

L'intervenant

Revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie

VOLUME 20 NUMÉRO 01

OCTOBRE 2003



L'intégration sociale : pour faire toute la différence.

La consolidation de dossiers sur le continuum de services.

La Sphère de Vénus : regard évaluatif sur les travailleuses du sexe de Laval

Arrimage idéologique entre les approches conventionnelles de la réduction des méfaits et de la Gestion expérientielle (2^e partie)

Homosexualité et toxicomanie ou l'art d'avoir le vin gai!

Les « maux » pour le dire

- 03** Mot de la présidente
- 04** L'intégration sociale : pour faire toute la différence.
La consolidation de dossiers sur le continuum de services.
- 05** La Sphère de Vénus : regard évaluatif sur les travailleuses du sexe de Laval
- 08** Arrimage idéologique entre les approches conventionnelles de la réduction des méfaits et de la Gestion expérientielle (2^e partie)
- 14** Homosexualité et toxicomanie ou l'art d'avoir le vin gai!
- 16** Les « maux » pour le dire
- 18** Info Livres

Photo de la couverture

« J'ai fait cette photo car j'étais content qu'il y ait enfin une activité musicale à l'extérieur sur l'heure du midi. »

Concours de photos « Entre nous ça clique ». Photo soumise dans le groupe des 15-17 ans et réalisée par Julien Vigeant de Delson.

SOMMAIRE CALENDRIER

- 26 au 29 octobre 2003 Colloque de l'AITO
Toxicomanie et dépendances associées
Hôtel Delta, Trois-Rivières
- 2 au 8 novembre 2003 Semaine de la prévention de la criminalité
- 7 novembre 2003 Ados, jeunes et toxicomanie : intervenir en milieu scolaire
Université de Sherbrooke, Longueuil
- 17 au 22 novembre 2003 Semaine de la prévention de la toxicomanie
- 28 novembre 2003 Ados, jeunes et toxicomanie : intervenir en dehors de l'école
Université de Sherbrooke, Longueuil
- 1^{er} décembre 2003 Journée mondiale du SIDA
- 1^{er} au 4 décembre 2003 Journées annuelles de santé publique
Hôtel Le Reine Élisabeth, Montréal
- 3 décembre 2003 La Santé des consommateurs des Premières Nations et Inuits : enjeux et interventions
Hôtel Reine Élisabeth, Montréal
- 5 décembre 2003 Lorsque le feu sacré brûle... Aider sans se détruire
Université de Sherbrooke, Longueuil

Matériel rédactionnel

Vous désirez publier dans nos pages? N'hésitez pas à nous faire parvenir tout article abordant la problématique des toxicomanies. Vos textes peuvent traiter des initiatives pratiques de groupes dans la communauté, du rôle des intervenants pour améliorer les services à la clientèle, d'études ou d'analyses de programmes, etc.

Abonnement

L'intervenant s'adresse aux professionnels et aux personnes intéressées au domaine de la toxicomanie. Vous pouvez obtenir un abonnement à *L'intervenant* au coût de **15 \$ par an** (20 \$ à l'extérieur du Canada). Parutions : **janvier, avril, juillet et octobre.**

Responsabilité de l'éditeur

L'éditeur ne se tient pas responsable des opinions émises dans cette publication. Les auteurs ont l'entière responsabilité de leur texte. Les écrits sont publiés tels que soumis, qu'ils rencontrent ou non les orientations de l'AITO, en autant qu'ils soient pertinents et d'actualité.

Dates de tombée

Matériel publicitaire :
1^{er} mars, 1^{er} juin,
1^{er} septembre et
1^{er} décembre.
Matériel rédactionnel :
15 février, 15 mai,
15 août et 15 novembre.

Reproduction

Toute reproduction totale ou partielle d'articles, de photos ou de graphiques est interdite à moins d'une entente écrite avec l'éditeur.



Une rentrée bien remplie!

L'été (quel été?) a tiré sa révérence et l'automne aux mille couleurs est déjà à notre porte, entraînant avec lui la réalisation de nombreux projets, entre autres le projet de cessation du tabac subventionné par Santé Canada. Ce projet vise la mise sur pied d'un programme favorisant l'arrêt ou la diminution du tabagisme. Ce programme, chapeauté par l'AITQ et conçu par madame Diane Campagnat, sera offert dans les centres de thérapie. Il devrait être expérimenté en début d'année 2004 dans deux centres pilotes.

