of U.S. counties and metropolitan areas». *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. 32 (2), p. 209-221.
- Newman, S. C. et Thompson, A. H. (2003). «A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide». *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. 33 (1), p. 80-87.
- Newman, S. C. et Thompson, A. H. (2007). «The association between pathological gambling and attempt suicide: finding from a national survey in Canada». *The Canadian Journal of Psychiatry*. 52 (9), p. 605-612.
- Nowatzki, R. et Williams, R. J. (2002). «Casino Self-exclusion programs: A review of the issues». *International Gambling Studies*. 2 (3), p. 3-25.
- Nower, L. et Blaszczynski, A. (2006). «Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri Data». *Journal of Gambling Studies*. 22 (1), p. 81-99.
- Paré, R., Rousselle, C., Dufour, M. (2005). *L'Intervention de crise au Casino*. Présentation au congrès Rond-Point 2005, Montréal, Québec.
- Paré, R. et Rousselle, C. (2009). *L'intervention de crise au Casino de Montréal*. Rapport interne de la Maison Jean Lapointe, Montréal, Québec.

- Penfold, A., Hatcher, S., Sullivan, S., Collins, N. (2006). «Gambling problems and attempted suicide. Part. I. High Prevalence amongst hospital admissions». *International Journal of Mental Health and Addiction*. 4 (3), p. 265-272.
- Penfold, A., Hatcher, S., Sullivan, S., Collins, N. (2006). «Gambling problems and attempted suicide. Part. II. Alcohol Abuse increases suicide risk». *International Journal of Mental Health and Addiction*. 4, p. 273-279.
- Petry, N. M. et Kiluk, B. D. (2002). «Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190 (7), p. 462-469.
- Pfuhmann, B. et Schmidtke, A. (2002). «Pathological gambling and suicidal behavior». *Archives of Suicide Research*. 6, p. 257-267.
- Phillips, D. P., Welty, W. R. et Smith, M.M. (1997). «Elevated suicide levels associated with legalized gambling». *Suicide and Life-Threatening Behaviour*. 27 (4), p. 373-378.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Mclaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J. et O'Malley, S. S. (2000). «Illegal behaviors in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 28, p. 389-403.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Mclaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J. et O'Malley, S. S. (2001). «Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline». *The American Journal of Psychiatry*. 158 (9), p. 1500-1504.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Wu, R. (2005). «Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems». *Journal of Gambling Studies*. 21 (3), p. 233-254.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Wu, R., Rounsaville, B. J. et O'Malley, S. S. (2006). «Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline». *Journal of Gambling Studies*. 22, p. 241-254.

- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., Williams, J. (2009). «Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not». *Journal of Gambling Studies*. 25, p. 19-32.
- Reilly, C. J. (2006). *A brief Survey of Gambling Helplines in the U.S.* Présentation au 7th annual NCRG conference on gambling and addiction, Lost in translation? November, 12-14, Las Vegas.
- Responsible Gambling Council (RGC). (2008). *From Enforcement to Assistance: Evolving Best Practices in Self-exclusion*. A discussion Paper by the Responsible Gambling Council.
- Roberts, A. R. (2000). «An overview of Crisis theory and crisis intervention». *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. New York : Oxford Press, p. 4-30.
- Roberts, A.R. (2002). «Assessment, crisis intervention, and trauma treatment. The integrative ACT intervention model». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2 (1), p. 1-21.
- Roberts, A. R. et Everly, G.S. (2006). «A Meta-Analysis of 36 crisis intervention studies». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 6, p. 10-21.
- Roberts, A. R. et Ottens, A.J. (2005). «The seven-stage crisis intervention model: a road map to goal attainment, problem solving and crisis resolution». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 5, p. 329-339.
- Roberts, A. R. et Yeager, K.R. (2005). «Adolescent substance abuse and crisis intervention». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 5, p. 19-33.
- Rousselle, C. (2008). *L'intervention de crise au Casino de Montréal*. Présentation au Congrès canadien en prévention du suicide : Suicide et dépendances, 26-29 octobre 2008, Québec.
- Ryan, J. M. (2006). *Making the call: How can helplines be more helpful?* Présentation au 7th annual NCRG conference on gambling and addiction, Lost in translation? November, 12-14, Las Vegas.

- Séguin, M. (2001). «L'intervention en situation de crise».
[In L. Leblanc et M. Séguin : *La relation d'aide: concept de base et interventions spécifiques*] Montréal : Éditions Logiques,
p. 119-170.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Boucherville : Gaétan Morin éditeur, 202 p.
- Séguin, M. et Huon, P. (1999). *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*. Outremont : Les Éditions Logiques, 194 p.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Tousignant, M. (2007).
Comparaison des trajectoires de vie chez des personnes ayant un problème de jeu excessif : conséquences et difficultés de vie. Rapport de recherche remis au FQRSC.
- Shaffer, H. J. et Korn, D. A. (2002). «Gambling and related mental disorders: A public health analysis». *Annual Review of Public Health*. 23, p. 171-212.
- Stucki, S. et Rihs-Middel, M. (2007). «Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update». *Journal of Gambling Studies*. 23, p. 245-257.
- Tremblay, N., Boutin, C., Ladouceur, R. (2008).
«Improved self-exclusion program: Preliminary results». *Journal of Gambling Studies*. 24, p. 505-518.
- Townshend, P. (2007). «Self-exclusion in a public health environment: an effective treatment option in New Zealand». *International Journal of Mental Health Addiction*. 5, p. 390-395.
- Worldwide Addiction Gambling Education Report (WAGER). (2003).
«The relationships among suicide, mental illness and gambling». *The Wager*. 8 (25).
- Worldwide Addiction Gambling Education Report (WAGER). (2005).
«Suicide and pathological gambling- the State of the evidence and the need to improve scientific methods». *The Wager*. 10 (8).

- Yeager, K. R. et Gregoire, T. K. (2000). «Crisis Intervention application of brief solution-focused therapy in addictions».
[In A.R. Roberts : *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*] New York : Oxford Press, p. 275-306.
- Yip, P. S. F., Yang, K. C. T., Watson, R., Ip, B. Y. T. et Law, Y. W. (2007). «Financial debt and suicide in Hong Kong SAR».
Journal of Applied Psychology. 37 (12), p. 2788-2799.
- Zangeneh, M. et Hason, T. (2006). «Suicide and Gambling».
International Journal of Mental Health and Addiction. 4, p. 191-193.

Du sable dans l'engrenage : la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie

Mylène Magrinelli Orsi, M. Sc.

Étudiante au doctorat,
École de criminologie,
Université de Montréal,
Recherche et intervention sur les substances
psychoactives-Québec (RISQ)

Serge Brochu, Ph. D.

Professeur titulaire,
École de criminologie,
Université de Montréal,
Recherche et intervention sur les substances
psychoactives-Québec (RISQ)

Correspondance

Mylène Magrinelli Orsi

École de criminologie

Université de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal QC H3C 3J7 Canada

Téléphone : 514 343-6111, poste 3676

Courriel : mylene.magrinelli@umontreal.ca

Résumé

Le système de justice devient de plus en plus impliqué dans le processus de référence des individus criminalisés vers des programmes de traitement de la toxicomanie. Cette pratique a d'importantes retombées sur les interventions cliniques puisque ces clients sont habituellement considérés comme peu motivés au changement et qu'ils présenteraient des besoins spécifiques qui ne seraient pas facilement satisfaits à travers les approches classiques d'intervention. Ainsi, l'objectif de cet article est, à travers une recension des articles publiés au cours des dix dernières années, de discuter de la disposition au changement des participants à des traitements sous contrainte. L'analyse démontre que la coercition imposée par un ordre judiciaire peut fonctionner comme une source de motivation externe afin d'amener et de retenir les individus en traitement. Par ailleurs, l'engagement et le changement de comportement seraient plutôt reliés au développement de la motivation interne. La « théorie du bas-fond » associe la motivation interne d'un toxicomane à l'accumulation de conséquences négatives reliées à sa consommation de psychotropes. Ainsi, les individus ayant vécu le plus de problèmes seraient davantage prêts au changement et de ce fait, seraient plus susceptibles d'arriver à des résultats positifs à la suite d'un traitement. Cette « théorie » n'est toutefois que partiellement soutenue par les études scientifiques recensées, car si la gravité des problèmes semble reliée à la motivation au changement en début de traitement, celle-ci n'est pas toujours associée à un impact positif du traitement. Nous concluons que les dimensions « externe » et « interne » de la motivation entreraient en intime relation dans le contexte des traitements sous contrainte, et que le processus de développement de la motivation interne à partir des pressions externes exercées sur l'individu mériterait beaucoup plus de recherches.

Mots-clés : toxicomanie, motivation, traitement, contrainte, coercition

Sand in the gears: motivation of clients under judicial coercion into substance abuse treatment

Abstract

The justice system is becoming increasingly involved in the referral process of criminalized individuals to drug treatment programs. This practice has important implications for clinical interventions, as these people are usually considered poorly motivated to change, and present specific needs that are not easily satisfied through conventional intervention approaches. Thus, the aim of this paper is to discuss the readiness to change of coerced treatment participants through a review of articles published over the last ten years. The analysis demonstrates that the coercion generated by the justice system can function as a source of external motivation, in the sense of bringing and retaining individuals into treatment. Moreover, engagement and behavior change are rather related to the development of internal motivation. Some studies associate the internal motivation of an addict with the experience of negative consequences related to the use of psychotropic substances. Therefore, individuals who experience the most problems would be more willing to change and thus more likely to achieve positive results in treatment. This is called «hitting the bottom theory». This «theory» is only partially supported, because if the seriousness of the problems seem related to motivation to change in early treatment, it is not always associated with positive treatment outcomes. We conclude that the «external» and «internal» dimensions of motivation come into intimate relationship in the context of coerced treatment, and the process of developing internal motivation through external pressure requires much more research.

Keywords: addiction, motivation, treatment, coercion

Arena en el engranaje: la motivación de los clientes bajo orden judicial en los tratamientos para la toxicomanía

Resumen

El sistema judicial está cada vez más involucrado en el proceso de referencia de los individuos con condenas criminales a programas de tratamiento de la toxicomanía. Esta práctica tiene importantes consecuencias en las intervenciones clínicas, porque se considera en general que estos clientes están poco motivados para el cambio y que presentan necesidades específicas que no se pueden satisfacer fácilmente mediante los enfoques clásicos de intervención. A través de una reseña de trabajos publicados durante los últimos diez años, este artículo tiene como objetivo analizar la disposición al cambio que presentan ante los tratamientos los participantes que están bajo orden judicial. El análisis demuestra que la coerción impuesta por una orden judicial puede funcionar como fuente de motivación externa para hacer ir a los individuos al tratamiento y retenerlos. Por otra parte, el compromiso y el cambio de comportamiento estarían más bien relacionados con el desarrollo de la motivación interna. La teoría del «bajo fondo» relaciona la motivación interna de un toxicómano a la acumulación de consecuencias negativas vinculadas a su consumo de psicotrópicos. Las personas que han vivido más problemas serían más propicias al cambio y, de este modo, serían más susceptibles de lograr resultados positivos con un tratamiento. Esta «teoría» es sólo parcialmente sostenida por los estudios científicos analizados, ya que si bien la gravedad de los problemas parece estar relacionada con la motivación para el cambio al principio del tratamiento, la misma no está siempre asociada con un impacto positivo del tratamiento. Nosotros llegamos a la conclusión de que las dimensiones «externa» e

«interna» de la motivación estarían en íntima relación en el contexto de los tratamientos impuestos por orden judicial y que el proceso de desarrollo de la motivación interna a partir de presiones externas ejercidas sobre el individuo merecería más investigación...

Palabras clave: *toxicomanía, motivación, tratamiento, obligación, coerción*

Remerciements

Cet article a été élaboré grâce au soutien financier accordé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et par le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec). Les auteurs remercient également les commentaires fort pertinents de Denis Lafortune et de Joël Tremblay.

Les politiques de «tolérance zéro» s'attaquant aux drogues ont rapidement mené à l'engorgement des tribunaux et des centres de détention (Brochu, 2005). C'est la raison pour laquelle l'offre de traitement aux toxicomanes référés par le système de justice est apparue comme une solution alternative à l'incarcération. Aux États-Unis, de 40 à 50 % des personnes qui participent aux programmes de traitement de la toxicomanie subventionnés par le gouvernement proviennent du système de justice criminelle (Anglin et coll.¹, cités par Sullivan, 2008). Ainsi, depuis les dix dernières années, l'intérêt scientifique porté aux enjeux posés par l'intervention en contexte de pouvoir et de subordination n'a fait qu'augmenter.

Néanmoins, la mise en pratique des interventions qui ciblent les clients référés par le système de justice présente certaines particularités. Normalement, ces individus sont considérés comme peu motivés, résistants ou dans un état de déni face à leurs problèmes, ce qui ne suscite habituellement pas l'enthousiasme des intervenants (Brochu et coll., 2006; Burke et Grégoire, 2007). De surcroît, il semble que ces individus auraient des besoins spécifiques qui ne sont pas facilement satisfaits à travers les approches classiques d'intervention (Brochu et coll., 2002; Coden et coll., 2006).

¹ Il s'agit d'un texte de conférence non disponible en ligne, à savoir : Anglin, M.D., Prendergast, M., Farabee, D. (1998). *The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders*. Paper presented at the Office of National Drug Control Policy's Conference of Scholars and Policy Makers, Washington, D.C., March 23-25, 1998.

Actuellement, la discussion portant sur les traitements sous contrainte s'avère polarisée (voir Hough, 2002 ; Seddon, 2007 ; Sullivan et coll., 2008). D'un côté se trouvent les opposants à ce genre de programme, dont l'opinion se fonde sur des arguments éthiques ou cliniques contre l'imposition d'une intervention, et de l'autre, les partisans qui soulignent que, d'une façon générale, une majorité des toxicomanes ne commencent pas leur traitement sans une pression externe.

Ces désaccords enrichissent la littérature scientifique qui présente ainsi d'intéressants débats sur les questions cliniques et éthiques des programmes (Vandeveldt et coll., 2006), sur les différentes formes de traitements efficaces (McIntosh et Saville, 2006) et la façon dont ils sont offerts (Cosden et coll., 2006), sur le niveau de coercition optimal pour assurer la participation et l'impact des interventions auprès d'une clientèle non volontaire (Young, 2002), et sur les différentes caractéristiques des individus référés (Hartley et Phillips, 2001 ; Webster et coll., 2006), pour ne citer que quelques-uns d'entre eux. Malgré ce développement des connaissances, il semble que la prolifération des traitements imposés par la Cour ait créé un décalage entre leur mise en place et la recherche de meilleures pratiques (Belenko, 2002).

Étant donné l'utilisation croissante des traitements de la toxicomanie recommandés par la Cour (Brocato et Wagner, 2008) et les importantes retombées de cette pratique pour les interventions cliniques, notre but est de discuter de la disposition (ou non) des clients à changer leur consommation de psychotropes. Ainsi, ce texte a pour objectif de vérifier l'état des connaissances actuelles sur la motivation des personnes référées par le système de justice à des programmes de traitement de la toxicomanie. Préalablement à cette discussion, nous souhaitons présenter des aspects conceptuels qui concernent d'une part les traitements sous contrainte et d'autre part, la motivation au changement.

Problématique

Les traitements sous contrainte²

Habituellement, le traitement sous contrainte est considéré comme étant la contrepartie du traitement volontaire (Seddon, 2007). Dans le dernier cas, l'individu entrerait en traitement librement et par son initiative propre, tandis que dans le premier, la démarche thérapeutique lui serait imposée par un tiers. Si, à première vue, cette distinction peut paraître évidente, une analyse plus approfondie du concept de coercition révèle qu'elle serait plutôt simpliste. En fait, plusieurs auteurs ont démontré que le processus de coercition serait mieux conceptualisé en termes de continuum qu'en tant que variable dichotomique (Longshore et coll., 2004 ; Marlowe et coll., 1996 ; Seddon, 2007).

Dans ce sens, Farabee et coll. (1998) affirment que le terme « traitement sous contrainte » peut avoir différentes significations tout au long d'un continuum de restrictions qui varient en fonction des différents stades du processus de justice criminelle. La coercition peut refléter l'offre du juge qui propose à l'individu un choix entre l'incarcération ou la participation à un programme de traitement pour la toxicomanie, les recommandations des agents de probation pour suivre un traitement à l'intérieur d'un plan de supervision, les conditions de probation imposées par

² Tout d'abord, il faut faire une distinction entre le « traitement obligatoire » (*compulsory treatment*) et le « traitement sous contrainte » (*coerced treatment*). D'après Mugford et Weekes (2006), le premier est celui qui est imposé par une loi selon laquelle une personne doit subir un isolement ou un engagement civil afin d'évaluer ou traiter ses problèmes de toxicomanie. La participation est normalement forcée. Par ailleurs, le traitement sous contrainte consiste à offrir des possibilités de traitement de la toxicomanie aux personnes qui sont réticentes ou qui refusent de se faire traiter. Dans ces cas, le choix personnel fait partie du processus et la personne peut refuser les soins. Cependant, le refus impliquera toujours des pertes importantes pour elle. Pour des raisons pratiques, dans ce texte nous concentrerons notre attention sur les traitements sous contrainte, car la littérature disponible sur les traitements obligés se montre beaucoup moins volumineuse à présent.

la Cour ou encore le placement non volontaire de détenus dans des programmes de traitement. Évidemment, l'intensité de la coercition utilisée dans chacun de ces stades serait différente.

Dans un autre ordre d'idées, Rhodes (2000) note qu'après tout, la coercition est par nature subjective. C'est la perception de la persuasion à travers les menaces qui influencera le comportement du client et non le degré de menaces qui existerait objectivement. Néanmoins, Szmukler et Appelbaum (2008) soulèvent que l'expérience subjective de se sentir contraint à faire quelque chose n'est pas forcément liée à ce qu'on entend objectivement par «coercition». Les propos des clients quant au fait d'être soumis à une pression par leur intervenant seraient reliés à d'autres variables, comme leur perception de justice dans le processus d'engagement dans le traitement et les bénéfices perçus du traitement. Par contre, le point de vue du client quant au degré de coercition auquel il est soumis serait utile au clinicien dans la mesure où cela lui permettrait d'éclairer les objectifs et les moyens de l'intervention.

Comme on peut le remarquer, ces discussions conceptuelles constituent toujours un travail continu, les études empiriques alimentant continuellement les débats théoriques et vice-versa. Quoi qu'il en soit, si d'un côté les aspects conceptuels méritent plus d'attention et de recherches, l'utilisation croissante des interventions sous contrainte semble pousser à investiguer davantage l'impact de ces programmes.

Ainsi, en vue d'analyser l'efficacité des traitements sous contrainte destinés aux contrevenants, Farabee et coll. (1998) ont sélectionné 11 études empiriques publiées entre 1976 et 1996. D'après les auteurs, les études soutiennent généralement l'utilisation du système de justice comme source efficace de référence des individus vers des programmes d'intervention. Cette procédure semble également contribuer à la rétention et à l'engagement des clients dans les programmes. Cependant,

lorsqu'il est question de l'impact des interventions sous contrainte sur les résultats du traitement³, les conclusions tirées des études divergent : cinq rapportent une relation positive entre la coercition et les résultats, quatre ne trouvent pas de différence et deux rapportent une relation négative. Les auteurs expliquent ces divergences à l'aide de trois arguments. Premièrement, les termes utilisés dans les études («référé par la Cour» ou «contraint par le système de justice») rendent l'identification du niveau de pression utilisé très difficile et, en conséquence, la comparaison des études. Deuxièmement, même si les études portent sur des échantillons de contrevenants, les niveaux de coercition exercée variaient beaucoup, pouvant indiquer une différence importante dans les trajectoires de consommation et de criminalité, ce qui expliquerait que les résultats découlant des traitements varient en fonction des caractéristiques du participant. Troisièmement, aucune donnée n'est disponible concernant la qualité d'implantation des programmes. Il n'est donc pas possible de garantir que leur mise en pratique soit restée fidèle au protocole. Finalement, et plus important pour ce texte, les auteurs remarquent qu'aucune étude recensée n'évaluait la motivation des clients soumis aux traitements sous contrainte. Or, il se pourrait que le rôle de cette variable de grande importance clinique ait été éclipsé par l'intérêt scientifique accordé aux pressions externes.

Plus récemment, Perry et coll. (2009) ont réalisé une recension systématique des écrits dans le but de vérifier l'influence du contexte des traitements sous contrainte sur la criminalité et la consommation de psychotropes des individus contreve-

³ Les 11 études recensées par Farabee et coll. (1998) considèrent les résultats du traitement à partir de différentes variables dépendantes : six études utilisent seulement la rétention au programme de traitement comme variable dépendante, deux la rétention au traitement et la consommation de drogues, une étude utilise la consommation de drogues et la récidive, et deux ne précisent pas leurs variables dépendantes utilisant des termes comme « *better outcomes* » et « *successful discharge* » pour faire référence aux résultats souhaités.

nants toxicomanes. Les auteurs ont conclu que les communautés thérapeutiques démontraient de meilleurs résultats, diminuant significativement la récidive criminelle et la rechute en termes de consommation (probablement grâce à la durée et à l'intensité de ces programmes résidentiels). Par contre, les programmes d'intervention axés plutôt sur la supervision intensive des individus (tests de dépistage de drogues et surveillance dans la communauté) ont démontré peu ou aucun impact sur les deux variables dépendantes considérées.

Néanmoins, l'analyse de l'impact des interventions sous contrainte s'avère très délicate, étant donné les différentes caractéristiques des programmes, des clients et des politiques sous-jacentes aux programmes, l'extrême complexité des contextes où ces programmes sont déployés, les divers niveaux d'intensité de la coercition utilisée, ainsi que les importantes limitations méthodologiques de la plupart des recherches qui s'intéressent à leur efficacité (Klag et coll., 2005 ; Perry et coll., 2009 ; Stanford et Arrigo, 2005 ; Stevens et coll., 2005).

Quoi qu'il en soit, depuis 1988, des auteurs renommés répètent que, contrairement aux croyances des milieux cliniques, les individus qui commencent un traitement sous ordonnance de la Cour pourraient diminuer leur consommation autant que ceux qui le font volontairement (Anglin, 1988 ; Anglin et coll., 1989 ; Farabee et coll., 1998 ; Prendergast et coll., 2002 ; Stevens et coll., 2005). Dans ce sens, plusieurs pistes d'investigations s'ouvrent pour mieux comprendre le processus de modification de comportement dans des contextes contraignants.

Parmi les divers thèmes de recherche privilégiés, certains auteurs (Farabee et coll., 1998 ; Seddon, 2007 ; Stevens et coll., 2005) croient que l'étude de la motivation au changement dans ces contextes peut significativement contribuer au développement des connaissances sur l'utilisation efficace de la coercition dans les traitements de la toxicomanie. L'importance accordée à

la motivation est attribuable notamment à deux constats. D'abord, il semble que la motivation au changement aurait un important rôle à jouer dans les résultats des traitements de la toxicomanie (Longshore et Teruya, 2006) et que les clients qui se font imposer des traitements seraient habituellement moins motivés au changement que leurs pairs volontaires (Grégoire et Burke, 2004; Marlowe et coll., 2001; Schneeberger et Brochu, 2000).

Par ailleurs, le concept de « motivation » n'est pas facile à définir et encore moins à mesurer. Si, auparavant, la motivation était considérée comme une simple variable reliée aux caractéristiques de la personnalité de l'individu, à ses forces et vulnérabilités, les deux dernières décennies nous ont permis de prendre conscience de la complexité, du dynamisme et des diverses dimensions de ce concept et nous ont fait réaliser l'importance de sa compréhension à l'avancement des pratiques cliniques en toxicomanie (DiClemente, 2006).

La motivation au changement

Dans le domaine de la toxicomanie, la motivation de l'individu pour chercher, s'engager et compléter un traitement est vue comme centrale, affectant autant le processus que les résultats de l'intervention (Grégoire et Burke, 2004; Simpson et coll., 1997). En ce sens, DiClemente et ses collègues allèguent :

« Although complicated by physiological and psychological dependence, an abuser's motivation and intentions represent a critical part of the process of recovery and healing » (DiClemente et coll., 2004, p. 103).

L'étude à large échelle connue sous le nom DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study) a conclu que la motivation constitue un prédicteur de la rétention pour toutes les modalités de traitement considérées (Joe et coll., 1998). Par ailleurs, la rétention est habituellement associée aux résultats positifs

du traitement (Carroll, 1997). Ainsi, les clients les plus motivés compléteraient plus souvent les programmes d'intervention et obtiendraient des changements comportementaux significatifs. Cependant, malgré son importance clinique et les efforts des scientifiques, la compréhension du processus de motivation au changement demeure un défi tant pour les chercheurs que pour les cliniciens.

William Miller a contribué largement à l'avancement des connaissances en critiquant la conceptualisation classique qui concevait la motivation comme étant uniquement reliée aux caractéristiques personnelles de l'individu. D'après lui, cette façon de voir les choses conduirait à des «*self-fulfilling prophecies*», à la culpabilisation de la personne et au découragement des thérapeutes dans leurs tentatives d'intervenir sur sa motivation (Miller, 1985). Grâce à Miller, entre autres, la conception de la motivation comme étant fluctuante, dynamique et influençable pendant le traitement, prévaut clairement dans la littérature scientifique plus récente.

L'idée de la motivation en tant que variable changeante au fil du temps se retrouve aussi à la base du modèle transthéorique du changement (MTC, DiClemente, 2006). Ce modèle s'avère le plus populaire et le plus étudié lorsqu'il est question de la motivation des individus aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Le corpus théorique du MTC propose que la motivation soit conceptualisée en termes de «stades» et de «disposition» au changement. Ainsi, les clients qui commencent un traitement devraient être évalués par rapport à leur «stade de motivation» à s'engager dans le processus de changement. Un individu se situe dans le stade de la «précontemplation» quand il ne reconnaît pas avoir un problème ou besoin d'un traitement. Dans un premier temps, la motivation apparaît lorsque la personne commence à reconnaître les problèmes causés par sa consommation de drogues («contemplation»). Par la suite, le niveau de motivation augmente dans la mesure où la

possibilité et les options pour le changement sont prises en considération («préparation»), la personne agit alors en fonction du changement souhaité («action»), par exemple en tentant d'arrêter ou de diminuer sa consommation par elle-même ou en entrant dans un programme de traitement. Finalement, l'individu passe par une phase de consolidation des changements («maintien») pendant laquelle il intégrera ses acquis en lien avec cette nouvelle façon de se comporter face à la drogue. Il faut souligner que le MTC considère que les stades de changement sont dynamiques, pouvant fluctuer constamment au fil du temps. De plus, la motivation au changement serait reliée à un comportement et à un objectif spécifique (DiClemente et coll., 2004). Ainsi, un polyconsommateur de drogues peut se trouver au stade de l'action face à sa consommation de cocaïne et au stade de précontemplation pour ce qui est de son usage d'alcool et de cannabis.

Les recherches utilisant le MTC ont identifié deux aspects du concept de disposition : la disposition au changement (une combinaison de la perception du problème et de la confiance en sa capacité de changer) et la disposition envers le traitement (la motivation pour chercher et accepter de l'aide). Il semble exister une importante distinction entre ces deux aspects, ce qui aurait d'importantes retombées sur la pratique clinique (DiClemente et coll., 2004). Par exemple, quelqu'un peut prendre conscience de son problème et souhaiter changer son comportement sans forcément être prêt à accepter une aide professionnelle. Ou, au contraire, une personne peut vouloir participer à un programme de traitement, malgré son niveau important d'ambivalence concernant les changements qu'elle doit apporter à son mode de vie.

Toutefois, la distinction conceptuelle entre la disposition «à changer» et celle «envers le traitement» ne fait pas consensus. D'après Drieschner et coll. (2004), les concepts de motivation au traitement et de motivation au changement doivent être

considérés comme équivalents, car du point de vue des individus qui suivent un traitement, les deux auraient pratiquement la même signification.

Un autre aspect important pour les analyses présentées subséquentement s'appuie sur l'influence des sources internes et externes de la motivation d'un individu. Dans la littérature, on retrouve constamment les expressions « motivation interne » et « motivation externe ». Cette distinction est probablement apparue pour la première fois dans les travaux de Deci et Ryan (1985) :

« Intrinsicly motivated behaviors are ones for which the rewards are internal to the person. The actor engages in them out of interest and to feel competent and self-determining. Extrinsicly motivated behaviors are ones that the actor performs to receive some extrinsic reward » (Deci et Ryan, 1985, p. 194).

Ainsi, la motivation interne est affectée par des facteurs cognitifs, émotionnels et physiques propres aux individus, par exemple : le stress physique et émotionnel, le désir de devenir une personne meilleure, l'insatisfaction envers son style de vie et la reconnaissance des problèmes causés par la consommation de drogues. Quant à elle, la motivation externe résulterait de pressions et conséquences externes à l'individu, comme la perte du soutien familial ou social, les problèmes au sein de l'environnement de travail et les pressions légales (Hiller et coll., 2009).

Méthodologie

Nous avons réalisé une recension des articles publiés en anglais ou en français durant la période de 1998 à 2009 portant sur des thèmes en lien avec « la motivation dans les traitements sous contrainte ». Les banques de données PsychInfo, Medline, Current Contents, Social Work Abstracts, Criminal Justice Abstracts et NCJRS ont été utilisées à partir d'une liste

de mots-clés préétablie. Les mots-clés : *motivation, readiness, motivational interviewing* ont été croisés avec : *coerced treatment, mandated treatment, coercion, coerced care, drug abuse, substance abuse, court-based drug treatment, drug court, incarceration, drug-involved offenders, prison*⁴. En plus, afin de compléter l'analyse, nous avons décidé d'inclure certains articles clés, largement cités, qui ont été publiés avant la période ciblée par cette étude (Anglin, 1988 ; Anglin et coll., 1989 ; Farabee et coll., 1998).

Étant donné que le niveau de contrainte n'est pas toujours bien explicité dans les articles, nous avons retenu ceux dont l'implication du système de justice ou des instances pénales dans le contexte de traitement était évidente : les traitements pendant l'incarcération ou la probation et les traitements résidentiels ou communautaires pour les personnes référées par le système de justice⁵.

Afin de discuter la motivation des individus qui ont été dirigés vers un traitement de la toxicomanie par le système de justice, la section d'analyse présente trois sous-sections. D'abord, des études qui discutent de la motivation des clients non volontaires au traitement seront analysées. Ensuite, le rôle de la motivation externe (pressions externes) dans le changement sera examiné. Finalement, nous nous pencherons sur le rôle de la motivation interne en mettant en lumière la « théorie du bas-fond ».

⁴ En fonction des critères de sélection retenus, la majorité des articles ont été publiés en anglais et une bonne partie d'entre eux sont d'origine nord-américaine, plus particulièrement en provenance des États-Unis. Alors, il est possible que certains articles publiés dans une autre langue que l'anglais aient été exclus de notre échantillon, ce qui pourrait contribuer à un biais dans nos conclusions.

⁵ À cet égard, la plupart des études analysent les effets ou l'impact du traitement sur les individus référés par les tribunaux spécialisés dans le traitement de la toxicomanie. Ces tribunaux, aussi connus sous l'appellation de « *Drug courts* », ne constituent pas des programmes de traitement en soi, mais ils jouent plutôt un rôle de renvoi très actif vers des centres d'aide spécialisée.

La motivation dans les traitements sous contrainte

Plusieurs études réalisées auprès de clients en traitement pour un problème d'abus aux substances psychoactives indiquent que des niveaux plus élevés de motivation en début de traitement sont associés à la diminution de la consommation de psychotropes et de la récidive criminelle (par ex. : Shen et coll., 2000 ; DeLeon et coll., 2000). De telles conclusions préoccupent les intervenants qui œuvrent auprès d'individus référés par le système de justice étant donné que ces ceux-ci sont reconnus pour leur carence motivationnelle, leur résistance face aux interventions et leur faible reconnaissance de leurs problèmes (Farabee et coll., 1998 ; Shearer et coll., 2005 ; Brochu et coll., 2006 ; Vandavelde et coll., 2006).

Les réactions des milieux cliniques face aux clients référés par la Cour sont exposées dans l'étude de Schneeberger et Brochu (2000), qui ont interviewé 20 intervenants du domaine de la toxicomanie au Québec. Les participants confirment que les personnes judiciairisées en traitement présenteraient une faible motivation interne et peu de reconnaissance de leurs problèmes. Les conclusions de cette recherche pourraient être ainsi résumées :

« Les pressions judiciaires exercées chez l'individu en traitement, ainsi que sur les ressources qui les reçoivent sont aussi au nombre des difficultés mentionnées par les participants. (...) Cette situation fait en sorte que les ressources de réadaptation reçoivent souvent des individus peu motivés à suivre un traitement, ce qui ne facilite en rien leur pratique » (Schneeberger et Brochu, 2000, p. 141).

La recension de Farabee et coll. (1998) va dans le même sens en précisant que les personnes judiciairisées seraient moins

prêtes à s'engager dans une démarche thérapeutique en dépit du fait que leurs besoins seraient semblables à ceux de leurs pairs volontaires. Dans un contexte de traitement communautaire pour la toxicomanie, Marshal et Hser (2002) mentionnent que les clients impliqués avec le système de justice présenteraient une motivation interne plus faible, seraient moins prêts à reconnaître leurs problèmes de toxicomanie et souhaiteraient moins d'aide en comparaison aux individus sans démêlés avec la justice. En plus, l'étude de Vandavelde et coll. (2006) effectuée auprès des individus contrevenants incarcérés ou récemment libérés de la prison en traitement pour la toxicomanie conclut que :

« In accordance with other studies, we found evidence supporting the statements that the motivation of judicial clients towards change in general and treatment for various problems in particular is low and primarily extrinsic » (Vandavelde et coll., 2006, p. 301).

