



SOMMAIRE

Éditorial | 1

Le concept d'addiction : l'ASAM et la tradition biopsychosociale du québec

Partenariat | 4

Résultats de recherche | 8

La considération d'un marqueur neurobiologique : un pas vers une meilleure compréhension de la récurrence de la conduite avec capacités affaiblies

Le rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes

Nouvelles publications | 16

Nouvelles de l'équipe | 21

LE CONCEPT D'ADDICTION : L'ASAM ET LA TRADITION BIOPSYCHOSOCIALE DU QUÉBEC

MICHEL LANDRY ET SERGE BROCHU

Codirecteurs du RISQ

La plus récente définition de l'addiction que propose l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) commence comme suit : « *Addiction is a primary chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations*¹ » (ASAM, 2012). En somme, une maladie chronique du cerveau. Voilà qui à la fois nous interroge et nous inquiète.

Une définition et son adoption par une association aussi prestigieuse que l'ASAM n'est pas sans portée symbolique et sans conséquence. Les tenants d'un modèle biopsychosocial pourraient y voir les traces d'un discours réducteur et le retour d'un modèle médical un peu trop exclusif.

Nous nous interrogeons d'abord sur la pertinence de cette conception, largement redéfinie aux avancées des dernières années

dans le domaine des neurosciences, mais qui a comme ancrage les définitions successives du National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Kushner, 2010). En fait, cette dernière donne la primauté à la dimension neurobiologique de ce phénomène et lui confère une antériorité sur des « manifestations biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles » qui en seraient la conséquence.

D'autres avant nous (Kalant, 2009; Morel, 2012) ont remis en question cette façon de concevoir l'addiction comme une maladie du cerveau en mettant en garde contre le danger de confondre cause et conséquence. Comme le fait valoir justement Kalant² (2009) : « *Knowledge of these mechanisms <of brain> can tell us how the change is brought about, but not why*³ » (p. 782, les soulignés sont de l'auteur). De même, affirmer d'emblée que l'addiction est une maladie chronique nous apparaît éminemment discutabile. Nous reconnaissons assurément

le caractère chronique de la dépendance chez un grand nombre de personnes toxicomanes, particulièrement parmi celles qui demandent un traitement (voir à ce sujet : Tremblay, Bertrand, Landry & Ménard, 2010). Néanmoins, plusieurs recherches ont documenté le phénomène de la « rémission sans traitement », particulièrement en ce qui concerne la consommation d'alcool, et ont montré qu'une proportion importante des personnes présentant une consommation problématique d'alcool ou une dépendance à l'alcool parvenaient à se remettre de ce problème sans traitement (voir à ce sujet : Acier, Nadeau & Landry, 2008). Restreindre la définition de l'addiction à son caractère chronique nous apparaît limiter la compréhension que nous avons de ce phénomène et nous ramène au modèle de « maladie irréversible ». Ce modèle a été remis en question dans les années 1970 (Pattison, Sobell & Sobell, 1977) pour être remplacé par la notion de continuum allant de la consommation non

¹ « L'addiction est une maladie chronique primaire de la récompense du cerveau, de la motivation, de la mémoire et des circuits neuronaux associés. Une dysfonction de ces circuits conduit à des manifestations caractéristiques sur les plans biologique, psychologique, social et spirituel » (Notre traduction).

² Nous invitons le lecteur à lire cet article qui fait une revue détaillée des recherches des dernières années sur la recherche neurobiologique dans le domaine des addictions ainsi que sur les aspects génétiques de ce phénomène.

³ « La connaissance de ces mécanismes <du cerveau> peut nous dire comment le changement se produit, mais pas *pourquoi* » (Notre traduction).

problématique à la dépendance. Il s'agit selon nous d'un modèle qui reflète beaucoup mieux la diversité des trajectoires que peuvent emprunter les consommateurs d'alcool ou d'autres substances.

Les études psychosociales révèlent que, outre les aspects biogénétiques, les facteurs psychologiques, culturels et sociaux partagent une très grande influence sur la trajectoire de la personne en voie de développer une toxicomanie. En ce sens, les aspects biogénétiques ou neurochimiques sont en quelque sorte médiatisés par les facteurs psychosociaux. Pour s'en convaincre, le lecteur n'a qu'à parcourir l'énorme littérature scientifique, ce qui représente des centaines d'études portant sur l'importance des facteurs de risques et de protection dans le développement d'une trajectoire toxicomane. Ces études, et plus particulièrement, celles portant sur les facteurs de protection montrent bien que l'addiction ne constitue pas une fatalité génétique ou hormonale, mais plutôt un cheminement orienté par une réalité changeante (Suissa, 2009).

Au-delà de nos questions sur le bien-fondé scientifique de cette définition, nous nous inquiétons de son impact sur la vision biopsychosociale des addictions que nous avons développée au Québec depuis plus de quarante ans. À partir de 1970, l'organisation de la santé et des services sociaux au Québec (Brisson, 2000; Landry et al., 2009) a été modifiée en profondeur, ce qui a permis la création d'un réseau complet d'établissements à caractère biopsychosocial pour la

réadaptation des personnes dépendantes. En s'appuyant sur cette transformation et sur les travaux de chercheurs tels que Stanton Peele (1995) et Dollard Cormier (1984, 1988), le Québec a développé une approche résolument intégrative de la toxicomanie, tant en ce qui concerne l'organisation des services aux personnes toxicomanes que les interventions qui y étaient pratiquées. Peele et Cormier s'entendaient pour affirmer que la toxicomanie ne pouvait pas s'expliquer uniquement par des variables individuelles. Cette vision a donc permis d'élargir notre vision du concept de dépendance tout en permettant aux cliniciens d'acquérir de meilleurs outils d'intervention auprès des personnes dépendantes ou à risque de le devenir. L'intervention sortait alors du cadre rigide de la consultation dyadique pour incorporer des dimensions sociales, structurelles et culturelles. La dépendance, ou l'assuétude, conçue comme un style de vie, impliquait la prise en compte de la trajectoire sociale de l'acteur situé dans un contexte de vie propre dont les influences ne pouvaient plus être mises en doute. En somme, ce modèle proposait « la multifactorialité comme réponse à la complexité de la dépendance » (Suissa, 2009, p. 90).

En cela, cette conception de la toxicomanie comme un style d'adaptation privilégié répondant à un contexte particulier se démarquait sensiblement des approches américaines ou françaises (Plourde & Quirion, 2010). Cet héritage se caractérise par une vision intégrative qui donne une place

équilibrée et complémentaire aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales des addictions tant en ce qui concerne la compréhension du phénomène et de son évolution que des interventions à privilégier pour y faire face. Il nous apparaît que cet équilibre et cette approche intégrative sont menacés par la définition proposée par l'ASAM, tant par la place prépondérante qu'elle donne à la neurobiologie et à la génétique qu'au caractère pratiquement irréversible qu'elle lui confère. Plutôt qu'une définition qui divise, plutôt qu'une guerre de clochers, le domaine des dépendances a besoin d'une conception qui rapproche les domaines psychosociaux et biomédicaux afin de permettre aux intervenants d'agir de façon optimale à partir des données probantes.

L'ASAM peut compter sur des ressources impressionnantes tant en recherche qu'en expertise clinique et en organisation des services, ce qui lui permet de proposer des données de recherche, des guides de pratique fondés sur des données probantes et des outils élaborés selon les règles de l'art. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les centres de réadaptation en dépendance s'en inspirent de plus en plus dans l'élaboration de leurs propres normes, comme on a pu le voir, par exemple, dans la mise en œuvre des équipes de liaison dans les urgences hospitalières. Nous le voyons aussi dans le GAIN qui fait une référence systématique aux normes de l'ASAM dans l'élaboration des plans d'intervention des usagers des centres de



réadaptation en dépendance. Nous pensons qu'il faut demeurer vigilant pour que ces emprunts ne se fassent pas au détriment de ce qui a caractérisé le Québec dans son approche concernant les addictions au cours des 40 dernières années. Nous suggérons qu'une réflexion approfondie soit entreprise dans ce sens pour bien définir les enjeux associés à l'adoption d'une telle définition des addictions, tant du point de vue scientifique que de celui des orientations cliniques qu'elle peut entraîner et des avenues qu'elle ouvre aux personnes toxicomanes dans leur rétablissement.

RÉFÉRENCES

- 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, 727-734.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2012). *Definition of Addiction*. Repéré à <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction>.
- Brisson, P. (2000). Développement du champ québécois des toxicomanies au XX^e siècle. Dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (vol. III, p. 3-44). Montréal, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Cormier, D. (1984). *Toxicomanies : styles de vie*. Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Cormier, D. (1988). Une perception de la toxicomanie comme problème multivarié. Dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (vol. I, p. 171-183). Montréal, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Kalant, H. (2009). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105, 780-789.
- Kushner, H. (2010). Toward a cultural biology of addiction. *Biosocieties*, 5, 8-24.
- Landry, M., Brochu, S., Nadeau, L., Brunelle, N., Bergeron, J., Cournoyer, L.G., & Tremblay, J. (2009). Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements. *Drogues, santé et société*, 8(2), 187-232.
- Morel, A. (2012). L'addiction est bien plus qu'une maladie du cerveau ! Réaction à la définition de l'ASAM. *Le Flyer*, 46. Repéré à <http://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/travailler-ensemble-en-est-val-d-oise/prises-en-charge-des-addictions/641-laddiction-est-bien-plus-quune-maladie-du-cerveau.html>
- Pattison, E.M., Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York, NY : Springer.
- Peele, S. (1995). *Diseasing of America: How we allowed recovery zealots and the treatment industry to convince us we are out of control*. Lexington, MA/San Francisco, CA : Lexington Books/Jossey-Bass.
- Plourde, C., & Quirion, B. (2010). Trente ans d'intervention psychosociale au Québec : quatre témoins privilégiés dressent un bilan. *Drogues, santé et société*, 9(1), 7-35.
- Suissa, J.A. (2009). Du concept d'addictus au processus de dépathologisation : la richesse psychosociale du concept de dépendance de Stanton Peele. *Drogues, santé et société*, 8(2), 75-108.
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M., & Ménard, J.M. (2010). Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. Dans P. Desrosiers & J.M. Ménard (dir.), *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance* (p. 11-78). Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

CONSOMMATION ET TRAUMA

| JEAN-MARC MÉNARD¹

Le 16 février dernier avait lieu à Montréal le séminaire thématique du RISQ « Consommation et trauma » où plus de 100 participants (étudiants, intervenants, gestionnaires et chercheurs) étaient réunis. Ceux-ci ont échangé sur les connaissances actuelles ainsi que sur les pratiques en émergence en matière de détection et d'intervention chez les personnes présentant à la fois un état de stress post-traumatique (ÉSPT) et un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS), telles que l'alcool ou les drogues. Alors que l'ensemble des conférences présentées lors de cette journée sont accessibles sur le site Internet du RISQ (http://www.risqtoxico.ca/documents/Sem_2012Fev_Trauma_Progr.pdf), nous présentons dans cette rubrique un bref compte rendu de chacune d'entre elles.

TRAUMA OU CONSOMMATION – L'ŒUF OU LA POULE ?