L'AITQ a aussi signé une entente avec le Service de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les milieux carcéral et de la réadaptation seront consultés sur leurs besoins respectifs en matière de prévention du VIH/sida et des hépatites.

2004 et 2005 verront la tenue de colloques nationaux... L'AITQ est déjà sollicitée. Nous vous tiendrons au courant de ces événements.

Souhais de prompt rétablissement

Mario Boulais, membre du conseil d'administration, est actuellement en convalescence. Tous nos souhaits de santé l'accompagnent. À bientôt!

Le colloque 2003

Le rendez-vous annuel des intervenants en toxicomanie aura lieu cette année à Trois-Rivières du 26 au 29 octobre sous le thème « Toxicomanie et dépendances associées ». La programmation du colloque promet de rejoindre les préoccupations et les intérêts des différents groupes concernés par les dépendances. On y parlera

des jeunes, des adultes; on traitera de santé mentale, de problématiques associées à la toxicomanie, de la boulimie à la cyberdépendance en passant par les raves. On y touchera les proches et la codépendance, et on y abordera la prévention de l'épuisement chez l'intervenant. Conférenciers et animateurs d'ateliers se sont à nouveau démarqués par leur créativité et leur originalité.

Cette rencontre annuelle se veut aussi un rendez-vous avec les nouvelles publications sur les dépendances, les plus récentes découvertes sur le sujet et les pratiques novatrices.

Par ailleurs, le colloque est une occasion de rencontrer d'autres intervenants du milieu, de créer de nouveaux partenariats, d'échanger sur nos façons de faire. Ce temps de ressourcement professionnel et personnel est une accalmie plus que bienvenue dans l'univers très en mouvement de la toxicomanie!

En terminant, j'aimerais vous laisser sur cette réflexion d'un sage anonyme :

Hier fait partie de l'histoire
Demain demeure un mystère
Aujourd'hui est un cadeau
C'est pour ça qu'on dit que c'est
Le présent!

Lynda Poirier, présidente

Présidente : **LYNDA POIRIER**, CENTRE CASA
 Vice-président : **CLAUDE GAGNÉ**,
 TUAC - SECTION LOCALE 1991-P
 Secrétaire-Trésorier : **ALAIN VIGNEAULT**,
 CRATCA ET LES CHSLD DE BEAUCE
 Administrateurs : **MARIO BOULAIS**, CEMA ENR.
DANIEL DESROSIERS,
 CENTRE DE RÉHABILITATION
 CORPS ET ÂME ET ESPRIT
MARYO LAROCHE,
 LA CROISÉE DES CHEMINS
SYLVAIN PROULX,
 MAISON L'EXODE
LYNDA VILLENEUVE, PARTAGE
 DU HAUT-RICHELIEU
PIERRE WILSON, PAVILLONS
 DU NOUVEAU POINT DE VUE

Éditeur :
**ASSOCIATION DES INTERVENANTS
 EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC.**
 505, RUE SAINTE-HÉLÈNE, 2^e ÉTAGE
 LONGUEUIL (QUÉBEC) J4K 3R5
 Directrice :
CARMEN TROTTIER
 Abonnements et secrétariat :
(450) 646-3271 secretariat@aitq.com
 Maquette :
KÉROZEN COMMUNICATION DESIGN
 Infographie et impression :
IMPRIMERIE G.G. INC

Revue trimestrielle
 Mois de parution :
 JANVIER, AVRIL, JUILLET, OCTOBRE.
 Envois de publications
 canadiennes : **CONTRAT DE VENTE**
 n° 40065296
 ISSN 0823-213X
 Dépôt légal
 BIBLIOTHÈQUE NATIONALE
 DU QUÉBEC ET DU CANADA
 Indexée dans **REPÈRE**

L'intégration sociale : pour faire toute la différence.

La consolidation de dossiers sur le continuum de services

Équipe d'intégration

CRATCA et CHSLD de Beauce (ALTO)

Le Centre de réadaptation ALTO compte une équipe d'éducateurs qui œuvre au programme d'intégration sociale depuis 1992. Au fil des années, nous avons identifié six axes d'intervention sur lesquels il est possible d'agir soit : la consolidation de dossiers, l'autonomie de base, le milieu de vie, travail-étude, occupationnel-réseau social et finalement les soins et services. Aujourd'hui, nous aborderons plus spécifiquement l'axe de la consolidation de dossiers et son positionnement dynamique sur le continuum de services en toxicomanie.

