

RISQ-INFO

Le journal semestriel du groupe

RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES – QUÉBEC

JUIN 2002

Volume 10, numéro 1

L'éthique et la recherche

Michel Landry, directeur

L'éthique de la recherche a occupé une place majeure dans les préoccupations du RISQ et du CIRASST au cours des deux dernières années. La multiplication des activités de recherche en partenariat a soulevé un ensemble de questions à cet égard : Est-ce que les droits des usagers sont adéquatement protégés en ce qui concerne la confidentialité des données, le consentement libre et éclairé? Est-ce que les activités de recherche interfèrent avec les services cliniques? Quelle est l'indépendance des chercheurs à l'égard des centres où ont lieu les recherches? C'est pour discuter de ces questions que le CIRASST a invité un expert reconnu dans le domaine de l'éthique de la recherche : M. Hubert Doucet, éthicien de profession et professeur à l'Université de Montréal. Si les questions soulevées plus haut n'ont pas été directement abordées au cours de cette conférence, M. Doucet, grâce à la perspective historique qu'il a adoptée, a mis en évidence les nombreux enjeux qui ont présidé à la création des comités d'éthique de la recherche dans le domaine biomédical et fait ressortir l'intérêt plus tardif de la recherche sociale pour cette discipline. Il y a donc une réflexion importante à faire pour se l'approprier et définir les normes développées dans le domaine biomédical qui s'appliquent dans notre champ.

Par ailleurs, le *Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)* était créé en avril 2001 en réponse à la nouvelle politique du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'éthique de la recherche dans les établissements du réseau. Dorénavant, les conseils d'administration de tous les établissements relevant du MSSS doivent désigner un comité d'éthique chargé de faire l'examen des projets de recherche qui s'y déroulent. Les centres de réadaptation en toxicomanie du Québec ont décidé de confier cette responsabilité à un comité commun : le CERT. Après un an seulement d'existence, on peut constater les nombreuses améliorations (impliquant aussi des contraintes) suscitées par

Suite page 8

La recherche en partenariat plus, qu'une mode passagère

Serge Brochu, directeur scientifique

Le partenariat institué autour du RISQ compte maintenant 10 ans ; une décennie de collaboration entre les chercheurs et les milieux d'intervention. Cette collaboration a permis d'élaborer des projets d'étude novateurs, d'impliquer des cliniciens et des gestionnaires dans l'élaboration et la réalisation de projets. En somme, de mener à terme des recherches en réponse aux besoins des milieux d'intervention : portraits de la clientèle ; études d'impact ; élaboration d'outils. Bien plus, ce partenariat a permis la réalisation d'un certain nombre d'activités d'appropriation des connaissances tels les cahiers et les abrégés de recherche du RISQ, la publication de livres en français reflétant la réalité québécoise sur des thèmes d'intérêt pour nos partenaires, des tournées des partenaires couvrant diverses régions du Québec et des ateliers de formation à l'utilisation d'outils d'évaluation. Concrètement, ce partenariat produit une influence sur la prise de décision (organisation clinique des établissements, orientations ministérielles...).

Un partenariat, comme celui que le RISQ a réussi à instituer n'est pas chose facile. En fait, plusieurs difficultés ont dû être aplanies et continuent de menacer une collaboration qui deviendrait trop facile. Ainsi, le monde de la recherche et celui de la clinique ont chacun leur culture et leurs exigences, il importe donc de maintenir un dialogue qui respecte l'identité de chacun. Les chercheurs doivent demeurer conscients que les intervenants n'ont pas de formation en recherche ni un profil de carrière dirigé en ce sens. De plus, les résultats divulgués par de nouvelles études peuvent devenir menaçants pour les intervenants, augmentant alors d'autant les difficultés des chercheurs à pénétrer les milieux de pratique. Enfin, mentionnons qu'il est parfois difficile, à court terme, pour les milieux cliniques d'intégrer dans la pratique les résultats des recherches. Il est donc important que la collaboration entre les milieux de recherche et de pratique se réalise sur un échancier à long terme, permettant ainsi l'apprentissage d'un