Lors de la première conférence, Magali Dufour, professeure au programme d'études et de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, a tracé un portrait général de ce trouble concomitant. En fait, de 75 à 95 % des personnes aux prises avec une dépendance à un psychotrope ont été exposées à un événement traumatique, dont 50 % avant l'âge de 16 ans. Dans la population générale, même si la majorité des personnes ont aussi été exposées à des événements traumatisants, seulement une faible proportion (7 à 10 %) développera un état de stress post-traumatique (ESPT) en cours de vie. On reconnaît un ÉSPT à la présence des quatre critères suivants :

1. L'exposition à un trauma ;
2. La reviviscence de l'événement traumatique par des images, des cauchemars ou des *flash-back* ;
3. Des conduites d'évitement des éléments associés à l'événement traumatique ;
4. La présence de signes d'activation neurovégétative chez l'individu.

Ces symptômes doivent persister plus d'un mois, tout en étant accompagnés d'une souffrance cliniquement significative. Lors de cette conférence, la D^{re} Dufour a rappelé que des différences individuelles marquées sont observées chez les personnes exposées à un traumatisme. Ces différences reposent sur la nature des événements traumatiques rencontrés, l'histoire d'exposition aux stress imprévisibles ou chroniques, les ressources de chacun pour composer avec ces événements et autres. La présence d'ÉSPT chez les personnes en traitement pour un TUS est de 25 % à 42 % selon les études. De plus, ces personnes ont habituellement un profil plus sévère sur le plan de la consommation, des troubles mentaux, des problèmes de santé physique, du fonctionnement social et occupationnel de même que des rechutes. Cette première conférence a rappelé les différents modèles de compréhension de la coexistence fréquente entre les ÉSPT et les TUS. À titre d'exemple :

- L'automédication ou la régulation émotionnelle chez la personne qui consomme pour atténuer sa détresse psychologique, pour freiner l'émergence de souvenirs intrusifs ou l'activation neurovégétative, ou pour soutenir l'évitement des situations rappelant le trauma ;
- La consommation et son contexte qui placent davantage les personnes dans des situations qui risquent de les exposer ou de les réexposer à des événements traumatiques ;

- La consommation qui crée chez la personne en phase d'intoxication ou de sevrage un terrain fertile pour que l'exposition à des événements traumatiques se transforme en ÉSPT.

Ces différentes hypothèses mettent en perspective la multiplicité et la complexité des interactions possibles entre les deux troubles et les défis que peut représenter le traitement des individus concernés. M^{me} Dufour a par ailleurs souligné la pertinence sur le plan clinique d'explorer de façon détaillée l'évolution dans le temps de la dynamique interactive propre à chaque individu, entre les signes et les symptômes liés à l'ÉSPT et le processus de consommation. Cette exploration permet à la fois de donner un sens aux symptômes et d'orienter le traitement en conséquence.

CARTES ROUTIÈRES

La conférence présentée par le D^r David Ross, coordonnateur clinique du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel (CNTSO), Hôpital Sainte-Anne, Anciens Combattants du Canada, a illustré un arbre de décision construit autour du PC-PTSD (Primary Care PTSD Screen) (Prins et al., 2003) et des modèles de traitement parallèles ou intégrés pour les ÉSPT et les TUS. Le PC-PTSD permet un repérage efficace des usagers aux prises avec un ÉSPT à partir de quatre questions :

« Durant votre vie, avez-vous déjà vécu un événement si terrifiant, horrible ou bouleversant qu'au cours du dernier mois :

1. vous avez eu des cauchemars à propos de celui-ci ou y avez pensé sans le vouloir ?
2. vous avez fait de gros efforts pour ne plus y penser ou pour éviter des situations vous rappelant celui-ci ?

¹ Coordonnateur des services professionnels, Centre de réadaptation en dépendance, Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec.

3. vous avez été constamment sur vos gardes ou hypervigilant ou avez sursauté facilement ?
4. vous avez eu de la difficulté à ressentir des émotions ou l'impression d'être détaché des autres, de vos activités ou de votre entourage ? »

Trois réponses affirmatives à ces questions révèlent une bonne sensibilité (0,78) et spécificité (0,87) pour détecter un ÉSPT chez des anciens combattants qui consultent un médecin en première ligne (Prins et al., 2003), alors que deux réponses affirmatives indiquent une forte sensibilité (0,86) et une spécificité modérée (0,57) chez une population aux prises avec un TUS (VanDam, Ehring, Vedel, & Emmelkamp, 2010).

À travers une arborescence détaillée, les cartes routières présentées par le D^r Ross guident le clinicien dans l'analyse fonctionnelle des différentes composantes de l'ÉSPT et de ses interactions avec le processus de consommation, tout en permettant d'explorer les différentes options possibles, tant au plan des ressources de traitement accessibles dans la communauté que des stratégies d'intervention. Ces stratégies doivent favoriser le développement chez l'utilisateur de compétences clés, associées au rétablissement et pouvant agir de façon spécifique sur chacun des symptômes du trouble. De plus, le D^r Ross a insisté sur l'importance d'assurer un suivi des différents symptômes pour évaluer la réponse de l'individu au traitement et apporter lorsque requis les ajustements nécessaires. Bien que l'arborescence proposée puisse dans un premier temps apparaître complexe, elle a le mérite de formaliser et de systématiser le repérage des symptômes et l'ensemble des questions à se poser en présence de ces usagers, chose qui est souvent négligée. Pour David Ross, ne pas procéder

au repérage systémique des ÉSPT chez cette clientèle se traduit par une réponse inadéquate aux besoins des usagers et par un accroissement des abandons prématurés en traitement. Au-delà de cet arbre décisionnel, cette présentation a mis en lumière la nécessité d'accompagner et de soutenir de façon respectueuse et adaptée les personnes aux prises avec un ÉSPT et un TUS, en validant leur expérience affective, en normalisant leurs réactions symptomatiques et en nourrissant leur espoir face aux traitements dont l'efficacité a été démontrée.

Ces deux premières conférences ont donc fortement souligné l'importance de systématiser le dépistage des ÉSPT, d'explorer avec les clients les liens idiosyncratiques existant entre les deux troubles, de coconstruire avec ceux-ci le sens de leurs symptômes, de leur expliquer comment le ÉSPT et le TUS interagissent et s'auto-influencent, de normaliser leurs réactions symptomatiques, d'informer les clients au sujet des différentes modalités de traitement efficaces et accessibles, tout en partageant avec eux le pouvoir de choisir de façon éclairée une modalité de traitement qui répond à leurs attentes et qui est respectueuse de leurs craintes et de leur rythme.

SEEKING SAFETY : UN MODÈLE THÉRAPEUTIQUE INTÉGRÉ

Avec leur conférence, Hélène Simoneau et Christiane Perreault du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), ont présenté les résultats d'une étude de faisabilité réalisée auprès de six usagers en provenance du CDC-IUD et de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Cette dernière portait spécifiquement sur l'intégration d'une procédure d'exposition prolongée au programme « Seeking Safety » développé par Najavits (2002), qui vise le traitement

intégré du TUS et de l'ÉSPT. D^{re} Simoneau a présenté les composantes du programme de Najavits ainsi que la procédure d'exposition prolongée aux événements traumatiques, qui s'avère la stratégie d'intervention efficace la plus étudiée pour le traitement de l'ÉSPT. M^{me} Perreault a illustré pour sa part le déroulement détaillé du traitement pour l'un des six usagers suivis ainsi que les retombées de cette expérience de traitement pour l'utilisateur et pour elle-même comme clinicienne.

Globalement, l'expérience a été profitable pour certains sujets et s'est traduite chez ces derniers par une baisse de la consommation et une diminution des symptômes associés à l'ÉSPT. De plus, un haut niveau de satisfaction face au traitement a été rapporté, tant pour les usagers que pour les cliniciennes impliquées. Finalement, aucun cas de désorganisation lié à l'exposition prolongée n'a été observé. Ce dernier élément a permis de nuancer un doute souvent présent chez les cliniciens quant au bien-fondé d'aborder les événements traumatiques avec les clients, tout en illustrant de manière concrète une façon adéquate de le faire.

IMPLANTATION D'UN PROGRAMME... LE CHEMINEMENT D'UNE ÉQUIPE

Pour leur part, M^{mes} France Dubeau et Lynda Poirier, respectivement intervenante et directrice générale au Centre CASA, ont présenté la mise en place du programme TSO (traumatisme relié au stress opérationnel) dans leur centre, un organisme certifié en dépendance. Ce programme, mis en place en 2006, vise à répondre aux besoins des vétérans, anciens combattants, militaires et policiers de la GRC qui présentent une problématique en dépendance et un traumatisme relié au stress opérationnel. Au-delà de la description de ce

service, les réactions du personnel clinique aux TSO durant l'implantation du programme ont été abordées. Cette initiative a mis en lumière la nécessité d'un travail continu chez le personnel clinique pour tolérer et contenir les ÉSPT, pour réduire l'anxiété générée par le travail auprès de clients aux prises avec des TSO, sans pour autant perdre de vue l'individu et le traitement dans sa globalité.

MON CLIENT EST TRAUMATISÉ : AU SECOURS !

Le travail s'est poursuivi en atelier par la mise à l'épreuve des « cartes routières » élaborées par le Dr Ross à partir de quatre vignettes cliniques. Animé par Stéphane Guay² et coanimé par Magali Dufour, Lynda Poirier et David Ross, cet exercice aura permis aux participants de s'approprier davantage cet arbre de décision. Plusieurs questions ont été soulevées, tout en mettant en lumière les expériences cliniques des personnes présentes, les préjugés de certaines et les craintes des autres à l'endroit des événements traumatiques vécus par la clientèle :

- L'exploration de ces événements traumatiques est-elle indiquée chez une personne qui présente un TUS ?
- Doit-on ouvrir ou éviter le trauma ?

- Risque-t-on de provoquer des rechutes ?
- Quels sont les impacts de ces réactions traumatiques sur l'entourage de ces personnes et sur leurs enfants ?
- Comment tenir compte de ces éléments dans le traitement ?
- Comment concilier les conduites d'isolement et d'évitement chez ces personnes et l'apport significatif du soutien social dans le processus de rétablissement ?
- Les traumatismes vécus par les uns peuvent-ils contaminer l'expérience des autres ?
- Comment gérer la présentation d'expériences traumatiques à l'intérieur d'un groupe de thérapie ?
- Quels sont les impacts de l'exploration de ces traumatismes sur les cliniciens ?
- Les cliniciens peuvent-ils devenir traumatisés ? Et jusqu'où doit-on aller ? Par où commencer ? Quel est le minimum à faire ?

Ces questions ont nourri des échanges stimulants et fructueux entre les participants. Elles ont permis de mettre en perspective la nécessité d'aborder de façon plus systématique les ÉSPT chez la clientèle, d'explorer les liens entre ces symptômes et la

consommation, de créer des ponts entre les organisations et les ressources de la communauté qui se spécialisent dans le soutien et le traitement des personnes présentant des ÉSPT. Les participants ont aussi retenu qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts de recherche pour comprendre les différentes interactions entre la consommation et les ÉSPT, et ce, pour mieux adapter les services aux besoins des usagers vivant cette problématique. Il en est également ressorti qu'il faudrait accroître la sensibilité et la tolérance des cliniciens face aux ÉSPT de la clientèle et actualiser des activités de formation pour eux. À cet égard, des formations spécifiques sur ce trouble concomitant sont disponibles en ligne : <http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/course-modules/SUD.asp>.

Aussi, le Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) a présenté sur place plusieurs ouvrages de référence en la matière dont certains traduits en français. Cette liste ainsi qu'une bibliographie thématique peuvent être consultées à l'adresse suivante : http://www.risqtoxico.ca/documents/Sem_2012Fev_Trauma_Progr.pdf.