Tout d'abord, il est important de préciser que toute personne étant en suivi au programme d'intégration sociale a fait préalablement l'objet d'une évaluation sommaire des besoins pratiquée par l'intervenant en réadaptation externe. Une fois que ce dernier a identifié les sphères en matière d'intégration sociale, la référence est acheminée à l'éducateur qui contacte la personne afin de prendre un rendez-vous. Lors de la première rencontre, l'évaluation de la situation se poursuit avec plus de précision dans le but d'élaborer le plan d'intervention. Le travail débute fréquemment par la consolidation de dossiers.

Nous définissons la consolidation de dossiers comme « le traitement et/ou le règlement de dossiers irritants, qui entraîne chez la personne des préoccupations qui peuvent créer une perte de focus thérapeutique ». En effet, la perte de cartes d'identités, l'absence de nourriture, le harcèlement de la part de créanciers, une situation financière nécessitant une faillite, la possibilité d'entrer en détention pour des amendes mal traitées, une incapacité de se procurer une médication importante, un besoin d'hébergement, etc., sont autant de situations qui peuvent être très dérangeantes pour une personne en cheminement et sur lesquels l'éducateur peut agir. L'expérience nous démontre qu'il est impossible pour la personne aidée de se mobiliser autour de projets d'avenir lorsqu'elle compte au présent autant de facteurs stigmatisants.

Le rôle de l'intervenant consiste alors à expliquer la portée de ce phénomène, à aider à l'identification des irritants, à les régler par priorité et à accompagner la personne au sein de ses démarches en vue de corriger ces situations. Il est parfois préférable de mettre en veilleuse le règlement d'un dossier particulier s'il vient fragiliser l'at-

teinte de l'objectif face à la consommation. L'éducateur doit ajuster son mode d'intervention (faire pour, faire avec, faire faire, laisser faire) en fonction de la compréhension qu'a le client de ses dossiers et de son aisance à négocier. Encore une fois, la pratique nous démontre qu'une seule rencontre peut contribuer à régler plusieurs dossiers avec la collaboration d'autres ressources du milieu lorsque nécessaire. Un tel travail entraîne régulièrement une augmentation marquée de l'estime de soi, le désir de se tourner vers l'avenir ainsi qu'un investissement plus important dans la démarche thérapeutique.

Malgré que l'intégration sociale soit présente tout au long du continuum de services, la consolidation de dossiers doit s'inscrire le plus tôt possible. Il appartient à l'intervenant en réadaptation de vérifier, lors de l'évaluation, s'il y a présence de situations irritantes. Dans un tel cas, il y a référence à l'intégration sociale pour le début d'un travail simultané avec la réadaptation. De plus, le cheminement étant parsemé de nombreux points de ruptures, l'éducateur doit s'attendre à agir à plusieurs reprises sur cet axe d'intervention, parfois avant même le début du suivi thérapeutique. ❏

L'équipe d'intégration

Kathleen Dubois

Lucette Leblanc

Mario Sirois

Marguerite-Marie Vallée

Alain Vigneault

Du 16 au 22 novembre 2003



Jeunes

Rêve... Les deux pieds sur terre !

Parents

La consommation d'alcool c'est pas banal; parlons-en avec nos ados.

La Sphère de Vénus : regard évaluatif sur les travailleuses du sexe de Laval

Kesnamelly Neff

Coordonnatrice en prévention, Sida-Vie Laval

1) Énoncé du problème

En 1994, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval a retenu les infections transmissibles sexuellement (ITS) et le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/sida) comme une priorité régionale de santé et de bien-être pour 1999-2002. Ce sont deux problèmes préoccupants en raison des coûts sociaux, médicaux et économiques importants.

Face à ces problèmes, les femmes constituent une population particulièrement vulnérable. De plus, la prévalence des ITS et du VIH/sida est d'autant plus élevée si cette population à risques vit des conditions difficiles comme la prostitution, la toxicomanie et l'utilisation de drogues injectables.