En fait, s'il était possible de classer les personnes toxico-manes en deux groupes distincts : celles qui veulent vraiment abandonner définitivement leur consommation et celles qui désirent ardemment la poursuivre, il serait aisé d'affirmer que les personnes du premier groupe présenteraient un meilleur pronostic de traitement. Toutefois, classer les individus comme « motivés » ou « non motivés » nous contraint à nier la possibilité d'ambivalence qui existe avant et pendant le processus de changement (Hough, 2002). Or, les aspects motivationnels dans des contextes où l'individu n'a pas choisi librement l'intervention à laquelle il sera soumis s'avèrent beaucoup plus complexes qu'on pourrait le prévoir. Ainsi, considérer une personne dirigée par le tribunal comme étant « non motivé » d'emblée peut s'avérer un préjugé associé à sa situation légale.

C'est ce qu'illustrent Orlando et coll. (2003) qui ont interrogé des jeunes en probation, référés par la Cour, à propos de leur expérience dans des traitements résidentiels de la

toxicomanie (n=291). Les résultats indiquent que plus de 50 % des participants ont reconnu avoir besoin d'intervention pour régler leurs problèmes de consommation et leurs conflits familiaux. Dans le même sens, certaines personnes en traitement sous contrainte judiciaire affirment qu'elles auraient commencé volontairement un traitement si elles avaient eu l'opportunité de le faire auparavant (Farabee et Leukefeld, 2001). En fait, des évidences empiriques démontrent que les individus référés légalement à des traitements de la toxicomanie ne sont pas tous également résistants au traitement (Longshore et coll., 2004). Le fait qu'une pression légale soit exercée dans le but d'inciter une personne à commencer son traitement ne signifie pas nécessairement que toutes les personnes dans cette situation aient été forcées dans ce processus.

C'est donc dire que l'utilisation des services de santé, dans le but de modifier un comportement considéré comme problématique, semble constituer une disposition cognitive et comportementale multidéterminée qui dépasserait l'influence exercée par la source de référence de l'individu. En outre, indépendamment du cheminement parcouru vers les interventions professionnelles, chez la plupart des individus qui commencent un traitement pour leur problème de toxicomanie, on retrouve un important degré d'ambivalence concernant l'engagement dans la démarche thérapeutique et les possibilités de changement (Hough, 2002 ; Klag et coll., 2005). Il est ainsi possible que l'image du client judiciarisé comme étant une personne « non motivée » puisse être, dans une certaine mesure, associée à des difficultés pratiques vécues tout au long du traitement.

Dans son étude, Whiteacre (2007) a tenté de mieux comprendre les défis pratiques vécus par les intervenants lorsque la Cour leur réfère des personnes toxicomanes. Il a ainsi interrogé des professionnels travaillant auprès des jeunes dans un programme de traitement relié à un tribunal spécialisé de la toxicomanie sur leur opinion concernant le système d'application des sanctions utilisé

dans ce contexte. Les participants étaient ambivalents lorsqu'il était question de l'efficacité des sanctions en tant qu'outil thérapeutique, surtout en considérant la non-conformité de certains jeunes face aux conséquences appliquées par les éducateurs. Afin de neutraliser la tension créée par la difficulté d'intervenir auprès des jeunes, les intervenants attribuaient leur non-conformité au manque de motivation de ces clients, en concluant ainsi que le traitement sous contrainte ne fonctionnerait que pour les individus qui sont « prêts » pour le traitement. Nous sommes d'accord avec Whiteacre (2007) pour affirmer que cette position pose un paradoxe important pour les traitements ordonnés par la Cour, lesquels sont en soit des interventions préconisées afin d'offrir une possibilité de changement à des individus non motivés à le faire. Les déclarations des intervenants témoignent de la nécessité de leur offrir du soutien et de la supervision clinique afin que la pertinence des interventions leur apparaisse plus clairement. Étant donné que l'intervention clinique consiste en un processus interactif (Miller et Rollnick, 2006), l'ouverture aux possibilités de changement serait souhaitable dans les deux pôles de la relation (clients et intervenants).

En fait, l'intérêt pour la motivation au changement dans les contextes de traitements sous contrainte s'est accru au cours des dernières années, comme en témoignent les nombreuses publications sur ce thème. Toutefois, probablement en raison de la récente dissémination des traitements ordonnés par la Cour, la plupart des recherches ciblant la motivation développent des aspects fondamentalement descriptifs de la problématique. Elles s'occupent de tracer le profil des clients non volontaires (Brecht et coll., 2005 ; Brochu et coll., 1999 ; Broner et coll., 2005 ; Marshall et Hser, 2002 ; Roberts et coll., 2007), d'analyser les facteurs impliqués dans leur rétention et engagement au traitement (Brocato et Wagner, 2008 ; Hepburn et Harvey, 2007 ; Hiller et coll., 2002 ; Lang et Belenko, 2000 ; Orlando et coll., 2003 ; Knight et coll., 2000), ainsi que d'examiner les

caractéristiques des programmes offerts (Farabee et coll., 1999; Fisher, 2003; Grella et coll., 2007; Polcin, 2001; Schippers et coll., 1998; Sia et coll., 2000).

Tout compte fait, malgré l'augmentation des études portant sur les interventions dans les contextes contraignants, les discussions approfondies sur les dimensions de la motivation en lien avec ce contexte spécifique de traitement demeurent peu nombreuses. Parmi les articles recensés, nous avons pu en identifier certains qui présentaient d'intéressants débats à propos des dimensions externe et interne de la motivation dans les contextes contraignants. Malgré la quantité limitée d'articles ciblant ce type de discussion conceptuelle, nous croyons que la compréhension de ces dimensions pourra nous insuffler d'intéressantes réflexions sur la mise en pratique des traitements sous contrainte. En fait, il semblerait que la dimension subjective de la coercition (une pression externe) serait intimement reliée au concept de motivation (une pression interne) (Seddon, 2007). Dans les prochaines sections, nous tenterons d'organiser les principales constatations des chercheurs qui ont analysé les liens entre la motivation externe ou interne et l'utilisation de la coercition dans les traitements de la toxicomanie.

La motivation externe

Il semble que ces pressions externes ne soient pas étrangères aux individus toxicomanes en général. On considère que la plupart des individus qui commencent un traitement pour leur problème de toxicomanie le font sous la pression d'un tiers (Marlowe et coll., 2001). Dans ce sens, Polcin et Weisner (1999) ont étudié les différentes sources de pressions subies par 927 individus qui commençaient un traitement pour l'alcoolisme. Plus de 40% des participants ont affirmé avoir reçu un ultimatum d'au moins une personne pour entrer en traitement, tandis qu'il était commun qu'un ultimatum soit imposé par plus

d'une personne. La source la plus courante d'ultimatum était la famille, suivie du système de justice et des professionnels de la santé. Les participants de race blanche, jeunes adultes (18 à 39 ans) et mariés ou ayant un conjoint de fait, rapportaient davantage avoir subi un ultimatum. Il est à noter que la gravité de la toxicomanie ne serait pas associée à l'intensité des pressions subies.

En fait, il est probable que la coercition (pression externe) agisse comme un agent motivateur (externe), c'est-à-dire qu'elle encouragerait les personnes éprouvant des problèmes avec l'alcool ou les drogues à commencer un traitement et à y rester. Marlowe et coll. (2001) notent que les individus qui ont affirmé être entrés en traitement pour leur toxicomanie à la suite de pressions sociales, de graves problèmes financiers, ou les deux, étaient plus assidus au traitement et présentaient davantage de résultats négatifs pour la consommation de drogues dans le test d'urine (indiquant abstinence) que leurs pairs affirmant avoir pris la décision d'entrer en traitement par eux-mêmes.

Par ailleurs, la rétention du client en traitement pourrait être, entre autres, influencée par sa motivation externe en lien avec les pressions de son entourage. En d'autres mots, l'individu pourrait rester en traitement afin d'éviter les conséquences possibles de ce comportement (par ex. : divorce, chômage, incarcération) (Grégoire et Burke, 2004). Cette question a attiré l'attention de plusieurs chercheurs qui se sont intéressés au rôle de la contrainte judiciaire dans la rétention des clients en traitement. Cet intérêt s'explique par le fait que le temps passé en traitement est reconnu comme l'un des meilleurs prédicteurs des résultats post-traitement (Simpson et coll., 1997). Plus encore, les détenus ayant complété un programme d'intervention de la toxicomanie pendant leur incarcération ont présenté des taux significativement inférieurs d'arrestation lors des 12, 24 et 36 mois qui ont suivi leur libération comparativement aux

individus qui ont décroché du programme en cours de route (Warner et Kramer, 2009).

Perron et Bright (2008) ont utilisé les données d'une enquête nationale sur les traitements publics de la toxicomanie (National Treatment Improvement Evaluation Study, NTIES) pour analyser la relation entre la coercition et la rétention des clients aux programmes offerts. La coercition légale a été associée à la rétention pour les trois modalités de traitement considérées (résidentiel à court-terme, résidentiel à long terme, et non-résidentiel) en réduisant significativement le risque d'abandon prématuré chez les clients. Dans le même ordre d'idées, Young et Belenko (2002) ont comparé trois groupes d'individus référés par le système de justice à un même traitement résidentiel à long terme (14 à 24 mois). Deux groupes participaient à des programmes très structurés et contraignants (sous la surveillance des tribunaux spécialisés dans la toxicomanie) et un autre groupe a pris part à une structure plus habituelle et souple (par exemple, sous la supervision des agents de probation ou de libération conditionnelle). La probabilité de persévérer en traitement pour une période de six mois ou plus était presque trois fois plus élevée pour les clients dirigés par des sources plus contraignantes.

Toutefois, malgré la motivation externe issue des pressions et du contrôle subis, le degré d'engagement des individus dans les programmes de traitement est très variable. Sung et coll. (2001) ont analysé les comportements de non-conformité des clients d'un traitement résidentiel à long terme (16 à 24 mois) offert comme alternative à l'incarcération. Les facteurs qui distinguent les clients « non engagés » (plus jeunes, faible scolarisation, peu d'expérience sur le marché du travail et implication dans le système de justice à un jeune âge) des clients « engagés » sont également en corrélation avec des facteurs comme l'usage de drogues dures, une courte rétention et des résultats négatifs du traitement dans des recherches

antérieures. Ainsi, les mêmes dynamiques causales qui amènent une personne à s'impliquer dans la consommation de drogues et dans la criminalité peuvent entraver son engagement dans le traitement et augmenter ses possibilités d'échec. En plus, les clients non engagés sont normalement très perturbateurs dans les contextes d'intervention et monopolisent une énorme partie des ressources disponibles. En ce sens, il serait très important de les identifier et d'intervenir auprès d'eux de façon ponctuelle le plus tôt possible. Par ailleurs, Sung et coll. (2001) observent que la difficulté des clients à suivre les règles et les règlements du programme souligne l'importance de rendre ces règlements plus flexibles, surtout pendant les stades initiaux, afin de diminuer le décrochage, augmenter leur motivation et assurer la suite de l'intervention.

«There appears to be a real potential for ameliorating the impact of initial manifestations of non-compliance, given that the majority of the noncompliant clients did eventually engage in and complete treatment» (Sung et coll., 2001, p. 161).

Les résultats des études de Grégoire et Burke (2004) et de Burke et Grégoire (2007) effectuées auprès d'individus en traitement dans l'un des cinq programmes publics considérés indiquent qu'un ordre judiciaire peut faciliter à la fois la rétention des clients en traitement et la diminution de la gravité de la consommation (mesurée selon les critères de l'échelle d'évaluation Addiction Severity Index - ASI). Dans leur première publication, ils concluent que l'implication des individus dans le système de justice peut être associée à une plus grande motivation au changement. Les auteurs notent que les individus sous coercition avaient trois fois et demie plus de chance d'endosser les items du Readiness to Change Questionnaire, dont les résultats indiquent des changements actuels de comportement en relation avec la diminution de la consommation. Ainsi, la rétention en traitement résultant de la coercition légale peut,

en partie, refléter des changements sous-jacents parmi les clients sous contrainte (Grégoire et Burke, 2004). Dans leur deuxième publication, ces auteurs utilisent les données de l'entrevue de suivi six mois après la fin du traitement. Les individus référés par la Cour avaient une plus grande probabilité de se déclarer abstinents de l'alcool et des drogues durant les 30 jours qui ont précédé leur entrevue. Ces personnes avaient également une plus grande probabilité de diminuer la gravité de leur consommation à la suite du traitement. En outre, la motivation au changement, évaluée lors de l'admission au traitement, n'était pas associée à la consommation de psychotropes rapportée dans l'entrevue de suivi (Burke et Grégoire, 2007). Cette dernière conclusion, ajoutée à celle de Sung et coll. (2001), laisse supposer que la motivation au changement puisse se développer dans un contexte thérapeutique, en dépit de son absence ou son caractère fondamentalement externe au début de l'intervention.

Cependant, les résultats de Brochu et coll. (2006) auprès des contrevenants en traitement pour la toxicomanie démontrent que la perception de la menace du système de justice aurait un impact sur la rétention des clients en traitement, quoique cet impact n'ait été observé que pendant la période préalable à l'imposition de la sentence. De plus, la persévérance dans le traitement ne serait pas forcément associée à des changements positifs dans la vie des participants, du moins en termes d'usage des drogues.

En somme, les études indiquent que la plupart des individus qui commencent un traitement de la toxicomanie le font en fonction d'une source de motivation externe, le système de justice n'étant qu'un exemple parmi d'autres. Les pressions externes auraient donc un rôle important à jouer en favorisant l'entrée et la rétention en traitement des individus initialement non motivés. Cependant, les conclusions concernant l'influence des pressions sur l'engagement des clients dans le processus thérapeutique ainsi que sur leur changement de comportement s'avèrent plutôt mitigées. Par ailleurs, les études actuelles soulignent

l'important rôle de la motivation interne dans le processus de changement des individus judiciairisés (Cosden et coll., 2006 ; DeLeon et coll., 2000 ; Joe et coll., 1998).

La motivation interne

Les études qui ont porté sur la motivation au traitement suggèrent que la perception des clients quant à la gravité de leurs problèmes et la reconnaissance de leur besoin de traitement sont associées à la rétention et à l'engagement dans le traitement ainsi qu'aux résultats qui en découlent (Cosden et coll., 2006 ; Joe et coll., 1998 ; DeLeon et coll., 2000).

Cet aspect a été corroboré par Rosen et coll. (2004). Ces derniers notent que les détenus qui reconnaissaient leur problème de consommation et qui souhaitaient recevoir de l'aide pour le régler avaient plus de probabilités de s'engager dans un traitement de la toxicomanie offert pendant l'incarcération. De surcroît, les individus qui étaient davantage préparés à agir pour modifier leur consommation avaient des attentes plus positives concernant les bénéfices du traitement. Autrement dit, des niveaux plus élevés de motivation interne sont reliés à l'engagement cognitif dans le processus thérapeutique.

Dans un même ordre d'idées, Sung et coll. (2004) ont analysé le rôle de la motivation sur l'engagement des individus référés par la Cour à un traitement en communauté thérapeutique (n=150). Les clients qui se conformaient davantage au traitement étaient plus conscients des conséquences préjudiciables de leur consommation de drogues et percevaient davantage l'importance de l'intervention. Les résultats indiquent l'importance des variables reliées à la motivation interne pour l'engagement des personnes dans le programme d'intervention qui leur est proposé.

La motivation interne du client (notamment la reconnaissance d'un problème avec les drogues) semble aussi associée

à la qualité de la relation thérapeutique établie avec les intervenants (Brocato et Wagner, 2008 ; Sia et coll., 2000) et à la satisfaction des clients envers le programme offert (Sia et coll., 2000). Sia et coll. (2000) soulignent que les individus en probation qui montraient les niveaux de motivation interne les plus élevés évaluaient leurs intervenants, la qualité des sessions et le personnel de la sécurité plus positivement que les individus plus résistants.

Contrairement à certaines études citées dans la section antérieure concernant l'association entre la motivation externe et la rétention dans le traitement, la recherche de Knight et coll. (2000), utilisant les données du DATOS⁶ (Drug Abuse Treatment Outcome Studies), indique que la disposition motivationnelle (motivation interne) serait, statistiquement parlant, le principal prédicteur de la rétention. Ce résultat se maintient même après avoir contrôlé les mesures sociodémographiques, l'usage de drogues et d'autres caractéristiques du client. De surcroît, cette étude montre que la motivation (interne) au traitement, et non les pressions légales (externes), serait le prédicteur le plus important de l'engagement du client dans le traitement.

Dans ce sens, Melnick et coll. (2001) ont étudié la participation de détenus toxicomanes à un programme de traitement du type communauté thérapeutique offert dans une prison. Les chercheurs ont noté que la conformité apparente au traitement, fondée seulement sur les pressions externes, sans la présence de la motivation interne au changement, n'est plus associée à des résultats positifs du traitement (abstinence et absence de criminalité) dès que le client n'est plus sous l'influence des agents externes. Cela est conforme aux postulats théoriques de Ryan et Deci (2000a) : si un changement de comportement résulte d'une motivation interne, il se maintiendra plus longtemps ; si,

⁶ Il s'agit d'une étude d'évaluation de 96 programmes de traitement communautaires pour les individus toxicomanes dispensés dans 11 villes américaines.

au contraire, un changement résulte d'une motivation externe, il demeurera seulement en présence des contrôles extrinsèques. Ainsi, l'augmentation de la motivation interne devrait constituer un objectif à privilégier par les interventions en toxicomanie.

Ce point de vue est corroboré par Farabee et coll. (1998) qui concluent que la coercition fonctionnerait comme une source de motivation externe pour inciter un individu à entamer un traitement, mais que le développement de la motivation interne serait fondamental pour le changement de comportement. Le passage d'une motivation fondée sur les pressions externes à une internalisation graduelle des raisons des changements semble non seulement possible, mais essentiel pour accéder aux bénéfices du traitement.

Pour leur part, Marlowe et coll. (2001) avancent que les individus impliqués avec le système de justice criminelle rapporteraient un mélange de motivations internes et externes qui les inciteraient à amorcer un traitement. D'ailleurs, il semble que les pressions internes et externes ne soient pas des dimensions complètement séparées ou indépendantes, il existerait plutôt une relation interactive entre elles (Seddon, 2007). Conformément à la suggestion de Grégoire et Burke (2004), la coercition légale peut augmenter la disposition au changement des participants d'un traitement non résidentiel public. Parallèlement, la recension des écrits de Longshore et coll. (2004) sur les traitements sous contrainte pour les contrevenants toxicomanes conclut que *«external and internal motives may jointly affect treatment success when external pressure is internalised or 'transformed' into an internal motive»* (Longshore et coll., 2004, p. 115-116).

Or, si la motivation interne du client est associée à de meilleurs pronostics du traitement sous contrainte (Cosden et coll., 2006; Rosen et coll., 2004), de nouvelles questions surgissent quant aux facteurs qui détermineraient cette motivation. Habituellement, on associe la motivation interne d'un

toxicomane à son expérience de conséquences négatives en lien avec sa consommation et à la souffrance vécue face à sa condition (Hiller et coll., 2009 ; Shen et coll., 2000 ; Webster et coll., 2006). Dans les milieux de pratique clinique, il est fréquent d'entendre dire qu'un individu ne changera pas tant et aussi longtemps qu'il n'aura pas vécu des problèmes importants en lien avec sa consommation. Conséquemment, plus les déclarations des clients sont imbriquées de déchirement, de chagrin, de détresse et de malheur, plus on a tendance à les considérer motivés et prêts à changer. C'est ce que nous appellerons dans ce texte « la théorie du bas-fond » (en anglais « *hitting the bottom* »).

La « théorie du bas-fond »

La « théorie du bas-fond » implique que la trajectoire toxicomane amène la personne sur une route qui devient trop pénible pour elle, la personne cherchera alors des moyens pour s'en sortir. Ainsi, les individus qui affirment avoir vécu le plus de problèmes seraient davantage prêts au changement et, de ce fait, seraient en mesure de mieux profiter du traitement et auraient plus de chances d'arriver à des résultats positifs (Shen et coll., 2000). Cette « théorie » est confirmée par certaines études. En utilisant un échantillon d'individus en traitement pour des problèmes de toxicomanie, Shen et coll. (2000) concluent que la motivation au traitement serait déterminée davantage par la reconnaissance des problèmes récents reliés à la consommation que par ceux vécus au cours de la vie. Aussi, une plus grande motivation au traitement à été associée à des améliorations significatives dans tous les domaines mesurés par l'ASI (consommation de drogues et d'alcool, problèmes médicaux et psychiatriques) dans l'entrevue de suivi six mois après la fin du traitement.

Par ailleurs, l'étude de Hiller et coll. (2009) auprès de 661 détenus toxicomanes note que des degrés plus élevés

de motivation au traitement sont associés à des niveaux plus élevés de problèmes reliés aux drogues tels les problèmes professionnels, familiaux et de santé physique. De surcroît, les symptômes les plus sévères de dépression et d'anxiété étaient associés à un degré plus élevé de reconnaissance du problème ainsi qu'à un plus fort désir d'aide. Autrement dit, les personnes qui éprouvaient des problèmes plus graves avaient des niveaux plus élevés de motivation au traitement, reconnaissaient plus souvent leur besoin d'aide et souhaitaient obtenir du soutien pour atteindre des changements à long terme.

De même, Webster et coll. (2006) ont examiné les différences de motivation au traitement entre les hommes et les femmes d'un échantillon de participants à des traitements dans le contexte d'un tribunal spécialisé dans la toxicomanie. Les auteurs affirment que les femmes ont rapporté plus de symptômes de troubles mentaux ainsi que plus de problèmes dans des domaines associés à la détresse psychologique que les hommes. En outre, la sévérité des problèmes de santé mentale serait associée à une plus grande motivation au traitement pour les femmes.

« Substance users who are experiencing more distress and mental health problems may be more likely to recognize the problems associated with their substance use, and may thus be willing to accept help with their substance use » (Webster et coll., 2006, p. 445).

Toutefois, cette association ne s'est pas avérée significative en ce qui concerne les hommes. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'expression de souffrance et la recherche d'aide sont des comportements plus acceptés socialement pour les femmes que pour les hommes (Webster et coll., 2006). Ces conclusions nuancent de façon importante les résultats obtenus par l'étude précédente. Ainsi, il semble que non seulement la gravité des problèmes et le désir d'aide motiveraient

les personnes au traitement, mais également leur disposition personnelle pour demander et accepter de l'aide.

Sous un autre angle d'analyse, Sung et coll. (2004) notent que les individus plus jeunes et ayant de bonnes capacités physiques se conformaient moins au traitement d'une communauté thérapeutique auquel ils avaient été référés par le tribunal. Les auteurs croient que les changements biologiques et psychologiques résultant du processus de maturation peuvent probablement contribuer à une meilleure conformité au traitement, sauf si d'autres problèmes de santé mentale sont présents. Encore une fois, ces résultats ont tendance à pointer vers la «théorie du bas-fond». Or, les individus plus jeunes n'ont peut-être pas encore eu le temps d'expérimenter des conséquences plus graves liées à leur consommation, incluant les conséquences physiques qui résultent d'un usage fréquent et à long terme de psychotropes.

Toutefois, il semble que la «théorie du bas-fond» mériterait plus d'attention, car si la motivation est fréquemment associée à la gravité des problèmes, l'impact de ces deux variables sur les résultats du traitement semble moins évident. Rapp et coll. (2003) ont fait appel à une cohorte de clients provenant de deux programmes de traitement publics afin d'analyser le rôle de la motivation du client dans son acceptation du traitement. Pour ce faire, ils ont évalué la motivation en début de traitement. Comme prévu, la motivation au traitement était associée à la gravité des problèmes reliés à la consommation. En outre, la source de référence de l'individu (système de justice ou non) ne s'est pas avérée significativement associée à la motivation. Qui plus est, pour la majorité des clients, aucun lien n'a pu être observé entre la gravité des problèmes associés à la motivation en début d'intervention et la gravité de la toxicomanie (mesurée par l'ASI) après six mois.

À première vue, les résultats de Rapp et coll. (2003) semblent appuyer la «théorie du bas-fond», car les clients

éprouvant des problèmes plus significatifs seraient plus motivés en début de traitement. Toutefois, les conclusions finales ouvrent sur de nouvelles voies de compréhension de la problématique. On remarque que la motivation initiale du client n'était pas associée aux résultats six mois plus tard. Ainsi, en dépit du fait que les clients qui éprouvaient plus de problèmes (grave dépendance à l'alcool et aux drogues, traitements de la toxicomanie antérieurs, cocaïne et crack comme drogues de préférence et chômage) étaient plus motivés au traitement, il reste que, du fait de l'intensité élevée de leurs problèmes, ces personnes rencontreraient également plus de barrières, rendant leur récupération plus difficile. Bref, les clients initialement plus motivés peuvent aussi présenter plus de difficultés à amorcer un changement durable en cours de traitement.

Une autre étude confirme les conclusions de Rapp et coll. (2003). Cosden et coll. (2006) se sont intéressés aux effets de la motivation et de la gravité des problèmes sur les résultats des traitements ordonnés par le tribunal. Les résultats ont été considérés en termes de rétention en traitement et de récidive criminelle. Les auteurs concluent que la motivation rapportée par le client en début de traitement ne constitue pas un fort prédicteur des résultats. Les variables associées à la rétention en traitement et à la récidive seraient plutôt des facteurs relatifs aux habiletés de la personne à bien fonctionner en communauté, comme l'emploi avant l'incarcération et l'historique d'incarcérations.

« Thus, for many individuals, having the skills to function without drugs may be more critical to their treatment than having a desire to change their behaviour » (Cosden et coll., 2006, p. 614).

La portée de ces conclusions sur la pratique clinique semble incontournable. Rapp et coll. (2003) suggèrent aux cliniciens d'éviter de se borner aux interventions qui ciblent le déni et la résistance du client dans les stades initiaux du traitement. En fait,

ils les invitent à prêter davantage attention au développement de stratégies d'intervention capables d'encourager l'engagement du client, surtout pour ceux qui ne manifestent aucune motivation à prendre part au traitement. Par ailleurs, ces résultats nous poussent à questionner les croyances selon lesquelles les clients impliqués dans le système de justice auraient des pronostics de traitement plus sombres comparés à ceux qui recherchent l'aide (apparemment) par eux-mêmes.

En résumé, si le lien entre motivation et gravité des problèmes est souvent confirmé, celui entre la motivation en début de traitement et les résultats du traitement (dit autrement, le changement de comportement) semble plus nébuleux. Ainsi, d'après notre analyse des études publiées, la « théorie du bas-fond » ne serait que partiellement appuyée. Les individus démontrant le plus de motivation et rapportant le plus de problèmes en début de traitement sont souvent considérés comme étant les « plus faciles » dans les milieux d'intervention. Cette croyance pourrait entraîner une sous-estimation des difficultés actuelles vécues par ces personnes ainsi qu'à un sous-investissement au niveau des interventions, ce qui pourrait en retour retarder considérablement le changement à long terme. Par ailleurs, les individus perçus comme « résistants » pourraient ne pas être inévitablement destinés à l'échec dans l'éventualité où des approches motivationnelles seraient utilisées dès le début de leur participation au programme. Évidemment, des recherches futures sont requises afin d'examiner empiriquement ces constats.

Conclusion

La principale conclusion de cette recension d'écrits a trait à la difficulté d'établir des distinctions binaires dans le contexte des traitements sous contrainte. Tout d'abord, il ne semble pas y avoir de démarcation claire entre les traitements sous contrainte et les traitements volontaires. Étant donné qu'une grande partie

des usagers des traitements de la toxicomanie mentionnent y être entrés à la suite de pression provenant de leur environnement, il importe de s'intéresser à l'intensité de la coercition exercée dans ces contextes plutôt que de se limiter à la simple présence ou l'absence de coercition.

Aussi, la distinction entre des individus considérés comme étant motivés ou non motivés s'avère plutôt simpliste et trompeuse compte tenu des avancées scientifiques qui soulignent la présence d'ambivalence face au changement chez la plupart des toxicomanes. Encore une fois, il serait plutôt question de comprendre le niveau de motivation de chacun. De plus, il semble que la source de référence n'ait pas vraiment de lien direct avec la motivation du client. Autrement dit, les clients référés par le système de justice ne seraient pas, d'emblée, plus ou moins prêts à changer que les autres.

Dans le même sens, les conclusions des études précédentes nous permettent d'avancer qu'une distinction binaire entre les deux aspects de la motivation (externe et interne) ne serait pas pertinente. Nous faisons écho à Ryan et Deci (2000b) pour qui la motivation humaine serait mieux représentée par un continuum allant de l'absence de motivation, en passant par différents niveaux de motivation externe pour finalement arriver à différents degrés de motivation interne. En ce qui concerne les traitements sous contrainte, la motivation externe serait utile pour amener et garantir, dans une certaine mesure, la rétention des clients en traitement. Toutefois, ce sont les aspects internes de la motivation qui semblent les plus impliqués dans le processus de modification des comportements. Donc, certains usagers qui réussissent à modifier leur comportement criminel ou leur consommation de substances à l'aide d'un programme de traitement sous contrainte seraient probablement passés d'un stade où la motivation externe prédomine à un autre où la prise de conscience a fait naître une motivation interne à changer.

En d'autres mots, c'est bien le processus de développement de la motivation interne à partir des pressions externes qui devrait occuper nos recherches futures. L'investigation sur le processus de développement de la motivation interne à partir des facteurs reliés à l'environnement social (le rôle des pairs, de la famille, de l'emploi), et au programme de traitement (les relations interpersonnelles, l'alliance de travail avec l'intervenant et les règles) aidera non seulement à approfondir notre connaissance des enjeux motivationnels dans les contextes d'autorité, mais à adapter les programmes à la clientèle non volontaire, qu'elle soit recommandée par le système de justice ou non.

D'ailleurs, la possibilité de motiver les individus initialement non volontaires à changer leur comportement est une bonne nouvelle pour les milieux d'interventions. À vrai dire, nous souhaiterions que cette analyse puisse encourager les intervenants qui œuvrent auprès des toxicomanes référés par le système de justice, tels que ceux interviewés par Schneeberger et Brochu (2000), à garder espoir face au manque de motivation apparent de leurs clients. Malgré la forte présence des pressions externes et la résistance naturelle de ces derniers, les études ici citées nous indiquent qu'un contexte adéquat et accueillant pourrait favoriser le développement de la motivation au changement.

Les possibilités d'adaptation des programmes de traitement offerts aux clients référés par la Cour sont innombrables; il s'agirait simplement de mettre la créativité au service de la science. Sia et coll. (2000) proposent l'utilisation des techniques d'entretien motivationnel afin de favoriser l'engagement des clients non volontaires. Dans leur étude, les individus en probation, référés par le tribunal à des programmes de traitement de la toxicomanie, ont été divisés en deux groupes. Un des groupes était exposé à un module basé sur l'approche motivationnelle et l'autre au traitement conventionnel. Les individus ayant participé au programme d'entraînement motivationnel étaient plus

engagés dans le traitement et manifestaient plus de satisfaction envers les intervenants et les sessions en comparaison au groupe contrôle. Donc, il semble que les approches motivationnelles encouragent la motivation et l'ouverture des clients judiciairisés envers le traitement.

Par ailleurs, nous partageons les inquiétudes de Perron et Bright (2008) concernant la qualité des programmes de toxicomanie offerts aux personnes judiciairisées. Puisque l'utilisation de la coercition soustrait aux individus la possibilité de prendre des décisions par rapport au traitement auquel ils participent, des recherches comparatives seront indispensables afin de se prononcer tant sur la qualité des services offerts aux clients volontaires qu'aux non volontaires. En fait, la qualité des services offerts semble essentielle à la rétention et à l'engagement des individus dans le traitement (Fiorentine et coll., 1999). Cette constatation est particulièrement encourageante, car elle suggère que le changement et l'amélioration de nos pratiques cliniques peuvent avoir un impact significatif sur le changement de nos clients.

Bref, malgré le stade relativement embryonnaire des recherches qui se sont intéressées à la motivation dans les traitements sous contrainte, cette recension est porteuse de deux bonnes nouvelles. Premièrement, les clients référés par le système de justice ne forment pas un groupe homogène dont la motivation se situe au seul stade de précontemplation. Deuxièmement, même à ce stade de motivation, plusieurs stratégies d'intervention sont possibles afin de travailler la motivation des clients et ainsi améliorer les pratiques.

Nous émettons toutefois une mise en garde. En fait, si la gravité de la consommation et des problèmes vécus peut être reliée à une plus grande motivation au changement en début de traitement, ces mêmes facteurs peuvent également représenter des obstacles redoutables au changement de comportement.

Ainsi, le fait de «toucher le bas-fond» n'est pas forcément une condition qui facilite le changement et pourrait conduire à l'adoption de perception erronée de la part du personnel en ce qui concerne l'intensité nécessaire des interventions offertes à certains individus.

Finalement, nous croyons que les programmes d'intervention qui accueillent des individus dirigés par le système de justice nous offrent l'opportunité d'accéder aux diverses variables qui sont en lien avec la motivation au changement et de mieux les comprendre. Étant donné que la rétention des individus dans le traitement semble facilitée par les contraintes légales, les cliniciens et chercheurs disposent d'un contexte singulier pour l'investigation des facteurs pouvant influencer sur le processus de changement ainsi que sur la qualité des services offerts.