Suite page 8

SOMMAIRE

PARTENARIAT
2

RÉSULTATS DE RECHERCHE
4

NOUVELLES PUBLICATIONS
7

L'ÉQUIPE DU RISQ
8

POUR NOUS REJOINDRE

RISQ
950, rue de Louvain Est
Montréal QC Canada
H2M 2E8
Téléphone : (514) 385-3490
poste 1133
Télécopieur : (514) 385-4685
risq.cirasst@sss.gouv.qc.ca
www.risq-cirasst.montreal.ca

Tournée des Partenaires

La Tournée des Partenaires **2001/2002** a amené le RISQ et le CIRASST dans trois régions au cours de l'année qui vient de s'écouler :

1. À **Montréal** (21-22 novembre 2001) à la Congrégation Notre-Dame, le colloque «*La toxicomanie, une réalité qui fait mal à l'entourage*» organisé de concert avec le Centre Dollard-Cormier et la Fondation Dollard-Cormier a reçu 205 participants. Les chercheurs et les cliniciens ont présenté 23 ateliers et cinq conférences en plénière. À cette occasion, le RISQ a souligné ses 10 ans d'existence.
2. Le 11 juin 2002, c'était au tour de la région de **St-Jérôme** de recevoir les chercheurs. Le Centre André-Boudreau s'était associé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides pour organiser l'événement qui se tenait à la Maison des Jésuites. Sous le thème «*S'approprier la recherche et l'évaluation pour améliorer nos actions*», le colloque a réuni 132 personnes et présenté 3 conférences plénières, un panel et 8 ateliers.
3. La Tournée s'est ensuite déplacée vers **Jonquière**, à l'invitation du comité régional en alcoolisme et autres toxicomanies. Le colloque se tenait à l'Hôtel Holiday Inn et a reçu 111 personnes; il proposait 8 ateliers, une conférence plénière et un panel de discussion à la fin de la journée.

Cette deuxième Tournée des Partenaires a été l'occasion d'échanges et de discussions très fructueuses. Les évaluations ont permis de rendre compte de la satisfaction des participants tout en apportant des éléments dynamiques pour l'organisation de la prochaine tournée. Déjà le Centre André-Boudreau a manifesté son intention de répéter l'expérience à tous les deux ans. Un grand merci aux personnes qui ont travaillé à la réalisation de cette tournée, particulièrement : Lorraine Mantha, Marie Bertrand et Marie Lecavalier (Montréal); Gilles Cuillier, Réal Daoust et Marie-Hélène Gariépy (Laurentides); Réjean Wilson et Daniel Pilote (Saguenay) ainsi que l'équipe «voyageuse» du RISQ/CIRASST : Serge Brochu, Louise Guyon, Michel Landry, Louise Nadeau et Joël Tremblay.

L'année **2002/2003** est déjà en marche puisque trois régions se sont proposées pour recevoir la tournée lors de colloques avec leurs partenaires. Le 22 novembre 2002, la région des Appalaches organise le *Sommet des deux Rives II* en toxicomanie qui aura lieu à Lévis, sous l'égide des centres Alto et CRUV. Le thème en sera «*L'intégration de la recherche et des pratiques en toxicomanie*». Les deux autres régions-hôtes seront l'Estrie et le Bas Saint Laurent-Gaspésie.

Participation du RISQ et du CIRASST au Forum mondial Drogues et dépendances : Enjeux pour la société