À la lumière des hésitations de certains cliniciens à aborder les ÉSPT de la clientèle, nous avons compris qu'il ne s'agissait pas uniquement d'un manque de formation en la matière, mais aussi d'une crainte réelle et fondée d'être exposé de façon répétée

² Professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal et directeur du Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

à des événements traumatiques vécus par les clients qui ne sont pas sans conséquence pour les thérapeutes (traumatismes vicariants). À cet égard, au-delà des vulnérabilités propres à chaque clinicien, les organisations ont la responsabilité de créer des conditions de pratiques favorables pour soutenir leurs cliniciens et les aider à métaboliser les résidus de ces contacts répétés avec des clients présentant des ÉSPT. Des publications récentes telles que celle de Guarino et ses collègues (2009), voir <http://www.familyhomelessness.org/media/90.pdf>, mettent à la disposition des organisations des outils pour les sensibiliser et les aider à mieux s'adapter aux besoins des clientèles aux prises avec des ÉSPT. Ces publications gagneraient à être davantage connues et diffusées. En terminant, retenons le haut niveau de participation et de satisfaction exprimé par les gens inscrits à ce séminaire thématique et souhaitons-nous de prochains séminaires tout aussi stimulants.

RÉFÉRENCES

Guarino, K., Soares, P., Konnath, K., Clervil, R., & Bassuk, E. (2009). *Trauma-Informed Organizational Toolkit*. Rockville, MD : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and the Daniels Fund, the National Child Traumatic Stress Network, and the W.K. Kellogg Foundation.

Najavits, L.M. (2002). *Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York, NY : Guilford Press. Repéré à <http://www.seekingsafety.org/3-03-06/aboutSS.html>

Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R.P., Hugelshofer, D.S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., & Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14. Repéré à <http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id26676.pdf>

VanDam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P.M. (2010). Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. *Journal of substance abuse treatment*, 39(2), 105-113.



TOURNÉE DES PARTENAIRES DU RISQ

Chaque année, le RISQ organise, en collaboration avec un centre de réadaptation en dépendance du Québec, une tournée des partenaires. Cette tournée peut prendre différentes formes : colloque, journée d'étude, présentation par visioconférence, etc. Elle vise à favoriser les rencontres entre les chercheurs et les milieux de pratique de différentes régions. On y présente des résultats de recherche des membres du RISQ et des initiatives locales reliées aux thématiques de la toxicomanie.

Avis aux centres de réadaptation en dépendance intéressés, il reste encore deux places pour l'année 2012-2013. Date limite pour les présentations : mars 2013.

Pour toute information, veuillez communiquer avec madame Lyne Desjardins, par téléphone au 514 385-3490, poste 3201, ou par courriel à l'adresse suivante : lyne.desjardins@ssss.gouv.qc.ca

LA CONSIDÉRATION D'UN MARQUEUR NEUROBIOLOGIQUE : UN PAS VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA RÉCIDIVE DE LA CONDUITE AVEC CAPACITÉS AFFAIBLIES¹

SOPHIE COUTURE²

THOMAS G. BROWN³

SERGE BROCHU⁴

CHRISTINA GIANOULAKIS⁵

JENS PRUESSNER⁶

Malgré les nombreuses améliorations du bilan routier au cours des dernières années, la récidive de la conduite avec capacités affaiblies (CCA) demeure un enjeu incontournable pour la sécurité routière. Pour bien comprendre ces conducteurs récalcitrants aux sanctions légales, les recherches ont souligné de nombreuses caractéristiques sociodémographiques (p. ex. : âge, sexe), légales (p. ex. : infractions routières), psychologiques (p. ex. : recherche de sensations, impulsivité) et comportementales (p. ex. : consommation de substances psychoactives) associées à la récidive (McMillen, Adams, Wells-Parker, Pang & Anderson, 1992). Force est de constater que les contrevenants de la CCA manifestent une variété de profils.

Il est d'avis que la diminution de la récidive de la CCA doit commencer par une meilleure connaissance des divers sous-groupes de contrevenants. Pour ce faire, des auteurs suggèrent de rassembler certaines caractéristiques des contrevenants de la CCA à l'aide d'un marqueur neurobiologique (Brown et al., 2009; Couture, Brown, & Brochu, 2010). Un tel marqueur permettrait d'indiquer un mécanisme sous-jacent à la récidive chez certains contrevenants. Parmi ces marqueurs, l'activité du cortisol a fait l'objet de diverses recherches. Brièvement, la sécrétion de cette hormone fluctue selon le rythme circadien (c.-à-d. cycle de 24 heures) et s'active lors de situations stressantes.

La littérature empirique et théorique souligne l'intérêt de ce marqueur neurobiologique pour améliorer la compréhension de la récidive de la CCA. En premier lieu, ce marqueur est associé à un ensemble de traits de personnalité désinhibiteurs (p. ex. : recherche de sensations, impulsivité, tendances antisociales) et de comportements criminels et antisociaux (p. ex. : infractions routières, arrestations criminelles) retrouvés chez les récidivistes de la CCA (Shoal, Giancola, & Kirillova, 2003). De surcroît, la faible réactivité du cortisol s'avère un potentiel marqueur du risque de rechute (p. ex. : alcool, drogue) ou de récidive (p. ex. : troubles du comportement) (Junghanns et al., 2005; van de Wiel, van Goozen, Matthys, Snoek, & van Engeland, 2004). En deuxième lieu, selon la théorie de la stimulation, les personnes sous-stimulées (p. ex. : faible activité du cortisol)

affichent une plus grande propension à l'ennui et, de ce fait, sont moins touchées par les situations stressantes ou dangereuses (van Goozen, Fairchild, & Harold, 2008). Ainsi, ils commettent des comportements antisociaux (p. ex. : vols par effraction) afin d'accroître leur stimulation (Raine, 2002). Par conséquent, l'utilisation du cortisol pour déterminer un sous-groupe de contrevenants de la CCA manifestant une faible stimulation semble une stratégie prometteuse pour renouveler notre compréhension de la récidive.

Une lignée de recherche s'est intéressée à l'utilisation du cortisol auprès des contrevenants de la CCA. Tout d'abord, Brown et ses collègues (2005) ont démontré que le cortisol est inversement corrélé au nombre de condamnations antérieures de CCA, et ce, plus fortement chez les récidivistes. Fait intéressant, la relation entre le cortisol et le nombre de condamnations pour CCA a une plus forte ampleur de l'effet comparativement aux autres caractéristiques associées à la récidive (p. ex. : la consommation d'alcool). De plus, les récidivistes réagissent moins à une situation stressante (c.-à-d. tâches mathématiques) que les participants d'un groupe contrôle (Couture et al., 2008). Ces recherches illustrent la pertinence d'utiliser le cortisol pour perfectionner la compréhension du gradient de risque menant à la répétition de la CCA. Cependant, aucune étude n'a considéré l'activité du cortisol pour déterminer un sous-groupe de contrevenants présentant une faible stimulation.

¹ Les résultats de cette étude proviennent de : Couture, S. (2012). *La détermination d'un sous-groupe de contrevenants de la conduite avec capacités affaiblies à risque élevé de récidive : l'utilité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal.

² Doctorante, Université de Montréal (École de criminologie), Programme de recherche sur les addictions, Institut universitaire en santé mentale Douglas; étudiante de 3^e cycle du RISQ, chercheuse au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU).

³ Professeur adjoint à l'Université McGill (Département de psychiatrie), Programme de recherche sur les addictions, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

⁴ Professeur titulaire, Université de Montréal (École de criminologie), vice-recteur à la recherche, codirecteur du RISQ, chercheur à l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

⁵ Professeure, Université McGill (Département de psychiatrie), chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

⁶ Professeur agrégé, Université McGill (Département de psychiatrie), chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

HYPOTHÈSE

Les récidivistes présentant une faible activité de leur cortisol auront davantage de traits de personnalité désinhibiteurs (c.-à-d. recherche de sensations, impulsivité, tendances antisociales) et de comportements criminels et antisociaux (c.-à-d. infractions routières, arrestations criminelles) que les récidivistes présentant une forte activité de leur cortisol.

MÉTHODE

Pour vérifier cette hypothèse, la présente étude a repris l'échantillon de récidivistes de la CCA provenant de l'étude de Couture et ses collègues (2008). Pour diverses raisons méthodologiques, les femmes n'ont pas été recrutées. De plus, certains participants ne remplissant pas les critères de condition physique ont dû être exclus. Avant leur rendez-vous à 11 h au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (affilié à l'Université McGill), les participants ($n=30$) ont été avisés de diverses précautions inhérentes à l'expérimentation avec le cortisol (p. ex. : ne pas boire de café, manger une heure avant le rendez-vous). Huit prélèvements de cortisol salivaire ont ensuite été recueillis à l'aide de morceaux de coton à des intervalles approximatifs de 15 minutes. Après le troisième prélèvement salivaire, les participants ont participé à une situation stressante consistant en une série de tâches mathématiques effectuées sous la pression du temps et d'une compensation financière. À la fin de la collecte du cortisol, certains questionnaires ont été distribués. La sélection d'instruments (c.-à-d. traits de personnalité désinhibiteurs : *Sensation Seeking Scale form V*, *Barratt Impulsivity Scale version 11*, *Millon Clinical Multiaxial Inventory III*; et comportements criminels et antisociaux : *Addiction Severity Index*) provient des études de Couture et ses collègues (2008) et de Brown et ses collègues (2005).

L'activité du cortisol peut être opérationnalisée selon diverses formules mathématiques. Premièrement, certaines formules s'intéressent au rythme circadien du cortisol, communément appelé le niveau de base. Pour ce faire, la surface sous la courbe (c.-à-d. *area under the curve*) relative au niveau de base est fréquemment utilisée (Pruessner, Kirschbaum, Meinlschmid & Hellhammer, 2003). Deuxièmement, la réactivité du cortisol lors de situations stressantes peut se mesurer par la surface sous la courbe relative à la réactivité ou par la différence entre les prélèvements post-stress et pré-stress. Pour chacune de ces trois formules, les récidivistes ($n=30$) ont été séparés en deux groupes égaux selon l'activité de leur cortisol. Le premier groupe réunit les récidivistes manifestant une activité plus faible de leur cortisol que la médiane de l'échantillon au complet ($n=15$). Quant à eux, les récidivistes du deuxième groupe présentent une activité plus forte de leur cortisol que la médiane de l'échantillon au complet ($n=15$). Pour les analyses statistiques, le test non paramétrique Mann-Whitney U a été utilisé pour la comparaison des groupes.

RÉSULTATS

Contrairement à l'hypothèse énoncée, les récidivistes manifestant une faible réactivité de leur cortisol, telle qu'opérationnalisée par la surface sous la courbe relative à la réactivité, ont moins d'infractions routières (Mann-Whitney $U=56,5$; $Z = -2,43$; $p=0,015$; $r^2=0,20$) et d'arrestations criminelles (Mann-Whitney $U=66,0$; $Z = -1,97$; $p=0,049$; $r^2=0,13$) que les récidivistes manifestant une forte réactivité. Aucune différence n'a été constatée avec la mesure de la surface sous la courbe relative au niveau de base ni de la différence entre les prélèvements post-stress et pré-stress.

DISCUSSION

La détermination d'un sous-groupe de récidivistes présentant une faible stimulation n'a pas permis de regrouper un ensemble de caractéristiques associées à la récidive, au contraire. Afin de mettre en lumière ces résultats surprenants, certaines hypothèses explicatives ont été développées.