«...our findings indicate that what clients 'bring' into treatment is frequently less important than what they find when they get there. (...) ...they will engage in treatment when they believe that treatment, ancillary services, and counsellor activities will address (their) life problems» (Fiorentine et coll., 1999, p. 205).

Références

- Anglin, M.D. (1988). «The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction». [In C.G., Leukefeld et F.M., Tims, (Eds) : *Compulsory treatment of drug abuse: research and clinical practice*] Rockville : National Institute on Drug Abuse Research Monograph, p. 8-34.
- Anglin, M.D., Brecht, M.L., Maddahian, E. (1989). «Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions». *Criminology*. 27 (3), p. 537-557.
- Beleko, S. (2002). «The challenge of conducting research in drug treatment court settings». *Substance Use & Misuse*. 37 (1), p. 1635-1644.
- Brecht, M-L., Anglin, M.D., Dylan, M. (2005). «Coerced Treatment for Methamphetamine Abuse: Differential Patient Characteristics and Outcomes». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 31 (2), p. 337-356.
- Brocato, J., Wagner, E.F. (2008). «Predictors of retention in a alternative-to-prison substance abuse treatment program». *Criminal Justice and Behavior*. 35 (1), p. 99-119.
- Brochu, S. (2005). *Drogues et criminalité : une relation complexe*. Montréal, PUM.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., Schneeberger, P. (2002). «The impact of treatment on criminalised addicts». *Journal of Addictive Diseases*. 21 (3), p. 23-41.
- Brochu, S., Cournoyer, L.G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M. (2006). «Understanding treatment impact on drug-addicted offenders». *Substance Use & Misuse*. 41 (14), p. 1937-1949.
- Brochu, S., Guyon, L., Desjardins, L. (1999). «Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 16 (2), p. 173-182.

- Broner, N., Mayrl, D., Landesberg, G. (2005). «Non mandated New York city jail diversion for offenders with alcohol, drug and mental disorders». *The Prison Journal*. 85 (1), p. 18-49.
- Burke, A.C., Grégoire, T.K. (2007). «Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients». *Health and Social Work*. 32 (1), p. 7-15.
- Carroll, K.M. (1997). «Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies». [In L. Onken, J. Blaine et J. Boren, (Eds) : *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent individual in Treatment*] Washington, DC : NIDA Research Monograph Series. Government Printing Office, p. 4-24.
- Cosden, M., Basch, J.E., Campos, E., Greenwell, A., Barazani, S., Walker, S. (2006). «Effects of Motivation and Problem Severity on Court-Based Drug Treatment». *Crime & Delinquency*. 52 (4), p. 599-618.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behaviour*. New York : Plenum Press, 371 p.
- DeLeon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., Wexler, H.K. (2000). «Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 26 (1), p. 33-46.
- DiClemente, C. (2006). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press, 318 p.
- DiClemente, C., Schlundt, D., Gemmel, L. (2004). «Readiness and stages of change in addiction treatment». *The American Journal on Addiction*. 13 (1), p. 103-119.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M., Van der Staak, C.P. (2004). «Treatment motivation: an attempt of clarification of an ambiguous concept». *Clinical Psychology Review*. 23 (1), p. 1115-1137.

- Farabee, D., Leukefeld, C. (2001). «Recovery and the criminal justice system». [In F.M., Tims et C.G., Leukefeld, (Eds.) : *Relapse and recovery in addictions*] New Haven, CT : Yale University Press, p. 40-59.
- Farabee, D., Prendergast, M., Anglin, M.D. (1998). «The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders». *Federal probation*. 62 (1), p. 3-10.
- Farabee, D., Prendergast, M., Cartier, J., Wexler, H., Knight, K., Anglin, M.D. (1999). «Barriers to implementing effective correctional drug treatment programs». *The Prison Journal*. 79 (2), p. 150-162.
- Fiorentine, R., Nakashima, J., Anglin, M.D. (1999). «Client engagement in drug treatment». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17 (3), p. 199-206.
- Fisher, D. (2003). «Doing good with a vengeance: a critical assessment of the practices, effects and implications of drug treatment courts in North America». *Criminal Justice*. 3 (3), p. 227-248.
- Grégoire, T.K., Burke, A.C. (2004). «The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26 (1), p. 35-41.
- Grella, C.E., Greenwell, L., Prendergast, M., Farabee, D., Hall, E., Cartier, J., Burdon, W. (2007). «Organizational characteristics of drug abuse treatment programs for offenders». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32 (1), p. 291-300.
- Hartley, R.E., Phillips, R.C. (2001). «Who graduates from drug courts? Correlates of client success». *American Journal of Criminal Justice*. 26 (1), p. 107-119.
- Hepburn, J.R., Harvey, A.N. (2007). «The effect of treatment legal sanction on program retention and completion: is that why they stay in drug court?». *Crime & Delinquency*. 53 (2), p. 255-280.
- Hiller, M., Knight, K., Leukefeld, C., Simpson, D. (2002). «Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment». *Criminal Justice and Behavior*. 29 (1), p. 56-75.

- Hiller, M.L., Narevic, E., Webster, J.M., Rosen, P.J., Stanton, M., Leukefeld, C., Garrity, T.F., Kayo, R. (2009). «Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers». *Substance Use & Misuse*. 44 (1), p. 28-41.
- Hough, M. (2002). «Drug user treatment within a criminal justice context». *Substance Use & Misuse*. 37 (8), p. 985-996.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., Broome, K.M. (1998). «Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process». *Addiction*. 93 (8), p. 1177-1190.
- Klag, S., O'Callaghan, F., Creed, P. (2005). «The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research». *Substance Use & Misuse*. 40 (12), p. 1777-1795.
- Knight, K., Hiller, M.L., Broome, K.M., Simpson, D.D. (2000). «Legal Pressure, Treatment Readiness, and Engagement in Long-Term Residential Programs». *Journal of Offender Rehabilitation*. 31 (1), p. 101-115.
- Lang, M.A., Belenko, S. (2000). «Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (1), p. 145-160.
- Longshore, D., Prendergast, M., Farabee, D. (2004). «Coerced treatment for drug using criminal offenders». [In P. Bean and T. Nemitz, (Eds) : *Drug treatment: what works?*] London : Routledge, p.110-122.
- Longshore, D., Teruya, C. (2006). «Treatment motivation in drug users: a theory based analysis». *Drug and Alcohol Dependence*. 81 (2), p. 179-188.
- Marlowe, D.B., Kirby, K., Bonieskie, L., Glass, D., Dodds, L., Husband, S. et coll. (1996). «Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment». *Drug and Alcohol Dependence*. 42 (2), p. 77-84.

- Marlowe, D.B., Merikle, E.P., Kirby, K.C., Festinger, D.S., McLellan, A.T. (2001). «Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance users». *Psychology of Addictive Behaviors*. 15 (1), p. 97-108.
- Marshall, G.N., Hser, Y. (2002). «Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse». *Addictive Behaviors*. 27 (1), p. 179-192.
- McIntosh, J., Saville, E. (2006). «The challenges associated with drug treatment in prison». *The Journal of Community and Criminal Justice*. 53 (3), p. 230-247.
- Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., Wexler, H.K. (2001). «Treatment process in prison therapeutic communities: motivation, participation, and outcomes». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 27 (4), p. 633-650.
- Miller, W. R. (1985). «Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism». *Psychological Bulletin*. 98, p. 84-107.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : Interditions, 241 p.
- Mugford, R., Weekes, J. (2006). *Mandatory and coerced treatment: Fact sheet*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Orlando, M., Chan, K.S., Morral, A.R. (2003). «Retention Of Court-referred Youths In Residential Treatment Programs: Client Characteristics And Treatment Process Effects». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 29 (2), p. 337-357.
- Perron, B.E., Bright, C.L. (2008). «The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: results from a national survey». *Drug and Alcohol Dependence*. 92 (1), p. 123-131.
- Perry, A.E., Darwin, Z., Godfrey, C., McDougall, C., Lunn, J. et coll. (2009). «The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: a systematic review». *Substance Use & Misuse*. 44 (3), p. 374-400.

- Polcin, D.L. (2001). «Drug and alcohol offenders coerced into treatment: a review of modalities and suggestions for research on social model programs». *Substance Use & Misuse*. 36 (5), p. 589-608.
- Polcin, D.L., Weisner, C. (1999). «Factors associated with coercion in entering treatment for alcohol problems». *Drug and Alcohol Dependence*. 54 (1), p. 63-68.
- Prendergast, M.L., Farabee, D., Cartier, J., Henkin, S. (2002). «Involuntary treatment in a prison setting: impact on psychosocial change during treatment». *Criminal Justice and Behavior*. 29 (1), p. 5-26.
- Rapp, R.C., Li, L., Siegal, H.A., DeLiberty, R.N. (2003). «Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers». *National Association of Social Workers*. 28 (2), p. 107-115.
- Rhodes, M. (2000). «The nature of coercion». *The Journal of Value Inquiry*. 34 (1), p. 369-381.
- Roberts, E.A., Contois, M.W., Willis, J.C., Worthington, M.R., Knight, K. (2007). «Assessing offender needs and performance for planning and monitoring criminal justice drug treatment». *Criminal Justice and Behavior*. 34 (9), p. 1179-1187.
- Rosen, P.J., Hiller, M.L., Webster, J.M., Staton, M., Leukefel, C. (2004). «Treatment Motivation and Therapeutic Engagement in Prison-Based Substance Use treatment». *Journal of Psychoactive Drugs*. 36 (3), p. 387-396.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000a). «The darker and brighter sides of human existence: basic psychological needs as a unifying concept». *Psychological Inquiry*. 11 (1), p. 319-338.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000b). «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being». *American Psychologist*. 55 (1), p. 68-78.
- Schneeberger, P., Brochu, S. (2000). «Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération: un sentier rocailleux». *Criminologie*. 33 (2), p. 129- 149.

- Schippers, G.M., van der Hurk, A.A., Breteler, M.H.M., Meerkerk, G.-J. (1998). «Effectiveness of a Drug-Free Detention Treatment Program in a Dutch Prison». *Substance Use & Misuse*. 33 (4), p. 1027-1046.
- Seddon, T. (2007). «Coerced drug treatment in the criminal justice system: conceptual, ethical and criminological issues». *Criminology & Criminal Justice*. 7 (3), p. 269-286.
- Shearer, R.A., Myers, L.B., Ogan, G.B. (2005). «Treatment resistance and ethnicity among female offenders in substance abuse treatment programs». *The Prison Journal*. 81 (1), p. 55-72.
- Shen, Q., McLellan, A.T., Merrill, J.C. (2000). «Client's perceived need for treatment and its impact in outcome». *Substance Abuse*. 21 (1), p. 179-192.
- Sia, T.L., Dansereau, D.F., Czuchry, M.L. (2000). «Treatment readiness training and probationers' evaluation of substance abuse treatment in a criminal justice setting». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (1), p. 459-467.
- Simpson, D.D., Joe, G.W, Brown, B.S. (1997). «Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)». *Psychology of Addictive Behaviors*. 11 (1), p. 294-307.
- Stanford, J.S., Arrigo, B.A. (2005). «Lifting the cover on drug courts: evaluation findings and policy concerns». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 49 (3), p. 239-259.
- Stevens., A., Berto, D., Heckman, W, Kersch, V., Oouvray, K. et coll. (2005). «Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: an international literature review». *Substance Use & Misuse*. 40 (3), p. 269-283.
- Sullivan, M.A., Birkmayer, F., Boyarsky, B.K., Frances, R., Fromson, J.A. et coll. (2008). «Uses of coercion in addiction treatment: clinical aspects». *American Journal of Addictions*. 17 (1), p. 36-47.

- Sung, H., Belenko, S., Feng, L. (2001). «Treatment compliance in the trajectory of treatment progress among offenders». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 20 (1), p. 153-162.
- Sung, H., Belenko, S., Feng, L., Tabachnick, C. (2004). «Predicting treatment noncompliance among criminal justice-mandated clients: A theoretical and empirical exploration». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26 (1), p. 13-26.
- Szmukler, G., Appelbaum, P.S. (2008). «Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care». *Journal of Mental Health*. 17 (3), p. 233-244.
- Vandevelde, S., Palmans, V., Broekaert, E., Rousseau, K., Vanderstraeten, K. (2006). «How do drug-involved incarcerated and recently released offenders and correctional treatment staff perceive treatment? A qualitative study on treatment needs and motivation in Belgian prisons». *Psychology, Crime and Law*. 12 (3), p. 287-305.
- Warner, T.D., Kramer, J.H. (2009). «Closing the revolving door? Substance abuse treatment as an alternative to traditional sentencing for drug-dependent offenders». *Criminal Justice and Behavior*. 36 (1), p. 89-109.
- Webster, J.M., Rosen, P.J., Krietemeyre, J., Mateyoke-Scriver, A., Stanton-Tindall, M., Leukefeld, C. (2006). «Gender, mental health and treatment motivation in a drug court setting». *Journal of Psychoactive Drugs*. 38 (4), p. 441-448.
- Whiteacre, K.W. (2007). «Strange bedfellows: the tensions of coerced treatment». *Criminal Justice Policy Review*. 18 (3), p. 260-273.
- Young, D. (2002). «Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment». *Criminal Justice and Behavior*. 29 (1), p. 27-55.
- Young, D., Belenko, S. (2002). «Program retention and perceived coercion in three models of mandatory drug treatment». *Journal of Drug Issues*. 32 (1), p. 297-328.

Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements

Michel Landry (1,4)

Serge Brochu (2,4)

Louise Nadeau (2,4)

Natacha Brunelle (3,4)

Jacques Bergeron (2,4)

Louis-Georges Cournoyer (2,4)

Joël Tremblay (3,4)

1. Centre Dollard-Cormier –
Institut universitaire sur les dépendances
2. Université de Montréal
3. Université du Québec à Trois-Rivières
4. RISQ (Recherche et intervention
sur les substances psychoactives – Québec)

Coordonnées :

Michel Landry

Centre Dollard-Cormier –

Institut universitaire sur les dépendances

950, de Louvain Est

Montréal (Québec) H2M 3E2

Michel.landry@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

Cet article fait le bilan de six recherches évaluatives menées par une équipe de chercheurs du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) sur les traitements offerts au Québec, principalement dans les centres de réadaptation publics, entre 1991 et 2005. **Objectifs.** Ces études avaient pour but d'évaluer : 1) si les participants provenant de centres de traitement en toxicomanie du Québec améliorent leur situation pendant et après leur traitement ; 2) quelles sont les sphères de vie où se produisent ces améliorations ; et 3) y a-t-il un lien entre les changements observés et l'exposition des participants au traitement. **Méthode.** Il s'agit d'une méthode dite « naturaliste » : les participants ont été exposés au traitement régulier offert dans les centres où ils étaient suivis. À l'aide de l'IGT-ASI, leur situation en matière de consommation de substances psychoactives et leur situation biopsychosociale ont été évaluées lors de trois temps de mesure, soit à leur arrivée en traitement, puis à des intervalles d'environ six et 12 mois. On a également mesuré la quantité (heures d'exposition au traitement) et la durée de l'intervention qu'ils ont reçue. **Résultats.** On observe de façon constante, dans les six groupes à l'étude, une amélioration des participants aux échelles « alcool » et « drogues » de l'IGT-ASI de même qu'à la plupart des dimensions évaluées par cet instrument entre le temps 1 et le temps 2, de même que le maintien de cette amélioration au temps 3. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les participants qui ont eu peu ou pas de traitement et ceux qui en ont eu beaucoup. **Interprétation.** Le sens et la portée de ces résultats sont discutés par les auteurs, notamment en lien avec les limites de ces études. Sont présentées également les stratégies de recherches développées ultérieurement pour répondre aux questions soulevées par ces études.

Mots-clés : toxicomanie, recherches évaluatives, traitement, réadaptation, Québec

Fifteen years of research at the RISQ: Report on knowledge concerning the impact of treatments

Abstract

This article reports on six evaluative research projects led by a research team at the RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) on treatments offered in Quebec, mainly in public rehabilitation centres, between 1991 and 2005. Objectives: The goal of these studies was to evaluate: 1) whether the participants from drug addiction treatment centres in Quebec improved their situation during and after their treatment; 2) the spheres of life in which these improvements occurred; and 3) whether there was a relationship between the changes observed and the participants' exposure to the treatment. Method: The method is referred to as a “naturalist” approach: participants were exposed to the regular treatment offered in the centres where they were followed. By means of the ASI-IGT, their situation concerning consumption of psychoactive substances and their biopsychosocial condition were evaluated at three measurement times, on their arrival in treatment, then at intervals of approximately 6 and 12 months. Measurements also included the quantity (hours of exposure to treatment) and the duration of the intervention they received. Results: In the six groups under study, a constant improvement of the participants on the ASI-IGT “alcohol” and “drug” scales was observed as well as most of the dimensions evaluated by this tool in time 1 and time 2, and maintenance of this improvement in time 3. There was no significant difference between the participants who had little or no treatment and those who had a great deal. Interpretation: The meaning and the extent of these results are discussed by the authors, particularly in relation to the limitations of these studies. Research strategies developed thereafter to respond to the questions raised by these studies are also presented.

Keywords: *drug addiction, evaluative research, treatment, rehabilitation, Quebec*

Quince años de investigación en el RISQ: balance de los conocimientos a la luz de los tratamientos

Resumen

Este artículo hace un resumen de quince años de investigaciones evaluativas llevadas a cabo por un equipo de investigadores del RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) sobre los tratamientos que se ofrecieron en Québec, principalmente en los centros de readaptación públicos, entre 1991 y 2005. Objetivos. Estos estudios tuvieron como objetivo evaluar: 1) si los participantes provenientes de centros de toxicomanía de Québec mejoraron su situación durante y después del tratamiento; 2) cuáles son las esferas de vida en las que se producen estas mejoras; y 3) verificar si hay un vínculo entre los cambios observados y la exposición de los participantes al tratamiento. Método. Se trata de un método llamado «naturalista»: los participantes fueron expuestos al tratamiento regular que se ofrecía en los centros en los que se les hacía el seguimiento. Por medio del IGT-ASI se evaluó su situación en materia de consumo de sustancias psicoactivas y su situación biopsicosocial en tres momentos de medida, es decir, a su llegada al tratamiento y luego a intervalos de alrededor de 6 y 12 meses. Se midió asimismo la cantidad (horas de exposición al tratamiento) y la duración de la intervención recibida. Resultados. Se observa de manera constante, en los seis grupos estudiados, un mejoramiento de los participantes en las escalas de «alcohol» y «drogas» del IGT-ASI así como en la mayoría de las dimensiones evaluadas por este instrumento entre el tiempo 1 y el tiempo 2, y el mantenimiento de esta mejoría en el tiempo 3. Por otra parte, no hay una diferencia significativa entre los participantes que han tenido poco o ningún tratamiento y los que han recibido mucho. Interpretación. Los autores discuten el significado y el alcance de estos resultados, principalmente en conexión con los límites de estos estudios. Se presentan asimismo estrategias de investigación desar-

rolladas posteriormente para responder a las preguntas que surgen de estos estudios.

Palabras clave: *toxicomanía, investigaciones evaluativas, tratamiento, readaptación, Quebec*

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les intervenants et les usagers des centres de réadaptation et de traitement qui ont participé aux études mentionnées dans cet article. Ils remercient également monsieur Patrice Lépine pour sa précieuse contribution à la préparation du texte.

Les six études qui font l'objet du présent article ont pu être réalisées grâce au soutien financier du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), devenu par la suite le Fonds québécois de la recherche sur la société et culture (FQRSC).

Cet article fait le bilan d'un ensemble de recherches évaluatives menées par un groupe de chercheurs de l'équipe du RISQ (Recherche et évaluation sur les substances psychoactives - Québec) en collaboration avec plusieurs centres de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies (appelés maintenant «centres de réadaptation en dépendance») et quelques centres privés de traitement. Après avoir situé le contexte de ces études, nous décrirons la méthode suivie et ferons état des résultats qui en sont issus au regard de l'impact des interventions dans les centres qui y ont participé. Suivra une discussion sur la portée de ces résultats, non seulement en ce qui concerne l'impact des interventions offertes dans les centres participants, mais également au regard des enseignements qui peuvent en être tirés pour mieux comprendre le processus de changement des personnes toxicomanes qui ont recours à leurs services. Pour ce faire, nous aurons recours à des données complémentaires tirées d'autres recherches de notre équipe et à d'autres études menées sur ces questions. Nous concluons en suggérant des pistes de recherche prometteuses découlant de nos travaux.

Contexte

Les centres de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies ont été créés dans les années 1970, dans la foulée d'une transformation profonde des services de santé au Québec¹. En vertu de la Loi sur le ministère des Affaires sociales, adoptée en 1970 par le gouvernement du Québec, le ministère de la Famille et du Bien-être et le ministère de la Santé étaient fusionnés pour devenir le ministère des Affaires sociales (qui deviendra en 1985 le ministère de la Santé et des Services sociaux). Un réseau complet d'établissements à caractère principalement social fut alors créé pour compléter celui des établissements de santé. Il fut décidé, dans ce contexte, que l'alcoolisme et les autres toxicomanies étaient d'abord un problème psychosocial et que les services offerts devaient relever du réseau des établissements sociaux. C'est ainsi que s'est formé graduellement dans l'ensemble du Québec, à partir de 1976, d'abord avec le Centre Domrémy-Montréal, un réseau de centres de réadaptation publics et gratuits pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Cette orientation des établissements du système public de santé et de services sociaux ne fit cependant pas l'unanimité. La décennie des années 1980 fut 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 s'est créé 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

¹ Nous référons le lecteur au texte de Brisson (2000) pour une perspective historique plus complète sur le développement du champ des toxicomanies au Québec au XX^e siècle.

et plus particulièrement l'héroïne, notamment avec la création en 1973 du centre Portage.

C'est dans cette même période qu'est apparu au Québec un intérêt pour évaluer l'impact des services offerts aux personnes alcooliques et toxicomanes. Une des sources de cette préoccupation fut la compétition qui prévalait entre les diverses approches. Chacun avait tendance à prétendre que sa méthode avait de meilleurs résultats que les autres, qu'il s'agisse des tenants de l'approche psychosociale, de l'approche médicale, des communautés thérapeutiques ou des centres qui se réclamaient des Alcooliques Anonymes. Les chiffres les plus fantaisistes étaient parfois avancés à cet égard. Par ailleurs, les nombreuses rechutes constatées chez les personnes qui avaient reçu un traitement suscitaient de vives inquiétudes auprès de leur entourage et des organismes qui les orientaient : milieu de travail, agents de probation, médecins, etc. Une des questions les plus souvent posées aux responsables des centres de traitement était « quel est votre taux de succès ? ». À cette question étaient liées plus ou moins directement des questions financières : pour les organismes publics, le maintien du financement de l'État ; pour les organismes privés, le recrutement de leur clientèle auprès des organismes susceptibles de faire appel à leurs services.

Au cours de la même période, les études sur l'impact des traitements en toxicomanie qui se multipliaient aux États-Unis et en Angleterre ont exercé une influence décisive à cet égard. D'une part, elles offraient des modèles d'études déjà réalisées et confirmaient l'intérêt d'en entreprendre de semblables au Québec. Par ailleurs, ces études permettaient de situer dans une perspective plus réaliste la nature et la portée des résultats pouvant être attendus des traitements offerts dans ce domaine tout en soulevant d'autres questions en vue d'illustrer la nature complexe du processus de changement. Certaines d'entre elles suscitaient la controverse en s'attaquant à des dogmes bien établis : on y apprenait que des interventions relativement

brèves pouvaient être efficaces (Edwards et coll., 1977; Sells et Simpson, 1980), que le traitement ambulatoire donnait des résultats aussi prometteurs que le traitement résidentiel (Annis, 1988), qu'il était difficile de démontrer qu'une forme de traitement est plus efficace qu'une autre (Polich, Armor et Braiker, 1981; Sells et Simpson, 1980) et que des personnes alcooliques réussissaient à revenir à une consommation non problématique d'alcool (Polich et coll., 1981; Vaillant, 1983).

Il apparaissait donc de plus en plus urgent d'entreprendre de telles études au Québec malgré les ressources limitées en recherche à cette époque. Déjà en 1969-1970, l'Office de prévention et de traitement sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies (OPTAT) avait effectué une étude de suivi d'un an auprès des clientèles desservies par les centres Domrémy dans trois régions du Québec (Saint-Laurent-Simard, 1973). D'autres recherches évaluatives furent réalisées dans les années 1970 et 1980 (Brochu et coll., 1983; Cormier et coll., 1983; Dongier et coll., 1983; Laforest, 1983; Carle, Doré-Lamontagne et Mercier, 1987).

À la fin des années 1980, le Centre Domrémy-Montréal décidait de se doter d'un outil validé scientifiquement pour l'évaluation des personnes admises en traitement. Cet instrument, l'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et coll., 1980), permettait non seulement de procéder à l'évaluation biopsychosociale des personnes alcooliques et toxicomanes, mais également d'évaluer leur changement dans le temps, tant en ce qui concerne leurs problèmes de consommation que les autres domaines de leur vie susceptibles d'être affectés par cette consommation. Cet outil fut traduit et validé en français sous le nom d'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Bergeron et coll., 1992; Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Un comité d'experts formé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec décidait en 1991, à la suite d'une recension des outils alors disponibles (Boivin, 1990), de recom-

mander l'utilisation de l'ASI-IGT à tout le réseau public des centres de la réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes et d'en faciliter la diffusion. Cet outil allait être utilisé par la suite pour mesurer non seulement le profil biopsychosocial des personnes reçues en traitement dans plusieurs centres de réadaptation du Québec, mais également dans des études ayant pour objectif d'évaluer l'impact des interventions qui y étaient offertes.

C'est ainsi que furent menées par une équipe de chercheurs du RISQ, à partir de 1991, un ensemble de recherches évaluatives dans plusieurs centres de réadaptation publics et quelques centres de traitement privés pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Notons ici que d'autres chercheurs ou équipes de chercheurs du Québec effectuaient au cours de la même période des études portant sur l'impact des traitements dans le domaine de la toxicomanie (Brown, Seraganian et Tremblay, 1993 et 1994; Brown, Seraganian, Tremblay et Annis, 2002a, et 2002b; Charney et coll., 1998; Charney et coll., 2005; Dobkin et coll., 2002; Margolese et coll., 2006; Perreault et coll., 2007). C'est ainsi que l'équipe du RISQ rassemblait en 2001 la plupart des chercheurs ayant mené des recherches pour évaluer l'impact des traitements en alcoolisme et toxicomanie au Québec en vue de faire le point sur les résultats de ces études. Rassemblées dans une livre (Landry, Guyon et Brochu, 2001), ces présentations donnent un bon aperçu des travaux menés au Québec à cet égard et des chercheurs qui y ont contribué.

Les recherches évaluatives menées par le RISQ

Les recherches évaluatives du RISQ qui font l'objet du bilan présenté dans cet article sont au nombre de six et s'échelonnent de 1991 à 2004. Elles portent sur des sous-groupes

variés d'usagers adultes en traitement, en fonction des problèmes associés à leur toxicomanie :

1. **La première étude** (Brochu, Landry et Bergeron, 1995 ; Brochu, Landry, Bergeron et Chiochio, 1997) a été menée entre 1990 et 1993 et porte sur un groupe d'usagers inscrits dans un centre de réadaptation en toxicomanie de Montréal. Tous les usagers inscrits au centre pouvaient participer à cette étude et le programme d'intervention offert était le même pour tous. Ce groupe sera identifié comme « mixte », du fait qu'il réunit des usagers adultes, qu'ils présentent ou non des problèmes concomitants à leur toxicomanie.
2. **La deuxième étude** (Brochu, Bergeron, Landry, Germain et Schneeberger, 2002 ; Brochu, Sun, Landry et Bergeron, soumis), menée entre 1996 et 1998, s'intéresse aux traitements offerts en toxicomanie aux clientèles judiciairisées adultes suivies dans deux centres de réadaptation publics, un à Montréal et l'autre à Trois-Rivières. Cette étude sera identifiée comme « justice 1 ».
3. **La troisième étude** (Nadeau, Cournoyer et Landry, 2001), menée entre 1997 et 1999, portait sur le traitement offert dans le cadre d'un programme spécialisé du Centre Dollard-Cormier aux usagers adultes présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Ce groupe sera identifié comme « santé mentale 1 ».
4. **La quatrième étude** (Bergeron, Brochu, Landry et Joly, 2000) porte sur des usagers adultes suivis dans un centre de réadaptation en toxicomanie de Montréal et inscrits dans un programme non spécialisé, excluant les personnes ayant une problématique de santé mentale

ou des problèmes légaux associés à leur toxicomanie. Cette étude a été menée entre 1997 et 1999 et sera identifiée dans la suite du texte comme «adulte général».

5. **La cinquième étude** (Brochu, Cournoyer, Tremblay, Bergeron, Brunelle et Landry, 2006) a été menée entre 2000 et 2002 dans quatre centres de réadaptation en toxicomanie du Québec auprès d'usagers toxicomanes judiciairisés adultes. Ce groupe sera identifié comme «justice 2».
6. **La sixième étude** (Nadeau, Landry, Cournoyer, et Boucher, 2005) a été menée entre 2001 et 2003 et s'intéressait aux problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale dans trois centres du Québec, un centre public de Montréal et deux centres privés, l'un s'appuyant sur le «Minnesota Model» et l'autre étant une communauté thérapeutique. Cette étude sera identifiée comme «santé mentale 2».

Objectifs

Nous retenons ici les questions de recherche communes à ces six études. Il est par ailleurs à noter que chacune avait des objectifs spécifiques reliés au rôle de variables comme les problèmes de santé mentale ou judiciaires associés, la motivation au changement ou au traitement, l'alliance thérapeutique, etc. Bien que les résultats de ces études aillent bien au-delà de ce tronc commun, les résultats présentés dans cet article y sont tous rattachés.

Ces questions sont les suivantes :

- Est-ce que les participants à ces six études améliorent leur situation au cours de la période étudiée ?

- Quelles sont les sphères de vie, incluant la consommation de substances psychoactives, où se produisent les changements ? La perspective adoptée alors est davantage celle du lien entre l'impact des interventions et l'approche biopsychosociale adoptée dans les centres de réadaptation en toxicomanie.
- Y a-t-il un lien entre les changements observés et l'exposition des participants au traitement ? On retient ainsi une interaction éventuelle entre le changement et l'exposition au traitement comme un indicateur de son impact.

Si l'on se reporte aux divers types de démarches évaluatives retrouvés dans l'évaluation de programmes, tels que l'évaluation des besoins, des possibilités d'action, de l'implantation d'un programme, des effets ou du rendement (Desrosiers et coll. 1998), on se situe ici de façon claire dans l'évaluation des effets. Ce choix s'explique aisément par le contexte historique dans lequel cette série d'études a débuté : au Québec, à la fin des années 1980, on se préoccupait d'abord d'évaluer les résultats des services dispensés par les centres de réadaptation en toxicomanie.

Méthode

On peut qualifier ces études de « naturalistes », c'est-à-dire que l'on ne trouve pas de groupes témoins, c'est en fait l'intervention telle que dispensée dans les centres participant à ces études qui a été évaluée. Dans ce sens, on ne vise pas à évaluer l'efficacité (*efficacy*) des interventions dans le cadre d'essais randomisés, mais leur impact sur le terrain (*effectiveness*). Le mérite relatif de ces deux formes de recherche évaluative a fait l'objet de nombreux débats au cours des vingt dernières années. Seligman (1996) a bien fait ressortir les enjeux liés à l'em-

ploi de ces deux approches. Les études d'efficacité permettent d'établir un lien de causalité entre une technique d'intervention et ses effets sur le changement des personnes, principalement par le recours à la méthode des essais randomisés et contrôlés. Leur validité interne est grande. En contrepartie, à cause des strictes conditions d'expérimentation auxquelles elles sont soumises (exclusion des participants présentant des conditions plus lourdes ou particulières, application stricte d'une approche manualisée, etc.), ces essais sont assez éloignés des conditions propres à la vie réelle. Les études d'impact (*effectiveness*), pour leur part, ont une validité externe plus grande en ce sens qu'elles permettent d'avoir une meilleure assurance que les résultats observés correspondent aux conditions d'application que l'on retrouve dans l'application des traitements et la vie réelle. C'est ainsi que Miller, Walters et Bennet (2001), pour répondre aux interrogations fréquentes sur l'effet des traitements dans le domaine de l'alcoolisme, adoptent dans leur étude *How Effective is Alcoholism Treatment in the United States?* une perspective qu'ils estiment «raisonnablement objective», soit celle de l'impact. Dans leur examen critique des traitements en toxicomanie qui bénéficient du meilleur soutien empirique et en s'appuyant sur les critères de l'American Psychological Association, McCraddy et Nathan (2006) pour leur part retiennent deux études qu'ils considèrent comme les plus solides. La première est une étude d'impact, le projet VAMCCS (Ouimette, Finney et Moos, 1997), l'autre est le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997). On peut donc considérer que ces deux types de recherche évaluative sont légitimes et jouent un rôle complémentaire. Plusieurs études d'impact se retrouvent dans la littérature (Armor, Polich et Stambul, 1978 ; Sells et Simpson, 1980 ; Alterman, Randall et McLellan, 2000 ; Simpson, Joe et Broome, 2002 ; Gossop, Mardsen, Stewart et Kidd, 2003 ; Hser, Evans et Huang, 2005).