Le Forum mondial qui aura lieu à Montréal du 22 au 27 septembre prochain prévoit déjà plus de 200 sessions en plénières et en ateliers qui vont permettre à 600 conférenciers du monde entier de communiquer leurs résultats de recherches, leurs expériences en intervention, leurs points de vue dans la plupart des domaines reliés aux drogues : prévention, traitement, politiques, répression, religion, éthique, recherche, travail, etc. Le RISQ et le CIRASST y jouent une part très active, tant en ce qui concerne l'organisation de cet événement que le contenu des communications qui y seront faites. En effet, Serge Brochu, Louise Guyon et Michel Landry sont membres du comité organisateur qui coordonne l'ensemble du programme scientifique, d'une part. De plus, sans compter les nombreuses présentations faites par des cliniciens associés aux travaux du RISQ, les chercheurs eux-mêmes sont impliqués dans plus de 35 communications. Également, Louise Nadeau est co-responsable de l'organisation et de la rédaction de la synthèse de l'ensemble des travaux du forum qui sera présentée le vendredi 27 septembre. Il faut souligner enfin le travail colossal d'Hélène Simoneau pour coordonner le travail des différents comités scientifiques et l'élaboration du programme du forum à partir des résumés soumis par l'ensemble des auteurs des communications. Le Forum sera donc un lieu de rencontre extraordinaire d'idées, d'expériences et surtout de personnes venant de tous les coins du monde. Nous y serons. Nous espérons que vous y serez aussi!

Les Abrégés de recherche : évaluation par les utilisateurs

Créés au cours de l'année 2001 grâce à une subvention du Fonds de développement de la Fondation canadienne sur la recherche et les services de santé, les Abrégés de recherche du RISQ et du CIRASST présentent de façon synthétique les rapports de recherche des membres de ces deux équipes. Actuellement, 27 abrégés (et 8 en langue anglaise) sont disponibles sur le site WEB du RISQ/CIRASST ; un grand nombre ont été distribués lors de colloques et de séminaires. Nous avons, au printemps dernier, voulu en évaluer le taux de pénétration auprès de nos partenaires et collaborateurs ainsi que des utilisateurs visés. À cet effet, un questionnaire a été acheminé à 149 personnes. Notre questionnement était le suivant : Qui connaît les Abrégés ? Quelle utilisation en est faite ? Rencontrent-ils les objectifs pour lesquels ils ont été

Partenariat (suite)

développés ? Quels sont les thèmes les plus appréciés ?

Soixante-deux personnes ont répondu à l'appel (42%); parmi elles, la moitié affirmait connaître l'existence des Abrégés. Il faut spécifier que les répondants viennent majoritairement des milieux d'intervention (les chercheurs et les étudiants présentant la plus faible participation, soit 7 sur 44 sollicités). La bonne nouvelle c'est que le niveau de satisfaction est très élevé chez ceux et celles qui en ont pris connaissance (plus de 90% se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits) et la plupart (84%) ont poursuivi la démarche en consultant les rapports de recherche décrits dans les abrégés. Les thèmes qui rejoignent le plus grand nombre sont, par ordre décroissant : l'impact du traitement, la comorbidité toxicomanie et santé mentale, drogues et adolescence,

drogues et criminalité et les instruments de mesure.

Ce petit exercice amène deux constatations principales : d'abord, il nous confirme l'intérêt à poursuivre le programme des Abrégés et même à l'améliorer en fonction des suggestions faites par les utilisateurs; ensuite il nous signale le peu de visibilité actuelle de ces outils. Nous devons par conséquent développer des actions pour en accroître la connaissance et l'accessibilité au cours des prochains mois. Les personnes intéressées peuvent se les procurer au RISQ (514 385-3490 poste 1133) ou les télécharger à partir du site WEB (www.risq-cirasst.umontreal.ca). Un grand merci à ceux et celles qui ont répondu à notre questionnaire d'évaluation.

Palmarès

- ✓ Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale de l'alcoolisme et de toxicomanie / Best Practices - Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. (Centre for Addiction and Mental Health). Ottawa: ministre des Travaux publics et services gouvernementaux Canada, N° de cat. H39-599/2001-2F en français ou H39-599/2001-2E. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca>, publications sur la réadaptation.
- ✓ Dossier : Les doubles diagnostics, Santé mentale au Québec, 26, 2, automne 2001. <http://www.cam.org/~rsmq>

La comorbidité n'est pas un phénomène exceptionnel chez les patients dans les services de santé mentale et de toxicomanie. De fait, c'est la règle plutôt que l'exception. Le fait de présenter en même temps plusieurs troubles mentaux, dont ceux liés aux substances, comporte des effets négatifs sur l'efficacité des traitements offerts. En effet, chacun des troubles, comme dans toute relation synergique, fait tache d'huile, affectant tout l'état mental. Le clivage actuel au Québec entre psychiatrie et toxicomanie ne facilite ni la communication entre intervenants ni l'acquisition de compétences nouvelles pour mieux servir ces patients. Deux publications récentes vont permettre, du moins on le souhaite, d'améliorer les services actuellement offerts.