L'opérationnalisation du cortisol peut être l'une des sources de divergences observées entre les résultats de l'étude et ceux de la littérature scientifique. La formule de la surface sous la courbe relative à la réactivité peut être influencée par le rythme circadien. Bref, en plus de mesurer la réactivité du cortisol lors de situation stressante, la formule de la surface sous la courbe relative à la réactivité considérerait aussi le niveau de base. Pour diminuer son influence, une nouvelle formule de la surface sous la courbe relative à la réactivité s'est limitée aux prélèvements précédents et suivants la situation stressante. Dans ce cas, les traits de personnalité désinhibiteurs (c.-à-d. recherche de sensations, impulsivité et tendances antisociales) et les comportements criminels et antisociaux (c.-à-d. infractions routières et arrestations criminelles) des récidivistes présentant une faible réactivité ou une forte réactivité ne diffèrent pas. Ainsi, la détermination d'un sous-groupe de récidivistes manifestant une faible activité de leur cortisol, mesurée selon trois formules différentes, n'a pas indiqué un profil plus problématique.

L'utilisation du cortisol pour déterminer un sous-groupe de contrevenants présentant un profil problématique ne semble pas une stratégie efficace chez les conducteurs à l'extrême du continuum de risque. En ce sens, les précédents résultats de Brown et ses collègues (2005) soulignent la plus faible variabilité de la réactivité du cortisol des récidivistes. Il semble donc préférable de ne pas réduire davantage l'activité de leur cortisol par la création de sous-groupes. À l'opposé,

certaines données préliminaires (article en préparation) soulignent l'intérêt de catégoriser les contrevenants primaires (une seule condamnation pour CCA) selon la réactivité faible ou élevée de leur cortisol. Les contrevenants primaires sont au début d'une potentielle trajectoire de récidive, ils possèdent donc une plus grande diversité de risque de récidive. De plus, ils manifestent une plus grande variabilité de la réactivité de leur cortisol (Brown et al., 2005). De la sorte, la détermination d'un sous-groupe présentant un risque élevé de récidive à l'aide du cortisol s'avère préférable chez les contrevenants au début de leur trajectoire dans le domaine de la sécurité routière.

Certaines limites méthodologiques, dont l'absence d'une plus grande diversité de conducteurs à risque (p. ex. : jeunes conducteurs) et le nombre restreint de participants, brouillent les résultats de cette étude. Néanmoins, ces résultats soulignent la pertinence d'utiliser un marqueur neurobiologique pour accroître nos connaissances sur la propension à la récidive de la CCA. Pour faire progresser cette lignée de recherche, les prochaines recherches devront sans conteste considérer l'opérationnalisation du cortisol et la population à l'étude.

RÉFÉRENCES

Brown, T. G., Gianoulakis, C., Tremblay, J., Nadeau, L., Dongier, M., Ng Ying Kin, N. M., ... Ouimet, M.C. (2005). Salivary cortisol: A predictor of convictions for driving under the influence of alcohol? *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 474-481.

Brown, T. G., Ouimet, M. C., Nadeau, L., Gianoulakis, C., Lepage, M., Tremblay, J., & Dongier, M. (2009). From the brain to bad behaviour and back again: Neurocognitive and psychobiological mechanisms of driving while impaired by alcohol. *Drug and Alcohol Review*, 28(4), 406-418.

Couture, S., Brown, T. G., & Brochu, S. (2010). Neurobiologie et trajectoire des contrevenants de l'alcool au volant : vers un modèle multidimensionnel. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 63(4), 445-468.

Couture, S., Brown, T. G., Ouimet, M. C., Gianoulakis, C., Tremblay, J., & Carbonneau, R. (2008). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to stress in male DUI recidivists. *Accident Analysis & Prevention*, 40(1), 246-253.

Junghanns, K., Tietz, U., Dibbelt, L., Kuether, M., Jurth, R., Ehrenthal, D., ... Backhaus, J. (2005). Attenuated salivary cortisol secretion under cue exposure is associated with early relapse. *Alcohol and Alcoholism*, 40(1), 80-85.

McMillen, D. L., Adams, M. S., Wells-Parker, E., Pang, M. G., & Anderson, B. J. (1992). Personality traits and behaviors of alcohol-impaired drivers: A comparison of first and multiple offenders. *Addictive Behaviors*, 17(5), 407-414.

Pruessner, J. C., Kirschbaum, C., Meinlschmid, G., & Hellhammer, D. H. (2003). Two formulas for computation of the area under the curve represent measures of total hormone concentration versus time-dependent change. *Psychoneuroendocrinology*, 28(7), 916-931.

Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 311-326.

Shoal, G. D., Giancola, P. R., & Kirillova, G. P. (2003). Salivary cortisol, personality, and aggressive behavior in adolescent boys: A 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1101-1107.

van de Wiel, N., van Goozen, S. H. M., Matthys, W., Snoek, H., & van Engeland, H. (2004). Cortisol and treatment effect in children with disruptive behavior disorders: A preliminary study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 1011-1018.

van Goozen, S. H. M., Fairchild, G., & Harold, G. T. (2008). The role of neurobiological deficits in childhood antisocial behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 17(3), 224-228.

LE RÉTABLISSEMENT DES ADOLESCENTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE EN TRAITEMENT POUR LEUR PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES¹

MAGALI DUFOUR²
KARINE BERTRAND²
NATACHA BRUNELLE³
ISABELLE BEAUDOIN⁴

La violence sexuelle vécue pendant l'enfance est une des problématiques inquiétantes de notre société. Au Québec, la prévalence des agressions sexuelles (AS) vécues durant l'enfance (0 à 17 ans) serait de 18,2 % chez les femmes et de 9,5 % chez les hommes (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006). Ces prévalences sont encore plus élevées dans des populations en traitement pour un problème de dépendance. En fait, de 45 à 75 % des femmes adultes en traitement et près du quart des hommes ont été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance (Pirard, Sharon, Kang, Angarita, & Gastfriend, 2005). Chez les jeunes, le projet DATOS révèle que 59 % des adolescentes et 39 % des adolescents avaient un historique de violence physique et/ou sexuelle avant leur admission pour le traitement de la toxicomanie (Grella & Joshi, 2003).

La victimisation sexuelle est donc considérée comme un des facteurs de risque au développement d'un problème de consommation (Duncan et al., 2008; Vaddiparti et al., 2006). Le fait d'avoir vécu une AS augmenterait de 1,5 à trois fois la probabilité de développer un problème de dépendance à l'alcool (Kilpatrick et al., 2000; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Nelson et al., 2002).

L'association entre l'histoire d'AS et les problèmes de consommation est complexe et relativement peu comprise par les chercheurs (Sartor et al., 2007; Jarvis, Copeland & Walton, 1998; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997). Plusieurs hypothèses sont présentes. Selon Cavaiola et Schiff (2000), la consommation d'alcool et de drogues serait « la première stratégie de protection pour affronter le trauma de l'agression ». En permettant à la victime de « gérer » sa colère, sa tristesse, sa honte et sa culpabilité, la consommation d'alcool et de drogues s'avérerait une façon efficace de s'« automédicamentier » (Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004; Cole & Putnam, 1992; Harrison, Fulkerson, & Beebe, 1997; Harrison, Hoffman, & Edwall, 1989; Herman, 1992). D'ailleurs, les victimes d'AS pendant l'enfance mentionnent fréquemment dans leurs récits avoir consommé afin de combattre leurs sentiments de stigmatisation et d'impuissance (Jarvis, Copeland, & Walton, 1998). De même, l'alcool permettrait aux victimes d'inceste de réprimer ou d'altérer leurs émotions négatives, de faciliter leurs rencontres sociales, d'augmenter leur estime de soi et de surmonter leurs difficultés sexuelles (Hurley, 1990).

Une deuxième théorie indique que les substances psychoactives pourraient aider les victimes à satisfaire quelques-uns de leurs besoins interpersonnels. En effet, les victimes d'AS durant l'enfance ont souvent de la difficulté à vivre une relation intime et à faire confiance aux autres. Or, l'utilisation de substances, par leur fonction de désinhibition, serait un moyen efficace, selon les victimes, de vaincre ces barrières et de créer de nouvelles amitiés (Singer, Song, & Ochberg, 1994). Par ailleurs, puisque les victimes vivent un fort sentiment de stigmatisation (Dufour & Nadeau, 2000), il est possible qu'elles soient attirées vers d'autres groupes de pairs différents, dont ceux rencontrés au sein de la sous-culture de la drogue. L'alcool et les drogues favoriseraient ainsi l'identification à des pairs déviants, dont la consommation de substances, souvent fréquente et abusive, régule les rapports sociaux au sein du groupe d'amis (Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004; Miller & Downs, 1995).

Enfin, une dernière hypothèse suggère que le lien entre l'alcool et les AS durant l'enfance s'expliquerait par le fait que la consommation d'alcool permettrait d'anesthésier la souffrance psychologique (Miller & Downs, 1995). Ce mécanisme, appelé *dissociation induite chimiquement* (Briere & Runtz, 1993), faciliterait le contrôle des symptômes intrusifs liés à l'agression, tels les cauchemars et l'insomnie. De plus, cette dissociation induite par les substances psychoactives (SPA) favoriserait l'inhibition psychologique des souvenirs de l'agression, permettant de garder ceux-ci hors de l'expérience consciente et prévenant ainsi

¹ Pour citer ce chapitre : Dufour, M., Bertrand, K., Brunelle, N., & Beaudoin, I. (2010). La relation thérapeutique et le rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes. Dans M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes*, Cifas 2009. Textes choisis (p. 116-137). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. Repéré à <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

² Professeure agrégée, Université de Sherbrooke (Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé), chercheure au RISQ, à l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) et au Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne.

³ Professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières (Département de psychoéducation), titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées, chercheure au RISQ et à l'infrastructure de recherche CDC-IUD.

⁴ Doctorante, Université de Montréal (École de criminologie), coordinatrice de recherche à l'Université de Sherbrooke, coordinatrice locale (Montréal) du programme de recherche : Trajectoires addictives et trajectoires de service : les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge (ARUC).

leur intégration dans le champ de conscience nécessaire à la guérison (Herman, 1992). Bref, quelle que soit la fonction de l'alcool et des drogues, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance semblent très vulnérables aux nombreux effets de ces substances.

Alors que cette double problématique est souvent rencontrée chez les adultes et les adolescents en traitement, relativement peu d'études se sont intéressées aux différences pouvant exister entre les victimes et les non-victimes à leur entrée en traitement ainsi qu'à leur rétablissement. En fait, les travaux sont encore plus rares chez les adolescents. De nouvelles études sont donc importantes.

La présente étude a donc deux objectifs :

1. Décrire le profil clinique d'adolescents victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance lors de leur admission en traitement et le comparer au profil des non victimes ;
2. Mesurer les progrès thérapeutiques des victimes d'agression sexuelle durant l'enfance trois et six mois après leur admission en traitement comparativement au progrès des autres jeunes non victimes.

Cette étude fait partie d'une plus large recherche réalisée auprès d'adolescents ayant un problème de consommation et suivant une thérapie dans un centre de traitement interne ou externe (Bertrand, Ménard, Richer, Lemieux, & Ledoux, 2009). Cette étude évaluative, qui repose sur un devis mixte, comporte des données longitudinales et a été menée en milieu naturel. Les données ont

été recueillies lors de trois temps de mesure différents : l'admission en traitement dans un centre de réadaptation (T0) ainsi que les suivis de trois et six mois après l'admission (T1 et T2).