Par ailleurs, de nombreuses études ont trouvé une association entre l'impact des traitements et la dose reçue (exposition plus ou moins importante des participants au traitement) dans des études « naturalistes » (Baekeland et Lundwall, 1975 ; Sells et Simpson, 1980 ; De Leon, Jainchill et Wexler, 1982 ; De Leon, 1985 ; Simpson et coll., 1997 ; Moos et coll., 2000 ; Simpson, Joe et Broome, 2002 ; Moos et Moos, 2003). Ainsi, les résultats observés dans le cadre du projet RAND (Armor et coll., 1978 ; Polich, Armor et Braiker, 1981) indiquent que 20 jours de traitement en milieu résidentiel ou 15 rencontres en consultation externe constituent un seuil critique d'impact pour les consommateurs d'alcool. Le projet DARP (Simpson, 1979 ; Simpson et Sells, 1982) mentionne des seuils de 90 jours avec un accroissement de l'impact à 180 et 300 jours pour les usagers de drogues. Une étude plus récente (Gossop et coll., 1999) identifie, pour des traitements résidentiels, des durées critiques de 28 et 90 jours selon le type de traitement offert. C'est sur cette base qu'il fut décidé d'avoir recours à cette variable (exposition au traitement) pour évaluer dans quelle mesure l'évolution des usagers participant à nos études évaluatives pouvait être attribuée au traitement. Cette décision reposait également sur la volonté d'évaluer le mieux possible la réalité de l'intervention telle que dispensée dans les centres plutôt que de créer des conditions se rapprochant davantage du laboratoire. Enfin, compte tenu de notre décision, il apparaissait inacceptable éthiquement, tant aux yeux des chercheurs que des intervenants des milieux de pratique où se déroulaient ces études, d'adopter un plan de recherche qui aurait privé de soins certaines personnes en les assignant à une condition contrôle sans traitement ou même à un traitement moins adapté à leurs besoins, que ce soit aux yeux du clinicien ou du participant lui-même.

Les participants

Les participants à ces études sont tous inscrits dans un centre de réadaptation public ou privé du Québec pour y recevoir de l'aide. Sollicités au moment de leur entrée en traitement, ils ont accepté librement de participer à l'étude et ont signé un consentement éclairé, conformément aux normes canadiennes en éthique de la recherche. On retrouve dans le tableau 1 le nombre de participants pour chacune des études, la proportion hommes/femmes, leur moyenne d'âge et leur niveau de scolarité.

Tableau 1
Profil sociodémographique des sujets

	Nbre	Sexe	Âge	Scolarité
Mixte	248	H= 69% F=31%	33,5 ans	35% 5 ^e sec. ou plus
Justice 1	123	H = 87% F = 13%	34,7 ans	31,7% 5 ^e sec. ou plus
Santé mentale 1	93	H = 56% F = 44%	39,8 ans	65,9% 5 ^e sec. ou plus
Adulte général	95	H = 66% F = 34%	36 ans	50% 5 ^e sec. ou plus
Justice 2	124	H=93% F=7%	36 ans	Une moyenne de 11 ans de scolarité
Santé mentale 2	45	H=62% F=38%	35 ans	70% 5 ^e sec. ou plus

Instrument de mesure

L'instrument utilisé pour évaluer le changement des sujets est l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998), une adaptation validée de l'Addiction Severity Index (McLellan et coll., 1980). Les échelles de l'IGT portent sur les domaines suivants : alcool, drogues, santé physique, emploi et ressources, état psychologique, familial et social, situation légale. Cet instrument permet d'évaluer la gravité des problèmes présentés dans chacune de ces sphères

à l'aide d'un « score composé » qui peut varier de 0 à 1, dans un ordre croissant de gravité.

Suivi des participants

Toutes nos études sont de type pré et post traitement, avec au moins deux mesures post. Les participants sont donc évalués au moment de leur arrivée en traitement (pré) et la même évaluation est reprise au moins deux fois par la suite (post) pour mesurer le changement opéré entre ces temps. Il est à noter que c'est la date d'entrée en traitement des participants qui a été retenue pour calculer la date des mesures post, ce qui impliquait que les évaluations pouvaient être effectuées alors que la personne était encore en traitement. Les intervalles entre ces mesures varient de cinq à huit mois. L'évolution des sujets est mesurée dans sept sphères de vie qui portent non seulement sur la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, mais également sur les problèmes généralement associés à la surconsommation de substances. Cette façon d'évaluer le changement est cohérente avec l'approche biopsychosociale adoptée par les centres de réadaptation en toxicomanie à l'étude. Notons que les sujets pouvaient être encore en traitement ou l'avoir cessé à chacun des temps de mesure 2 et 3.

La proportion des participants rejoints aux temps 2 et 3 (taux de suivi) varie considérablement selon les études, allant de 44 % dans l'étude « adulte général » à 81 % dans les deux études « justice », pour un taux moyen de suivi de 64 % pour les six études.

L'exposition au traitement

Dans la plupart des études, l'exposition au traitement a été mesurée de deux façons : le nombre d'heures d'intervention et le temps en traitement. La compilation du nombre d'heures

d'exposition au traitement se faisait à partir des dossiers cliniques des usagers. En effet, les cliniciens sont tenus de noter au dossier toutes leurs interventions auprès des usagers en traitement externe. Une liste de l'ensemble des activités offertes aux usagers a été établie avec un code de durée pour chacune d'elles (par ex. : une heure pour une entrevue individuelle, quinze minutes pour un téléphone, etc.). Pour le traitement en milieu résidentiel, l'estimation s'est faite à partir du programme d'activités cliniques auquel les usagers participent et du nombre de jours du séjour. La durée du traitement a été déterminée en prenant pour point de départ la date d'ouverture du dossier et, pour point d'arrivée, la date correspondant au trentième jour après la dernière intervention clinique. Il importe de retenir qu'un épisode de traitement suivi par un usager des centres de réadaptation peut contenir à la fois des interventions en externe et un ou plusieurs séjours en milieu résidentiel, selon les besoins de la personne et le plan d'intervention. Pour la même raison, dans la plupart des centres étudiés, il n'y a pas de durée prédéterminée de traitement, celle-ci pouvant varier en fonction du plan d'intervention. Par ailleurs, dans la grande majorité des cas, ce sont les usagers eux-mêmes qui mettent fin à leur épisode de traitement sans entente préalable avec leur intervenant. Le tableau 2 donne la moyenne du nombre d'heures de traitement reçues par les participants ainsi que la durée moyenne en traitement. Cette donnée n'est pas disponible dans le cas de l'étude « toxicomanie santé mentale 2 ».

Tableau 2

Exposition au traitement des sujets des quatre groupes

	Nbre heures traitement	Durée du traitement (Nbre jours)
Mixte	46,05 (n=152)	n.d.
Justice 1	14,35 (n=123)	n.d.
Santé mentale 1	8 (n=93)	223 (n=93)
Adulte général	20,13 (n=94)	253,45 (n=94)
Justice 2	27,1 (n=124)	137 (n=124)
Santé mentale 2	n.d.	n.d.

Analyses statistiques

Des analyses de variances ont été utilisées pour vérifier l'évolution des usagers à partir de leur score aux trois temps de mesure à l'IGT. Dans un premier temps, une analyse de profil a permis de vérifier le seuil de signification relatif à la différence globale entre les trois temps de mesure et une analyse MANOVA a permis de contraster les différences entre le score de premier temps avec celui des deux autres, d'une part, et entre les temps 2 et 3, d'autre part.

Une analyse statistique a également permis de vérifier la relation entre l'évolution des participants et l'exposition au traitement qu'ils ont reçu. Une analyse de variance a été effectuée dans deux études (mixte et justice 1) et des analyses de régression, multiple ou linéaire selon les études et les échelles de l'IGT, ont été réalisées dans quatre études : «santé mentale 1», «santé mentale 2», «adulte général» et «justice 2». Ces analyses sont présentées dans les études évaluatives mentionnées précédemment.

Les résultats

Les résultats de ces études sont présentés en détail dans les publications reliées à chacune d'entre elles, déjà mentionnées plus haut. Tout d'abord, nous nous intéressons ici à l'évolution des participants aux trois temps de mesure, quatre dans le cas de «justice 1», et ensuite à la relation entre l'exposition au traitement et les changements constatés.

L'évolution des sujets

Le tableau 3 présente la différence entre le temps 1 et les deux autres temps dans les six études ainsi que le degré de signification des variations de ces scores.

Tableau 3
Différence entre le temps 1 et les autres
temps aux sept échelles de l'IGT

	Mixte	Justice 1	Général Adulte	Santé mentale 1	Justice 2	Santé mentale 2
ALCOOL	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓
DROGUES	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓
PSYCHO	*** ↓	*** ↓	** ↓	*** ↓	*** ↓	* ↓
FAMILIAL/ SOCIAL	***	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓	*** ↓
EMPLOI	n.s	**	* ↓	* ↓	n.s.	n.s.
LÉGALE	*** ↓	* ↓	n.s ↓	n.s. ↓	*** ↓	*** ↓
SANTÉ PHYSIQUE	n.s	n.s.	n.s. ↓	n.s. ↓	* ↓	n.s.

Il est à noter qu'une flèche vers le bas indique une diminution des scores et de la gravité des problèmes.

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

n.s.= non significatif

n.d.= non disponible

Les résultats présentés dans ce tableau indiquent que tous les groupes étudiés se sont améliorés de façon significative entre les temps 1 et les deux autres temps de mesure aux échelles «alcool», «drogues», «psychologique» et «familial/social». Quatre groupes sur six se sont améliorés de façon significative à l'échelle «situation légale». Les deux autres groupes ayant des scores initiaux très peu élevés ne pouvaient pas s'améliorer. Seuls trois groupes sur six se sont améliorés de façon significative aux temps 2 et 3 à l'échelle «emploi» et aucun changement significatif n'a été observé à l'échelle «santé physique».

Les figures 1 à 7 présentent sous forme graphique l'évolution des participants à chacune des échelles de l'IGT.

FIGURE 1
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE ALCOOL

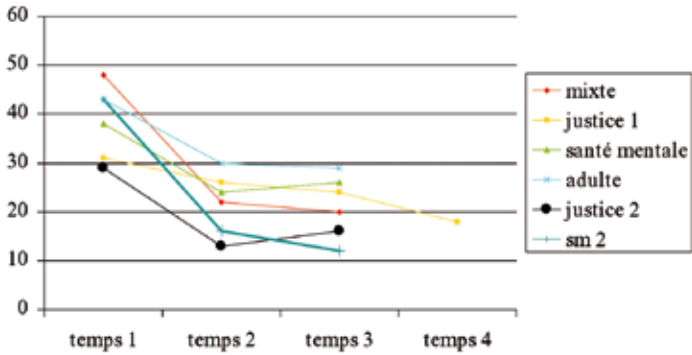


FIGURE 2
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE DROGUES

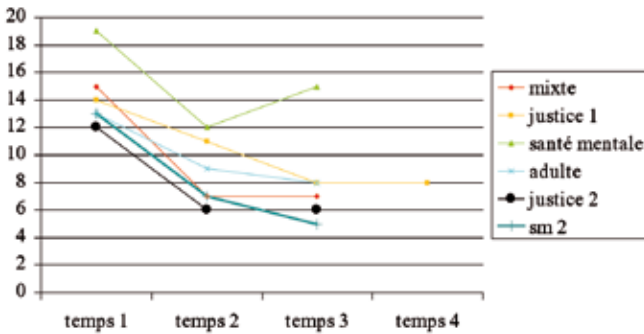


FIGURE 3
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE PSYCHOLOGIQUE

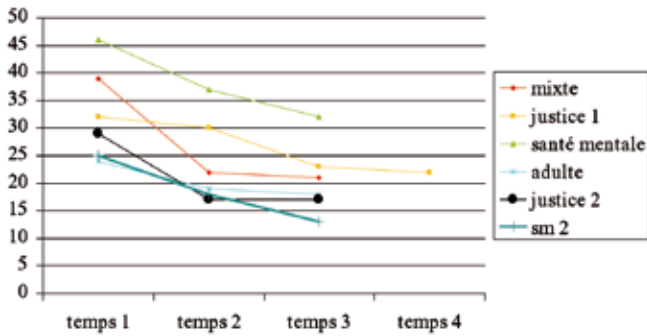


FIGURE 4
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE FAMILIAL/SOCIAL

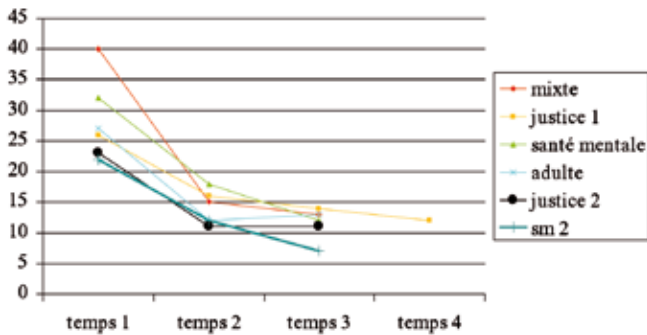


FIGURE 5
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE EMPLOI

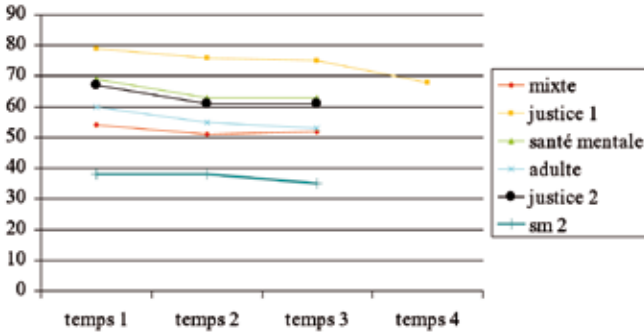


FIGURE 6
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE SITUATION LÉGALE

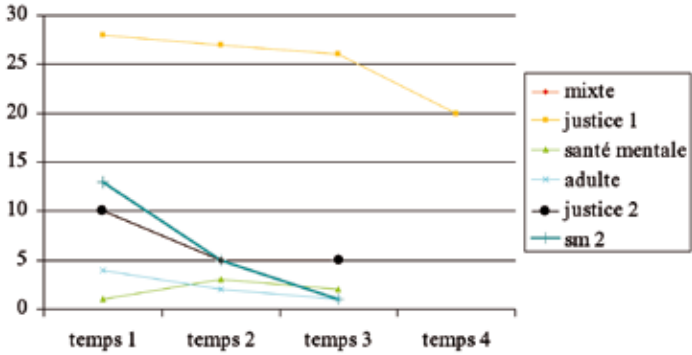
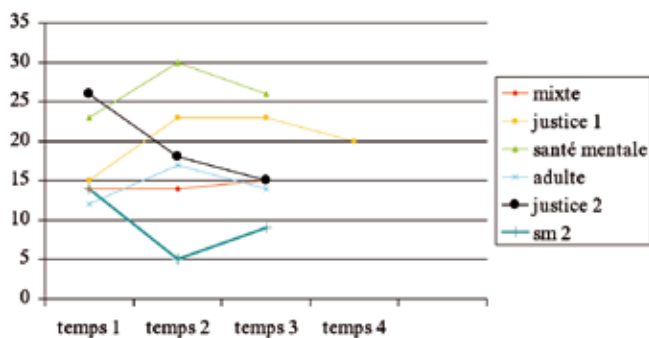


FIGURE 7
ÉVOLUTION DES GROUPES À L'ÉCHELLE SANTÉ PHYSIQUE



La présentation de ces figures permet de visualiser l'évolution des participants aux trois temps de mesure. Comme le confirment les analyses statistiques effectuées pour faire ressortir les contrastes entre le temps 2 et le temps 3, les changements significatifs constatés pour ces temps se maintiennent au temps 3, soit environ six mois plus tard, aux échelles «alcool», «drogues», «psychologique» et «familial/social», ainsi que pour les groupes qui s'améliorent aux échelles «emploi» et «situation légale». Pour le groupe «justice 1», cette stabilité se trouve également confirmée au temps 4, soit 18 mois après le début du traitement des participants. Une seule exception à ce patron est l'évolution des participants du groupe «santé mentale 1» à l'échelle «drogues». La gravité du problème de drogues de ce groupe remonte de façon significative entre le temps 2 et le temps 3. Cependant, leur score au temps 3 demeure significativement plus bas qu'au temps 1.

Notons par ailleurs que, en dépit d'un patron général d'amélioration des groupes de participants à ces six études, le niveau de gravité initial varie selon les groupes. Ces différences s'expliquent dans plusieurs cas par le fait que certaines études

ont porté sur des groupes d'usagers qui présentaient soit une histoire de judiciarisation ou des problèmes légaux actuels (justice 1 et justice 2), soit des problèmes concomitants de santé mentale importants (santé mentale 1). Notons plus particulièrement ce fait pour le groupe «santé mentale 1», dont le score initial à l'échelle «psychologique» est sensiblement plus élevé que celui des autres groupes. La courbe d'amélioration de ce groupe se situe en parallèle à celle des autres groupes, le point d'arrivée au temps 3 étant à peu près au même niveau que pour le score initial des autres groupes. Le groupe «santé mentale 1» présente aussi le score initial le plus élevé à l'échelle «drogues», l'amélioration au temps 2 ne s'est par ailleurs pas maintenue au temps 3, les scores à ce temps demeurant toutefois significativement plus bas qu'au temps 1. Les groupes d'usagers toxicomanes judiciarisés, quant à eux, présentent en toute logique des scores initiaux plus élevés à l'échelle «situation légale». Notons enfin que le groupe «mixte», recruté à partir de l'ensemble des usagers d'un centre de réadaptation situé à Montréal sans égard aux troubles associés à leur toxicomanie, présente des scores plus élevés que la plupart des autres aux échelles «alcool», «drogues», «psychologique» et «familial/social».

La relation entre l'évolution des sujets et l'exposition au traitement

À l'exception d'une étude, les analyses pour étudier la relation entre l'exposition au traitement, soit en fonction du nombre d'heures de traitement, soit en fonction de la durée en jours, n'ont permis d'établir aucun lien significatif entre cette variable et l'évolution des participants. On observe une interaction entre l'amélioration des sujets et l'exposition au traitement dans seulement un groupe et seulement aux échelles «alcool» et «drogues», soit dans le groupe «mixte» à Montréal. Pour ce dernier, on observe une interaction entre les variables «alcool» et «drogues» en ce qui concerne le nombre d'heures d'exposition au

traitement. Par ailleurs, rappelons que cette analyse n'a pas pu être effectuée dans l'étude «santé mentale 2», faute de données sur l'exposition des participants au traitement. Bref, dans les cinq autres études sauf l'étude avec le groupe «mixte», aucune différence significative n'a été constatée en matière d'amélioration entre les participants qui avaient reçu peu ou très peu de traitement et ceux qui en avaient reçu davantage.

Interprétation des résultats

Cette discussion fait état des résultats présentés ci-dessus en regard des objectifs mentionnés au début de l'article.

L'évolution des sujets dans le temps

Dans ces six études, le principal résultat relève que les usagers admis pour une démarche de réadaptation dans les centres publics et privés ayant participé à nos études s'améliorent, comme groupe, non seulement en ce qui concerne leur consommation de substances psychoactives, mais aussi dans plusieurs autres domaines de leur vie. Cette amélioration se maintient sur une période d'environ 12 mois à deux temps de mesure après l'évaluation initiale, effectuée en début de traitement. Cette amélioration se produit autant chez des groupes dont le traitement est réputé plus difficile, notamment des usagers présentant des problèmes de santé mentale et les clients judiciarisés.

Précisons qu'il s'agit de résultats de groupes. Même si le groupe s'améliore en moyenne, les données de ces études ne permettent pas de qualifier précisément la proportion des participants voyant sa situation se détériorer, demeurer stable ou s'améliorer. Les données concernant la consommation sont basées essentiellement sur les scores composés de l'IGT-ASI. Si les scores composés de l'IGT-ASI permettent d'affirmer que

la gravité du problème d'alcool ou de drogues a diminué, ils n'apportent pas de précisions sur les quantités consommées ni sur le fait que les personnes ont été abstinentes ou pas au cours des périodes étudiées. Bien que cette façon d'évaluer l'amélioration de la consommation soit incomplète, elle s'accorde avec la conception selon laquelle l'abstinence n'est pas le seul critère à considérer, c'est-à-dire l'approche de réduction des méfaits couramment adoptée au Québec et ailleurs à travers le monde.

On peut toutefois s'interroger sur ce qui peut être considéré comme un seuil cliniquement significatif en ce qui concerne ces améliorations. Ce problème est bien illustré par l'amélioration observée à l'échelle «psychologique» dans le groupe «santé mentale 1». Si ce groupe s'est effectivement amélioré significativement par rapport à sa situation de départ, comment qualifier cette amélioration, compte tenu du fait que son point d'arrivée au temps 3 correspond au score initial des autres groupes. On ne peut certainement pas affirmer que, dans ce cas, cette amélioration puisse être considérée comme une rémission. Dans quelle mesure cette amélioration peut être considérée comme significative sur le plan clinique? Le fait que ce groupe se détériore au temps 3 en ce qui concerne la gravité de l'échelle «drogues» peut être considéré comme un indice inquiétant à cet égard. Il n'en reste pas moins que l'amélioration constatée au sein de ce groupe représente un succès relativement à leur état initial, même si leur état mental peut demeurer objectivement au-dessus du seuil clinique d'un diagnostic de trouble mental.

Le taux de suivi des participants constitue une limite à la portée de ces résultats. Par ailleurs, les résultats comparables des autres groupes de «justice 1» et «justice 2», alors que plus de 80% des participants ont été rejoints aux deux temps de suivi, constituent un indice encourageant à cet égard. Mentionnons également au nombre des limites de cette étude que nous n'avons pas contrôlé la nature des interventions dispensées dans les

centres ni les approches utilisées. Dans la plupart de nos études, les centres étudiés se définissent comme adoptant une approche « biopsychosociale ». Il faut toutefois reconnaître que cette appellation peut recouvrir des interventions très variées et que nous ne disposons pas des données permettant d'apprécier ces différences, que ce soit entre les interventions au sein d'un même centre ou entre les centres.

Nonobstant ces limites, pour les six études ayant été menées dans les diverses régions du Québec, et ce, sur une durée de 15 ans, la constance des données recueillies permet de considérer ces résultats comme fiables et en accord avec les données accumulées dans un grand nombre d'autres études entreprises ailleurs dans le monde (Prendergast et coll., 2002 ; Gossop, 2006).

Trois études effectuées plus récemment au Québec auprès d'adolescents (Brunelle et coll., 2006 ; Bergeron et coll., 2009 ; Bertrand et coll., soumis) viennent appuyer encore une fois ces résultats. Dans la première étude, plusieurs améliorations ont été soulignées, dont une diminution de la consommation de drogues et des problèmes judiciaires chez les participants, alors que les résultats sont moins concluants en ce qui concerne le soutien familial et la détresse psychologique. Dans la deuxième, on a remarqué une amélioration chez les jeunes en ce qui concerne la gravité de leur problème principal de consommation, le cannabis, ainsi que pour l'échelle « occupation », laquelle porte notamment sur le fonctionnement au niveau scolaire. Dans la troisième étude, des améliorations significatives ont été notées en ce qui concerne la consommation de drogues, la situation sur le plan scolaire et des loisirs ainsi que la situation familiale. Les jeunes présentant des problèmes de santé mentale plus graves, malgré une gravité initiale plus élevée des problèmes de drogues, se retrouvent au même niveau que les autres à cet égard, après six mois. Par ailleurs, l'évolution de l'état psychologique de ces jeunes varie selon la gravité initiale de leurs problèmes.

Les sphères de vie où se produit le changement

Les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec (CRPAT) ont adopté à la fin des années 1970 une approche psychosociale qui s'est maintenue jusqu'à ce jour. Au cœur de cette orientation réside la conviction que la réadaptation des personnes toxicomanes ne se limite pas à la résolution de leur problème de consommation de substances, mais doit également s'étendre aux autres dimensions de leur vie affectées par leur dépendance ou à la source d'une consommation problématique de substances. C'est d'ailleurs ce qui a motivé l'adoption de l'IGT, lequel évalue la gravité des problèmes d'une personne dans l'ensemble de son fonctionnement biopsychosocial, comme instrument d'évaluation spécialisé dans les CRPAT. Le volet psychologique de l'intervention psychosociale a cependant occupé une place prédominante dans cette orientation, notamment par le recours privilégié à l'intervention individuelle de type psychothérapeutique. Par ailleurs, tout en reconnaissant l'importance de faire une place plus grande à la réinsertion sociale, les CRPAT n'y sont parvenus que difficilement et de façon incomplète. Notons enfin qu'au cours des dernières années, le volet biomédical a pris une importance accrue.

Les résultats obtenus par les participants dans chacune des sphères de leur vie, tel que mesurés par les échelles de l'IGT, reflètent bien cette orientation et l'actualisation de celle-ci dans les CRPAT. D'abord, tous les groupes s'améliorent au regard de la gravité de leur problème d'alcool et d'autres drogues, ce qui correspond bien à la mission première des CRPAT. Il en va de même des échelles «psychologique» et «familial/social». Les résultats à l'échelle «psychologique» sont confirmés par les résultats des participants à d'autres échelles portant sur la santé mentale dans certaines de nos études «santé mentale 1» et «santé mentale 2». L'importance accordée par les centres étudiés à des interventions de type psychothérapeutique semble

donc se refléter dans l'évolution des sujets, tant sur le plan de leur état psychologique que de leurs relations avec leur entourage. Les variations des groupes à l'échelle « emploi » sont beaucoup plus modestes, même pour les trois groupes dont l'amélioration s'avère significative. Ce résultat pourrait refléter la place moins grande faite à la réinsertion socioprofessionnelle dans les CRPAT au cours de cette période. Il illustre aussi, sans doute, que les changements dans ce domaine demandent plus de temps, surtout pour ces personnes toxicomanes souvent stigmatisées, pour lesquelles trouver un emploi est plus difficile que pour la population générale. Notons enfin qu'une partie importante des personnes reçues dans les CRPAT dépendent de l'aide sociale et que leur niveau d'éducation est plus bas que celui de la population générale. Le parcours des groupes de participants à l'échelle « santé physique » va dans tous les sens, comme le montre la figure 7. Il est donc difficile d'interpréter ces variations, d'autant plus que cette échelle de l'IGT s'avère plus faible que les autres sur le plan psychométrique. Enfin, quatre des six groupes voient leur situation légale s'améliorer. Les deux groupes qui demeurent stables à cette échelle n'avaient pas de problème au départ, comme le montre la figure 6.

En bref, les groupes de participants à ces six études voient non seulement leur situation s'améliorer en ce qui concerne leur consommation de substances psychoactives, mais également au regard de plusieurs problèmes réputés comme étant les plus associés à la toxicomanie, soit les problèmes de santé mentale, les problèmes familiaux et les problèmes légaux.

La relation entre l'amélioration des sujets et l'exposition au traitement

De façon générale, les données de nos études n'ont pas permis de trouver une relation entre l'exposition au traitement (heures d'exposition et/ou durée de l'épisode de réadaptation)

et l'amélioration des participants. En d'autres termes, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les participants en ce qui concerne l'amélioration de leur situation : ils se sont tous améliorés, qu'ils aient eu peu ou beaucoup de traitement. Ces résultats se démarquent de ceux de plusieurs études qui ont observé une relation entre la dose de traitement reçue et l'amélioration des participants (Armor et Polich et Stambul, 1978 ; Simpson, 1979 ; De Leon, 1985 ; Gossop et coll., 1999 ; Moos et coll., 2000 ; Simpson, Joe et Broome, 2002).

Nous ne pouvons toutefois pas conclure de ces résultats qu'il n'y pas de relation entre l'amélioration des participants à nos études et l'intervention qu'ils ont reçue. En effet, le plan de nos études ne prévoyait pas de distribution au hasard des participants en fonction de doses variées et contrôlées de traitement, cette façon de faire ne permet donc pas de tirer de conclusions à cet égard. Il est donc possible que les participants ayant abandonné le traitement plus tôt aient eu besoin d'une exposition moins importante à une intervention alors que ceux qui ont persévéré plus longtemps aient bénéficié d'une dose plus importante.

D'autres hypothèses pourraient aussi expliquer cette absence de relation entre l'exposition au traitement et l'amélioration de la situation des participants. Il est possible que la taille des groupes ait été insuffisante pour produire la puissance statistique nécessaire à détecter une relation entre les deux variables. Le fait que le groupe « mixte », le seul où une relation significative a été trouvée, ait réuni au moins deux fois plus de participants que chacun des autres groupes viendrait appuyer cette hypothèse. Il est également possible que d'autres facteurs non mesurés dans nos études aient eu une influence sur l'évolution des sujets. Mentionnons le recours à d'autres formes d'aide, formelles ou informelles, pendant la période de l'étude, qui auraient pu aider certains participants à s'améliorer même après avoir quitté le

traitement dans les centres étudiés. D'autres facteurs comme le niveau initial de la motivation, des événements critiques (Vaillant, 1983 ; Sobell, Sobell et Toneato, 1992 ; Cunningham et coll., 2000 ; Acier, Nadeau et Landry, 2008) survenus dans la vie des participants ou un travail prétraitement ayant joué un rôle de catalyseur dans le changement (Clark, 2009) ont pu avoir un impact dans leur évolution.

En bref, nos études évaluatives effectuées depuis 1991 montrent de façon constante que les personnes reçues en traitement dans les centres de réadaptation publics et privés du Québec s'améliorent, tant en ce qui concerne leur consommation de substances que dans d'autres sphères de leur vie. Ceci est vrai quelles que soient les caractéristiques des groupes étudiés, notamment pour les personnes qui présentent un profil lourd relié à des problèmes de santé mentale ou judiciaires associés à leur consommation. Nos études les plus récentes (Brunelle et coll., 2006 ; Bergeron et coll., 2009 ; Bertrand et coll., soumis) confirment ces résultats avec des groupes d'adolescents. Ces résultats vont dans le même sens que l'ensemble des études contemporaines sur l'impact des traitements en toxicomanie (Miller, Walters et Bennet, 2001 ; Prendergast et coll., 2002 ; UKATT Research Team, 2005 ; Gossop, 2006). De telle sorte que l'on peut affirmer que la question est maintenant moins de savoir si le traitement est efficace que d'étudier comment il peut être amélioré et adapté aux besoins des diverses clientèles (Prendergast et coll., 2002).

Impact de ces études sur nos travaux actuels et futurs

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, les études rapportées dans cet article se centrent tout d'abord sur l'évolution biopsychosociale des participants adultes et la relation entre leur exposition au traitement et cette évolution. Ces études

se sont intéressées également à d'autres déterminants susceptibles d'influencer l'issue du traitement. De fait, entre 1991 et 2003, celles-ci ont suscité des questions qui ont nourri les études ultérieures et fourni de nouvelles variables à étudier pour mieux comprendre les ingrédients personnels ou thérapeutiques à l'œuvre dans le traitement. Notons les problèmes associés à la toxicomanie comme la présence de troubles mentaux à l'axe 1 (Nadeau et coll., 2005) ou l'axe 2 (Nadeau, Cournoyer et Landry, 2001 ; Brochu et coll., 2002) ou les problèmes légaux et les pressions judiciaires qui s'exercent sur les personnes (Brochu et coll., 2002, Brochu et coll., 2006), ainsi que d'autres dimensions telles que la motivation au changement ou au traitement (Bergeron et coll., 2000 ; Simoneau et coll., 2004), l'alliance thérapeutique (Nadeau, Cournoyer et Landry, 2001 ; Cournoyer et coll., 2007).

Les questions non résolues dans nos études sur l'impact des traitements nous ont également amenés à recourir à de nouvelles stratégies de recherche que nous mentionnerons brièvement ici.

Les études qualitatives reliées à nos études d'impact

Nous avons donc décidé, dans un premier temps, de réaliser nos études par le biais d'études qualitatives, et ce, pour mieux comprendre, à partir du point de vue des usagers des services de réadaptation, leur trajectoire de changement et leur interprétation subjective de ce processus et des facteurs qui l'influencent. Mentionnons notamment une étude sur des femmes présentant des troubles graves de toxicomanie et de santé mentale (Bertrand et Nadeau, 2006), une étude sur les participants de l'étude « santé mentale 1 » (Acier, Nadeau et Landry, 2007) et auprès de participants de l'étude « santé mentale 2 » (Joly et coll., soumis).

Ces études ont permis d'apporter un éclairage intéressant sur les résultats de nos études quantitatives. Les entretiens avec les participants nous ont aidés à mieux situer les épisodes de traitement dans une trajectoire de changement plus étendue dans le temps. Cette façon de faire nous a fait comprendre que l'utilisation répétée des services, particulièrement chez les participants présentant les problèmes les plus graves, est considérée comme un processus nécessaire et un facteur de rémission ou un point d'ancrage leur permettant de se stabiliser en période de crise. Il nous apparaît donc nécessaire, dans nos études à venir, de pouvoir situer l'évolution des personnes sur une longue période de temps. Selon cette perspective, il faut considérer la toxicomanie comme un problème chronique chez un sous-groupe important de personnes qui en sont affectées. Ce problème peut d'ailleurs se maintenir pendant plusieurs années, ce qui nécessite une intervention au long cours (McKay, 2005 ; Moos et Moos, 2003 ; McLellan et coll., 2005). Pour ces personnes, il s'avère difficile d'isoler l'impact de l'un ou l'autre des traitements reçus. C'est le cas d'une proportion importante d'usagers des centres de réadaptation publics du Québec. L'étude des trajectoires addictives et des trajectoires de vie apparaît donc comme une piste de recherche des plus prometteuses.