Santé Canada vient de publier, sous la direction de Brian Rush, avec la collaboration de P. Goering, S. McMain, L. Nadeau, A. Osborne et G. Roberts, une monographie consacrée aux Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale, de l'alcoolisme et de toxicomanie. L'ouvrage est disponible sur le site de Santé Canada dans les deux langues officielles du Canada. La copie papier, distribuée gratuitement, peut également être commandée par télécopie au 613 941-5366.

Cette monographie d'une centaine de pages rappelle la pertinence de s'en référer à des pratiques probantes pour l'intervention auprès de personnes alcoolodépendantes et/ou toxicomanes qui présentent des troubles mentaux concomitants et fait résolument le choix d'un traitement intégré. L'ouvrage explique la méthodologie qui a conduit à la formulation des recommandations. Il fait également des propositions relativement au dépistage, à l'évaluation ainsi qu'au traitement et au soutien. Pour les recommandations relatives au traitement et au soutien, la classification diagnostique utilisée est la suivante : troubles de l'humeur et troubles anxieux; troubles mentaux sévères et persistants; troubles de la personnalité. La monographie se termine en rappelant les difficultés afférentes à l'intégration des services et propose des solutions pour assurer une meilleure qualité de services à cette clientèle qui fait fréquemment appel à tous les types de services de santé mentale.

Le numéro thématique de la revue *Santé mentale au Québec* vient compléter la monographie de Santé Canada. Les huit articles spécialisés publiés dans ce numéro présentent des exemples réussis de traitements intégrés. Les articles décrivent notamment des programmes portant sur la comorbidité (troubles de l'humeur et troubles anxieux, psychose, troubles de la personnalité) et proposent différentes approches théoriques de l'intervention. Les vignettes présentant des exemples d'intervention avec ces cas donneront aux intervenants des outils pour mieux se situer avec cette clientèle réputée difficile. L'adresse électronique de la revue est le rsmq@cam.org et la télécopie est le 514 523-0797.

J'ai eu un grand plaisir à collaborer aux deux publications et je me permets donc d'en recommander la lecture à ceux et celles qui s'intéressent à la santé mentale.

Louise Nadeau

Résultats de recherche

Le DÉBA-A/D

ou l'adoption par une région entière d'un outil commun d'évaluation de la toxicomanie

Joël Tremblay, Ph.D., Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve et ALTO, RISQ / CIRASST, Pierre Rouillard, md, psychiatre, Centre Hospitalier Robert-Giffard, Nicole April, md, spécialiste en santé communautaire, Direction de la santé publique de Québec, Mario Sirois, psychologue, ALTO, Conseiller clinique.

C'est au printemps 2000 que Jacques Bolduc, à la direction d'ALTO (Centre de réadaptation en toxicomanie de Chaudières-Appalaches) nous a demandé de développer un instrument d'évaluation de la toxicomanie, adapté à des services de première ligne. Le but était de structurer les mouvements de clientèles entre les CLSC, agents de probation, hôpitaux généraux, ressources communautaires et ALTO. Quelques mois plus tard, la Régie régionale de Québec (sous l'impulsion de Robert Faulkner) mettait sur pied un comité avec le même but, i.e. déployer un instrument de mesure visant à dépister et à orienter les usagers ayant des problèmes de consommation mais aussi, de fournir aux services de première ligne, une évaluation suffisamment consistante de la toxicomanie à partir de laquelle une intervention est possible. Notre équipe de recherche a donc pris en compte ces diverses demandes et a produit le DÉBA-A/D.