L'échantillon principal est constitué de 180 participants âgés de 14 à 18 ans au T0, 135 participants au T1 et 113 participants au T2. L'âge moyen des participants est de 15,6 ans lors de leur admission en traitement et était composé à 61,1 % de garçons et 38,9 % de filles.

L'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO) (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002) a été utilisé afin de mesurer la sévérité de la dépendance, la présence d'agression sexuelle et les progrès thérapeutiques.

Les résultats de cette étude auprès d'adolescents en centre de traitement pour un problème de consommation permettent de prendre conscience du nombre important de jeunes qui ont été victimisés dans leur vie. Parmi ces jeunes, presque une jeune fille sur deux (43,5 %) et plus d'un garçon sur 20 (7,3 %) ont été agressés sexuellement dans leur vie (voir tableau 1). Ces adolescents ont aussi vécu, et plusieurs vivent encore, de la violence physique ou verbale. Au cours des 30 jours précédant leur admission en traitement, 39,1 % des filles et 12,7 % des garçons rapportent avoir vécu de la violence verbale (voir tableau 1). Ces prévalences de victimisation, toutes plus élevées que celles rencontrées dans la population générale, soulignent l'importance de tenir compte de ce passé, non seulement lors de l'évaluation,

mais aussi dans tout le processus thérapeutique (Langeland, Draijer, & van der Brink, 2004). De plus, le fort niveau de violence verbale rapporté par ces adolescents renforce la nécessité d'utiliser des stratégies d'intervention systémique où l'ensemble de la famille sera impliqué dans le rétablissement, ce qui est d'ailleurs reconnu comme une « meilleure pratique » dans le domaine (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006 ; Williams & Chang, 2000).

Par ailleurs, cette étude permet aussi de constater un profil clinique à l'admission en traitement différent pour les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance, comparativement aux non-victimes. Ainsi, même si la problématique de consommation d'alcool des victimes d'agression sexuelle ne se distingue pas de celle des non-victimes, leur consommation de drogue semble, à leurs yeux et à ceux de leur intervenant, plus problématique et nécessitant plus de soins. En fait, en cohérence avec la théorie de l'automédication (Cavaiola & Schiff, 2000 ; Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004), il est possible que ces jeunes utilisent des drogues pour anesthésier leur souffrance, pour s'intégrer à des pairs différents, mais aussi pour survivre aux situations d'agressions, particulièrement verbales, ayant toujours cours. À l'inverse, il est aussi possible que cette consommation de drogues les place dans des situations à risque, notamment sur le plan de la revictimisation sexuelle (Evans & Sullivan, 1995 ; Gladstone et al., 2004 ; Miller & Guidry, 2001), mais aussi sur le plan de la victimisation émotionnelle – les parents ne sachant trop comment aider le jeune consommateur.

TABLEAU 1 : EXPÉRIENCE DE VICTIMISATION RÉCENTE AU COURS DE LA VIE ET DANS LES TRENTE DERNIERS JOURS, SELON LE GENRE

TYPE D'AGRESSION	TOUS % (N = 180)	FILLES % (N = 90)	GARÇONS % (N = 90)	VALEUR P (FILLES VS GARÇONS)
Agression sexuelle				
À vie	21,2	43,5	7,3	≤0,001
30 jours	0,6	1,4	0	n.s.
Agression physique				
À vie	36,2	44,9	30,6	0,052
30 jours	2,8	5,7	0,9	0,079 ^a
Agression verbale				
À vie	59,8	72,5	51,8	0,006
30 jours	22,9	39,1	12,7	≤0,001

^a Test exact de Fisher

Les différences observées entre les groupes de victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et de non-victimes ne se limitent pas à la gravité perçue des problèmes de drogues. En fait, la différence majeure entre ces deux groupes se situe sur le plan de la santé mentale. Comme observé dans d'autres études (Grella & Joshi, 2003; Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Nelson et al., 2002), les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance rapportent davantage d'affects dépressifs, de comportements suicidaires, de préoccupations au niveau de leur poids, de comportements d'automutilation et de problèmes de confiance en soi. De plus, les intervenants estiment que les problèmes psychologiques des victimes sont plus sévères que ceux des non-victimes. Pour leur part, les adolescents victimes estiment qu'ils

ont un plus grand besoin d'aide. Ce portrait clinique, associé à une détresse psychologique plus importante chez les adolescents victimes, n'est pas étonnant compte tenu de l'histoire de victimisation antérieure. Cependant, l'ampleur et la diversité des symptômes de détresse psychologique observés soulignent la nécessité d'intervenir au niveau de la santé mentale lors du traitement pour toxicomanie.

Au niveau du rétablissement, tous les adolescents bénéficient du traitement en ce qui a trait au problème de drogues. En fait, malgré une gravité plus élevée selon leur intervenant, aucune différence ne semble exister entre les victimes et les non-victimes quant à la diminution du nombre de jours de consommation. Toutefois, pour tous ces adolescents, six mois plus tard, les bénéfiques

associés au traitement semblent légèrement diminuer. Les victimes d'agression sexuelle semblent donc, à court terme, se rétablir de la même façon que les autres adolescents. Cependant, ces données ne permettent pas d'observer leur trajectoire à long terme et de mesurer l'influence de l'expérience de victimisation et des problèmes de santé mentale qui n'ont pas été ciblés. Toutefois, on pourrait espérer qu'un traitement spécialisé en toxicomanie appliqué précocement lors de l'adolescence pourrait les protéger contre de futures expériences de victimisation. Les bénéfices substantiels observés au niveau de la consommation soulignent aussi l'importance de détecter les problèmes de consommation chez l'ensemble des victimes d'agression sexuelle et de les orienter vers des centres spécialisés en dépendance.

Enfin, les résultats de cette étude doivent être interprétés dans le contexte de ses limites. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'évaluer de façon plus détaillée la nature, l'intensité et la gravité des sévices sexuels, physiques et psychologiques vécus par ces adolescents. Une meilleure compréhension de leur expérience de victimisation permettrait de nuancer les résultats et de s'assurer que le groupe de non-victimes n'a jamais vécu d'agression sexuelle. Néanmoins, cette étude permet de démontrer que plusieurs adolescents en centre de traitement ont un passé de victimisation. Qui plus est, ces adolescents victimes d'agression sexuelle présentent des problèmes de consommation et de santé mentale sévères nécessitant une intervention spécialisée. Le portrait clinique différent présenté par les victimes d'agression sexuelle remet en question l'approche unique (*one size fits all*) souvent préconisée par les centres de traitement. Ces premiers résultats laissent donc présager que des services s'adressant à la victimisation et à la santé mentale doivent être intégrés aux traitements pour la toxicomanie. Ces nouveaux services devront cependant faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. Enfin, d'autres études devront aussi s'intéresser aux liens complexes entre la victimisation et les problèmes de consommation. Par ailleurs, des recherches longitudinales incluant des suivis à long terme et s'intéressant à la trajectoire de rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle qui ont aussi un problème de consommation s'avèrent également nécessaires.

RÉFÉRENCES

Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). *Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).

Bertrand, K., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Adolescents et traitement de la toxicomanie*. Rapport de recherche remis au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence, 8*(3), 312-330.

Cavaiola, A. A., & Schiff, M. M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 10*(2), 81-92.

Chen, X., Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., & Hoyt, D. R. (2004). Early sexual abuse, street adversity, and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. *Journal of Drug Issues, 34*(1), 1-22.

Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 174-184.

Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2000). Sexual Abuse: A comparison between resilient victims and drug addicted victims. *Violence and Victims, 16*(6), 655-672.

Duncan, A. E., Sartor, C. E., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Heath, A. C., Nelson, E. C., Jacob, T., & Bucholz, K. K. (2008). The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: Evidence from an offspring of twins design. *Addiction, 103*(6), 990-997.

Evans, K., & Sullivan, J. M. (1995). *Treating addicted survivors of trauma*. New York, NY : Guilford Publication.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhem, K., & Austin, M-P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1417-1425.

Grella, C. E., & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment, 8*(1), 7-18.

Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 21*(6), 529-539.

- Harrison, P. A., Hoffmann, N. G., & Edwall, G. E. (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *The International Journal of the Addictions, 24*(6), 499-514.
- Hawke, J. M., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 9*(3), 35-49.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, NY : Basic Books.
- Hurley, D. L. (1990). Incest and the development of alcoholism in adult female survivors. *Alcoholism Treatment Quarterly, 7*(2), 41-56.
- Jarvis, T. J., Copeland, J., & Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction, 93*(6), 865-875.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 19-30.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie, 24*(1), 7-13.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and experimental research, 28*(3), 441-447.
- Miller, B. A., & Downs, W. R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. Dans M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 12: women and alcoholism* (p. 81-101). New York, NY : Plenum press.
- Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and Trauma Recovery: Healing the body, mind and spirit*. New York, NY : Norton, W.W. & Company, Inc.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*(5), 753-760.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K. ... Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives General Psychiatry, 59*(2), 139-145.
- Pirard, S., Sharon, E., Kang, S., Angarita, G., & Gastfriend, D. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 78*(1), 57-64.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V.V., Nelson, E. C., Waldron, M., & Heath, A. C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 139-144.
- Singer, M. I., Song, L.-Y., & Ochberg, B. (1994). Sexual victimization and substance abuse in psychiatrically hospitalized adolescents. *Social Work Research, 18*(2), 97-103.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., & Chartrand, M.-E. (2006). Prévalence et co-occurrence des mauvais traitements envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique, 97*(2), 109-113.
- Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., Abdallah, A. B., Spitznagel, E. L., & Cottler, L. B. (2006). The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Archives of Sexual Behavior, 35*(4), 451-459.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 138-166.
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(3), 264-271.

NOUVELLES PUBLICATIONS

16

2012

BERTRAND, K., NADEAU, L., & Aranda, J.F. (2012). Femmes, toxicomanie et inadéquation sociale grave : l'intégration des services au long cours. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 131-159). Québec : Presses de l'Université Laval.

BROCHU, S., & PLOURDE, C. (2012). L'offre de services aux adultes toxicomanes sous le coup de mesures judiciaires : un jeu de murs et de ponts. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 107-130). Québec : Presses de l'Université Laval.

BRUNELLE, N., COUSINEAU, M.-M., & Ledoux, C. (2012). Toxico-justice : Où en est l'intégration des services offerts aux jeunes. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 81-106), Québec : Presses de l'Université Laval.

BRUNELLE, N., Leclerc, D., COUSINEAU, M.-M., DUFOUR, M., Gendron, A., & Martin, I. (2012). Internet gambling among youths: Severity of gambling related to substance use and delinquency. *Psychology of Addictive Behavior*. Repéré à <http://psycnet.apa.org/psycarticles/2012-04367-001.pdf>

LAFORTUNE, D. (2012). L'usage des médicaments psychotropes chez les enfants et adolescents. *Cahier de recherche et pratique de l'ordre des psychologues du Québec*, 16-19.

LAFORTUNE, D., Gagné, M.P., & Blais, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 60(1), 69-76.

LAFORTUNE, D., Meilleur, D., & Bellavance, J. (2012). Placement hors du milieu familial et usage optimal des médicaments psychotropes. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 60(1), 35-41.