L'introduction d'interventions structurées

Il est à noter que nos études n'ont pas été conçues pour déterminer si une forme de traitement est plus efficace qu'une autre. Ce n'est que tout récemment que nous avons entrepris de comparer les méthodes de traitement plus structurées et éprouvées avec le traitement offert de façon usuelle dans les centres de réadaptation. Ainsi, lors d'une étude menée auprès de jeunes de six centres de réadaptation publics et privés entre 2003 et 2007 (Bergeron et coll., 2009), les chercheurs ont étudié l'impact de l'utilisation de l'approche motivationnelle par les intervenants. Les résultats de l'étude ont permis d'établir un lien

entre l'utilisation de diverses techniques associées à l'approche motivationnelle et la persévérance des jeunes en traitement ainsi que leur amélioration dans certaines sphères de leur vie. Il nous apparaît intéressant de poursuivre cette piste, laquelle s'allie avec l'orientation récente de l'Association québécoise des centres de réadaptation en dépendance (ACRDQ) en vue de recourir à des formes d'interventions structurées et fondées sur les données probantes. Il faudra s'appliquer particulièrement à déterminer les conditions d'application de ces techniques en fonction des caractéristiques et des besoins très diversifiés des personnes toxicomanes qui sont reçues en traitement.

Par ailleurs, les réflexions entourant les résultats de nos études nous amènent également à prendre en considération les débats des trente dernières années qui ont permis l'émergence de deux grands courants sur l'impact des traitements non seulement dans le domaine des toxicomanies, mais également pour la psychothérapie de façon plus générale. D'une part, un corpus important d'études s'intéresse à l'efficacité différentielle de certaines techniques d'intervention relativement à d'autres techniques ou à des interventions minimales (Holder et coll., 1991). On trouve par ailleurs autant d'études qui ne trouvent pas de différences entre les techniques et mettent plutôt en évidence des facteurs communs à ces techniques, comme l'alliance thérapeutique (Asey et Lambert, 1999; Morgenstern et McKay, 2007; Clark, 2009). Plusieurs, dont Seligman (1996), ont également soulevé la question des limites des études d'efficacité dans le cadre d'études randomisées avec des conditions qui s'apparentent davantage au laboratoire au regard des études dites « naturalistes » et portant sur les interventions telles qu'elles se déroulent dans les conditions réelles du terrain (Morgenstern et McKay, 2007). Ce courant nous amène à poursuivre l'étude de facteurs communs, comme l'alliance thérapeutique. L'approche motivationnelle apparaît particulièrement intéressante à cet égard, car elle se fonde explicitement sur ces

facteurs communs mis en lumière depuis Rogers, notamment l'importance de l'empathie et du reflet.

Conclusion

Les études menées par le RISQ pendant quinze ans sur l'impact des traitements dispensés au Québec dans les centres de réadaptation publics et quelques centres privés constituent un corpus important. Leurs résultats frappent par leur constance à travers une période de temps considérable et auprès de groupes représentant un large territoire. Si on prend en compte les trois études plus récentes effectuées auprès d'adolescents, nous disposons de données en lien avec neuf recherches distinctes. Selon un patron très semblable d'une étude à l'autre, particulièrement en ce qui concerne les six études avec des participants adultes, on constate que la gravité de leurs problèmes de consommation de substances psychoactives diminue et que leur situation s'améliore dans plusieurs autres domaines de leur vie, principalement au regard de leur santé mentale, de leurs relations avec leur entourage et de leur situation légale, pour ceux qui présentaient initialement des problèmes à ces égards. Malgré les limites méthodologiques de ces études, qui ont été énoncées plus haut, nous pensons que ce corpus de données est suffisamment robuste pour conclure que le traitement offert dans les centres étudiés contribue à l'amélioration des personnes qui y sont reçues. Cette conclusion s'accorde avec les recensions d'écrits les plus récentes au sujet de l'impact des traitements en toxicomanie (Prendergast et coll., 2002 ; Gossop, 2006).

Références

- Acier, D., Nadeau, L., Landry, M. (2007). «Processus de changement chez des patients avec une concomitance toxicomanie - santé mentale». *Santé mentale au Québec*. 32 (2), p. 59-82.
- Acier, D., Nadeau, L., Landry, M. (2008). «La rémission sans traitement : État de la question pour une consommation problématique d'alcool». *Annales Médico-Psychologiques*. 166 (9), p. 727-734.
- Alterman, A. I., Randall, M., McLellan, A. T. (2000). «Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (2), p. 127-134.
- Annis, H. M. (1988). «Patient treatment matching in the management of alcoholism». *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*. 90, p. 152-161.
- Armor, D. J., Polich, J. M., Stambul, H. B. (1978). *Alcoholism and Treatment*. New York, NY : Wiley, 366 p.
- Asey, T., Lambert, M. J. (1999). «The empirical case for common factors in therapy: quantitative findings». [In M. A. Hubble, B. L. Duncan et S. D. Miller (sous la direction) : *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*] Washington : American Psychology Association, p. 23-55.
- Backeland, F. et Lundwall, L. (1975). «Dropping out of treatment: A critical review». *Psychological Bulletin*. 82 (5), p. 138-183.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugois, P., Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool, l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Montréal : RISQ, 107 p.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. (1998). «Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT». [In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (Éds) : *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'ASI/IGT*] Québec : Les Presses de l'Université Laval/De Boeck, p. 31-46.

- Bergeron, J., Brochu, S., Landry, M., Joly, P. (2000). *Motivations de la clientèle et efficacité d'un programme de traitement en alcoolisme et toxicomanie*. Rapport de la subvention RS-2940 du Conseil québécois de la recherche sociale.
- Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M. (2009). *L'approche motivationnelle dans les programmes de traitement pour jeunes toxicomanes*. Rapport d'une recherche subventionnée par le FQRSC.
- Bertrand, K. et Nadeau, L. (2006). «Trajectoire de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution : étude exploratoire». *Drogues, santé et société*. 5 (2), p. 79-109.
- Bertrand, K., Richer, I., Lemieux, A., Brunelle, N. et Ménard, J. M. (soumis). *The Effects of Age, Mental Health, Therapeutic Alliance, and Treatment Utilization on Drug Use Trajectories among Adolescents Admitted to a Residential Drug Addiction Centre: Latent Growth Modelling*. 35th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Copenhagen, June 1-5 2009.
- Boivin, M. D. (1990). *Évaluation des personnes ayant des problèmes de drogues et d'alcool : Compte rendu des démarches et du choix d'un outil d'évaluation clientèle en toxicomanie*. Rapport du comité conjoint MSSS-Réseau sur la sélection d'instruments d'évaluation de la clientèle.
- Brisson, P. (2000). «Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle». [In P. Brisson (Éd.) : *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol 3] Montréal : Gaëtan Morin, p. 3-44.
- Brochu, S., Proulx, R., Cormier, D. et Strobel, M. (1983). «Évolution du sens de responsabilité sur sa vie chez l'alcoolique au cours d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal». *Revue québécoise de psychologie*. 4 (2), p. 23-40.
- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. (1995). *L'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal*. Rapport de recherche financé par Santé Canada, dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS).

- Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J., Chiocchio, F. (1997). «The Impact of a treatment process for substance users as a function of the degree of exposure to treatment». *Substance Use & Misuse*. 32 (14), p. 1993-2011.
- Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M., Germain, M., Schneeberger, P. (2002). «The Impact of treatment on criminalized substance addicts». *Journal of Addictive Diseases*. 21 (3), p. 23-41.
- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Tremblay, J. Bergeron, J., Brunelle, N., Landry, M. (2006). «Understanding treatment impact on drug-addicted offenders». *Substance Use & Misuse*. 41 (14), p. 1937-1949.
- Brochu, S., Sun, F., Landry, M., Bergeron, J. (soumis). *The Impact of Substance Abuse Treatment on Offenders Relative to Time Spent in Treatment*.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J. (1993). «Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment: do they fare as well as problem drinkers?». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 10 (6), p. 545-552.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J. (1994). «Alcoholics also dependent on cocaine in treatment: do they differ from "pure" alcoholics?». *Addictive Behaviors*. 19 (1), p. 105-112.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J. et Annis, H. (2002a). «Matching substance abuse aftercare treatments to client characteristics». *Addictive Behaviors*. 27 (4), p. 585-604.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J. et Annis, H. (2002b). «Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers». *Addiction*. 97 (6), p. 677-689.
- Brunelle, N., Plourde, C., Gendron, A., Cordeau D. et Piché, V. (2006). *Évaluation de l'efficacité des unités en centre jeunesse spécialisées dans le traitement des toxicomanies : Le Dôme et La Croisée*. Rapport remis au Fonds Richelieu de recherche sur l'enfance. UQTR.

- Carle, G., Doré-Lamontagne, L., Mercier, C. (1987). *Liens entre clientèle, traitement et résultats au Pavillon Jellinek et Québec*. Hull : Conseil québécois de la recherche sociale [s. p.].
- Charney, D. A., Palacios-Boix, J., Negrete, J. C., Dobkin, P. L., Gill, K. J. (2005). «Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment». *Psychiatric Services*. 56 (8), p. 927-933.
- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., Negrete, J. C., Gill, K. J. (1998). «The impact of depression on the outcome of addictions treatment». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15 (2), p. 123-130.
- Clark, J. J. (2009). «Contemporary psychotherapy research: Implications for substance misuse treatment and research». *Substance Use & Misuse*. 44 (1), p. 42-61.
- Cormier, D., Brochu, S., Landry, M. et Strobel, M. (1983). «Baisse de l'anxiété de l'alcoolique lors d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal». *Revue québécoise de psychologie*. 4 (1), p. 88-107.
- Cournoyer, L.-G., Brochu, S., Landry, M., Bergeron, J. (2007). «Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation program: the moderating effect of clinical sub-populations». *Addiction*. 102 (12), p. 1960-1970.
- Cunningham, J. A., Lin, E., Ross, H. E. et Walsh, G. H. (2000). «Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence». *Addictive Behaviors*. 25 (2), p. 317-321.
- De Leon, G., Jainchill, N. et Wexler, H. (1982). «Success and improvement rates five years after treatment in a therapeutic community». *International Journal of Addictions*. 17 (4), p. 703-747.
- De Leon, G. (1985). «The therapeutic community: Status and evolution». *The International Journal of the Addictions*. 20 (6-7), p. 823-844.

- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C. et Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 130 p.
- Dobkin, P. L., DeCivita, M., Paraherakis, A., Gill, K. (2002). «The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers». *Addiction*. 97 (3), p. 347-356.
- Dongier, M., Engelsmann, F., GrosLouis, Y. et Gervais, M. (1983). «Résultat à long terme du traitement de l'alcoolisme en institution spécialisée». *Psychotropes*. 1 (2), p. 65-70.
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E. et Taylor, C. (1977). «Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice"». *Journal of Studies on alcohol*. 38 (5), p. 1004-1031.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Rolfe, A. (1999). «Treatment retention and 1 year outcomes for residential programs in England». *Drug and Alcohol Dependence*. 57 (2), 89-98.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Kidd, T. (2003). «The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results». *Addiction*. 98 (3), p. 291-303.
- Gossop, M. (2006). *Treating Drug Misuse Problems: Evidence of Effectiveness*. London : NTA [s. p.].
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. et Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (6), p. 517-539.
- Hser, Y.I., Evans, E. et Huang, Y.C. (2005). «Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 28 (1), p. 77-85.
- Joly, P., Nadeau L., Landry M., Cournoyer L.-G. et Vaillancourt, M. (en préparation). *Processus de changement et troubles mentaux chez les clients toxicomanes : perspective quantitative et qualitative*.

- Laforest, L. (1983). *Recherche sur la performance et les caractéristiques organisationnelles des trois contextes thérapeutiques en alcoologie et recommandations*. Sherbrooke : Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Miméo [s. p.].
- Landry, M., Guyon, L., Brochu, S. (Eds.) (2001). *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*. Collection Toxicomanies Les Presses de l'Université Laval, 226 pages.
- Landry, M., Brochu, S. et Nadeau, L. (2001). «L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie : portée, limites et conséquences». [In M. Landry, L. Guyon, S. Brochu (Éd.) : *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie*] Québec : Presses de l'Université Laval. Études québécoises, p. 209-219.
- Margolese, H. C., Malchy, L., Negrete, J. C., Tempier, R., et Gill, K. (2006). «Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences». *Schizophrenia Research*. 67 (2-3), p. 157-166.
- McCrary, B. S. et Nathan, P. E. (2006). «Treatment factors in treating substance use disorders». [In L.G. Castonguay et L.E. Beutler (Éds) : *Principles of Therapeutic Change that Work*] Oxford University Press, p. 319-340.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, C. E. et O'Brien, C. P. (1980). «An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 168 (1), p. 26-33.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J. et Kemp, J. (2005). «Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring». *Addiction*. 100, p. 447-458.
- McKay, J. R. (2005). «Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorder?». *Addiction*. 100 (11), p. 1594-1610.
- Miller, W. R., Walters, S. T. et Bennett, M. E. (2001). «How effective is alcoholism treatment in the United States?». *Journal of Studies on Alcohol*. 62, p. 211-220.

- Morgenstern, J. et McKay, J. R. (2007). «Rethinking the paradigms that informs behavioral treatment research for substance use disorders». *Addiction*. 102 (9), p. 1377-1389.
- Moos, R. H., Finney, J. W., Federman, E. B. et Suchinsky, R. (2000). «Specialty mental health care improves patients' outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders». *Journal of Studies on Alcohol*. 61 (5), p. 704-713.
- Moos, R.H. et Moos, B.S. (2003). «Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders». *Addiction*. 98 (3), p. 325-337.
- Nadeau, L., Cournoyer, L.-G. et Landry, M. (2001). *Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité : toxicomanie - troubles mentaux*. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale. ISBN 2-921486-21-08.
- Nadeau, L., Landry, M., Cournoyer, L.G. et Boucher, N. (2005). *Processus de changement dans une perspective quantitative et qualitative chez des clients toxicomanes présentant des troubles mentaux*. Rapport soumis au FQRSC. Montréal, 9 p.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. et Moos, R. H. (1997). «Twelve step and cognitive behavioural treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65, p. 230-240.
- Pattison, E. M., Sobell, M. B., Sobell, L. C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York : Springer, 369 p.
- Perreault, M., Héroux, M. C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C., Rousseau, M. (2007). «Treatment retention and evolution of clientele in a low threshold methadone substitution treatment program in Montreal». *Canadian Journal of Public Health*. 98 (1), p. 33-36.
- Polich, M., Armor, D. J. et Braiker, H. B. (1981). *The Course of Alcoholism: Four Years later*. New York : Wiley, 348 p.

- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E. et Urada, D. (2002). «The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies». *Drug and alcohol dependence*. 67 (1), p. 53-72.
- Project MATCH Research Group (1997). «Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes». *Journal of Studies on Alcohol*. 58 (1), p. 7-29.
- Saint-Laurent-Simard, L. (1973). «Évaluation psychologique du traitement des alcooliques au Québec». *Toxicomanie*. 6 (1), p. 7-32.
- Seligman, M. E. P. (1996). «Science as an ally of practice». *American Psychologist*. 51 (10), p. 1072-1079.
- Sells, S. B. et Simpson, D. D. (1980). «The case for drug abuse effectiveness based on the DARP research program». *British Journal of Addictions*. 75 (2), p. 117-131.
- Simpson, D. D. (1979). «The relation of time spent in drug abuse treatment to post treatment outcome». *American Journal of Psychiatry*. 136 (11), p. 1449-1453.
- Simpson, D. D. et Sells, S. B. (1982). *Evaluation of drug treatment effectiveness: summary of the DARP follow-up research*. National Institute on Drug Abuse Treatment Research Report. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office [s. p.].
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M., Knight, K. et Rowan-Szal, G. (1997). «Program diversity and treatment retention rates in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)». *Psychological Addictive Behaviors*. 11 (4), p. 279-293.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. et Broome, K. M. (2002). «A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence». *Archives General Psychiatry*. 59 (6), p. 538-544.
- Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S. et Landry, M. (2004). «Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies». *Drogues, santé et société*. 3 (1), p. 38-56.

- Sobell, L. C., Sobell, M. B. et Toneatto, T. (1992). «Recovery from alcohol problems without treatment». [In N. Heather, W. R. Miller et J. Greeley (Éds) : *Self control and the addictive behaviours*] New York : Maxwell Macmillan. p. 198-242
- UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) Research Team. (2005). «Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT)». *British Medical Journal*. 331, p. 541-547.
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA : Harvard University Press [s. p.].

Les pratiques de substitution des médecins généralistes belges face aux politiques publiques

Caroline Jeanmart

Docteur en sociologie
Université catholique de Louvain
Institut de recherche santé et société (IRSS)
École de santé publique

Correspondance

caroline.jeanmart@uclouvain.be

École de santé publique
30.41, Clos Chapelle-aux-Champs
1200 Bruxelles (Belgique)

+32.(0)2.764.31.80

Résumé

À l'heure actuelle, en Belgique, les pouvoirs publics oscillent entre réponses répressives et sanitaires à l'usage de drogues, ces deux tendances évoluant parallèlement et dessinant un paysage complexe. La parution d'un arrêté royal réglementant la délivrance et la prescription des traitements de substitution (2004, revu en 2006) a eu un impact direct sur les pratiques de médecins généralistes, qu'ils acceptent ou non les suivis d'usagers de drogues. Alors que pendant plus de dix ans, les médecins ont pratiqué dans une relative tolérance de prescriptions, comment cette intrusion législative est-elle vécue dans une pratique médicale et quels en sont les effets pervers ?

À partir de récits de pratiques auprès de médecins généralistes, d'observations et d'analyses en groupe, cet article propose d'analyser l'impact de l'introduction d'une nouvelle législation sur les pratiques des médecins généralistes.

Les médecins qui refusaient les usagers de drogues voient en la parution de cette législation un risque supplémentaire et ne s'investissent pas. Ceux qui prenaient en charge un faible nombre de patients tentent de restreindre cette activité, voire de s'en dégager. Les médecins les plus investis dépassent le cadre légal et se voient menacés de poursuites s'ils ne s'ajustent pas. Cette nouvelle législation pose donc la question de la relève et de la spécialisation en médecine générale.

Mots-clés : médecins généralistes, traitements de substitution, Belgique, politiques publiques

Prescription of substitution treatments of Belgian GPs and public policies

Abstract

In Belgium, authorities alternate between repressive and sanitary measures to drug use. Those two tendencies coexist and form a complex landscape. The recent publication of a royal decree regulating the prescription of substitution treatments (2004, amended in 2006) had a direct impact on the practices of general practitioners (GP's), whether or not those accept the follow-up of drug users.

How do GP's experience this legal inference into medical practice, after more than ten years of practice within a relative prescription tolerance? What are the (unexpected) consequences?

Based on narratives of GP's, observations and group analyses, this paper proposes to examine the impact of the introduction of a new legislation on the practices of GP's.

Those GP's who used to refuse drug users see in the introduction of this new rule an additional risk, and decide further not to involve. Those who took a small number of drug users patients try to diminish or to stop this activity. Those most involved GP's overreach the legal framework and see themselves threatened of law suits if they don't adjust. This new legislation might have consequences for the access to GP care for drug users, and therefore rises questions around specialization in general practice.

Keywords: *general practitioners, substitution treatment, Belgium, public policies*

Las prácticas de sustitución de los médicos generalistas belgas ante las políticas públicas

Resumen

En Bélgica en la actualidad los poderes públicos oscilan entre respuestas represivas y sanitarias ante el consumo de drogas, dos tendencias que se desarrollan paralelamente y dibujan un paisaje complejo. La aparición de un reglamento real que rige la entrega y la prescripción de tratamientos de sustitución (2004, revisado en 2006) tuvo un impacto directo en las prácticas de los médicos generalistas, ya sea que estos acepten o no hacer el seguimiento de los consumidores de drogas. ¿De qué manera se experimenta esta intrusión legislativa en la práctica médica, en un contexto en el cual los médicos han ejercido en una relativa tolerancia de prescripciones, y cuáles son sus efectos perversos?

Basándose en relatos de la práctica de médicos generalistas, en observaciones y análisis de grupo, este artículo se propone analizar el impacto de la introducción de una nueva legislación en las prácticas de los médicos generalistas.

Los médicos que rechazaban a los consumidores de drogas ven en la aparición de esta legislación un riesgo suplementario, lo que confirma su rechazo a implicarse con estos clientes. Aquéllos que tomaban una pequeña cantidad de pacientes tratan de restringir esta actividad, o bien de liberarse de ella. Los médicos más implicados sobrepasan el marco legal y están amenazados de acciones judiciales si no se ajustan al mismo. Esta nueva legislación plantea entonces la cuestión del relevo y de la especialización en medicina general.

Palabras clave: *médicos generalistas, tratamientos de sustitución, Bélgica, políticas públicas*

Introduction

En l'espace de quelques décennies, le rapport de la médecine à l'usage de drogues a été le théâtre de changements significatifs. Depuis l'introduction de la réduction des risques, de nouveaux modèles de prise en charge de l'usager de drogues¹ se dessinent. Certaines évolutions sont en effet perceptibles dans la recherche d'alternatives thérapeutiques, la création de nouveaux dispositifs, la constitution de groupes de travail ou encore la mise en place de conférences de consensus.

Depuis les années 1980, de nombreux travaux ont été réalisés sur le traitement sanitaire de l'usage de drogues. Trois types d'approches se distinguent : les recherches centrées sur le traitement en tant que tel (comparaison entre produits, efficacité, évaluation, etc.), sur le patient en traitement, et sur le professionnel (médecin, pharmacien, psychiatre, etc.) et ses pratiques, s'intéressant notamment à la relation thérapeutique. Cette littérature s'est peu à peu densifiée au fil des années, avec un net développement à partir du milieu des années 1990. Cet intérêt croissant va de pair avec la diffusion des traitements de substitution. Les pouvoirs publics ont notamment été soucieux d'évaluer les dispositifs et de réfléchir à la mise en place de nouveaux programmes de santé. Cette attention reste majoritairement orientée vers les patients et les traitements, et très peu vers les professionnels en charge de ces dispositifs.

La littérature portant sur les praticiens semble pourtant abondante. Or, elle ne traite pas ou très rarement des pratiques professionnelles en tant que telles, mais bien souvent des patients ou de la relation avec ceux-ci. La question des médecins

¹ Le terme « usager » ou « usager de drogues » sera utilisé de manière indifférenciée dans cet article. Nous entendons par là toute personne consommant quelque produit illicite que ce soit (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD,...) qu'elle en fasse un usage festif ou journalier, ou encore - pour reprendre la distinction des addictologues - un usage, un usage nocif ou qu'elle soit dépendante. Nous n'englobons donc pas sous ce terme les personnes consommant (exclusivement) de l'alcool ou du tabac.

spécialisés est parfois abordée, notamment à travers leur mise en réseau conformément aux recommandations politiques, mais le véritable trou noir se situe au niveau de l'analyse des professionnels de santé refusant ces patients. Le champ des addictions est alors abordé sous l'angle d'une spécialisation dans une pratique.

Alors que les recherches évoquées se sont clairement, au fil des années, orientées vers les traitements de substitution, elles abordent rarement le médecin généraliste qui est davantage appréhendé comme un « pourvoyeur » de données sur les patients et les pratiques (de consommation ou de soins) des usagers de drogues. La variabilité des pratiques professionnelles est ainsi peu étudiée. Or, lorsque l'on s'intéresse aux démarches entreprises par l'utilisateur de drogues, un professionnel semble majoritairement sollicité : le médecin généraliste (Jeanmart, 2005).

Les recherches sociologiques les plus récentes portant sur les pratiques des professionnels du soin à l'égard des usagers de drogues proposent une analyse du dispositif et du champ des addictions, s'intéressant notamment aux relations entre les différents acteurs en présence (Wojciechowski, 2005). Il s'agit, entre autres, d'étudier « l'espace professionnel créé par la mise en œuvre de la politique de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues marginalisés » (Barré et Benec'h Le Roux, 2004). D'autres travaux se penchent sur la mise en place des réseaux de soins dans le champ des addictions et sur les partenariats établis entre les différents professionnels en présence (Feroni, 2004 ; Feroni, et coll., 2005). Les sociologues marquent ainsi un intérêt pour l'analyse de la mise en place et l'évaluation des outils de rationalisation établis par les politiques publiques. La question de la formation des médecins est parfois posée mais rarement étudiée en tant que telle.

Depuis quelques années, de nouvelles réglementations visent le médecin généraliste et sa pratique à l'égard des usagers

de drogues, de nouveaux traitements sont mis sur le marché, venant diversifier les alternatives thérapeutiques. Sa pratique est constamment cadrée et recadrée ; or, peu d'analyses sont produites dans ce contexte évolutif. Une question émerge : quels sont les impacts de ces évolutions sur la pratique de ces professionnels ? Comment sont-elles intégrées ? Le sont-elles, d'ailleurs ? Depuis les analyses de Duprez et Kokoreff (2000), de Coppel (2002) ou de Bergeron (1996, 1999), les politiques de réduction des risques sont un objet d'analyse moins prisé par les sociologues ; or, plusieurs indicateurs montrent que le champ évolue.

En Belgique, les pouvoirs publics se sont récemment prononcés sur la question avec une législation propre aux traitements pour les personnes dépendantes aux opiacés alors qu'une «tolérance» de prescription s'était installée depuis plus de dix ans.

Cet article propose d'analyser l'impact de l'introduction d'une nouvelle législation sur les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Il propose notamment de montrer comment les politiques publiques peuvent limiter la marge de manœuvre de professionnels prônant une autonomie forte, soit les médecins généralistes.

Cet article et nos recherches² sont marqués par une double volonté : d'une part, décrire le système de contraintes dans lequel évolue le médecin généraliste et, d'autre part, ne pas le réduire exclusivement au statut d'« être réactif » à ces contraintes. Notre perspective est clairement orientée vers une analyse de l'articulation entre le microsociologique et le macrosociologique, dans le but de concilier deux niveaux d'analyse intrinsèquement liés : celui de l'acteur et celui des contraintes structurelles qui pèsent sur ses actions (Strauss, 1992).

² Nos recherches sur le sujet ont donné lieu à une thèse de doctorat en sociologie intitulée : *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)* (Jeanmart, 2007).

Nous tentons de démontrer que ces pratiques ne sont ni des réactions mécaniques à des réglementations ou des lois, ni des choix totalement libres du médecin, mais qu'elles intègrent indissociablement des facteurs contraignants (objectivants) et personnels (subjectivants). Elles sont analysées en termes de processus d'intégration ou de non-intégration des directives législatives et réglementaires, prenant la forme de négociations et d'arrangements.

Dans cet article, nous proposons de saisir comment les politiques publiques sont comprises par les médecins généralistes, comment ces derniers les interprètent et les intègrent (ou non) dans leurs pratiques. L'intérêt est de mettre l'accent sur la complexité des législations, leurs évolutions et les effets pervers qu'elles engendrent, mais aussi sur l'autonomie des acteurs par rapport à ces politiques publiques.

Notre article se centre sur la situation belge et s'intéresse plus spécifiquement au territoire frontalier franco-belge (la province du Hainaut). Nos analyses ne peuvent donc pas s'appliquer à l'ensemble du territoire national, mais sont le reflet de la situation particulière vécue en territoire frontalier. Cette option particulière est le fait de préoccupations de recherche centrées sur la frontière et les jeux d'acteurs situés à la charnière de deux mondes législatifs distincts.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la dynamique d'émergence de la médicalisation de l'usage de drogues en Belgique. Celle-ci permettra de prendre la mesure des récents changements législatifs en cherchant à appréhender, dans un deuxième temps, comment ils se traduisent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Contexte : une médicalisation de l'usage de drogues ?

En Belgique, la première législation sur les stupéfiants est la loi du 24 février 1921³. Elle interdit à tout praticien de l'art de guérir de maintenir une dépendance existante⁴, elle est complétée par un arrêté royal⁵ qui énumère les substances visées. L'article 23 alinéa 1 précise que tout médecin, vétérinaire ou licencié en sciences dentaires ayant prescrit ou acquis des doses exagérées de stupéfiants devra pouvoir justifier de leur emploi devant le médecin délégué de la Commission médicale provinciale du ressort, assisté de l'Inspecteur des pharmacies (De Ruyver et coll., 1993).

D'une répression accrue aux premières prescriptions

À partir des années 1970, la plupart des pays européens légifèrent en la matière : la Belgique modifie la loi de 1921 le 9 juillet 1975⁶, poursuivant un double objectif : d'une part, définir plus finement les molécules visées (non seulement les substances narcotiques et soporifiques, mais aussi les substances psychotropes susceptibles de créer une dépendance); d'autre part, combattre le « problème drogue » de manière plus efficace. Cette loi interdit aux médecins de prescrire des médicaments

³ Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 6 mars 1921.

⁴ L'article 3 alinéa 3 « réprime le fait de prescrire, d'administrer ou de délivrer des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes pouvant entretenir ou aggraver une dépendance, pourvu que ce fait ait été commis abusivement ».

⁵ Arrêté Royal du 30 décembre 1930 relatif au trafic des substances soporifiques et stupéfiantes, *M.B.* 10 janvier 1931.

⁶ Loi du 9 juillet 1975 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 26 septembre 1975.

toxicomanogènes à leurs patients héroïnomanes (Reisinger, 1995). Toute infraction est sanctionnée par des peines d'emprisonnement, d'amende, d'interdiction temporaire ou définitive de pratiquer son art (De Ruyver et coll. 1993). À l'époque, le Code de déontologie médicale évoque très peu ces questions : « Sauf indication thérapeutique soigneusement établie, le médecin doit veiller à prévenir le développement de toute toxicomanie » (article 37). Toutefois, en réponse aux consommations croissantes et à la représentation répandue de la « drogue comme menace pour la société », « *the Belgian Medical Association will issue different advises on how to treat addicts from 1976 on. The original advice from 1976 is quite liberal and states that "in accordance with the principle of therapeutic freedom, the physician who undertakes to treat a drug addict is free to choose the type of treatment to be administered"* » (Tods, 2003). Ayant intégré cette idée de liberté thérapeutique, quelques médecins belges (principalement à Bruxelles) commencent à prescrire de la méthadone (disponible sous forme de Méphénon^{®7} et autorisée dans le traitement de la douleur) de manière expérimentale, aux marges de la loi (Pelc et coll., 2005).

Premières prescriptions et controverses

Dès les années 1980, les initiatives se multiplient : prescriptions isolées de méthadone, bezitramide⁸, dextromoramide⁹ ou clonidine¹⁰ ; premiers essais de prescriptions de buprénorphine

⁷ Le Méphénon[®] en solution injectable et en comprimé est remboursable par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) depuis le 2 septembre 1980 comme spécialité originale.

⁸ Le bezitramide est un narcotique analgésique qui possède des propriétés semblables à celles de la morphine. Il est plus communément commercialisé sous le nom de Burgodin[®].

⁹ La dextromoramide est un stupéfiant analgésique morphinique, plus communément commercialisé sous le nom de Palfium[®].

¹⁰ La clonidine (Catapressan[®]), commercialisée en Belgique comme hypertenseur, était largement utilisée pour diminuer les phénomènes de sevrage aux opiacés.

(Temgésic^{®11}). Progressivement se formalisent des revendications émanant des marges de la médecine et des associations de soutien aux patients malades du sida notamment. La majorité des professionnels de santé reste néanmoins réticente à ces expérimentations. Les usagers désireux de se soigner s'orientent donc vers un petit noyau de médecins (généralistes ou psychiatres) peu qualifiés. Certains se voient prescrire des doses élevées de méthadone injectable et d'autres narcotiques. Le traitement est alors associé à des décès par overdose, entraînant des mesures répressives : arrestations et condamnations de médecins accusés d'entretien de toxicomanie¹².

¹¹ Sans être formellement interdite en Belgique, la prescription est mise en accusation sous des prétextes juridico-moraux et médicaux. À la fin de 1986, le Dr Reisinger a traité 200 patients, « avec un taux global de guérison, c'est-à-dire de sevrage, de 25 %, et le taux monte à 57 % lorsque les patients suivent régulièrement le traitement. Un résultat remarquable au regard des quelque 90 % de rechutes observées dans les cohortes américaines » (Coppel, 2002).

¹² Bien qu'une dizaine de médecins soient inquiétés par les instances judiciaires et ordinales, deux affaires vont principalement marquer l'histoire de la médicalisation de l'usage de drogues en Belgique au milieu des années 1980 : celles du Dr Baudour et celle du Dr Nystrom.

Différentes directives de l'Ordre des médecins «soulignent d'ailleurs que les médecins qui travaillent individuellement feraient mieux de s'abstenir de prescrire de la méthadone ou ajoutent même qu'une telle prescription serait interdite¹³» (De Ruyver et coll., 1993).

Ces différentes mesures ont abouti à la disparition presque complète du traitement à la méthadone entre 1983 et 1990, avec de profondes conséquences en termes de santé publique¹⁴. Une seule exception : le centre spécialisé Lama était autorisé à prescrire de la méthadone et de la buprénorphine à un groupe d'héroïnomanes sous surveillance médicale (Reisinger, 1996).