Le « Dépistage Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool / Drogues » ou plus communément appelé le DÉBA-A/D est un examen permettant d'identifier les différents types de consommateurs d'alcool et de drogues en fonction de cinq catégories: les individus abstinentes, les individus pour qui la consommation présente de faibles risques, les consommateurs à risques, ceux ayant une consommation leur causant divers problèmes, les personnes pour qui on pourrait potentiellement poser un diagnostic d'abus ou de dépendance. Cette évaluation vise par la suite à orienter les personnes vers un niveau de services approprié à la sévérité de leur problématique de consommation. Les deux grandes catégories de services visées par l'instrument sont, d'une part, les services de première ligne (par exemple, CLSC) pour les individus présentant une consommation à risques et problématique et, d'autre part, les services spécialisés pour les consommateurs abusifs ou dépendants (centres publics de réadaptation en toxicomanie, ressources communautaires, privées et semi-privées).

Le DÉBA se présente sous deux versions indépendantes, une évaluant la consommation d'alcool (28 questions) et l'autre la consommation de médicaments et de diverses drogues (24 questions). La durée de passation des deux tests est d'environ 10 minutes chacun. Trois sections successives forment chacune des versions. À la fin de chacune des sections, il y a possibilité d'arrêt du questionnaire en fonction de critères précis (par ex. : la consommation est nettement trop faible pour poursuivre). La première section permet d'évaluer la présence d'une consommation à risque. La seconde vise à identifier les individus présentant des symptômes importants de dépendance et devant nécessairement être orientés vers des services spécialisés. La troisième vise à départager les consommateurs pour qui un diagnostic d'abus est fort probable (nécessitant possiblement une intervention de deuxième ligne) de ceux expérimentant de nombreux problèmes mais de façon insuffisante pour qu'un diagnostic d'abus soit posé (intervention de première ligne). Le tableau 1, en annexe, illustre bien la structure du questionnaire lors de l'évaluation de la consommation d'alcool. Rappelons que la présence de l'ensemble des symptômes est évaluée au regard de la dernière année (critère temporel du DSM-IV pour les diagnostics d'abus et de dépendance).

En ce qui concerne la version « drogues », la structure du questionnaire est identique. Toutefois, la consommation à risques y est un concept plus difficile à cerner. En fait, la composition chimique de ces produits est très fluctuante, faisant ainsi largement varier l'estimation du risque associé à leur consommation. De plus, la vente de plusieurs de ces produits est illégale. C'est pourquoi nous parlons ici de niveaux de consommation pour lesquels aucune intervention n'est pour le moment prévue. Après de longues délibérations, nous avons convenu que le questionnaire serait poursuivi si la personne présente une situation de consommation minimalement équivalente aux critères cités dans le tableau ci-dessous.

Résultats de recherche (suite)

Section I : DÉBA-Drogues

Critères minimaux d'une consommation à risques

Médicaments sédatifs

- Consomme 1 fois semaine et plus et présence d'au moins un des trois critères suivants:
 - a) Dépasse la posologie;
 - b) Se procure des médicaments de plus d'un médecin;
 - c) Consomme des médicaments non-prescrits.

Cannabis

- Consomme 1 fois semaine et plus

PCP, cocaïne, opiacés

- Consomme 1 fois par mois et plus
- Ou s'injecte ces drogues

Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants

- Consomme 1 fois par mois et plus

Comme pour la version « Alcool », la section II (complétée si la consommation de drogues répond aux critères de la section I) évalue le degré de dépendance. Compte tenu cependant de la multiplicité des substances ici évaluées, nous devons trouver un test pouvant s'adapter tant au degré de dépendance à la cocaïne, qu'aux benzodiazépines ou au cannabis. L'Échelle de Sévérité de la Dépendance (Tremblay, Dupont et Sirois, 1999), dans sa version originale anglaise le « *Severity of Dependence Scale* » (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall, & Strang, 1995) a été sélectionnée pour sa brièveté (5 items) et son adaptation possible à tous les produits consommés. Une cote de 0 à 2 indique l'arrêt du questionnaire alors qu'une cote de 6 et plus indique un degré important de dépendance et donc une orientation vers les services spécialisés. Une cote intermédiaire de 3 à 5 indique la nécessité d'évaluer la présence de problèmes associés à la consommation à l'aide de l'Échelle de Conséquences de la Consommation de Drogues (Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, 2000). Cette échelle brève à 9 items évalue la présence, d'un point de vue clinique, de chacun des quatre critères du diagnostic d'abus de substances du DSM-IV. Cette échelle est non-validée et fera l'objet d'études ultérieures.