LANDRY, M., BROCHU, S., & Patenaude, C. (2012). *L'intégration des services en toxicomanie*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Lavergne, C., & MORISSETTE, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool ou de drogue : ampleur, enjeux pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratiques d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p.159-197). Québec : Presses de l'Université Laval.

Maldonado Bouchard, S., Brown, T., & NADEAU, L. (2012). Decision-making capacities and affective reward anticipation in DWI recidivists compared to non-offenders: a preliminary study. *Accident Analysis and Prevention*, 45(1), 580-587.

MORISSETTE, P., Bourque, S., & Roux, M.E. (2012). L'engagement paternel dans un contexte de consommation maternelle excessive de substances psychoactives. *Revue Intervention*, 135, 61-72.

Paquin, I., PERREAULT, M., Milton, D., & Savard, P. (2012). Traitement de substitution aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert des patients stabilisés vers les soins de santé généraux. *Drogues, santé et société*, 10(1), 93-135.

PERREAULT, M., Laverdure, A., & Milton, D. (2012). *Formations croisées - Rapport d'étape du projet – 1 janvier au 31 mars 2012*, Rapport pour Santé Canada, programme de stratégie anti-drogue.

PERREAULT, M., Laverdure, A., & Milton, D. (2012). *Formations croisées - Rapport d'étape du projet – 1 octobre au 31 décembre 2011*, Rapport pour Santé Canada, programme de stratégie anti-drogue.

Perreault, N., PERREAULT, M., Denoncourt, I., & Fleury, M.J. (2012). Prévention et traitement dans le domaine des troubles concomitants en consommation et santé mentale. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p.55-79). Québec : Presses de l'Université Laval.

Richer, I., & BERGERON, J. (2012). Differentiating risky and aggressive driving: Further support of the internal validity of the Dula Dangerous Driving Index. *Accident Analysis and Prevention*, 45(1), 620-627.

SAINT-JACQUES, M., Brown, T.G., & Filion-Bilodeau, S. (2012). Qu'avons-nous appris de nos efforts d'implantation de programmes d'intervention précoce au regard de la consommation d'alcool et de drogues au Québec? *L'intervenant*, 28, 4-10.

SIMONEAU, H. (2012). Repérage systématique et intervention précoce : un maillon en émergence dans l'intégration des services en toxicomanie. Dans M. Landry, S. Brochu & C. Patenaude (dir.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 35-53). Québec : Presses de l'Université Laval.

SIMONEAU, H., COURNOYER, L.-G., Favrod-Coune, T., LANDRY, M., TREMBLAY, J., & Patenaude, C. (2012). Obstacles à l'implantation d'un programme de boire contrôlé dans le contexte organisationnel des services en dépendance. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(1), 19-37.

2011

Acier, D., NADEAU, L., & LANDRY, M. (2011). L'influence du réseau social sur la consommation pour des patients toxicomanes présentant une comorbidité psychiatrique. *Encéphale*, 37(4), 249-256.

Ally, M.A., BROCHU, S., & Blais, É. (2011). Effet de l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne sur l'environnement communautaire. *Revue canadienne de santé publique*, 102(3), 183-187.

Blouin, K., Parent, R., Leclerc, P., Blanchette, C., Alary, M., Morissette, C., ROY, É., & Claessens, C. (2011). HIV serostatus knowledge, absence of previous testing and sexual behaviours among injecting drug users. *Sex Transm Infect* A134, résumé 87.

BROCHU, S., COUSINEAU, M.-M., Provost, C., Erickson, P., & Fu, S. (2011). Quand drogues et violence se rencontrent chez les jeunes : un cocktail explosif? *Drogues, santé et société*, 9(2), 149-178.

BRUNELLE, N., LAVENTURE, M., PLOURDE, C., Boisvert, K., Gendron, A., & Ledoux, C. (2011). *Psychoactive Substance Use Among Nunatsiavut, Inuvialuit and Nunavut Youth: results of the survey. Summary Report #1: Quantitative results.* Rapport final présenté à Santé Canada, à l'organisme ITK (Inuit Tapiriit Katanami) et à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik.

BRUNELLE, N., PLOURDE, C., LAVENTURE, M., Dupont, D., Gendron, A., Bureau, K., & Lafontaine, J. (2011). *Psychoactive Substance Use Among Nunatsiavut, Inuvialuit and Nunavut Youth: results of the survey. Summary Report #2: Qualitative results.* Rapport final présenté à Santé Canada, à l'organisme ITK (Inuit Tapiriit Katanami) et à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik.

Butters, J., Harisson, L., Korf, D.J., BROCHU, S., & Erickson, P.G. (2011). The Impact of Violence on At-Risk Youth in Canada, the United States, and the Netherlands. *Victims and Offenders*, 6(4), 341-355.

Butters, J., Sheptycki, J., BROCHU, S., & Erickson, P.G. (2011). Guns and sublethal violence: A comparative study of at-risk youth in two Canadian cities. *International Criminal Justice Review*, 21(4), 402-426.

Duff, C., Asbridge, M., BROCHU, S., Hathaway, A., Marsh, D., & Erickson, P. (2011). A Canadian Perspective on Cannabis Normalization among Adults: Has all the Stigma Gone? *Addiction Research and Theory*. doi: 10.3109/16066359.2011.618957.

Lambert-Chan, M., & BROCHU, S. (2011). Des fumeurs de cannabis respectueux des normes. Entrevue avec Serge Brochu. *Les diplômés, Université de Montréal*, 421, 22-23.

LANDRY, M., BROCHU, S., & PLOURDE, C. (2011). Les vingt ans du RISQ. *L'intervenant*, 28, 4-5.

Paquette, L., BERGERON, J., & Lacourse, E. (2011). Autorégulation, pratiques sportives risquées et consommation de psychotropes chez les adolescents adeptes de sport de glisse. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(3), 133-142.

PLOURDE, C., BRUNELLE, N., & LANDRY, M. (2011). *Alcohol and drug use in Nunavik: Converging views on the future. Inuit's viewpoints and the researchers' perspective.* Québec : Presses de l'Université Laval.

ROY, É., Arruda, N., & Bourgeois, P. (2011). The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montréal: New challenges for harm reduction. *Substance Use and Misuse*.

ROY, É., Arruda, N., Vaillancourt, É., Boivin, J.-F., Morissette, C., Leclerc, P., ... Bourgeois, P. (2011). Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal. *Drug and Alcohol Review*.

ROY, É., Boivin, J.-F., & Leclerc, P. (2011). Initiation to drug injection among street youth: A gender-based analysis. *Drug Alcohol Depend*, 114(1), 49-54.

ROY, É., Godin, G., Boudreau, J.-F., Côté, P.-B., Denis, V., Haley, N., ... Boivin, J.-F. (2011). Modeling initiation into drug injection among street youth. *Journal of Drug Education*, 41(2), 119-134.

ROY, É., Richer, I., Morissette, C., Leclerc, P., Parent, R., Claessens, C., Blanchette, C., & Alary, M. (2011). Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS*, 25(15), 1897-1903.

SAINT-JACQUES, M., Brown, T.G., Filion-Bilodeau, S., Legault, L., & Topp, J. (2011). Implantation de programmes d'intervention précoce au regard de la consommation de substances psychoactives et des jeux de hasard et d'argent : Un profil québécois. *Écho-Toxico*, 21(1), 4-6.

2010

Alary, M., ROY, É., Morissette, C., Leclerc, P., Blanchette, C., & Parent, R. (2010). Changes over time in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users in the SurVUDI network, 1995-2009. *Canadian Journal of Infectious Disease & Medical Microbiology*, 21(B), 20-B.

Auger, P., Leclerc, P., Morissette, C., Tremblay, C., & ROY, É. (2010). Factors associated with regular HIV screening among people who inject drugs in Montreal. *Canadian Journal of Infectious Disease & Medical Microbiology*, 21(B), 38B.



BRUNELLE, N., & BERTRAND, K. (2010). Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologies et leviers d'intervention. *Criminologie*, 43(2), 373-399.

BRUNELLE, N., PLOURDE, C., LANDRY, M., & Gendron, A. (2010). Regards de Nunavimmiuts sur les raisons de la consommation et ses effets. *Criminologie*, 42(2), 9-29.

COURNOYER, L.-G., SIMONEAU, H., LANDRY, M., TREMBLAY, J., & Patenaude, C. (2010). Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, (FQRSC #2008-TO-120890), 229.

COURNOYER, L. G., SIMONEAU, H., LANDRY, M., & TREMBLAY, J. (2010). Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+ : faits saillants. *Drogues, santé et société*, 9(2), 75-114.

Gauthier, B., BERTRAND, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles et Générations*, 13, 129-150.

Kolla, G., Balian, R., Altenberg, J., Silver, R., ROY, É., Hunt, N., Millson, P., & Strike, C. F. (2010). Helping to give a first hit - A qualitative study exploring initiation to injection drug use. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*, 21(B), 89B.

Martin, S., Nelson, C., McGuire, M., Tarasuk, J., Ogunnaike-Cooke, S., Alary, M., Callaghan, R., Fyfe, M., Hennink, M., Leclerc, P., Milson, P., Morissette, C., Palmantier, E., ROY, É., Singh, A., Snelling, S., & Archibald, CP. (2010). People who inject drugs: A profile of those who have been tested for HIV VS. those who have not: Results from a national enhanced HIV surveillance system. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*, 21(B), 67B.

MORISSETTE, P., Chouinard-Thompson, A., Rondeau, G., & Devault, A. (2010). Patterns of Substance-Abusing Mothers: Key Factors in Ensuring the Children Safety and Well-Being. Dans P. Morissette & M. Venne (dir.), *Parenting and Substance Misuse: A Multidisciplinary Challenge*. Montréal : Éditions CHUM.

MORISSETTE, P., & Dedobbeleer, N. (2010). *The use of Prescribed Psychotropic Drugs by Working Women. Responding to the Oppression of Addiction: Canadian Social Work Perspective*. R. C. a. B. R. (Eds). Toronto : Canadian Scholar's Press Inc.

MORISSETTE, P., Devault, A., & Bourque, S. (2010). La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues. *Enfance, Famille et Générations*, 11, 1-24.

MORISSETTE, P., & Venne, M. (2010). A Theoretical Model for Assessing and Working with Substance-Abusing Mothers. Dans P. Morissette & M. Venne (dir.), *Parenting and Substance Misuse: A Multidisciplinary Challenge*. Montréal : Éditions CHUM.

MORISSETTE, P., & Venne, M. (2010). *Parenting and Substance Misuse: A Multidisciplinary Challenge*. Montréal : Éditions du CHUM.

Nelson, C., Martin, S., Tarasuk, J., Ogunnaike-Cooke, S., Fyfe, M., Hennink, M., Leclerc, P., Alary, M., Morissette, C., ROY, É., Singh, A., Milson, M., Snelling, S., Callahan, R., Palmantier, E., & Archibald, C. (2010). A sex-based profile of using/lending used injection equipment: Results from a national enhanced HIV surveillance system. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*, 21(B), 67B.

Paradis, C., DEMERS, A., NADEAU, L., & Picard, É. (2010). Parenthood, alcohol intake and drinking contexts: occasio furem facit. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 259-269.

PERREAULT, M., Laverdure, A., & Milton, D. (2010). *Formations croisées – Rapport d'étape du projet – 1 janvier 2010 au 31 mars 2010*. Rapport pour Santé Canada, programme de stratégie anti-drogue.