Une période de tolérance

En 1990, une circulaire du Conseil de l'Ordre des médecins du Brabant fait grand bruit (circulaire n° 2/1990) : elle stipule que «la prise en charge et le traitement de patients toxicomanes non sevrés peuvent être assurés par un médecin isolé quelle que soit sa qualification à la condition impérative que ce médecin s'abstienne de toute prescription de médicaments pouvant donner lieu à une assuétude (exemple : Méthadone, Temgesic, Rilatine, etc.). Le Conseil de l'Ordre sera seul juge des cas exceptionnels». En réaction, un groupe de médecins (Initiative Déontologique Médicale) introduit en 1990, au Conseil d'État, une demande d'annulation de directives freinant, selon eux, la prescription de méthadone et menaçant les prescripteurs (De Ruyver et coll., 1993). Leur argumentaire est basé sur la valeur

¹³ Voir e.a. les circulaires du 28 octobre 1992 et du 24 novembre 1992 de la Commission médicale provinciale de Liège; sans date de la Commission médicale provinciale d'Anvers; la lettre du 16 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale du Limbourg à M. l'Inspecteur général du Service de la pratique médicale; la lettre du 30 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale de Flandre Orientale à M. le Procureur général près de la Cour d'Appel de Gand.

¹⁴ À la suite des différentes directives, la consommation de méthadone est restée stationnaire jusqu'en 1990, aux environs de 5 kg/an.

juridique des avis et des directives de l'Ordre des médecins¹⁵. Se fondant sur le principe de liberté de choix des moyens thérapeutiques, le Conseil d'État les annule en 1993 dans deux arrêts consécutifs¹⁶.

Certains médecins n'ont toutefois pas attendu le dénouement de cette bataille juridique. Avec la propagation du sida, ils prescrivent (méthadone, benzodiazépines, etc.) et sont souvent découragés par les échecs de sevrages successifs. Petit à petit, la réduction des risques quitte la région bruxelloise et s'étend dans le pays. Des formations sont organisées avec le soutien des parquets, de l'Ordre des médecins et du ministère de la Santé et des Affaires sociales de la région francophone du pays. Naissent également des réseaux spécialisés, notamment Alto.

¹⁵ D'une part, « si ces normes empêchent le médecin de choisir en toute liberté le type de traitement qu'il juge adéquat, elles entrent en conflit direct avec les principes de la liberté thérapeutique. (...) D'autre part, les Conseils provinciaux de l'Ordre n'ont aucune compétence en matière d'établissement de normes. Enfin, s'il est vrai que le Conseil national de l'Ordre des médecins se doit quant à lui d'établir des normes, cette tâche se limite pourtant à l'élaboration du Code [de déontologie médicale] tel quel et ne peut s'étendre à l'expression d'avis, en vertu de l'article 15, §2, 2° de la Loi concernant l'Ordre des médecins » (De Ruyver et coll., 1993).

¹⁶ Le Conseil d'État a donc donné raison aux médecins considérant que « c'est au législateur et non à l'Ordre qu'il appartient d'édicter des règles générales et abstraites à caractère obligatoire. En donnant une allure réglementaire (...), le conseil excède sa compétence en ce qu'il peut donner à croire, tant aux praticiens qu'aux autorités de l'ordre judiciaire, que le modèle de comportement qu'il décrit s'impose sous peine de sanctions » (Conseil d'État, 5^e chambre des référés, 9 juin 1993, n°43.258).

Il devient dès lors clair que la législation nécessite des modifications en vue d'excepter de la répression pénale les traitements de substitution et d'en introduire une définition légale. Durant plusieurs années, des propositions¹⁷, souvent critiquées, seront introduites. Bien qu'elles n'aboutissent pas, un consensus se dégage entre le monde politique et le corps médical¹⁸. Une conférence de consensus est organisée en 1994. Elle n'exclut aucun médecin, mais pose en principe que l'approche et le soutien psychosociaux constituent des facteurs essentiels de la prise en charge. À défaut de modification légale, elle permet d'apaiser les esprits, de sortir les traitements – et les médecins – de la clandestinité. Les parquets poursuivent donc moins les médecins... «à tel point que l'on peut se poser la question de la nécessité de modifier la loi de 1921» (Jacques et Figiel, 2006). Le Code de déontologie est lui aussi revu dans ce sens : ni un type de prestataire, ni un type d'institution n'a la prérogative d'initier ou d'encadrer ces traitements. C'est durant cette période de tolérance juridique que se développe la pratique de ces traitements à grande échelle.

¹⁷ Les sénateurs Lallemand et Erdman proposent de modifier l'article 3 en mentionnant explicitement « que ne peuvent être sanctionnés les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir ». Ils ajoutent un article 3 bis : « pour l'application de la présente loi, on entend par traitement de substitution, tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane, des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse visant, dans le cadre de la thérapie, à préserver sa santé et sa qualité de vie et poursuivant pour but ultime le sevrage du patient » (Proposition de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, déposée par M. Lallemand, *Doc. Parl.*, Sénat, S.E. 1991-1992, n° 447/1).

¹⁸ Le consensus ne reconnaît que deux molécules (méthadone et buprénorphine). Durant les débats, différents spécialistes ont tenté d'y ajouter le bezitramide, mais la proposition fut rejetée en raison de l'insuffisante littérature scientifique sur la molécule. Après le consensus, le bezitramide fut de moins en moins prescrit et fut supprimé du marché (Todts, 2003).

Une reconnaissance légale tardive

En adoptant la Note politique relative à la problématique de la drogue¹⁹ (2001), le gouvernement fédéral reconnaît les effets positifs des traitements de substitution. Il décide donc de traduire les recommandations de la Conférence de Consensus (1994) et de son suivi (2000) en législation (Jacques et Figiel, 2006), décision qui sera précipitée par une série de sept décès liés à la méthadone en quelques mois à Tongres, commune flamande du ministre de l'Intérieur de l'époque. Ainsi, en août 2002²⁰ paraît une loi réglementant les pratiques des prescripteurs et délivreurs de traitements de substitution. Elle ne vise pas une dépénalisation totale des traitements puisque si les praticiens de l'art de guérir sont autorisés à les prescrire, c'est toujours moyennant certaines conditions. À défaut de les respecter, ils sont toujours susceptibles d'être poursuivis (article 3, §3, loi du 24 février 1921). Deux ans plus tard, les modalités des traitements sont définies²¹. La méthadone et la buprénorphine sont les deux traitements légalement reconnus. Tout médecin généraliste n'est plus autorisé à les prescrire. Les conditions sont les suivantes : (1) « soit être médecin spécialiste qui a été formé à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitements de substitution ou dispose d'une expertise en la matière ; (2) soit être médecin généraliste agréé qui a suivi une formation propre à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitement de substitution ou dispose d'une expertise en la matière » (art.2§1). « Tout médecin qui administre ces traitements doit apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles, participe à

¹⁹ Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique des drogues, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants et Sénat, 2000-2001, DOC 50-1059/1 et 2-635/1.

²⁰ Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002, *M.B.*, 1^{er} octobre 2002, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

²¹ Arrêté royal réglementant les traitements de substitution du 19 mars 2004, *M.B.*, 30 avril 2004, en ligne http://www.just.fgov.be/index_fr.htm.

des activités d'un centre d'accueil ou d'un réseau pour usagers de drogues» (art.13). Il doit également être enregistré auprès d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogues ou d'un centre spécialisé. «Cet enregistrement l'engage : (1) à prendre des usagers de drogues en charge de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur ; (2) à veiller à leur accompagnement psychosocial ; (3) à consigner dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, son dosage et ses modalités d'administration» (art.13 §2). L'arrêté stipule que le nombre de patients pris en charge par un prescripteur ne peut pas dépasser 150 patients différents²² (art.11).

Les critiques ne tardent pas et portent sur l'enregistrement des médecins. Ceux-ci ne seraient pas prêts à s'inscrire dans cette logique : d'une part, sur le plan déontologique, ils ne souhaitent pas se porter garants des pratiques de médecins qu'ils ne connaissent peut-être pas ; d'autre part, ils ne seraient pas équipés. D'autres critiques portent sur le flou entourant la formation.

Ces réticences sont peu surprenantes : cadrer légalement des pratiques qui se développent depuis plusieurs années ne va pas de soi. Les réactions des praticiens à ce qu'ils peuvent considérer, dans une certaine mesure, comme une entrave à leur liberté thérapeutique font suite à une période de tolérance.

Bien qu'un cadre ait été posé après des années de discussions, les avancées restent timides : les traitements de substitution restent cantonnés dans un cadre dérogatoire au droit commun, dans le sens où ils constituent les seuls actes médicaux à être définis par une loi pénale. De même, la définition des traitements reste teintée de moralisme puisqu'ils doivent viser «à obtenir si possible, le sevrage du patient».

²² Sauf pour les professionnels exerçant dans les centres d'accueil pour usagers de drogues.

Controverses : suites... et fin ?

Un an et demi après sa parution, l'arrêté royal de 2004 a été l'objet de modifications²³ : les principales portent sur les conditions de participation et d'enregistrement du médecin à un réseau, de délivrance et d'administration du traitement, sur le nombre de patients suivis et sur les critères d'agrément des centres d'accueil et des réseaux de prise en charge pour usagers de drogues.

L'une des modifications tient compte des critiques émises par les médecins généralistes ne prenant en charge qu'un ou deux usagers de drogues. La nouvelle mouture établit une distinction entre le « médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de deux patients simultanément » et les autres. Ces derniers sont dans l'obligation de « prescrire les médicaments de substitution de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur », de « veiller à l'accompagnement psychosocial du patient » et à tenir à jour le dossier médical. Contrairement aux premiers, ils ne sont pas soumis aux autres obligations (formation spécifique ou continue, lecture d'articles scientifiques, inscription dans un réseau, etc.). On peut tout de même se poser la question de la pertinence de cette distinction.

De même a été modifié le nombre de patients suivis par médecin. Alors qu'en 2004, ce nombre ne pouvait dépasser « 150 patients différents par année » ; en 2006, le médecin ne peut prendre en charge « plus de 120 patients simultanément ».

À peine parue, cette nouvelle mouture faisait déjà l'objet de critiques.

Au vu de ce contexte évolutif et de la récente législation, quel est l'impact de ces épisodes sur la pratique du médecin généraliste exerçant en cabinet privé ? Les acteurs politiques

²³ Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution, M.B. 21 novembre 2006.

tentent de recadrer les pratiques dans une optique de contrôle, alors que les professionnels de santé, forts de plusieurs années d'expérience, revendiquent un élargissement du cadre et son assouplissement. Ces contrôles ont un impact direct sur l'implication des praticiens à l'égard de cette problématique. Certains précurseurs tirent d'ailleurs la sonnette d'alarme annonçant une défection des nouveaux médecins ou des médecins moins impliqués dans ce type de soins. Cet angle d'approche nous permet d'interroger directement les effets pervers des politiques publiques sur les pratiques professionnelles.

Méthode

Un recueil de données qualitatives a été privilégié en vue d'analyser et de comprendre le point de vue des acteurs situés dans leur contexte. Notre échantillon est constitué de médecins libéraux exerçant exclusivement en cabinet privé. Ce choix a été orienté par une hypothèse : la construction des pratiques des médecins serait différente en fonction du cadre dans lequel ils exercent et des outils mis à leur disposition. Pour éviter les écueils d'autres recherches, ont été intégrés à la fois des professionnels confrontés à cette problématique et d'autres qui affichent un refus strict de ces patients. N'ayant pas eu la possibilité de constituer un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes, nous avons opté pour un échantillon diversifié (en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de contexte de travail).

Trois types de matériaux ont été récoltés: des entretiens en face à face, une analyse en groupe et des observations. En vue de comprendre la mise en place (ou non) par les médecins généralistes de pratiques spécifiques à l'égard des usagers de drogues, le recueil de données s'est « naturellement » orienté

vers des *récits de pratiques* avec 26 médecins du Hainaut belge²⁴ (Bertaux, 1976 ; Bertaux, 1997). Toutefois, se centrant sur les pratiques du médecin, ces récits ne permettaient pas de rendre compte des interactions entre praticiens, notamment entre médecins soutenant des positionnements différents à l'égard des soins aux usagers de drogues. Le dispositif de recherche a donc été élargi à une *analyse en groupe* (trois soirées ont été organisées avec 11 médecins généralistes français et belges) (Van Campenhoudt et coll., 2005). Nous avons également *observé et participé à différentes réunions de réseaux ou collectifs* centrés sur la thématique des drogues (plus de 40 heures). Ces observations nous ont permis de comprendre ce que venaient y chercher les participants, ce qui se jouait dans ces lieux, et quels étaient les acteurs dominants ces organisations et ces réflexions. Enfin, parallèlement à un *travail d'archives*, nous avons réalisé une *dizaine d'entretiens de contextualisation* avec différents acteurs concernés par la problématique et gravitant autour du médecin (instances médicales, déontologiques et judiciaires belges) en vue de comprendre leur place et leur implication dans le dispositif, leur fonction ainsi que leurs pratiques à l'égard des usagers de drogues (... et des médecins généralistes).

Notre guide d'entretien s'est construit autour des thématiques suivantes : la conception de la médecine générale, l'ensemble de la patientèle, les patients usagers de drogues, la pratique avec ceux-ci, les partenariats et relais, les représentations des drogues, le rapport personnel à l'usage de drogues, le rapport aux instances de contrôle, aux réglementations et à la législation, le rapport à la problématique transfrontalière.

Pour analyser le matériau récolté, il a semblé nécessaire de choisir une méthode qui en préservait au maximum la substance

²⁴ Cet article reprend les résultats d'une thèse de doctorat en sociologie menée à plus grande échelle (Jeanmart, 2007). Elle incluait un échantillon belge et français. Notre article étant centré sur les pratiques belges, nous nous baserons sur un échantillon restreint.

tout comme la logique de recueil d'informations, c'est-à-dire une méthode d'analyse intégrant une dimension microsociologique et une dimension davantage macrosociologique. Si cette méthode, en tant que produit composite, porte notre marque personnelle, elle emprunte néanmoins à beaucoup d'autres auteurs et s'inspire largement de nombreux modèles analytiques proposés dans la littérature. On y trouvera, en autres, des concepts issus de la sociologie interactionniste, et notamment de Hughes (1996) et Strauss (1992). Mais nous nous sommes également largement inspirés des écrits de Grémy et Le Mohan sur la construction des typologies en sciences sociales (1977), mais aussi de Schnapper (1999) et la démarche idéal-typique. L'ouvrage de Poupart et coll. (1997) consacré à la recherche qualitative nous a également constamment servi de référence (en particulier les articles de Poupart sur les entretiens qualitatifs et de Laperrière (1997) sur les critères de scientificité des méthodes qualitatives), de même que le livre de Demazière et Dubar (1997) sur l'analyse d'entretiens biographiques (cela même si la méthode d'analyse adoptée s'éloigne en partie de celle qu'ils proposent).

Résultats

L'ensemble des médecins généralistes rencontrés ne présente pas de pratiques homogènes à l'égard des usagers de drogues. Une typologie des pratiques a été réalisée à partir de quatre concepts : définition de l'identité professionnelle du médecin, catégorisation des patients, conception de la relation thérapeutique et de l'autonomie clinique (Jeanmart, 2007). Trois types de pratiques se distinguent : les médecins qui refusent les suivis, ceux qui acceptent en imposant un « cadre strict » et les partisans de la négociation avec le patient. Nous présentons brièvement ces types de pratiques pour ensuite nous centrer sur l'impact de la nouvelle législation en matière de traitement de substitution sur celles-ci.

« Non » : Le refus des suivis

Ces médecins refusent les suivis réguliers. Ils s'accordent sur le fait que cette activité n'entre pas dans leurs attributions. Pour certains, des centres de soins spécialisés ont été créés à l'intention de ces patients, il leur est donc dévolu de les prendre en charge. D'autres refusent de « *mélanger les genres* » et ne souhaitent pas que leur « *patientèle habituelle* » soit confrontée à ce « *genre de patients* ». Leurs critères de sélection sont clairs : « *Pas de toxicomane* », « *pas de drogué* », « *je ne prescris pas de traitement de substitution* ». Différents arguments sous-tendent ce positionnement : (1) En l'absence de confiance en l'usager de drogues, une relation patient-médecin ne peut pas s'établir. (2) Ils pointent l'incertitude de l'utilisation du traitement et la possibilité de participer à une économie souterraine et (3) la possibilité « *d'avoir des ennuis* » avec l'Ordre des médecins ou la justice. (4) Ils ne croient pas en la « *rédemption* » de l'usager de drogues. Leur objectif premier étant de « *guérir* » les patients, ils ne voient pas l'intérêt de s'investir dans un accompagnement voué à l'échec et réputé comme chronophage : « *C'est quand même un des trucs les plus décevants, je crois. On guérit plus de cancers que de dépendances* » (MG, 45 ans). (5) Par leur refus, ils souhaitent également protéger leur famille qui vit sous le même toit ou se protéger en raison de la situation isolée du cabinet médical. (6) Ajoutons l'argument de l'incertitude de la rémunération.

Ces médecins souhaitent conserver un certain contrôle de la situation vis-à-vis d'individus « *pressés* », « *demandeurs* », « *manipulateurs* », conserver la maîtrise des échanges et s'affranchir de réglementations liées à la prescription de stupéfiants ou assimilés.

Leur représentation de l'usager est principalement basée sur quelques contacts lors de gardes ou sur les dires de confrères. Ils méconnaissent bien souvent la problématique des drogues et

le cadre légal. Ils ont entendu parler de formations spécialisées et se retranchent d'ailleurs derrière cet argument : « *Je ne suis pas formé. Je ne peux pas les prendre en charge* » (MG, 56 ans).

La pratique avec les usagers de drogues est ainsi interprétée comme une « *pratique risquée* ». De même, la question de la « mauvaise » réputation est directement liée à une vague d'inculpation de médecins hennuyers faisant suite à la parution de cette législation. Un des effets pervers de cette nouvelle législation tient justement en son caractère dissuasif à l'égard des médecins ne souhaitant pas s'investir dans la pratique. Elle semble avoir attiré l'attention sur des risques intrinsèques et propres à cette pratique. Le médecin non impliqué n'y voit pas de balises pour le protéger, mais plutôt un outil pour le punir et le sanctionner. Sur le terrain, on constate d'ailleurs une raréfaction des médecins investis, notamment les jeunes médecins nouvellement installés. Toutefois, ils sont plus enclins à prendre en charge les usages non stipulés dans la loi sur les traitements de substitution (cannabis, ecstasy notamment), mettant en œuvre les « *outils thérapeutiques classiques* ».

« Oui, mais... » : le cadre strict

Ces médecins acceptent de prescrire des traitements de substitution en imposant des conditions strictes. Proches du modèle paternaliste (Emanuel et Emanuel, 1992), ils prônent un modèle médical de la normalité, profondément élitiste.

Différents arguments justifient leur positionnement. (1) « *Un médecin généraliste, ça fait de tout* ». (2) Les usagers de drogues sont des « *personnes en souffrance* ». (3) « *Cette activité me permet de sortir de la routine* ». (4) D'autres revendiquent un véritable « *intérêt pour la problématique* ». (5) Enfin, les quartiers dans lesquels quelques-uns exercent sont particulièrement touchés par les consommations de drogues : accepter d'accompagner ces patients est alors pour eux une nécessité, voire une « *contrainte* ».

Le médecin généraliste serait le mieux placé pour traiter ses propres patients usagers de drogues en raison de l'histoire qui les lie. Ses arguments en faveur de la non-spécialisation sont liés à la possible «*mauvaise réputation*» vis-à-vis des patients et des confrères, à l'importance de garder une «*pratique normale de généraliste*» et aux risques associés (overdose, trafic, surcharge de travail).

Ils n'acceptent pas tout usager de drogues qui se présente au cabinet. Ils définissent des critères de sélection : (1) la proximité géographique ou relationnelle avec le patient ; (2) la compliance et le suivi strict des exigences posées par le médecin ; (3) le nombre de patients déjà suivis pour cette problématique (une dizaine maximum) ; (4) la réputation du patient ou celle du médecin qui le relaie. Quelques médecins cumulent ces critères, d'autres s'attachent à l'un ou l'autre.

À leur manière, ces médecins recherchent une certaine autonomie vis-à-vis des patients en voulant rester «*maître du jeu*». Les critères de sélection sont directement en lien avec la question de l'incertitude. Ces médecins font preuve d'une forte volonté d'«*éduquer*» le patient et de le «*responsabiliser*», celle-ci allant de pair avec une sortie de la toxicomanie. L'attitude des médecins face à des patients qui «*ne jouent pas le jeu*» peut conduire à des pratiques qui relèvent clairement de la «*sanction*».

La plupart de ces médecins préfèrent travailler seuls : «*J'ai une dizaine de patients. Ce n'est quand même pas énorme pour avoir des recyclages. Prescrire de la méthadone, ce n'est pas si compliqué*» (MG, 46 ans). Ces revendications sont en lien avec la nouvelle législation : ils veulent résister à cette intrusion du judiciaire dans le domaine médical. Ils semblent toutefois méconnaître le cadre légal : «*Je n'ai pas le temps de lire les lois... Je n'ai pas envie. Ce n'est pas mon domaine, la loi*»

(MG, 42 ans). Cette méconnaissance tient au fait qu'ils sont convaincus que leurs pratiques ne relèvent pas du judiciaire.

Au regard de la nouvelle législation, ces médecins ont tendance soit à «resserrer la vis», soit à vouloir abandonner la pratique avec les usagers de drogues. Au regard du nombre de patients suivis (une dizaine bien souvent), ils considèrent l'investissement demandé comme démesuré. De plus, l'adoption d'une nouvelle législation contraignant les médecins fait peser sur eux de nouvelles craintes.

« Oui, bien sûr » : l'acceptation souple

Ces médecins acceptent les suivis en prônant la souplesse. Proches du modèle délibératif (Emanuel et Emanuel, 1992), ils revendiquent un certain pragmatisme, flirtant parfois avec la légalité, permettant à certains usagers d'accéder aux soins alors qu'ils en seraient exclus de par leur non-conformité aux cadres établis. Ce dernier type de pratiques est souvent perçu comme «déviant», intégrant la subjectivité de l'usager, le rejet de l'abstinence ainsi que l'aide à la gestion des consommations et des risques associés. L'ensemble de ces médecins a une «*carrière longue et importante*» dans la problématique. On retrouve ceux qui ont été inquiétés par la justice ou les instances ordinaires, certains ayant été acquittés, d'autres condamnés, voire incarcérés.

Les médecins généralistes [MG] seraient «armés» pour ces problématiques. Ils revendiquent une expérience en la matière. Ils ne se fixent pas de critère de sélection en tant que tel : pas de nombre maximum de patients usagers de drogues à suivre, importance relative aux dosages comparativement aux confrères des autres profils («*pas de dose maximale à prescrire, tout dépend du patient*»). Ils considèrent l'usage de drogues comme une «*maladie chronique*» plaçant au cœur de leur pratique l'expérience subjective du patient. Pour eux, la négociation

s'impose et s'oppose donc à l'imposition, à la reddition ou encore à la persuasion : « *On est très vite rentré dans cette médecine de dialogue et d'objectif à proposer au patient et tâtonner avec lui, chercher les solutions qu'il peut mettre en place, et non pas celles que moi je voudrais qu'il mette en place* » (MG, 55 ans).

Des négociations autour des prescriptions sont courantes. Ce cadre allégé peut s'apparenter à une volonté de fidéliser le patient ou de renforcer la crédibilité professionnelle. À plusieurs reprises, ces médecins évoquent des pratiques à la limite de la légalité : « *respecter les lois à 100 %, ce n'est peut-être pas si bon que ça. (...) Un cadre trop rigide, ce n'est peut-être pas si bon que ça... la vie, ce n'est pas des cadres rigides...* » (MG, 60 ans).

Ces médecins approchent ou dépassent le nombre légal de patients : « *Ça me fait mal quand je dois leur dire non. (...) On dépasse les normes. (...) Bien souvent, s'ils [les patients] peuvent, je leur dis : "Allez dans un centre [spécialisé]"*. Je les stimule mais il y en a toujours l'un ou l'autre qui revient parce qu'il n'a pas d'autre moyen » (MG, 37 ans).

Ils s'opposent aux « *bonnes pratiques* » et à une imposition de normes de prescription. Ils contestent le contrôle et l'évaluation de l'activité médicale par des non-médecins : « *C'est plutôt les patients qu'il faut aider et pas le ministère...* » (MG, 46 ans). Ils se disent opposés à la nouvelle législation : « *Pour moi, c'est nul [l'arrêté royal]. Obliger les gens à aller tous les jours à la pharmacie, des trucs comme ça, ce n'est pas possible aussi bien pour l'usager que pour le pharmacien. On ne tient pas compte s'il [l'usager] travaille ou s'il ne travaille pas. Pour nous, c'est individuel. Faire un règlement général, ça n'a pas de sens. Qu'on préconise, qu'on donne des pistes, mais imposer... non!* » (MG, 60 ans).

Toutefois, depuis la parution de cette nouvelle législation, la plupart de ces médecins ont fait évoluer leurs pratiques pour se couvrir « *en cas de plaisanterie* » : « *je continue toujours à voir ce qui peut m'assurer une sécurité point de vue justice* » (MG, 43 ans). Quatre types de stratégies de « *réduction des risques* » sont mises en place par ces médecins :

- (1) Certains tentent de se conformer au nombre légal : « *Comme j'ai deux ou trois démêlés avec la Justice, certains magistrats m'ont fait remarquer qu'il existait des quotas. Si jamais j'ai encore une fois des emmerdes, je ne tiens pas à ce qu'ils puissent me foutre dedans rien que pour un bête chiffre. Ce n'est pas important en soi mais c'est important lorsqu'un magistrat voudra mettre son nez dans certains trucs* » (MG, 46 ans). Toutefois, ils éprouvent des difficultés à refuser des patients : « *Un patient, s'il est dans mon secteur de travail, je me sens moralement obligé [de le prendre en charge] comme il n'y a que moi qui ai une formation pour le traitement à l'héroïne...* » (MG, 53 ans).
- (2) D'autres signalent les nouveaux patients à la Commission médicale provinciale : « *Quand j'ai quelqu'un de nouveau qui arrive, quand je prescris à la place d'un médecin qui est en vacances, j'essaie d'envoyer un courrier à la Commission médicale provinciale. Même s'ils disent qu'ils sont là pour qu'on n'ait pas d'ennuis, mais qu'ils sont un peu aussi...* » (MG, 58 ans).

- (3) D'autres encore établissent un contrat de suivi en intégrant les divers articles de l'arrêté royal : «*Dans la pratique, je ne voyais pas à quoi ça servait [un contrat]. (...) Un confrère qui a dû passer plusieurs fois au tribunal et il a toujours été acquitté jusqu'ici... comme quoi, on est vite au tribunal... au moindre truc, on est poursuivi... il m'a dit : "Crois-moi, un contrat de traitement bien fait est un des éléments à ma décharge". Alors, j'ai conçu un contrat de traitement que maintenant, je fais signer à tout le monde*» (MG, 36 ans).
- (4) D'autres enfin se conforment à l'obligation de participer aux réseaux : «*C'est parce qu'on est un peu imposé par le gouvernement... On doit faire partie d'un réseau, etc. donc c'est un peu en fonction de ça que je participe*» (MG, 40 ans).

Certains médecins instrumentalisent également la nouvelle législation pour réguler leurs pratiques : «*Ça m'arrange parfois pour certains [patients] de leur dire : "On n'a plus droit qu'à 150 patients. Si tu fais l'imbécile, je ne pourrai pas continuer avec toi parce que tu privés quelqu'un d'autre de soins". Certains, je les ai mis au pied du mur*» (MG, 45 ans).

Pour éviter d'être «*submergé*», un autre médecin se sert de l'expérience de confrères incarcérés ou inculpés pour rappeler ses patients à l'ordre : «*Il y a toujours des gens qui veulent ceci, demandent plus, demandent pourquoi et je leur montre l'article [article de presse relatant l'incarcération d'un médecin prescrivant de la méthadone] et leur dit : "Écoutez, je ne veux pas aller en prison non plus"*» (MG, 56 ans).

D'autres médecins résistent et refusent de se conformer bien qu'ils craignent que cette épée de Damoclès leur tombe dessus un jour ou l'autre.

En Belgique, le développement des pratiques de substitution a précédé la législation. Les médecins de ce profil, précurseurs, ont construit leurs pratiques dans un flou réglementaire, ont «bricolé» et se sont «formés sur le tas». Le sentiment d'un risque pour l'autonomie professionnelle est donc d'autant plus fort pour eux qui ont connu des «réussites» avec certains patients.

Le tableau esquissé dans ces pages est assez peu optimiste. De manière schématique, nous pouvons dire que les médecins qui étaient peu, voire pas intéressés, par la problématique ne le sont pas davantage depuis la parution de la nouvelle législation. Les médecins du deuxième profil s'orientent soit vers un arrêt de cette activité ou la cadrent davantage. Et enfin, les plus investis recadrent également leurs pratiques ou tentent de le faire.

Soulignons que certains de ces médecins suivent les usagers par défaut. L'absence de relève et d'alternatives les conduit ou les contraint à accepter de plus en plus de patients. Or, ils sont demandeurs d'un allègement de leur charge de travail. De plus, ils sont les plus âgés de l'échantillon et leur futur arrêt d'activité (lié à la retraite notamment) inquiète. Qu'en est-il de la relève? Ainsi, se pose la question de la spécialisation en médecine générale, cette activité doit-elle en faire l'objet permettant d'éviter une désertion du champ?

Conclusion

La Belgique a oscillé, au fil des années, entre laisser une large liberté thérapeutique aux médecins et opter pour une logique plus sécuritaire avec un contrôle accru des prescriptions de traitements de substitution ou l'interdiction de celles-ci. Les réponses ont varié, proposant à l'heure actuelle un champ tiraillé entre un contrôle plus important des prescripteurs et un assouplissement des conditions d'accès aux traitements.

Les pratiques des médecins généralistes ne peuvent pas être comprises comme une réaction mécanique aux cadres réglementaires, ni comme des choix totalement libres. Elles sont la résultante d'une combinaison entre facteurs structurels et individuels, intégrant indissociablement facteurs contraignants et personnels. Les politiques publiques semblent au cœur des logiques d'action de deux profils, le segment spécialisé et le segment refusant ces patients. Le tri opéré par les médecins est d'ailleurs révélateur de cette influence structurelle, nous en avons souligné les effets pervers. Les ambiguïtés des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues se traduisent d'ailleurs dans la variabilité des pratiques : l'usager de drogues comme délinquant, l'usager de drogues comme malade, l'usager de drogues comme acteur/citoyen.

Le contexte législatif et les nouvelles réglementations sont davantage appréhendés comme un frein aux pratiques plutôt que comme un élément de protection pour le médecin. Ils sont vus comme des risques de sanctions possibles par la majorité des médecins, seuls quelques-uns y voient une imposition nécessaire liée à une pratique «*particulière*».

Au regard de nos résultats, les instances de contrôle semblent jouer un rôle important dans ces définitions de pratiques. Les contrôles éventuels des commissions médicales provinciales en Belgique configurent pour une bonne part les pratiques des médecins généralistes. La perception des risques de contrôles ou de sanctions conduit les médecins à s'orienter vers telles ou telles patientèles, vers telles ou telles pratiques, vers tel ou tel cadre. Au moment de l'enquête de terrain, les contrôles des commissions médicales de même que la parution de l'arrêté royal et de sa nouvelle mouture rendaient les médecins méfiants.

La question de la formation des médecins généralistes à ces problématiques doit être reposée. Celle-ci reste restreinte dans l'ensemble du cursus du futur médecin, ne permettant pas ou

peu de le sensibiliser à la question. La faiblesse des formations conduit notamment à un refus de soins. Ce résultat souligne la responsabilité des autorités académiques et des réseaux de formation qui semblent peu remplir (faute de moyens notamment) leur rôle d'encouragement à la prise en charge raisonnée de ces patients.

Au terme de cet article, il semble que les législations actuelles ne sachent pas quelle voie prendre : à la fois, elles prônent un élargissement des prescriptions, mais également un plus grand contrôle donnant lieu à un univers de pratiques complexe, mouvant et indécis. Ainsi, un des résultats forts est que la diffusion des traitements de substitution est loin de se traduire par l'émergence d'une médecine générale des addictions. Cette prescription est loin de représenter un acte banal pour une majorité de médecins généralistes.

Sans vouloir présager du futur, le renforcement des contrôles et des conditions risque de figer, en tout cas pour un temps, le tableau esquissé dans cet article. Les perspectives qui se dessinent semblent davantage s'inscrire dans une logique sécuritaire. Les pratiques ne risquent-elles pas de souffrir de cette tendance et de trouver une place par défaut entre un contrôle des usagers et un contrôle des praticiens? (Feroni, 2004).

Bibliographie

- Barré, Marie-Danièle et Benec'h Le Roux, Patricia. (2004). *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant.* Rapport final, Paris : MIRE, 277 p.
- Bergeron, Henri. (1996). *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins : entre idéologie et actions.* Paris : L'Harmattan, 256 p.

- Bergeron, Henri. (1999). *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris : PUF, 370 p.
- Bertaux, Daniel. (1976). *Histoires de vies ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Rapport CORDES. Paris, 235 p.
- Bertaux, Daniel. (1997). *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologiques*. Paris : Nathan Université, 128 p.
- Coppel, Anne. (2002). *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La Découverte, 380 p.
- De Ruyver, Brice et coll. (1993). *Les traitements de substitution à la drogue: état de la question, encadrement psycho-médico-social, pistes de réflexion, mise en garde*. Ministère de la Santé publique, de l'Environnement et de l'Intégration sociale. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 142 p.
- Duprez, Dominique et Kokoreff, Michel. (2000). *Les mondes de la drogue*. Paris : Odile Jacob, 393 p.
- Demazière, Didier et Dubar, Claude. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan, 350 p.
- Emanuel, Ezekiel J. et Emanuel, Linda L. (1992). «Four Models of the Physician-Patient Relationship». *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 267 (16), p. 2221-2226.
- Feroni, Isabelle. (2004). «La substitution au Subutex® en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales». [In F.-X.. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer : *Normes et valeurs dans le champ de la santé*] Rennes : Éditions ENSP, p.197-208.
- Feroni, Isabelle et coll. (2005). «Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage : Pratiques des médecins prescripteurs». *La presse médicale*. 34 (17), p.1213-1219.