Le DÉBA-A/D est implanté sur le territoire de Chaudières/Appalaches depuis juin 2001. L'ensemble des intervenants des 11 CLSC, de deux centres hospitaliers (infirmières au triage et travailleurs sociaux) ont été formés. Les agents de probation doivent être rencontrés. L'expérience révèle une grande fluidité dans l'utilisation de l'instrument, permettant une orientation adéquate des usagers pour un minimum de temps d'évaluation. Le manuel d'utilisation du DÉBA-A/D de même que des copies de l'instrument sont disponibles sur le site web du RISQ/CIRASST (<http://www.risq-cirasst.umontreal.ca>). Il n'y a pas de frais d'utilisation et l'instrument peut être reproduit à volonté. Cependant, les auteurs de l'instrument doivent être dûment cités.

RÉFÉRENCES

- Bondy, S.J., Rehm, J., Ashley, M.J., Walsh, G., Single, E., & Room, R. (1999). Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence. *Revue Canadienne de Santé Publique*, *90*, 264-270.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*, 607-614.
- Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, *78*, 89-95.

Résultats de recherche (suite)

Sanchez-Craig, M., Wilkinson, D.S., & Davila, R. (1995). Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers. *American Journal of Public Health*, 85, 823-828.

Single, E., Van Truong, M., Adlaf, E., & Lalomiteanu, A. (1999). *Profil canadien, l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies / Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Topp, L., Mattick, R.P. (1997). Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*, 92, 839-845.

Tremblay, J., Rouillard, R., April, N., & Sirois, M. (2001). DÉBA-A/D, Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide, Alcool/Drogues, version 1.7. Manuel d'utilisation. Québec, Qc, Canada : ALTO / Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve.

Pour rejoindre Joël Tremblay : joel.tremblay@ssss.gouv.qc.ca

Tableau 1. Cadre d'élaboration du DÉBA-ALCOOL

Concept à évaluer	Instrument de mesure	Seuils sélectionnés	Concept identifié	Décision ¹
Section I	Évaluation de la fréquence de consommation d'alcool depuis un an	Consomme alcool jamais ou moins d'une fois par mois	Consommation généralement sans risques	Arrêt du questionnaire
		Consomme alcool une fois par mois ou plus	Consommation potentiellement à risques	Poursuite du questionnaire
Consommation à risques	Évaluation de la quantité d'alcool consommée lors d'une semaine typique de consommation au cours de la dernière année et évaluation de la fréquence des épisodes de forte consommation au cours de la dernière année.	Si moins de 10 cons./sem. pour les femmes ou moins de 15 cons./sem. pour les hommes ET 11 épisodes et moins de forte consommation.	Consommation généralement à faibles risques	Arrêt du questionnaire
		Si 10+ cons./semaine pour les femmes ou 15+ cons./ semaine pour les hommes OU 12 épisodes et plus de forte cons.	Consommation généralement à risques	Poursuite du questionnaire par l'évaluation de la dépendance
Section II		Score de 0 à 9	Aucune ou faible dépendance	Arrêt du questionnaire et intervention possible en première ligne
Dépendance	Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool, QBDA (Raistrick et al., 1983)	Score de 18 à 45	Dépendance élevée	Arrêt du questionnaire et référence vers la ressource spécialisée en toxicomanie
		Score de 10 à 17	Dépendance modérée	Poursuite du questionnaire par l'évaluation de la présence de problèmes associés à la consommation
Section III	Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA; Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, 2000)	Aucun seuil n'est déterminé. Toutefois, les questions présentes portent sur les critères associés au diagnostic d'abus et donc, sur la présence de divers problèmes associés à la consommation. Une discussion entre les intervenants des deux ressources permettra d'orienter l'utilisateur.	Consommation problématique	Intervention en première ligne
			Diagnostic probable d'abus	Intervention en ressource spécialisée

¹ Une question porte sur la volonté de recevoir de l'aide. Aucune intervention n'est possible sans un désir minimal de l'utilisateur de recevoir de l'aide afin de changer ses habitudes de consommation.