PERREAULT, M., Laverdure, A., & Milton, D. (2010). *Programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie 2003-2010 – Résumé du programme et des activités*. Rapport pour diffusion.

PLOURDE, C., & Quirion, B. (2010). Trente ans d'intervention psychosociale au Québec. Quatre témoins privilégiés dressent un bilan. *Drogues, santé et société*, 9(1), 7-35.

Strike, C., Kolla, G., Balian, R., Altenberg, J., Silver, RB., Buron, K., Lester, B., ROY, É., Hunt, N., & Millson, M. (2010). HIV prevention intervention targets – Injection initiation and modeling behaviour. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*, 21(B), 88B.

TREMBLAY, J., & Blanchette-Martin, N. (2010). *Manuel d'utilisation de DÉBA-Alcool/ Drogues/Jeu. Version adaptée pour le programme de formation en dépendance pour les CSSS.* Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Venne, M., & MORISSETTE, P. (2010). The Difficult Transition from Drug Addiction to Motherhood. Dans P. Morissette & M. Venne (dir.), *Parenting and Substance Misuse: A Multidisciplinary Challenge.* Montréal : Éditions CHUM.

LIVRES PUBLIÉS

L'intégration des services en toxicomanie

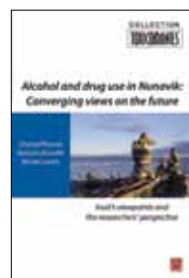


Cet ouvrage collectif dirigé par Michel Landry (CDC-IUD), Serge Brochu (Université de Montréal) et Catherine Patenaude (Université de Montréal) est paru en février 2012 aux Presses de l'Université Laval (PUL). Le livre traite de la question de

différents angles, que ce soit de la collaboration entre différents réseaux de services (1^{re} et 2^e ligne, toxicomanie, santé mentale et justice) ou de l'intégration des services offerts à différentes populations (jeunes, femmes, travailleurs, etc.). Il comprend dix chapitres rédigés par 28 auteurs québécois et européens issus des milieux tant universitaires qu'institutionnels.

Alcohol and drug use in Nunavik: Converging views on the future

Chantal Plourde, Natacha Brunelle, Michel Landry



This book focuses mainly on the views of Quebec's Inuit regarding a situation that affects and concerns them, that they have something to say about and for which they have solutions to propose. Following a request from Inuit communities in Nunavik, a study financed by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) was conducted between 2003 and 2006 on psychoactive substance use among Inuit youths and their families in four Inuit communities in Quebec, Canada. The study used a mixed methodology, combining qualitative and quantitative approaches. Despite its major limitation of being written in Inuit's second language, the book provides global, public access to all the accounts collected in the qualitative interviews conducted during this study. Although

it does not observe Inuit oral tradition, we believe that this book presents an extremely interesting look at a set of culturally adapted solutions proposed by Inuit themselves to deal with the problems they face regarding substance use. It is from this positive, solution driven perspective that we want this book to be viewed.

Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques

Louise Nadeau et Michel Landry

Publié aux Presses de l'Université Laval, ce livre cherche à répondre à une préoccupation prédominante des intervenants en dépendance et en santé mentale depuis plus de 25 ans au Québec : comment intervenir auprès des personnes qui présentent des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale.

Cette monographie fait état des travaux menés depuis 15 ans pour mieux comprendre les interactions entre les troubles de santé mentale et la toxicomanie, de même, que les pistes d'intervention qui en découlent. Le document présente également un état des connaissances les plus récentes sur la question et une perspective canadienne sur les divers modèles susceptibles de favoriser l'intégration des services à offrir dans ce domaine.

Les trois livres sont disponibles sur le site Web des PUL : <http://www.pulaval.com/>

NOUVELLES PUBLICATIONS

20



twitter

La plupart des publications des chercheurs du RISQ sont accessibles au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT). Pour en savoir plus, consultez le site Web : www.centredollardcormier.qc.ca/cqdt. De plus, le CQDT met en ligne un blogue où l'on retrouve des billets sur les dépendances et de l'information sur les nouvelles publications. Vous pouvez vous inscrire à l'adresse suivante : <http://cqdt.wordpress.com/>. Vous pouvez également suivre le CQDT sur Twitter sous le pseudonyme @CQDTox.

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ



† Vol. 10, n° 1 :
Les usagers des opioïdes : expériences, traitement de la dépendance et insertion sociale

† Disponible en ligne :
www.drogues-sante-societe.org

Titre des articles

- Ritualisations et processus identitaires chez des usagers et ex-usagers d'héroïne (Peretti, P.)
- Les effets indésirables des médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance aux opioïdes (Lauzon, P.)
- Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux (Paquin, I., Perreault, M., Milton, D., Savard, P.)

- Incertitude et flexibilité dans le traitement de substitution aux opioïdes en Belgique (Wallonie) : bilan d'une recherche-action (Alexandre, S.)
- De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes (Tremblay, M., Olivet, F.)
- L'insertion socioprofessionnelle des personnes ex-toxicomanes au Liban : perceptions, réalité et défis (Matta, H., Hazaz, M.)

À paraître en 2012

† Numéro non thématique

† Drogues et création
(Sous la direction de Joseph Josy Lévy)

La question des drogues occupe une place importante dans les préoccupations contemporaines, notamment dans le champ socio-culturel comme la création littéraire et artistique (romans, cinéma, musique, peinture, affiches, médias, etc.). En plus de servir de thèmes alimentant scénarios et productions, les références aux substances psychotropes nourrissent l'imaginaire des auteurs, lecteurs, auditeurs et cinéphiles. Ce numéro permettra d'explorer la création artistique et littéraire, les rapports entre création et drogues et les représentations que ces dernières suscitent, et ce, afin de mieux comprendre les problématiques associées aux drogues.

NOUVELLES DE L'ÉQUIPE

TABLEAU D'HONNEUR

Toutes nos félicitations!

AUX CHERCHEURS QUI ONT OBTENU UNE SUBVENTION OU UNE COMMANDITE

Jacques Bergeron

PROJET : Rôle des parents, influence des pairs et consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes conducteurs

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : CAA-Québec

Karine Bertrand

PROJET : Trouble sévère de la régulation de l'humeur, risque suicidaire et consommation de substances chez les jeunes

CHERCHEUR PRINCIPAL : Jean-Marc Guillé
CHERCHEURE ASSOCIÉE : Johanne Renaud
ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

PROJET : Évaluation de l'implantation du programme Adrenaline

CHERCHEURES ASSOCIÉES : Natacha Brunelle et Myriam Laventure
ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Fonds de la recherche québécoise sur la société et la culture (FRQSC)

Karine Bertrand et Élise Roy

PROJET : Prévenir le passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue en agissant sur leur consommation de substance. Phase 1

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) – Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement

Natacha Brunelle

PROJET : Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires d'usage de drogues et les problématiques associées (Renouvellement 2011-2016)

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH)

PROJET : Évaluation du programme Vire au Vert destiné aux adolescents du CSSS Drummond présentant un problème de consommation d'alcool ou de drogue en émergence (feu jaune)

CHERCHEURES ASSOCIÉES : Karine Bertrand et Myriam Laventure

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Ville de Québec)

Denis Lafortune

PROJET : Les soins partagés en santé mentale jeunesse

CHERCHEURE PRINCIPALE : Cécile Rousseau
CHERCHEURS ASSOCIÉS : 9 chercheurs associés

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)

Myriam Laventure

PROJET : Évaluation d'implantation du programme de prévention Système « D » dans quatre écoles primaires des communautés innues du Québec

ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Louise Nadeau

PROJET : Mécanismes multidimensionnels de la conduite à haut risque

CHERCHEUR PRINCIPAL : Thomas G. Brown
CHERCHEURS ASSOCIÉS : Antoine Bechara, Marie-Claude Ouimet et Jens C. Pruessner
ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC)

PROJET : Improving administrative assessment of risk and decision making for driving while impaired recidivism

CHERCHEUR PRINCIPAL : Thomas G. Brown
CHERCHEURS ASSOCIÉS : Geneviève Gariépy, Marie-Claude Ouimet, Norbert Schmitz
ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Chantal Plourde

PROJET : Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec : évaluation d'implantation

CHERCHEUR ASSOCIÉ : Serge Brochu
ORGANISME SUBVENTIONNAIRE : Ministère de la Justice du Québec

AUX CHERCHEURS QUI SE SONT ILLUSTRÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE

Magali Dufour et **Karine Bertrand**, chercheuses membres au RISQ et à l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, deviennent professeures agrégées aux programmes d'études et de recherche en toxicomanie, de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke.

NOUVELLES DE L'ÉQUIPE

22

Chantal Plourde, directrice du Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheure membre du RISQ, devient professeure titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Michel Landry a reçu le prix hommage 2011 de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) pour sa contribution exceptionnelle à l'avancement des connaissances, à l'amélioration des pratiques et au développement des services offerts à la clientèle aux prises avec un problème de dépendance.

Un article de **Serge Brochu** (coauteur) est finaliste pour le prix Richard J. Terrill reconnaissant la meilleure publication de l'année 2011 dans *International Criminal Justice Review* : Butters, J.E., Sheptycki, J., Brochu, S., Erickson, P.G. (2011) Guns and sub-lethal violence: A comparative study of at-risk youth in two Canadian cities.

Serge Brochu, codirecteur du RISQ et professeur titulaire de l'École de criminologie de l'Université de Montréal, auparavant président de la Commission scientifique, a été élu président de la Société Internationale de Criminologie. Il s'agit d'une organisation non gouvernementale dont le but est de promouvoir les activités et les recherches afin de favoriser une meilleure compréhension du phénomène de la criminalité à l'échelle internationale.

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT OBTENU UN SOUTIEN FINANCIER DU RISQ POUR LA TRADUCTION OU LA RÉVISION D'UN ARTICLE SCIENTIFIQUE

Annie Gendron

TITRE DE L'ARTICLE : How does the severity of substance use influence the relationship between psychological variables and gambling

NIVEAU D'ÉTUDES : Doctorat

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Natacha Brunelle

CODIRECTRICE D'ÉTUDES : Danielle Leclerc

Pascale-Audrey Moriconi

TITRE DE L'ARTICLE : Demographic, psychosocial and health-related factors are more strongly related to subjective health than alcohol consumption among older adults

NIVEAU D'ÉTUDES : Doctorat

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Louise Nadeau

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT OBTENU UN SOUTIEN FINANCIER DU RISQ POUR UNE PRÉSENTATION LORS D'UNE TOURNÉE DES PARTENAIRES DU RISQ

Amélie Couvrette

TITRE DE LA PRÉSENTATION : L'influence de la maternité des femmes judiciairisées sur leur trajectoire drogue/crime. Tournée des partenaires – Shawinigan 2011

NIVEAU D'ÉTUDES : Doctorat

DIRECTEURS D'ÉTUDES : Serge Brochu et Chantal Plourde

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT OBTENU UN SOUTIEN FINANCIER DU RISQ POUR UNE FORMATION

Amélie Couvrette

TITRE DE LA FORMATION : Atelier de la théorisation ancrée

NIVEAU D'ÉTUDES : Doctorat

DIRECTEURS D'ÉTUDES : Serge Brochu et Chantal Plourde

BOURSE POSTDOCTORALE DU RISQ

Nadia L'Espérance

PROJET D'ÉTUDE : Jeunes femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de psychotropes et à risque de négligence parentale : améliorer l'intégration des services et mieux comprendre leur processus de rétablissement

DIRECTEURS D'ÉTUDES : Karine Bertrand et Michel Perreault

Madame L'Espérance a également reçu une bourse complémentaire de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) pour ce projet.