- Freidson, Eliot. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press, 440 p.
- Grémy, Jean-Paul et Le Moan, Marie-Joëlle. (1977). «Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales». *Informatique et sciences humaines*. 35.
- Hughes, Everett C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : EHESS, 344 p.
- Jacques, Jean-Pierre et Figiel, Christian. (2006). *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*. Bruxelles : De Boeck, 432 p.
- Jeanmart, Caroline. (2004). *L'usage de produits psychotropes. L'offre d'accompagnement en territoire transfrontalier franco-belge*. Rapport de recherche intermédiaire. Interreg III. Clersé : Université de Lille 1, 181 p.
- Jeanmart, Caroline. (2005). *La recherche d'aide face aux consommations de produits psychotropes. Analyse de trajectoires de recours d'usagers de drogues et de familles en territoire transfrontalier franco-belge*. Rapport de recherche final, Interreg III. Clersé : Université de Lille 1, 201 p.
- Jeanmart, Caroline. (2007). *Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)*. Thèse de doctorat en sociologie. Université de Lille 1, 648 p.
- Laperrière, Anne. (1997). «Les critères de scientificité des méthodes qualitatives». [In J. Poupart et coll. : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, p. 365-389.
- Pelc, Isidore et coll. (2005). *Les traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et de patients*. Gent : Academia Press, 189 p.

- Poupart, Jean. (1997). «L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques», [In J. Poupart et coll. : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*] Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, p. 173-209.
- Poupart, Jean et coll. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin, 405 p.
- Reisinger, Marc. (1995). *Methadone as normal medicine*. Forum Européen de l'Association pour la méthadone, AMTA Methadone Conference, Phoenix (31 octobre 1995).
- Reisinger, Marc. (1996). «Methadone in Belgium: Physicians regaining therapeutic freedom». *Addiction Research*. 3 (4), p. 369-374.
- Schnapper, Dominique. (1999). *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*. Paris : PUF, 125 p.
- Strauss, Anselm. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan, 311 p.
- Todts, Sven. (2003). «Country reports : Belgium». [In K. Meuwissen et coll. : *Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries*]. Lissabon : EMCDDA, p. 28-46.
- Van Campenhoudt, Luc et coll. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod, 215 p.
- Wojciechowski, Jean-Bernard. (2005). «Les conduites de consommation à l'adolescence. Pratiques médicales et usages de drogues : linéaments de la construction d'un champ». *Psychotropes*. 11 (3-4), p. 179-207.

Autour d'Insite : un événement discursif

François Gagnon, Ph. D.

Agent de recherche
Centre de collaboration nationale sur les politiques
publiques et la santé
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Correspondance :

190, Crémazie Est, Montréal (QC) H2P 1E2

514 864-1600, poste 3627

francois.gagnon@inspq.qc.ca

Résumé

Cet article effectue un retour sur l'hypothèse de renforcement des logiques prohibitionniste et thérapeutique par la logique de « périllisation ». Cette hypothèse a été émise pour expliquer l'apparent succès politique des pratiques et politiques de réduction des méfaits, celles-ci étant animées par la logique de « périllisation ». Cette réflexion s'effectue à travers un examen des énoncés produits autour d'Insite, un des deux services d'injection supervisée de Vancouver. S'inspirant de l'approche foucauldienne de l'analyse du discours, il montre comment des énoncés ont problématisé les logiques thérapeutique et prohibitionniste même s'ils les ont reconduites en partie. En conclusion, une discussion exploratoire de certains possibles ouverts par cet « événement discursif » est amorcée.

Mots-clés : rationalités gouvernementales, problématisation, site d'injection sécuritaire, analyse de discours

Around Insite: A Discursive Event

Abstract

This article revisits the hypothesis whereby perilization logic reinforces both the prohibitionist and the therapeutic logics. This hypothesis was put forward in order to explain the apparent political success of harm reduction practices and policies, these being grounded in the perilization logic. This reflection is realized through an examination of the statements produced around Insite, one of two safe injection services in Vancouver. Using a Foucauldian-inspired approach to discourse analysis, it shows how certain statements have problematized both the therapeutic and prohibitionist logics even as they have partly renewed them. As a conclusion, an exploratory discussion of some of the possibilities opened up by this "discursive event" is initiated.

Keywords: *governmental rationalities, problematization, safe injection site, discourse analysis*

En torno a *Insite*: un acontecimiento discursivo

Resumen

En este artículo se vuelve sobre la hipótesis del refuerzo de la lógica prohibicionista y la terapéutica por la lógica de la atribución de un riesgo. Esta hipótesis surge para explicar el éxito político aparente de las prácticas y políticas de la reducción de infracciones y delitos, prácticas que están animadas por la lógica de la atribución de un riesgo. Esta reflexión se lleva a cabo por medio de un análisis de enunciados producidos en torno a Insite, uno de los dos sitios supervisados para la inyección de drogas de Vancouver. Inspirándose en el enfoque foulcadiano de análisis del discurso, se ilustra de qué manera los enunciados han problematizado la lógica terapéutica y la prohibicionista, aun cuando han prolongado parcialmente su vigencia. En conclusión, se inicia aquí una discusión exploratoria de ciertas posibilidades abiertas por este "acontecimiento discursivo".

Palabras clave: racionalidades gubernamentales, problematización, sitio seguro para la inyección de drogas, análisis del discurso

Avertissement

L'auteur a collaboré à un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) proposant une évaluation de la pertinence d'établir des services d'injection supervisée au Québec (Noël et coll., 2009). Le présent article n'a pas le même objet que cet avis et il n'a, contrairement à lui, aucune visée normative par rapport au développement de services d'injection supervisée.

Remerciements

L'auteur tient par ailleurs à remercier les évaluateurs anonymes de cet article et les responsables de ce numéro spécial de Drogues, santé et société pour leur soutien tout au long du processus de publication ainsi que Patricia Clerm et Florence Morestin pour leur patient travail de révision linguistique.

Dans tout dispositif, nous devons démêler les lignes du passé récent et celles du futur proche : la part de l'archive et celle de l'actuel, la part de l'histoire et celle du devenir (...) Non pas prédire, mais être attentif à l'inconnu qui frappe à la porte (Deleuze, 1988, p. 51).

À la suite d'un examen détaillé des définitions de l'approche de réduction des méfaits, Brisson en propose la « définition synthèse » suivante : « L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou "addictifs"), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social » (Brisson, 1997, p. 9). En ce sens, on peut dire que les services d'injection supervisée participent aux interventions mises en œuvre dans le cadre de cette approche. D'ailleurs, les développements historiques mondiaux des services d'injection supervisée et de l'approche de la réduction des méfaits présentent des similitudes chronologiques, d'objectifs et d'acteurs impliqués qui ne sont pas qu'aléatoires. L'historiographie principalement anglophone des stratégies de réduction des méfaits situe souvent leur origine au milieu des années 1980 aux Pays-Bas ou en Angleterre – dans ce dernier cas, la région sanitaire de Mersey – où ont alors été développées plusieurs initiatives aujourd'hui considérées comme emblématiques de cette approche, tels les programmes d'échange de seringues (Riley, 1994 ; O'Hare, 2007). En ce qui concerne les services d'injection supervisée, le premier officiellement sanctionné a été ouvert à Berne, en Suisse, en 1986, et plusieurs autres l'ont été dans les quelques années suivantes

aux Pays-Bas et en Allemagne (Hedrich, 2004)¹. Dans les deux cas, les interventions évoquées n'avaient pas pour objectif principal l'abstinence des consommateurs, et elles étaient animées d'objectifs pratiquement analogues (lutte contre la transmission du VIH par les seringues autant chez les consommateurs de drogues que dans la collectivité plus généralement ; mise en contact des personnes faisant usage de drogues avec les services de santé primaire ; production d'un certain ordre public ; etc.). Il est aussi intéressant de noter qu'ont été associés à leur développement, dans les deux cas, autant des acteurs publics (professionnels de santé, forces policières) que privés (associations de commerçants, de citoyens ou de résidents, de consommateurs de drogues par exemple) (Hedrich, 2004 ; O'Hare, 2007)².

Au Canada, les stratégies de réduction des méfaits des usages des drogues illégales existent depuis au moins 30 ans, quoique de manière très variable en intensité d'une province à l'autre. Néanmoins, les services d'injection supervisée officiellement sanctionnés n'existent que depuis 2002³. Bien qu'ils

¹ L'auteure indique également l'existence de quelques services semi-officiels dès le début des années 1980 en Suisse et en Allemagne et dès le tournant des années 1970 aux Pays-Bas.

² En fait, aux Pays-Bas par exemple, ce sont souvent les forces policières ou des groupes de résidents qui ont demandé le développement de ces services (Hedrich, 2004). Plusieurs institutions financières de Francfort en Allemagne ont aussi été parmi les promoteurs de ces services.

³ Avant même l'ouverture d'Insite, qui sera l'objet plus particulier de l'attention dans cet article, un autre service d'injection supervisée existait à Vancouver, et ce, depuis 2002. Ce service opère jusqu'à ce jour sans être importuné par le Service de police de Vancouver (SPV) ou par les avocats du gouvernement fédéral même s'il ne possède pas l'autorisation techniquement nécessaire en vertu des lois canadiennes. Il est offert par le Dr. Peter Centre, un centre de santé adjacent à l'Hôpital Saint-Paul qui dessert des personnes vivant avec le VIH/SIDA, financé par les fonds de l'Agence régionale de santé de Vancouver. Par ailleurs, au moins un autre service d'injection supervisée existait aussi avant Insite, géré par des membres d'un regroupement d'utilisateurs de drogues de Vancouver, le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). Ce service était situé à quelques centaines de mètres seulement d'Insite et fonctionnant sans le financement de l'agence régionale, de plus, ses clients et responsables étaient constamment harcelés par les policiers du SPV. En partie en raison de ce harcèlement, le service a fermé ses portes peu après l'ouverture d'Insite (Kerr et coll., 2005, p. 271).

soient présents pour l'instant dans la seule ville de Vancouver, ils sont néanmoins inscrits au Programme national de santé publique du Québec depuis 2008 et des volontés d'en développer d'autres ont été exprimées notamment à Ottawa et Toronto, en Ontario⁴, et à Montréal et Québec, au Québec⁵. Cette nouvelle tendance d'intervention fournit une occasion intéressante tant pour examiner à nouveau les rationalités gouvernementales qui organisent les stratégies de réduction des méfaits en général que pour revenir sur une hypothèse qui a été émise pour expliquer l'« apparent succès politique » de ces stratégies (Carrier et Quirion, 2003). Ces auteurs ont montré de manière claire-voyante « l'interpénétration et le concubinage » des logiques prohibitionniste, thérapeutique et de « périllisation » au sein des stratégies de réduction des méfaits⁶. Qui plus est, ils se sont basés sur cette analyse pour expliquer l'apparent succès politique de la formule, en postulant que les stratégies en question, fondées sur la logique de « périllisation », avaient renforcé les logiques prohibitionniste et thérapeutique. Or, les rapports de force fortement publicisés qui se sont noués autour d'un des services d'injection supervisée de Vancouver – communément appelé *Insite* – permettent de revenir de nouveau sur ces propositions⁷.

⁴ Pour Toronto et Ottawa, une étude des besoins et de la faisabilité de ce type de service a été entreprise après avoir été recommandée dans la stratégie de lutte contre les drogues de la Ville de Toronto (<http://www.ottawasun.com/news/ottawa/2009/08/12/10443076.html>).

⁵ Pour Montréal et Québec, une coalition d'organisations à but non lucratif établies dans ces deux villes demande la mise en place de tels services (<http://www.coalitionrdm.org/documents/communiqué.pdf>).

⁶ Les auteurs emploient la notion de périllisation pour désigner une logique animant des interventions qui, comme les programmes d'échange de seringues ou les lieux d'injection supervisée, « constituent leur objet par l'attribution d'un risque à la pratique d'injection hors du cadre médical » (Carrier et Quirion, 2003, p. 3). Aussi, poursuivent-ils, « puisque les risques sont définis par rapport à ce cadre [médical] ils prennent (...) la forme de risques (bio)corporels (surdoses, infections, etc.) » (Carrier et Quirion, 2003, p. 3).

⁷ Cette nouvelle interrogation se justifie d'autant plus à mon avis que la plus récente version de la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral a effacé toute référence et tout soutien aux stratégies de réduction des méfaits, indiquant ainsi à la fois les relatives fragilité et marginalité de celles-ci dans le régime gouvernemental actuel des rapports aux psychotropes au Canada (<http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/sna-nads.html>).

Insite, le premier « site d'injection sécuritaire » légalement sanctionné au Canada, a ouvert ses portes en septembre 2003 à Vancouver, en Colombie-Britannique. Celui parmi les services offerts qui le caractérise le plus est la supervision d'injection de drogues illégales que les utilisateurs doivent se procurer avant de venir sur les lieux. Du personnel médical veille alors au bon déroulement des injections et intervient quand des signes de surdose apparaissent chez un utilisateur. On y offre aussi divers services sociaux et de santé, notamment des conseils éducatifs visant l'adoption des techniques d'injection les moins risquées et dommageables, des traitements de plaies d'injection, des références vers des services de désintoxication et de traitement, du soutien psychologique et social. De plus, depuis 2008, un service d'hébergement de courte durée (Onsite) destiné à permettre la désintoxication et la transition vers des services de traitement a été ouvert à l'étage du même édifice.

La sanction légale d'Insite provient du ministre de la Santé du Canada (Santé Canada). C'est cette autorité fédérale, alors responsable de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue, qui a accordé une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LCDAS) à l'Agence régionale de santé de Vancouver (Vancouver Coastal Health (VCH)) pour qu'elle puisse gérer le service. L'exemption était nécessaire afin que les usagers puissent utiliser les services du site sans être accusés de possession de substances contrôlées (en vertu de l'article 4(1) de la LCDAS) et que le personnel puisse y travailler sans craindre d'être accusé d'avoir manipulé des substances contrôlées ou du matériel d'injection contaminé par des substances contrôlées (en vertu de l'article 5(1)). C'est l'article 56 de la LCDAS qui donne au ministre le pouvoir d'accorder cette exemption, et ceci, pour trois types de raisons :

« S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci » (Canada, 1996).

D'une durée initiale de trois ans, l'exemption à la LCDAS a d'abord été demandée et accordée à des fins scientifiques. Santé Canada a aussi financé, à hauteur d'un million et demi de dollars canadiens, des chercheurs du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS pour qu'ils mènent des recherches autour d'Insite. La VCH, qui gère le site en collaboration avec la Portland Hotel Society Community Services inc. (PHS) - une organisation à but non lucratif -, a obtenu de Santé Canada des prolongations à cette exemption, dont la dernière a pris fin en juin 2008. Au cours de l'automne 2007, plusieurs responsables et utilisateurs du site ont craint que Santé Canada refuse d'accorder une nouvelle exemption. Sans celle-ci, une intervention policière et juridique contre Insite devenait possible, ce qui aurait pu mener à sa fermeture. Deux groupes distincts de plaignants ont entrepris des actions juridiques visant à retirer à Santé Canada le pouvoir de refuser l'exemption en question. Ces deux causes ont été arbitrées lors d'un même procès, car elles concernaient un même service et reposaient sur des arguments similaires. À l'issue de ce procès, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a invalidé les dispositions de la LCDAS et ainsi annulé la nécessité d'obtenir une exemption. Le juge a écrit notamment, pour fonder ses conclusions, que :

«While there is nothing to be said in favour of the injection of controlled substances that leads to addiction, there is much to be said against denying addicts health care services that will ameliorate the effects of their condition. Society does that for other substances such as alcohol and tobacco. While those are not prohibited substances, society neither condemns the individual who chose to drink or smoke to excess, nor deprives that individual of a range of health care services. Management of the harm in those cases is accepted as a community responsibility. I cannot see any rational or logical reason why the approach should be different when dealing with the addiction to narcotics... » (Cour suprême de la Colombie-Britannique, 2008, p. 54-55)⁸.

Ce faisant, le juge a directement remis en question la distinction entre drogues légales et drogues illégales, sur laquelle se fondent les actions et la logique prohibitionnistes. En parallèle, une série d'autres énoncés articulés autour d'Insite paraît avoir provoqué un «événement discursif» (Foucault, 1969) dans le champ de la gestion des rapports aux psychotropes au Canada. Par événement discursif, il est ici entendu une transformation qualitative dans l'ordre du discours, un processus par et à travers lequel s'installe ou se modifie un régime de vérité, celui-ci étant ici entendu comme «un ensemble de procédures réglées pour la production, la loi, la répartition, la mise en circulation et le fonctionnement des énoncés» (Foucault, 1977, p. 160).

⁸ « S'il n'y a rien à dire en faveur de l'injection de substances contrôlées qui mènent à la dépendance, il y a beaucoup à dire contre le déni de services de santé à des toxicomanes alors que ces services amélioreront les effets de leur condition. La société fait cela pour d'autres substances telles l'alcool et le tabac. Si celles-ci ne sont pas des substances interdites, la société ne condamne ni l'individu qui choisit de boire ou de fumer excessivement, ni ne prive cet individu d'une gamme de services de santé. La gestion des méfaits dans ces cas est acceptée comme une responsabilité collective. Je ne peux voir aucune rationalité ou raison logique pour laquelle l'approche devrait être différente lorsque l'on intervient dans le cas d'une dépendance aux narcotiques... » (Traduction de l'auteur).

Plus précisément, la série d'énoncés en question paraît avoir provoqué, dans l'ordre du discours en matière de gestion des rapports aux psychotropes au Canada, une problématisation des logiques thérapeutique et prohibitionniste et des pratiques qu'elles sous-tendent, c'est-à-dire que ces logiques et pratiques ont été incluses comme des « causes » dans la définition même du problème à propos duquel il faut agir.

Cet article examine la nature et les contours de cette problématisation des logiques thérapeutique et prohibitionniste en examinant les récents développements s'étant produits autour d'Insite et offre une courte exploration des possibilités que cet événement ouvre en matière de gestion des rapports aux psychotropes. La prochaine section explicitera le cadre conceptuel et analytique mobilisé. La troisième section présentera l'analyse de la nature et des contours de la problématisation en question. Quant à la section finale, elle se veut une appréciation exploratoire des possibilités ouvertes par l'événement analysé pour le futur de la gestion des rapports aux psychotropes au Canada.

Cadre conceptuel et analytique

Comme il a que déjà été évoqué, la proposition organisant ce travail de recherche est qu'une problématisation des logiques prohibitionniste et thérapeutique et des pratiques qu'elles sous-tendent s'est produite à travers une série d'énoncés articulés autour d'Insite. Dans cette section, la pertinence de s'attarder à cette problématisation sera développée en vue d'analyser les rationalités gouvernementales en général selon les énoncés produits autour d'Insite. Ensuite, la façon dont sera analysée cette problématisation sera expliquée, en décrivant les règles et les principes de l'analyse de discours employés, de même que les principes guidant le choix des documents analysés.

Que désigne le concept de problématisation ? Il fait référence au processus de cadrage du problème – ou en d'autres mots le processus d'organisation étiologique et hiérarchique des difficultés sur lesquelles on cherche à agir. Dans la foulée de nombreux chercheurs en sciences sociales et humaines, il s'agit ainsi de permettre un examen des processus sociopolitiques de définition des problèmes. Pour ne prendre qu'un exemple parmi de nombreux travaux allant en ce sens, Michel Callon (1980) estime que l'analyse des luttes entre les acteurs impliqués dans la définition de « ce qui est problématique et de ce qui ne l'est pas » révèle que la définition des problèmes et la définition des groupes qui vont en prendre charge se déroule simultanément, à travers un processus de traduction (Callon, 1980, p. 198). Selon Callon et Law (1988), la traduction consiste en un processus qui fonctionne de deux façons. D'entrée de jeu, elle « établit une équivalence toujours contestable entre des problèmes différents formulés par de nombreux acteurs dans différents répertoires » (Callon et Law, 1988, p. 81). Mais en même temps, « en créant cette équivalence entre ces (...) problèmes, l'opération de traduction identifie et définit différents acteurs humains et non-humains concernés par la formulation de ces problèmes et leurs résolutions » (*idem*).

Par ailleurs, dans le courant d'investigation ouvert par Michel Foucault, l'examen de la problématisation est une façon de déchiffrer les rationalités des pratiques et d'ouvrir à la discussion les aspects politiques et éthiques des définitions des problèmes qui sont stabilisés et qui en viennent à fonder les actions ou solutions mises de l'avant. Cet exercice est important à mener puisque la cristallisation de ces définitions rend possibles certaines solutions, et non d'autres, et détermine l'importance relative que prennent certaines solutions par rapport à d'autres ainsi que leur fonction dans l'ensemble des actions mises en œuvre pour résoudre les problèmes. Comme le soumet Foucault, à :

« (...) un même ensemble de difficultés plusieurs réponses peuvent être données. Et la plupart du temps, des réponses diverses sont effectivement proposées. Or ce qu'il faut comprendre, c'est ce qui les rend simultanément possibles ; c'est le point où s'enracine leur simultanéité ; c'est le sol qui peut les unir les unes aux autres, dans leur diversité et en dépit parfois de leurs contradictions » (Foucault, 1984, p. 597-598).

Dans cette optique, l'intérêt de s'attarder à ce qui s'est déroulé autour d'Insite semble double. D'abord, la jurisprudence établie à travers le jugement de juin 2008 a jusqu'ici légalement sanctionné les pratiques de réduction de méfaits et les critiques des rationalités prohibitionniste et thérapeutique qui les traversent implicitement ou explicitement. Or, d'autres décisions judiciaires et processus légaux ont déjà eu des effets très significatifs dans l'ordre du discours d'autres champs d'activités gouvernementales. Par exemple, la reconnaissance de droits ancestraux aux peuples autochtones en matière de chasse et pêche a considérablement bouleversé l'ordre du discours en matière de conservation de la nature au Canada (Juillet, 2007). Et – pour ne prendre qu'un seul autre exemple – la promulgation de la Loi sur la qualité de l'environnement, dans les années 1970 au Québec, a significativement réorganisé les rapports entre savoirs experts et citoyens dans l'ordre du discours de la gestion dans ce cas-ci de la circulation automobile à Montréal (Gagnon, 2006). L'autre justification principale menant à l'examen de la problématisation élaborée autour d'Insite est que, pour la première fois au Canada de manière explicite, elle s'est réalisée au sein d'une stratégie de gouvernance urbaine impliquant des forces policières qui se sont officiellement montrées critiques par rapport à la rationalité prohibitionniste. Un retour sera effectué, dans la conclusion, sur ces deux aspects, qui seront alors l'objet d'une exploration des possibles.

L'analyse de discours

Les problématisations sont étudiées par une forme ou une autre d'analyse de discours. Or, les traditions académiques d'analyse du discours étant diversifiées dans leurs objectifs, méthodes et concepts (Angenot, 1989, p. 3), il est utile de faire quelques précisions à propos de celle qui est mobilisée dans le cadre de cet article. D'abord, les entreprises de recherche desquelles le présent travail s'inspire postulent toutes, malgré leur diversité, que le discours n'est pas simplement la transcription d'un réel existant par ailleurs en dehors de lui, mais qu'il est une force productrice, organisatrice et transformatrice du réel sur ou dans lequel il agit. Cette approche de l'analyse de discours qui est mise en œuvre ici conçoit le discours comme une pratique, c'est-à-dire comme « le lieu d'enchaînement de ce qu'on dit et ce qu'on fait, des règles qu'on s'impose et des raisons qu'on en donne, des projets et des évidences » (Foucault, 1980, p. 22). Autrement dit, le discours est considéré comme le lieu d'articulation des rapports entre pouvoir et savoir – comme un « pouvoir-savoir ». En outre, cette approche suppose « que les discours sont des domaines pratiques limités qui ont leurs frontières, leurs règles de formation et leurs conditions d'existence propres » (Foucault, 1968, p. 861). En regard de cela, comme Allor et Gagnon (1994) le posent, l'analyse du discours doit permettre de rendre visible dans leur singularité « *the emergent power-knowledge relations which work to over-determine the terms of particular debates and governmental actions* » (Allor et Gagnon, 1994, p. 32-33)⁹.

Il est utile de préciser brièvement la notion d'énoncé qui est l'unité de base de l'analyse de discours ici proposée. Par énoncé, il est ici entendu, non pas une phrase, une proposition ou une quelconque unité signifiante, mais plutôt une composition de

⁹ « ... les relations de pouvoir-savoir émergentes qui ont pour effet de surdéterminer le cadre de débats particuliers et d'actions gouvernementales » (Traduction de l'auteur).

signes qui réalise une fonction, un assemblage dont le propre est d'accomplir des « actes ». Le maintenant fameux AZERT est un exemple qui semble particulièrement éclairant :

« (...) le clavier d'une machine à écrire n'est pas un énoncé ; mais cette même série de lettres A,Z,E,R,T, énumérée dans un manuel de dactylographie, est l'énoncé de l'ordre alphabétique adopté par les machines françaises » (Foucault, 1969, p. 114).

Qui plus est, les énoncés « accomplissent l'élaboration de positions dans les systèmes de régularités du champ discursif (...) Ils sont des traces de pratiques, l'accomplissement de projets... » (Allor et Gagnon, 1994, p. 35). L'énoncé est ainsi l'unité fonctionnelle à partir de laquelle le travail d'analyse s'élabore. Mais, c'est à la fois la régularité et l'irrégularité des séries auxquelles il participe qui importent ultimement sur le plan analytique. Ce qu'il s'agit de décrire, c'est en effet :

« (...) un ordre dans leur apparition successive, des corrélations dans leur simultanéité, des positions assignables dans un espace commun, un fonctionnement réciproque, des transformations liées et hiérarchisées » (Foucault, 1969, p. 52).

En somme, il s'agit d'étudier la problématisation d'intérêt en repérant à la fois les continuités et les discontinuités qui l'informent et les transformations qu'elle produit dans les séries d'énoncés qui structurent actuellement le champ d'action gouvernemental de gestion des rapports aux psychotropes au Canada.

La constitution d'une archive

Dans l'analyse de discours réalisée ici, l'archive est à l'analyse de discours ce que le corpus est à l'analyse de contenu : tous deux désignent le regroupement des documents qui font l'objet de l'analyse. Les deux sont issus d'un processus de choix

analytique, c'est-à-dire de sélection des énoncés. Mais l'archive retenue se distingue du corpus d'un certain nombre de façons. D'abord, ses critères de constitution n'ont pas été totalement établis avant l'analyse elle-même et son contenu concret (les documents qui s'y trouvent effectivement consignés, la période qu'elle couvre) a plutôt été déterminé au fil du travail analytique. Par contraste, dans l'analyse de contenu, les critères de choix des documents et les documents eux-mêmes sont plutôt fixés *avant* de procéder à l'analyse. De plus, alors que dans l'analyse de contenu, un ensemble homogène de documents est d'abord généralement identifié à l'avance (la presse écrite ou les documents produits par une instance publique, par exemple), cette analyse de discours cherche plutôt à comprendre comment une hétérogénéité d'énoncés (scientifiques, légaux, journalistiques, etc.) s'articule dans le même événement discursif.

Dans cette optique, le présent exercice analyse des textes de lois ou des jugements de cour, des recherches scientifiques, des articles de journaux, des documents publics produits par l'Agence régionale de santé de Vancouver et par le gouvernement fédéral dans le cadre de la stratégie des quatre piliers de Vancouver. L'objectif est de montrer comment, dans leur articulation, les énoncés qu'ils contiennent ont produit une réorganisation discursive (même si partielle, et peut-être temporaire) en matière de gestion des rapports aux psychotropes au Canada.

Une problématisation des logiques prohibitionniste et thérapeutique

L'analyse procède en deux temps. Premièrement, l'actualisation des logiques prohibitionniste, thérapeutique et de « périllisation » au sein d'Insite sera décrite. En second lieu, un examen du processus de problématisation des logiques prohibitionniste et thérapeutique sera effectué, c'est-à-dire que nous verrons comment ces logiques

ont été incluses comme des « causes » dans la définition même du problème à propos duquel il faut agir.

Insite et l'articulation des logiques thérapeutique, prohibitionniste et de « périllisation »

Dans la foulée du travail de Carrier et Quirion (2003), il est d'abord important de voir que Insite est exemplaire en ce qui a trait à « l'interpénétration et au concubinage » des logiques ou des rationalités prohibitionniste, thérapeutique et de « périllisation », lesquelles structurent l'ordre du discours en matière de gestion des rapports aux psychotropes au Canada. Cela peut se lire aussi bien dans le positionnement d'Insite comme partie prenante d'un continuum de services de santé offerts par la VCH que dans la stratégie du Service de police de Vancouver, dans les recherches effectuées à propos du site ou encore dans les documents présentant la stratégie des quatre piliers de Vancouver.

La logique de « périllisation » est clairement présente dans les documents présentant le site d'injection supervisée. De fait, l'implantation et l'opération d'Insite sont présentées comme un moyen de gérer divers types de risques. Cela est bien apparent dans un dépliant de la VCH concernant Insite :

« Insite is a health facility first and foremost – a facility designed to treat and reduce infections and disease ; reduce the transmission of infectious diseases ; reduce the number of fatal overdoses ; and ensure people receive health care services that contribute to improving their lives and making them well » (VCH, 2009, p. 3)¹⁰.

En créant un lieu permettant une intervention rapide du personnel médical en cas de surdose et en fournissant du matériel d'injection stérile et des conseils éducatifs sur les « techniques

¹⁰ « Insite est un édifice de santé d'abord et avant tout – un édifice destiné à traiter et réduire les infections et maladies ; réduire la transmission de maladies infectieuses ; réduire le nombre de surdoses fatales ; et assurer que les gens reçoivent des soins de santé qui contribuent à améliorer leur vie et bien-être » (Traduction de l'auteur).

d'injection sécuritaire», par exemple, il est question de gérer les risques de décès et de morbidité liés aux surdoses d'une part, et ceux d'infection et de transmission du VIH et du VHC d'autre part. Plusieurs recherches entreprises à propos des effets du service montrent d'ailleurs l'importance de cette logique et de ces objectifs. Certaines mettent en évidence des questionnements autour du nombre de surdoses ayant pu être évitées chez les utilisateurs du service (Milloy et coll., 2008). D'autres s'interrogent sur l'efficacité des pratiques éducatives dispensées au site en vue de transformer les « comportements d'injection à risque » (Wood et coll., 2005a) ou encore sur la capacité du service à attirer les personnes « les plus à risque » (Wood et coll., 2005b).

La présence de la logique thérapeutique au cœur de cette technologie gouvernementale est tout aussi indéniable que visible¹¹. Les responsables d'Insite le présentent fréquemment comme une façon de rejoindre des personnes qui n'utilisent habituellement pas les services de santé en général ni les services de désintoxication et de traitement de la toxicomanie. De fait, depuis son ouverture, Insite offre un service de référence vers ces services. De plus, un service d'hébergement temporaire servant de lieu de transition vers un service de désintoxication ou de traitement à plus long terme, nommé Onsite, a été ouvert à l'automne 2008 dans le même édifice. La VCH met aussi souvent de l'avant l'importance d'Insite comme permettant l'offre d'un service de référence vers des pratiques de désintoxication ou de traitement, notamment dans le dépliant présentant le site :

« The Supervised Injection Site was not designed to be a stand-alone facility. Rather it is an integral part of a comprehensive continuum of addiction services. For

¹¹ Par technologie gouvernementale, il est ici entendu les dispositifs ou « mécanismes et instruments à travers lesquels l'action gouvernementale est accomplie. (...) [Les technologies gouvernementales] constituent des pouvoirs logistiques et infrastructurels, et subsument les dimensions morale et politique du gouvernement de la conduite sous un ensemble de critères de performance » (Dean, 1999, p. 212, Traduction de l'auteur).

people with chronic drug addiction, Insite is the first rung on the ladder from chronic drug addiction to recovery; from being ill to becoming well» (VCH, 2009, p. 1).

Plus encore, au moins deux recherches ont porté sur la propension d'Insite à favoriser le recours aux services de désintoxication et de traitement (Wood et coll., 2007; Wood et coll., 2006a).

Par ailleurs, Insite s'articule à la logique prohibitionniste de plusieurs manières. D'abord, les responsables de la stratégie des quatre piliers de Vancouver présentent souvent Insite comme étant partie prenante dans cette stratégie en soulignant le continuum et la complémentarité des approches qu'elle inclut (l'application de la loi, le traitement, la prévention et la réduction des méfaits)¹². En mai 2008, par exemple, le coordonnateur de la politique des drogues de Vancouver expliquait au Comité permanent de la santé (Standing Committee on Health) de la Chambre des communes (pouvoir législatif fédéral) que :

« (...) what we are trying to achieve with the development of the Four Pillars Drug Strategy is to firmly acknowledge the importance of harm reduction to the development of a comprehensive approach that also includes drug treatment, prevention and policing as critical components to the strategy. The supervised injection site is simply one piece of this effort to build a comprehensive approach to address this problem » (McPherson, 2008, p. 3)¹³.