Nouvelles publications des membres du RISQ

- Brochu, S., Schneeberger, P. (2001). Drogue et délinquance : regards sur les travaux nord-américains récents. *Cesames, no 9*. Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société – Université René Descartes Paris.
- Guyon, L. (2002) Évaluer la prévention des conduites alcooliques et toxicomanes : expériences québécoises récentes. In Venisse, J.-L., Boilly, D. et Reynaud, M. (Eds) *Conduites addictives, conduites à risque : quels liens, quelle prévention*, Masson Ed. Paris : 187-198.
- Haley, N., Roy, É., Leclerc, P., Lambert, G., Boivin, J.-F., Cédras, L., Vincelette, J. (2002). Risk behaviors and prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae genital infections among Montreal street youth. *International Journal STD & AIDS*,13(4) : 238-45.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., Provost, G. (2002). Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie* 24 (1) : 7-13.
- Nadeau, L. (2002). Un message du Québec : Éditorial. *Alcoologie et Addictologie*, 24 (1).
- Nadeau, L. (2001). Éditorial : Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26, 2 : 7-21.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Boivin, J.-F., Cédras, L., Vincelette, J. (2001). Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths. *Canadian Medical Association Journal* 165(5) : 557-60.
- Roy É., Haley, N., Leclerc, P., Cédras, L., Bédard, L., Allard, R. (2002). Seroprevalence and risk factors for Hepatitis A among Montreal street youth. *Revue canadienne de santé publique* 93(1) : 52-3.
- Rush, B. avec la collaboration de P. Goering, S. McMain, L. Nadeau, A. Ogborne et G. Roberts (2002). Santé Canada. *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale de l'alcoolisme et de toxicomanie / Best Practices - Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. (Centre for Addiction and Mental Health). Ottawa: Ministère des Travaux publics et services gouvernementaux Canada, (N° de cat. H39-599/2001-2F en français ou H39-599/2001-2E.) <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca>.

Le lancement de «*La naissance de Charlotte* » une vidéo s'adressant aux mères héroïnomanes, a eu lieu au CHUM en janvier dernier. **Marielle Venne**, travailleuse sociale et Éline Perreault, conseillère en soins spécialisés ont mené le projet depuis l'écriture jusqu'au montage. Cette vidéo se veut un outil de référence pour les mères toxicomanes et leur famille et est appelée à être utilisée dans plusieurs centres hospitaliers. Pour plus d'informations vous pouvez rejoindre Mme Venne au 514 890-8000 poste 35655 ou par courriel : marielle.venne.chum@ssss.gouv.qc.ca

TABLEAU D'HONNEUR

Le **Prix -Louise-Nadeau** remis par la Table de concertation multisectorielle régionale en toxicomanie et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent a été décerné à Madame Julienne Dubé du C.R. en toxicomanie du Bas St-Laurent. Ce prix vient souligner la contribution exceptionnelle d'une personne ou d'une organisation à la cause de la toxicomanie dans le Bas St-Laurent.

Des nouvelles de l'équipe

L'éthique et la recherche (suite)

la mise en place de ce mécanisme tant auprès des centres que des chercheurs en toxicomanie : les enjeux éthiques des projets sont examinés avec plus d'acuité et en lien plus direct avec l'intervention auprès des usagers et leurs droits; les cliniciens qui veulent entreprendre des recherches se voient imposer des normes de présentation plus rigoureuses; les chercheurs doivent planifier les délais nécessaires à l'examen de leur projet dans le calendrier de réalisation de ces projets. Des questions sont également soulevées : quelles sont les frontières entre évaluation des services et recherche? Comment traiter les dispositions particulières pour les mineurs et les personnes inaptes? Comment définir les « inconvénients » pour les sujets des projets de la recherche sociale?