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT DÉPOSÉ ET TERMINÉ LEUR MÉMOIRE DE MAÎTRISE

Marie-Lou Audet

TITRE : Les meilleures pratiques en prévention de la toxicomanie : point de vue des adolescents

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Myriam Laventure

Krystel Boisvert

TITRE : Évaluation des compétences parentales de mères toxicomanes

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Myriam Laventure

Kévin Bureau

TITRE : Processus d'acculturation chez des communautés inuites du Canada

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Natacha Brunelle

CODIRECTRICE D'ÉTUDES : Chantal Plourde

Daniela Gonzalez-Silicia

TITRE : La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Louise Nadeau

Amélie Gormley

TITRE : Intervenir auprès d'adultes dépendant à l'alcool ou aux drogues ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes : point de vue de l'usager et de l'intervenant

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Myriam Laventure

Julie Langlois

TITRE : Conduites à risque, consommation de substances psychoactives, processus d'attention

DIRECTEUR D'ÉTUDES : Jacques Bergeron

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT DÉPOSÉ ET TERMINÉ LEUR THÈSE DE DOCTORAT

Sophie Couture

TITRE : La détermination d'un sous-groupe de contrevenants de la conduite avec capacités affaiblies à risque élevé de récidive : l'utilité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien

DIRECTEUR D'ÉTUDES : Serge Brochu

CODIRECTEUR D'ÉTUDES : Tom G. Brown

Benoit Gauthier

TITRE : Intervention auprès des familles d'adolescents toxicomanes : recension des écrits

DIRECTEUR D'ÉTUDES : Pierre Nolin

CODIRECTRICE D'ÉTUDES : Karine Bertrand

Annie Gendron

TITRE : Influence de la sévérité de la consommation de substances psychoactives, de la détresse psychologique et de l'impulsivité sur la sévérité des habitudes de jeux de hasard et d'argent à l'adolescence

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Natacha Brunelle

CODIRECTRICE D'ÉTUDES : Danielle Leclerc

Pascale-Audrey Moriconi

TITRE : La consommation d'alcool chez les 55 ans et plus : déterminants, contextes et conséquences

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Louise Nadeau

CODIRECTRICE D'ÉTUDES : Andrée Demers

AUX ÉTUDIANTS QUI ONT TERMINÉ LEUR STAGE POSTDOCTORAL

Isabelle Richer

TITRE : Étude du lien entre conduites suicidaires et surdoses chez les jeunes de la rue

DIRECTRICE D'ÉTUDES : Élise Roy

SOUTIEN FINANCIER DISPONIBLE POUR LES ÉTUDIANTS DU RISQ

Le RISQ offre différents types de soutien financier dans le but d'encourager les étudiants dans leur projet d'études. Date limite : 1^{er} mars 2013

- **Rédaction d'articles scientifiques** : pour les étudiants de maîtrise et de doctorat en cours de scolarité ou diplômés depuis moins d'un an ou pour les stagiaires postdoctoraux
- **Traduction ou révision** d'un ouvrage scientifique : pour les étudiants de maîtrise et de doctorat en cours de scolarité ou diplômés depuis moins d'un an ou pour les stagiaires postdoctoraux
- Présentation dans un **colloque international** : pour les étudiants de doctorat en cours de scolarité ou pour les stagiaires postdoctoraux



NOUVELLES DE L'ÉQUIPE

24

- Présentation lors de la **tournée des partenaires** du RISQ : pour les étudiants de doctorat ou pour les stagiaires postdoctoraux
- Activités de **formation spécialisée** : pour les étudiants de maîtrise et de doctorat ou pour les stagiaires postdoctoraux

Il est important de préciser que certains types de soutien peuvent se cumuler (par exemple, soutien pour la rédaction d'un article puis soutien pour la traduction du même article).

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web, au www.risqtoxico.ca sous l'onglet *Soutien aux membres*.

NOUVEAUX VENUS

Le RISQ souhaite la bienvenue à **Brigitte Moreault**, représentante de l'Association des centres jeunesse du Québec.

DÉPARTS

Suzanne Brisette, professeure agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Pauline Morissette, professeure titulaire, retraitée de l'École de service social de l'Université de Montréal.

ACTIVITÉS À VENIR

- **15 novembre 2012** : Tournée des partenaires à Laval « Parentalité et dépendances »
- **Février 2013** : Séminaire thématique « Toxicomanie et traitement sous contrainte »

Des détails sur ces événements seront bientôt disponibles sur le site Internet du RISQ www.risqtoxico.ca.

ACTIVITÉS À VENIR DANS LE CADRE DU PROJET ARUC – TRAJECTOIRES ADDICTIVES ET TRAJECTOIRES DE SERVICE

- **Octobre 2012** :
Présentation des résultats préliminaires de l'axe 1
- **Printemps 2013** :
Journées de discussion et de mise en réseaux au Québec
Mission européenne

Pour des informations sur le projet ARUC, voir le site Web du RISQ www.risqtoxico.ca, à partir de l'encadré « Accès rapide » pour un lien vers la page de l'ARUC.

PROJET DE LIVRE

Un projet d'ouvrage collectif, sous la coordination de Chantal Plourde (Université de Québec à Trois-Rivières), Myriam Laventure (Université de Sherbrooke), Michel Landry (CDC-IUD) et Catherine Arseneault (doctrante en psychoéducation, UQTR), en collaboration avec l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) verra le jour au cours des prochains mois.

L'objectif poursuivi est de recenser, valoriser et diffuser les nouvelles pratiques visant à améliorer l'efficacité des interventions auprès des adultes dépendants ou à risque de le devenir, pratiques bien souvent méconnues des acteurs.

LES 20 ANS DU RISQ : UN FRANC SUCCÈS !



Cette année de festivités scientifiques et sociales pour célébrer le 20^e anniversaire d'existence du RISQ a permis de réunir les membres du RISQ, les partenaires et les anciens membres. En particulier, plusieurs activités ont entouré le séminaire thématique tandis qu'un lancement d'ouvrage scientifique et un souper retrouvailles se sont déroulés le 16 février dernier.

Après toutes ces festivités, il ne nous reste qu'à nous remémorer cette journée en parcourant quelques photos triées sur le volet. Pour les nostalgiques, nous vous présentons quelques photos souvenirs d'activités scientifiques.



Michaël Gillet, ancien étudiant et ancien professionnel de recherche et Pascal Schneeberger, ancien professionnel de recherche – Février 2012



Serge Brochu, Madeleine Roy, présidente d'honneur et Michel Landry – Février 2012



Lancement des ouvrages scientifiques, Serge Brochu, directeur du RISQ – Février 2012



Marie-France Bastien, ancienne coordonnatrice du RISQ, Serge Brochu, directeur du RISQ, Louise Guyon, ancienne coordonnatrice du RISQ, Lyne Desjardins, coordonnatrice du RISQ – Février 2012



Jacques Bergeron, chercheur membre du RISQ, Solange Major, ancienne étudiante du RISQ, Natacha Brunelle, ancienne étudiante du RISQ et chercheuse membre du RISQ – Février 2012



France Fortin, Corinne Denis-Masse et Véronique Landry, anciennes membres de l'équipe permanente du RISQ, Céline Gadoua, partenaire du RISQ – Février 2012



Souper Retrouvailles – Février 2012



États généraux – Février 2005



Michel Perreault et Louise Nadeau, chercheurs membres du RISQ, Pierre Desrosiers, partenaire du RISQ – Février 2012



Tournée des partenaires du RISQ à Québec – Avril 2008



Stéphane Guay et Magali Dufour, conférenciers au séminaire, Céline Mercier, ancienne membre chercheure du RISQ, Joël Tremblay, chercheur membre du RISQ – Février 2012



Colloque d'équipe du RISQ – Novembre 2006



Colloque d'équipe du RISQ – Décembre 2007

REMERCIEMENT AUX MEMBRES DU COMITÉ ORGANISATEUR ET AUX COLLABORATEURS À LA JOURNÉE DU 16 FÉVRIER

Les activités soulignant les 20 ans du RISQ ont eu lieu grâce au dynamisme des personnes qui ont composé le comité organisateur et de celles qui se sont jointes à la journée du 16 février pour en faire un succès. Je suis certain que les anciens et actuels membres du RISQ, nos partenaires et les participants ont su apprécier les efforts mis en place pour vivre de tels événements.

Le succès d'une telle programmation a été salué parce que nous avons collectivement réussi à recréer cette belle ambiance chaleureuse qui nous distingue, grâce à la longue et minutieuse préparation qu'elle a suscitée. Un 20^e anniversaire ne peut être possible sans l'implication de plusieurs personnes très précieuses. Vos idées, votre enthousiasme, votre disponibilité et votre désir de faire de cet anniversaire un moment inoubliable et rempli de souvenirs furent fort appréciés de la direction du RISQ.

En mon nom personnel, au nom de Michel Landry et Chantal PLOURDE, je tiens à vous remercier chaleureusement de votre implication à ce 20^e anniversaire.

Ce fut un franc succès !
Maintenant, cap vers l'avenir !

Serge Brochu, directeur du RISQ
Chantal PLOURDE, codirectrice intérimaire (2010-2012)
Michel Landry, codirecteur

SÉMINAIRE THÉMATIQUE DU RISQ

28

TOXICOMANIE ET TRAITEMENT SOUS CONTRAINTE

Avec l'arrivée prochaine du programme de traitement en toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ), ce séminaire permettra aux participants d'approfondir et de discuter du traitement sous contrainte et du recours à la thérapie pour la détermination de la peine. En plus d'aborder l'implantation du PTTCQ, les échanges porteront sur l'évolution du traitement sous contrainte, sur la réalité des intervenants dans ce contexte et sur les tribunaux de traitement en toxicomanie au Canada.

Ce rendez-vous s'adresse à tous les représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau judiciaire, des étudiants, des chercheurs et à tous ceux pour qui la thématique suscite un intérêt.

Le programme de l'événement et les modalités d'inscription seront bientôt disponibles en ligne sur www.risqtoxico.ca.

DÉJÀ PLUSIEURS CONFÉRENCIERS SONT CONFIRMÉS

- **Karine Bertrand,**
Université de Sherbrooke
- **Natacha Brunelle,**
Université du Québec à Trois-Rivières
- **Serge Brochu,**
Université de Montréal
- **L'honorable Élisabeth Corte,**
juge en chef, Cour du Québec
- **L'honorable Danielle Côté,**
juge en chef adjointe,
Chambre criminelle et pénale
- **L'honorable Claude C. Boulanger,**
juge en chef adjoint,
Chambre de la jeunesse
- **Linda Desnoyers,**
Service correctionnel du Québec
- **Kareen Goupil,**
Ministère de la Sécurité publique
- **M^e Anne-Marie Omann,**
procureure de la Couronne
- **Chantal Plourde,**
Université du Québec à Trois-Rivières
- **Bastien Quirion,**
Université d'Ottawa
- ... et autres conférenciers à confirmer

| 21 FÉVRIER 2013 | AU CENTRE DE CONGRÈS DE ROSEMONT |

POUR NOUS JOINDRE

950, rue de Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8 | Tél. : 514 385-3490, poste 3112 | Téléc. : 514 385-4685 |

Courriel : france.fortin@ssss.gouv.qc.ca | www.risqtoxico.ca