¹² La stratégie des quatre piliers (Four Pillars Strategy) est la politique officielle de gestion des rapports aux drogues de la Ville de Vancouver. Inspirée de certaines politiques européennes (la Suisse a par exemple adopté une « politique des quatre piliers » au début des années 1990), cette politique articule quatre approches de la gestion des rapports aux psychotropes : l'application de la loi, le traitement, la prévention et la réduction des méfaits (McPherson, 2001).

¹³ « (...) ce que nous tentons d'accomplir à travers le développement de la Stratégie des quatre piliers est de reconnaître fermement l'importance de la réduction des méfaits pour le développement d'une approche globale qui inclut également le traitement, la prévention et l'activité policière en tant que composantes critiques de cette stratégie. Le site d'injection supervisée est un seul élément de cet effort pour développer une approche globale en tant que réponse à ce problème » (Traduction de l'auteur).

Dans le même ordre d'idées, quelques recherches autour d'Insite attestent de l'importance de la logique prohibitionniste. Par exemple, l'une de ces recherches s'est attardée sur l'impact de l'ouverture du site d'injection sur la criminalité dans les environs (Wood et coll., 2006b). Une autre s'est intéressée à l'évolution temporelle et géographique de la criminalité et aux perceptions des changements dans l'ordre public pouvant découler de l'ouverture du site (Boyd et coll., 2008). D'autres enfin ont porté sur les effets de la mise en service du site sur les habitudes de consommation des personnes faisant usage de drogues (Kerr et coll., 2006) ou sur le début de la consommation par des non-consommateurs (Kerr et coll., 2007) parce que certains craignaient que le site avec son approche « libérale » de la consommation encourage une plus grande consommation de drogues.

Bref, en écho à l'analyse de Carrier et Quirion (2003), il est très clair que les logiques prohibitionniste, thérapeutique et de « périllisation » s'interpénètrent et sont en état de concubinage au sein de cette technologie gouvernementale, et ce, malgré les nettes différences et tensions qu'elles présentent tant au point de vue des sujets-objets qu'elles informent (respectivement : le criminel, le toxicomane et l'usager de drogues injectables) que des stratégies et mécanismes auxquels elles participent (la criminalisation ; la désintoxication et le traitement ; la sécurisation des pratiques d'injection). Cela dit, cette interpénétration et ce concubinage ont-ils renforcé les logiques prohibitionniste et thérapeutique, comme Carrier et Quirion en font l'hypothèse ?

Une problématisation des logiques thérapeutique et prohibitionniste

À propos de la logique thérapeutique, il appert que l'on peut accepter en très large partie l'hypothèse de ces deux auteurs. De fait, comme mentionné plus tôt, Insite est très souvent présenté comme une porte d'entrée vers les services de désintoxication

et de traitement, que ce soit par les responsables du service ou par les chercheurs l'ayant évalué. Sur un site Web mis sur pied par la PHS au sujet d'Insite, sont décrits les résultats d'études scientifiques sur l'entrée en traitement ou en désintoxication. Par exemple, les auteurs du site Web écrivent que, dans une étude, *« the SIF's opening was associated independently with a 30% increase in detoxification service use, and this behaviour was associated with increased rates of long-term addiction treatment initiation and reduced injecting at the SIF¹⁴ »*. En posant ainsi Insite, il semble assez clair que l'on renforce la légitimité et la rationalité thérapeutiques dans l'ordre du discours en matière de gestion des rapports aux psychotropes.

Il semble par contre raisonnable de poser une certaine limite à la portée de ce constat. En effet, Insite, comme les pratiques de réduction des méfaits en général d'ailleurs, est le plus souvent positionné aux limites des pratiques sous-tendues par la logique thérapeutique. Autrement dit, il est en conséquence le plus souvent posé comme une « alternative » à cette logique – et non comme étant relatif à des pratiques et à une rationalité aussi légitimes. Plus précisément, ce service et les autres pratiques de réduction des méfaits sont très fréquemment présentés comme étant nécessaires en raison de l'incapacité de « guérir » tous les toxicomanes, que ce soit pour des raisons relatives à un manque de ressources dans le réseau ou à des taux d'échec de l'entreprise thérapeutique, notamment. De manière quelque peu différente en termes critiques, il est aussi parfois mis de l'avant que ce service est offert pour un segment de la population qui n'est pas dans un état lui permettant de commencer ou d'aller jusqu'au terme d'un traitement. Par exemple, dans le dépliant

¹⁴ « (...) l'ouverture du site d'injection supervisée a été associée de manière indépendante à une augmentation de 30% de l'usage de services de désintoxication, et ce comportement a été associé à des taux accrus d'initiation à des traitements à long terme de la toxicomanie et à une réduction de l'injection au site d'injection supervisée » <http://www.communityinsite.ca/science.html> (page consultée le 15 juin 2009, traduction de l'auteur).

de la VCH, il est précisé que « *for this population, addiction is a root cause of their health problems, but to become candidates for addiction treatment, they must first be assisted in stabilizing the basic elements of their daily life* » (VCH, 2009, p. 2). Autrement dit, si les pratiques de réduction des méfaits, dont Insite, reconduisent la légitimité de la logique et des pratiques thérapeutiques, elles en soulignent aussi constamment les limites – limites formulées en termes de ressources, d'(in)efficacité des traitements existants, ou encore en raison de « l'irréalisme » de la prémisse selon laquelle les traitements individuels peuvent être « efficaces » pour tous, peu importe leur situation personnelle ou sociale. Ainsi, tout en acceptant l'hypothèse que les pratiques de réduction des méfaits confortent la légitimité de la logique thérapeutique, il faut reconnaître que, simultanément, elles en soulignent constamment les limites. En outre le jugement prononcé autour d'Insite en 2008, comme l'énoncé en introduction le laisse voir, constitue peut-être la première fois où les logiques de « périllisation » et thérapeutique sont considérées comme étant aussi légitimes l'une que l'autre par une institution judiciaire – dans ce cas, à travers l'établissement d'une équivalence entre les substances psychotropes légales et illégales, et donc une problématisation de la distinction entre les substances qui traverse la logique prohibitionniste.

En ce qui a trait à la logique de prohibition, justement, l'hypothèse voulant qu'elle soit renforcée par les pratiques de réduction des méfaits semble être un peu moins adéquate pour décrire l'événement discursif en matière de psychotropes provoqué par ce qui s'est déroulé autour d'Insite. On peut certes dire que certains énoncés, sans clairement renforcer la logique prohibitionniste, la reconduisent en partie, de même que la légitimité des pratiques qu'elle sous-tend. Pour ne prendre qu'un exemple parmi d'autres, on lit dans un document expliquant la stratégie des quatre piliers que :

«A Framework for Action is an urgent appeal to all levels of government, the many committed non-government agencies, our law enforcement agencies, our criminal justice system, and health care professionals to rally together to develop and implement a coordinated, comprehensive framework for action that will address the problem of substance misuse in the city of Vancouver - one that balances public order and public health and is based on four pillars ; prevention, treatment, enforcement and harm reduction» (McPherson, , 2001, p. 2)¹⁵.

Mais, une reconduction, même partielle, ne signifie pas renforcement. Certes, la logique prohibitionniste est considérée dans cet énoncé comme légitime et elle y est reconduite. Mais l'«équilibre» dont il est question doit se comprendre à la lumière de la nette emphase, dans le régime actuel, sur les actions policières et juridiques permettant d'actualiser la logique prohibitionniste. Cela est d'ailleurs rendu explicite plus loin dans le même document, lorsque l'auteur fait référence à un certain changement d'orientation de l'ONU en cette matière :

«The UN itself is rethinking its approach this brings me to the comments made by Antonio Maria Costa, the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime, in Barcelona earlier this month. Mr. Costa clearly affirmed that the first principle of drug control efforts is public health and that the principle of public health within the international treaty system, “has, over time, receded from that position, overshadowed by the concern with public security and

¹⁵ « Un Cadre pour l'Action est un appel urgent à tous les niveaux de gouvernement, les nombreuses organisations non gouvernementales, nos forces de l'ordre, notre système de justice criminelle, et les professionnels de la santé de se rallier ensemble afin de développer et d'implanter un cadre pour l'action coordonnée et globale qui répondra au problème de l'usage inapproprié de substances dans la Ville de Vancouver – un cadre qui met en équilibre l'ordre public et la santé publique et qui est basé sur quatre piliers : prévention, traitement, application de la Loi et réduction des méfaits » (Traduction de l'auteur).

law enforcement actions that are necessary to ensure public security” »(McPherson, 2001, p. 2)¹⁶.

En outre, plusieurs énoncés servant à justifier Insite ou l'inclusion des pratiques de réduction des méfaits dans la stratégie des quatre piliers critiquent ouvertement la logique prohibitionniste. La citation du jugement effectuée plus haut constitue un de ces énoncés. Pourquoi, demande en somme le juge, pourrions-nous, par la force de la loi, empêcher des personnes vivant des problèmes de toxicomanie d'avoir accès à des services de santé qui peuvent leur être offerts à Insite pour la simple raison que les substances consommées sont illégales ? Certes, le juge ne remet pas en cause tous azimuts la légitimité de la distinction entre drogues légales et illégales effectuée par le législateur. Mais il critique sévèrement l'aspect disproportionné sinon « grossièrement arbitraire » de cette distinction lorsqu'elle a pour conséquence de permettre d'empêcher l'accès aux soins de santé dispensés à Insite au bénéfice d'individus qui vivent avec des toxicomanies :

« In my opinion, s. 4(1) of the CDSA, which applies to possession for every purpose without discrimination or differentiation in its effect, is arbitrary. In particular it prohibits the management of addiction and its associated risks at Insite. It treats all consumption of controlled substances, whether addictive or not, and whether by an addict or not, in the same manner. Instead of being rationally connected to a reasonable apprehension of harm, the blanket prohibition contributes to the very harm it seeks to prevent. It is inconsistent

¹⁶ « L'ONU elle-même repense son approche ; ceci m'amène aux commentaires effectués par Antonio Maria Costa, le Directeur Exécutif de l'Office des Nations Unies sur les Drogues et le Crime, à Barcelone plus tôt au cours de ce mois. Mr. Costa a clairement affirmé que le premier principe des efforts de contrôle des drogues est la santé publique et que le principe de santé publique au sein du système de traités internationaux, "a, au fil du temps, été relégué à une position inférieure, soumis à l'ombre des préoccupations pour la sécurité publique et des actions d'application de la loi qui sont nécessaires pour assurer la sécurité..." » (Traduction de l'auteur).

with the state's interest in fostering individual and community health, and preventing death and disease. That is enough to compel the conclusion that s. 4(1), as it applies to Insite, is arbitrary and not in accord with the principles of fundamental justice. If not arbitrary, then by the same analysis, s. 4(1) is grossly disproportionate or overbroad in its application » (Cour suprême de Colombie-Britannique, 2008, p. 56-57)¹⁷.

Le juge reproduit essentiellement le même argumentaire à propos de l'article 5(1) aussi contesté par les plaignants. Selon lui, en effet, ces articles de loi contribuent aux torts qu'ils cherchent à prévenir et ils sont en contradiction avec l'intérêt de l'État de promouvoir la santé individuelle et collective et de prévenir la mort et la morbidité – ils sont donc arbitraires sinon grossièrement disproportionnés ou trop généraux dans leur application. Le juge, même s'il ne se prononce que sur le rapport entre ces deux articles de la LCDAS et le service Insite, exprime ici en quelque sorte une des critiques les plus persistantes formulées à propos des pratiques prohibitionnistes et de la logique qui les anime, soit que les lois actuelles sur les drogues ont des conséquences inacceptables et injustifiables sur la santé. Il s'agit là d'une critique qui a traversé des décennies et qui, à travers le jugement de la Cour suprême de Colombie-Britannique, a été institutionnalisée sur le plan juridique au Canada.

¹⁷ « À mon avis, l'art. 4(1) de la LCDAS, qui s'applique à la possession à toutes fins sans discrimination ou différenciation quant à son effet, est arbitraire. En particulier, elle rend illégale la gestion de la toxicomanie et des risques qui lui sont corollaires à Insite. Il traite la consommation de substances contrôlées, provoquant l'addiction ou non, et par un toxicomane ou non, de la même façon. Au lieu d'être connectée de manière rationnelle à une appréhension raisonnable du tort causé, la prohibition globale contribue aux méfaits qu'elle cherche à prévenir. Il est incohérent avec les intérêts de l'État de promouvoir la santé individuelle et communautaire, et de prévenir les décès et les maladies. Ceci est suffisant pour forcer la conclusion que l'art. 4(1), tel qu'il s'applique à Insite, est arbitraire et n'est pas en accord avec les principes de la justice fondamentale. S'il n'est pas arbitraire, par la même analyse, l'art.4(1) est grossièrement disproportionné ou trop étendu dans son application » (Traduction de l'auteur).

L'argument du juge sur le caractère trop étendu et indiscriminé des lois sur les drogues peut être repéré dans plusieurs documents ayant participé plus ou moins directement à l'ouverture d'Insite. Le Service de police de Vancouver (SPV) a produit un énoncé de politique qui explique le fondement de son action d'application des lois sur les drogues et son rapport aux autres pratiques d'intervention en la matière de même que les circonstances dans lesquelles il entend désormais intervenir :

«Laws against the possession/illegal use of psychoactive substances should be enforced in circumstances where the users are engaged in behaviours that harm and/or interfere in the lawful use or enjoyment of public or private property and/or contribute to street disorder. (...) A person's behaviour or the context of the psychoactive substance abuse, rather than the actual unlawful possession of the substance, should be the primary factor in determining whether to lay a charge. Targeted behaviours are those that interfere in the lawful use and enjoyment of a given facility or location, whether private or public, or contribute to street disorder, and cause fear among citizens and the community at large» (SPV, 2001, p. 5)¹⁸.

Le SPV laisse ainsi clairement voir qu'il ne va pas intervenir dans toutes les circonstances où il peut être témoin de possession ou de trafic de substances contrôlées. Il spécifie explicitement que son action ne sera pas fondée uniquement sur le critère légal définissant l'infraction, soit d'appliquer la loi au sens strict, mais

¹⁸ « Les lois contre la possession/usage illégal de substances psychotropes devraient être mises en application dans des situations où les usagers sont engagés dans des comportements qui causent du tort et/ou interfèrent avec l'usage ou l'appréciation légitime des propriétés privées ou publiques et/ou contribuent au désordre dans les rues. (...) Le comportement d'une personne ou le contexte de l'abus de substances psychotropes, plutôt que la possession illégale de substances psychotropes elles-mêmes, devrait être le premier facteur déterminant la décision de porter une accusation criminelle. Les comportements ciblés sont ceux qui interfèrent avec l'usage et l'appréciation légitime d'un édifice ou lieu, que celui-ci soit public ou privé, ou ceux qui contribuent au désordre dans les rues, et causent de la peur parmi les citoyens et la communauté plus largement » (Traduction de l'auteur).

davantage sur le comportement de la personne et sur le contexte de la consommation, c'est-à-dire ses conséquences négatives sur la jouissance d'un lieu public ou privé ou sur le désordre ou la peur engendrés par ces gestes. L'application discrétionnaire des lois sur les drogues par les instances policières et juridiques n'est sans doute pas une nouveauté pour les observateurs attentifs de ce champ d'action gouvernemental, mais sa formalisation dans un énoncé politique effectué par un service policier est un événement assez rare.

Une problématisation sérieuse de la rationalité et du régime prohibitionnistes est par ailleurs effectuée à travers des énoncés que l'on peut retracer dans le document détaillant la stratégie des quatre piliers de Vancouver. Certains effets de la « guerre contre les drogues » à travers le monde sont d'abord soulignés. Référant à un article d'un quotidien de Vancouver, il est précisé que « *the international "war on drugs" has, unfortunately, only succeeded in increasing drug production, trafficking, corruption, and fatalities* » (McPherson, 2001, p. 7)¹⁹. De surcroît, dans une tentative d'explication de la concentration particulière du « problème de la drogue » dans le secteur Downtown Eastside de Vancouver, il est aussi expliqué que :

¹⁹ « la "guerre aux drogues" internationale a, malheureusement, seulement réussi à accroître la production de drogues, le trafic, la corruption, et les décès » (Traduction de l'auteur).

« (...) displacement as a result of enforcement initiatives in the 1970s and 1980s that had the effect of pushing street level drug dealers into the Downtown Eastside from other areas of the city, thereby increasing the concentration of these factors in this community » (McPherson, 2001, p. 8)²⁰.

²⁰ « (...) le déplacement comme résultat des efforts d'application de la loi dans les années 1970 et 1980 qui a eu pour effet de repousser les trafiquants de rue fréquentant d'autres secteurs vers le quartier DTE, provoquant ainsi un accroissement de la concentration de ces facteurs dans cette communauté » (Traduction de l'auteur).

Quels possibles ?

Quelles sont les possibles politiques que l'événement discursif autour d'Insite pourrait avoir instaurées dans le régime gouvernemental des rapports que la population du Canada entretient avec les psychotropes ? En raison des contraintes d'espace, deux seulement ont été retenues. D'abord, et à la condition évidente que les tribunaux supérieurs le reconduisent, il appert que le jugement de la Cour suprême de la Colombie-Britannique légalise en pratique les services d'injection supervisée existants, dont un autre site officiel à Vancouver et possiblement d'autres services informels, ou qui pourraient être mis en œuvre au Canada. Il est en effet difficile de voir pour quelle raison, advenant que la jurisprudence poursuive dans le même sens, et même si le jugement en question concerne en particulier Insite, un autre service semblable pourrait être jugé illégal. Dans le même ordre d'idées, il semble que d'autres programmes de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange et de distribution de seringues notamment, se trouvent de fait légalisés par une telle décision juridique alors que leur statut est toujours demeuré incertain. En effet, par raisonnement analogique, il est difficile de voir comment il pourrait être maintenant possible de conclure à l'illégalité de ces services, dont aucun ne bénéficie d'une exemption en vertu de la LCDAS, même si les usagers possèdent des substances désignées et les employés manipulent du matériel en contenant des traces. Il semble donc que, au nom de la santé publique, des pratiques de réduction des méfaits pourraient être mises en œuvre, créant de fait un état d'exception potentiellement important et permanent dans la logique prohibitionniste et le régime gouvernemental qui l'actualise. Ainsi, des espaces permanents pourraient se multiplier où des individus consommeraient légalement des drogues acquises et possédées illégalement ailleurs qu'au site de consommation. Qui plus est, cette légalisation concerne certainement *a priori* des espaces bien circonscrits, mais l'acquisition et la posses-

sion illégale de substances contrôlées doivent être postulées pour les usagers les fréquentant. Ainsi, comment les tribunaux réagiront-ils lorsqu'ils feront face à une personne accusée de trafic ou de possession de substances psychotropes présentant comme défense qu'elle se rendait au service d'injection légalisé pour consommer? Le futur de cette logique et de ce régime prohibitionnistes dépend probablement du développement de ces programmes et services et de la jurisprudence qui définira ce type de questions. Il existe de fait bien d'autres voies de développement, dont certaines sont déjà bien amorcées, pour l'actualisation de la logique de «périllisation». Toujours à Vancouver, par exemple, il s'est développé un nombre important de «services à bas seuil» qui pourraient très bien être considérés comme suivant la logique de «périllisation». La PHS (qui gère Insite avec la VCH) est d'abord une organisation qui offre des services de logement à bas seuil – c'est-à-dire des logements pour des personnes vivant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie sans leur imposer de conditions pour bénéficier du service offert.

En second lieu, il faut comprendre que l'événement discursif autour d'Insite est indissociable du développement d'une stratégie de gouvernance urbaine qui dépasse nettement la gestion des rapports aux psychotropes. En effet, la stratégie des quatre piliers dans laquelle s'inscrit Insite est elle-même posée comme un des éléments d'une stratégie plus large de «revitalisation urbaine» de certains secteurs centraux de Vancouver considérés comme dévitalisés. Cette stratégie connue sous le nom d'«Accord de Vancouver» est organisée en fonction de plusieurs objectifs, mais de manière générale, l'idée est de favoriser l'activité économique et d'améliorer le cadre de vie dans ces secteurs :

*«En vertu de l'Accord de Vancouver, les trois
paliers de gouvernement unissent leurs efforts et leurs
ressources pour mener à bien les projets et initiatives*

pour faire de la ville un lieu où il fait bon vivre et travailler, dans un climat de sécurité, de salubrité, de prospérité économique et d'épanouissement social pour tous les résidants²¹. »

La fonction spécifique de la stratégie des quatre piliers et d'Insite dans cette stratégie de revitalisation paraît clairement de résoudre les tensions entre le trafic et la consommation de drogues en public, et les activités commerciale et résidentielle. Dans le secteur du Downtown Eastside où est situé Insite en particulier, l'afflux de plus en plus important de populations aux statuts socio-économiques relativement élevés (et de toutes les activités commerciales et professionnelles développées par et pour elles) est probablement, comme l'ont proposé Kübler et Walti (2001) dans leur analyse du développement des pratiques de réduction des méfaits dans les villes de la Suisse, l'un des facteurs permettant de comprendre le développement de ces nouvelles interventions pour « assainir » l'espace public. Cette tendance à la réoccupation des espaces urbains centraux par des classes sociales plus aisées et à l'apparition de nouvelles tensions avec les populations plus marginalisées n'est pas un phénomène unique à Vancouver. Se pourrait-il alors que les autorités publiques d'autres régions urbaines en viennent, elles aussi, à critiquer la logique prohibitionniste et les pratiques qui l'actualisent, en raison de leur incapacité - voire de leur caractère contre-productif - à permettre un apaisement des tensions induites par la consommation de drogues en public? Si ce type de réponses régionales se multipliait, il se pourrait fort bien que l'on se trouve dans une situation où les lois fédérales canadiennes en matière de drogues et la logique qui les sous-tend soient pratiquement inopérantes dans ces espaces urbains où vivent déjà une large majorité de Canadiens. Cela semble être une histoire à suivre, d'autant plus que les processus d'affaiblissement des capacités d'action des autorités publiques des États-nations, par

²¹ <http://www.vancouveragreement.ca/fr/the-agreement/>
(page consultée le 10 juillet 2009).

rapport à celles des instances supranationales et régionales, sont des phénomènes qui s'accroissent et sont déjà bien documentés dans la littérature sur les politiques publiques, voir notamment Lascoumes et Le Galès (2006), et Brenner (2004). Si le discours est bien l'enchaînement de ce que l'on dit et ce que l'on fait, son ordre en matière de gestion des rapports aux psychotropes au Canada pourrait être sensiblement bouleversé.

Références

- Allor, M., Gagnon, M. (1994). *L'État de Culture*. Montréal : Groupe de recherche sur la citoyenneté culturelle, Université Concordia, 103 p.
- Angenot, M. (1989). *Mille huit cent quatre-vingt-neuf: un état du discours social*. Montréal-Longueuil : Éditions du Préambule, Collection «L'Univers des discours», 1176 p.
- Boyd, N., Kinney, J.B., McLean, C., Heidt, J., Otter, I. (2008). *Final Report. Public Order and Supervised Injection Facilities: Vancouver's SIS*. Rapport non publié.
- Brenner, N. (2004). *New State Spaces: Urban Governance and the Rescaling of Statehood*. New York : Oxford University Press, 351 p.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec, 109 p.
- Callon, M. (1980). «Struggles and negotiations to define what is problematic and what is not». [In Knorr et coll. (éditeurs) : *The Social Process of Scientific Investigation. Sociology of the Sciences* (Volume IV)] Dordrecht : Reidel.
- Callon, M. et Law, J. (1988). «La protohistoire d'un laboratoire». [In M. Callon (éditeur) : *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques*] Paris : La Découverte, p. 66-116.

- Canada. (1996). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19).
- Carrier, N., Quirion, B. (2003). «Les logiques de contrôle des drogues illicites. La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation». *Drogues, santé et société*. 2 (1), p. 1-28.
- Cour suprême de la Colombie-Britannique. (2008). *Reasons for Judgment of Judge Pitfield re PHS Community Services vs Attorney General of Canada*. 2008 BCSC 661.
- Dean, M. (1999). *Governmentality. Power and Rule in modern Society*. Londres : Sage, 240 p.
- Deleuze, G. (1988). «Foucault : historien du présent». *Le Magazine littéraire*. n° 257, septembre, texte extrait de l'intervention de G. Deleuze au colloque «Michel Foucault, philosophe», organisé du 9 au 11 janvier par l'Association pour le centre Michel-Foucault.
- Foucault, M. (1968). «Réponse à une question». *Esprit*. 371 (Mai 1968), p. 850-874.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard, 275 p.
- Foucault, M. (1977). «Entretien avec Michel Foucault». [In *Dits et Écrits*, 1994, Vol. III] Paris : Gallimard, p.140-160.
- Foucault, M. (1980). «Table ronde du 20 mai 1978». [In *Dits et Écrits*, 1994, Vol. IV] Paris : Gallimard, p. 20-34.
- Foucault, M. (1984). *Polémique, politique et problématisations*. [In *Dits et Écrits*, 1994, Vol. IV] Paris : Gallimard, p. 591-598.
- Gagnon, F. (2006). *Laissez-faire «juste assez» la circulation automobile à Montréal : généalogie d'un régime de gouvernement libéral avancé*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Hedrich, D. (2004). *European Report on Drug Consumption Rooms*. Luxembourg : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, Office for the Official Publication of the European Community, 87 p.

- Juillet, L. (2007). «Framing environmental policy: Aboriginal rights and the conservation of migratory birds». [In M. Orsini, M. Smith, (Ed.) : *Critical Policy Studies*] Vancouver : UBC Press, p. 257-278.
- Kübler, D., Walti, S. (2001). «Drug policy-making in Metropolitan areas: Urban conflicts and governance». *International Journal of Urban and Regional Research*. 25 (1), p. 35-53.
- Kerr, T., Oleson, M., Tyndal, M.W, Muntaner, J., Wood, E. (2005). «A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users». *Journal of Urban Health, Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 82 (2), p. 267-275.
- Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C. et coll. (2006). «Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility». *International Journal of Drug Policy*. 17 (5), p. 436-441.
- Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., et coll. (2007). «Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility». *American Journal of Public Health*. 97 (7), p. 1228-1230.
- Lascoumes, P., Le Galès, P. (2006). *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin, 126 p.
- McPherson, D. (2001). *A Framework For Action. A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*. Ville de Vancouver, 24 avril.
- McPherson, D. (2008). *Presentation to the Standing Committee on Health* (transcription). Ottawa.
- Milloy, M.J., Kerr, T., Tyndall, M. (2008). «Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility». *PLoS ONE*. 3 (10), p. e3351.
- Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A., Dubé, È. (2009), *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 81 p.

- O'Hare, P. (2007). «Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction». *International Journal of Drug Policy*. 18 (2), p. 141-144.
- Riley, D. (1994). «La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques». [In P. Brisson (sous la direction) : *L'usage des drogues et la toxicomanie*] Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p.129-150.
- Service de police de Vancouver (SPV). (2001). *Vancouver Police Drug Department Policy*. Document non publié, 10 p.
- Vancouver Coastal Health. (2009). *From the ground up: Vancouver's supervised injection site role in accessing treatment and care*. Dépliant explicatif, 5 p.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W. (2004). «Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users». *Canadian Medical Association Journal*. 171 (7), p. 731-734.
- Wood, E., Tyndall, M., Stoltz, J.A. (2005a). «Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility». *International Journal of Drug Policy*. 16 (4), p. 281-284.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Li, K. (2005b). «Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users?». *American Journal of Preventive Medicine*. 29 (2), p. 126-130.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Stolatz, J.-A., Calvin Lai, M.M., Montaner, J.S.G., Kerr, T. (2006a). «Attendance at supervised injection facilities and use of detoxification services». *New England Journal of Medicine*. 354 (23), p. 2512-2513.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Lai, C. (2006b). «Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime». *Substance Abuse Treatment Prevention Policy*. 1 (13).
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R. (2007). «Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users». *Addiction*. 102 (6), p. 916-919.

Comité scientifique

Le comité scientifique comprend une vingtaine de membres choisis en fonction de leur expertise dans les milieux scientifiques ou de l'intervention. Son principal mandat est de conseiller le comité de rédaction et de veiller au maintien de la qualité scientifique de la revue. Les membres peuvent également :

- Proposer le nom d'auteurs ou de réviseurs dans leur domaine ;
- Assurer la direction d'un numéro thématique ;
- Être consultés sur la politique éditoriale ;
- Donner leur opinion sur un article ou un numéro ;
- Faire des suggestions sur l'orientation de la revue ;
- Soumettre des articles pour publication.

Membres du comité scientifique

Beauchesne, Line	Université d'Ottawa, Canada
Bibeau, Gilles	Université de Montréal, Canada
Bourget, Steve	University of Texas at Austin, États-Unis
Bourgeois, Philippe	University of California, San Francisco, États-Unis
Brochu, Serge	Université de Montréal, Canada
Bruneau, Julie	Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Canada
Coloma, Carlos	Projeto VIGISUS, Brésil
da Agra, Cândido	Université de Porto, Portugal

Dongier, Maurice	Centre de recherche Hôpital Douglas, Montréal, Canada
Facy, Françoise	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris, France
Lert, France	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris, France
Macquet, Claude	Centre les Hautes-Fagnes, Belgique
Malherbes, J. F.	Université de Sherbrooke, Canada
Nadeau, Louise	Université de Montréal, Canada
Nery Filho, Antonio	Université Salvador de Bahia, Brésil
O'Loughlin, Jennifer	Université McGill, Montréal, Canada
Valleur, Marc	Centre Marmottan, Paris, France

Liste des réviseurs scientifiques pour les années 2007-2008

Voici la liste de réviseurs scientifiques qui ont participé à l'évaluation des articles soumis à *Drogues, santé et société* pour la période 2007-2008. Il est à noter que cette liste comprend les personnes ayant donné leur autorisation à la divulgation de leur nom.

Apostolidis, Themistoklis	Université de Provence, France
Badlissi, Dalal	Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Bastien, Marie-France	Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ)
Bergeron, Jacques	Université de Montréal
Berlin, Ivan	Université Paris 6, Hôpital Pitié-Salpêtrière, France
Bertrand, Karine	Université de Sherbrooke
Blais, Étienne	Université de Montréal
Blazy, Micheline	Hôpital Le Vésinet, France
Bouchard, Michel	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN)
Brown, Thomas	Pavillon Foster et Université McGill
Chanut, Florence	Université de Montréal
Cleveland, Janet	Centre universitaire de santé McGill
Cloutier, Richard	Clinique Cormier-Lafontaine
Cohen, David	Florida International University

Collishaw, Neil	Médecins pour un Canada sans fumée
Comeau, Monique	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Cousineau, Marie-Marthe	Université de Montréal
Debourg, Alain	Hôpital Le Vésinet, France
Denis, Isabelle	Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
Deschesnes, Marthe	Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec
Dionne, Clermont	Université Laval
DiTommaso, Stephen	Université de Montréal
Dodier, Nicolas	École des hautes études en sciences sociales, Paris
Dolivet, Pierre	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
Dufort, Francine	Université Laval
Durocher, Lise	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
Fernandez, Fabrice	Université de Toulouse
Fernet, Mylène	Université du Québec à Montréal
Frappier, Jean-Yves	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Université de Montréal
Gagnon, Fabien	Université Laval

Gagnon, Hélène	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Université Laval
Gendreau, Paul	Université de Montréal
Gervais, André	Direction de la santé publique – Montréal-Centre
Gilbert, Sophie	Université du Québec à Montréal (UQAM)
Godin, Gaston	Université Laval
Gofette, Jérôme	Université de Lyon, France
Guichard, Annie	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), France
Haxaire, Claudie	CESAMES, Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société, France
Iriart, Jorge	Universidade Federal da Bahia, Salvador
Joober, Ridha	Université McGill, Institut universitaire en santé mentale Douglas
Keller, Pascal-Henri	Université de Poitiers, France
Lamblin, Denis	Réseau de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (REUNISAF), île de la Réunion
Laventure, Myriam	Université de Sherbrooke
Lavoie, Vicky	Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel, Centre hospitalier universitaire de Québec

Le Breton, David	Université Marc Bloch – Strasbourg 2, France
Leblanc, Benoît	Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Lefebvre, Geneviève	Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
Leibing, Anette	Université de Montréal
Malherbe, Jean-François	Université de Sherbrooke
Manske, Steve	University of Waterloo
Ménard, Jean-Marc	Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec
Monzee, Joël	Institut du développement de l'enfant et de la famille, Université de Sherbrooke, École nationale d'administration publique
Morel, Alain	Fédération Française d'Addictologie, France
Morin, Réal	Institut national de santé publique du Québec
Nadeau, Louise	Université de Montréal
Otero, Marcelo	Université du Québec à Montréal (UQAM)
Paradis, Gilles	Institut national de santé publique du Québec
Pauzé, Robert	Université de Sherbrooke
Pilet, Jean-Luc	Service de psychologie DDEC, Nantes, France

Raynault, Marie-France	Université de Montréal
Renaud, Lise	Université du Québec à Montréal
Richard, Lucie	Université de Montréal
Robillard, Chantal	Institut universitaire en santé mentale Douglas
Rosenzweig, Michel	Université libre de Bruxelles
Rousseau, Michel	Université d'Ottawa
Royer, Ann	Université Laval
Schultz, Anette	University of Manitoba
Suissa, AmnonJacob	Université du Québec à Montréal (UQAM)
Tourjman, Smadar Valerie	Université de Montréal
Tremblay, Joël	Université du Québec à Trois-Rivières, Centre universitaire de Québec
Van Caolen, Benoît	Université de Sherbrooke
Vitaro, Frank	Université de Montréal