Le domaine de l'éthique de la recherche est donc en pleine ébullition et plusieurs questions restent encore en suspens. Bien que tous s'entendent sur la nécessité de mettre en place de véritables mécanismes d'éthique, beaucoup de travail reste encore à faire et on peut s'attendre à de nombreuses transformations de nos pratiques à cet égard au cours des années qui viennent. À suivre!

La recherche en partenariat (suite)

vocabulaire commun, l'approvisionnement de chacun et la réalisation d'une démarche commune conduisant à des résultats importables dans la réalité clinique de tous les jours.

Le processus de mise en place des collaborations avec des partenaires, le travail de recherche avec ces équipes, l'établissement d'une « culture » de rétroaction entre les divers milieux impliqués, une véritable appropriation des connaissances ne peut se faire dans le cadre d'un seul projet ponctuel. Il implique une continuité dans les processus et un enrichissement constant. C'est pourquoi le soutien de ces équipes tant financier qu'institutionnel, doit s'inscrire dans un processus à moyen et même long termes.

Ce thème de la recherche en partenariat sera discuté lors du Forum mondial sur les drogues lors d'une session qui se tiendra **jeudi le 26 septembre à 14 h 00**. Bienvenue à tous pour échanger sur cette question.

L'équipe du RISQ

Chercheurs(es) principaux (les)

Serge Brochu (*Université de Montréal*), directeur scientifique, Michel Landry (*Centre Dollard-Cormier*), directeur, Jacques Bergeron, Andrée Demers, Pauline Morissette, Louise Nadeau (*Université de Montréal*).

Chercheurs(es) associés(es)

Marie-Denise Boivin et Marie-France Maranda (*Université Laval*), Natacha Brunelle (*Université du Québec à Trois-Rivières*), Louis-Georges Cournoyer (*Université du Québec à Hull*), Céline Mercier (*Centre de réadaptation Lisette-Dupras*), Michel Perreault (*Centre hospitalier Douglas*), Élise Roy (*RRSSSMC*), Joël Tremblay (*CRUV et C.R. Alto*).

Cliniciens(nes) associés(es)

Godelieve Asnong, Line Boudreault, Nicole Hamel-Jutras et Violaine Lallemand (*Centre Dollard-Cormier*), Marie-Josée Demontigny (*C. R. Ubalde-Villeneuve*), Brigitte Dionne (*Service correctionnel Canada*), Danielle Duhamel (*Clinique Cormier-Lafontaine*), Jean Dufresne et Jean-Marc Ménard (*Centre Domrémy-Mauricie*), Gilles Durand (*Centre André Boudreau*), Daniel Gendron (*Centre Jean-Patrice Chiasson*), Luc Gervais (*Centre Jean Lapointe*), Francine Marcil (*Centre Le Maillon*), Marielle Venne (*CHUM*).

Coordonnatrice

Louise Guyon

Agents(es) et assistants(es) de recherche

Lyné Desjardins, Amélie Marsh, Pascal Schneeberger, Hélène Simoneau.

Étudiants(es) de recherche

Didier Acier, Martine Barrette, Karine Bertrand, Nancy Boucher, Michaël Gillet, Lise Godin, Jean-Pierre Houle, Danielle Lessard, Julie Mayer-Renaud, Marie-Claude Ouimet, Martin Paquette, Isabelle Parent, Josée Pépin, Marianne St-Jacques, Gilbert Tremblay, Virginie Weisz, Noé White, Claudia Zambrana.

Post doctorat

Sylvie Beauchamp, Astrid Brousselle, Sun Fu, Marlène Falardeau, Anne-Marie Hamelin, Sylvia Kairouz, Chantal Plourde, Bastien Quirion

Secrétaire

France Fortin

Partenaires

Fédération des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes du Québec. Université de Montréal. Centre Dollard-Cormier. Service correctionnel Canada.