Ainsi, pour la troisième année, l'organisme Sida-Vie Laval reçoit des subventions de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval pour implanter un projet qui s'adresse aux travailleuses du sexe de la région et qui vise à promouvoir l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et la prise en charge de la santé sexuelle. Les principales interventions se déroulent dans les bars de danseuses, les agences d'escortes et les salons de massage érotique. La première année a surtout permis de créer des liens formels avec le milieu. Les deuxième, troisième et quatrième années se sont traduites par des activités plus concrètes comme l'écoute, l'information, la distribution de matériel, la formation de groupes de discussion, etc.

a) La vulnérabilité des femmes aux ITS et au VIH/sida

Bien que le nombre de tests positifs au VIH continue d'être plus élevé chez les hommes au Canada, la proportion de femmes infectées augmente chaque année, passant de 9,9 % entre 1985 et 1994 à presque 25 % des résultats positifs entre 1999 et juin 2001 (Santé Canada, 2001). Cette augmentation chez les femmes est très préoccupante car elles constituent une population plus vulnérable que d'autres aux ITS et au VIH/sida. Plus souvent asymptomatiques, elles consultent moins un médecin pour une ITS. Elles sont ainsi plus sujettes que les hommes à présenter, à la suite d'une infection, des complications pouvant aller jusqu'à l'infertilité (Imbleau, 2000).

Au niveau physiologique, chez la femme, la zone de tissu exposée au virus pendant les relations sexuelles est plus grande. Elles souffrent plus souvent que les hommes de lésions attribuables aux ITS qui n'ont pas été traitées, ce qui accroît le risque d'être infecté par le VIH. De plus, la présence des ITS chez une personne vivant avec le VIH augmenterait l'infectiosité du VIH, c'est-à-dire la quantité de virus dans les sécrétions génitales (Imbleau, 2000).

b) Les ITS, le VIH/sida et les travailleuses du sexe

La prévalence au VIH et aux autres ITS est d'autant plus élevée si les femmes vivent dans des conditions difficiles comme le travail du sexe, et plus encore si elles sont associées à la toxicomanie, notamment à l'utilisation de drogues injectables, à l'itinérance et à l'incarcération (Jackson et Highcrest, 1997).

Le contexte illégal et criminalisé du travail du sexe au Québec nous empêche de connaître le nombre de travailleuses du sexe. Les lieux de travail sont en outre très variés. Peu de données existent actuellement quant à l'ampleur du phénomène du sexe dans la région lavalloise. Depuis le début du projet Vénus, soit en 1999, près de 225 travailleuses du sexe ont été rejointes jusqu'en 2001 dans différents champs de l'industrie du sexe à Laval : bars de danseuses érotiques, salons de massage érotique, agences d'escortes, rues (Sida-Vie Laval, 2001). La clandestinité du travail du sexe ainsi que la mobilité de ces travailleuses font partie des éléments déterminants de leur vulnérabilité au VIH.

C'est l'épidémie de VIH qui a amplifié et révélé la vulnérabilité des travailleuses du sexe sur le plan de leur santé sexuelle (Bastow, 1996). Déjà sujets de l'opprobre public, de la criminalisation de leur travail et de la marginalisation, les travailleuses du sexe ont été perçues comme des « vecteurs de transmission » des ITS et du VIH/sida (Herland, 1996). Les attitudes, les lois et les politiques de plus en plus sévères à leur égard ont eu des répercussions importantes sur leur bien-être, leur sécurité et leur santé. Le refoulement dans les quartiers les moins sûrs, loin des haltes d'accueil, les risques d'arrestations et d'emprisonnement, la non-utilisation des services sociaux, une marginalisation de plus en plus grande, sont les conséquences les plus visibles de la réprobation juridique, morale et sociale dont elles sont l'objet (Bastow, 1996).

c) Les interventions de prévention auprès des travailleuses du sexe

La littérature est peu abondante sur les interventions efficaces auprès des travailleuses du sexe dans les pays industrialisés. La stratégie québécoise de lutte contre les ITS supporte la pertinence

d'intervenir, entre autres, auprès des travailleuses du sexe pour prévenir le VIH. L'efficacité des programmes de promotion de la santé, les mesures de prévention et de dépistage et les traitements précoces, joints à une surveillance adéquate des cas, à une recherche diversifiée et à la formation des intervenants, constituent l'arsenal de base pour une lutte efficace (Imbleau, 2000).

2) Contexte de l'étude

Le projet Vénus, instauré par l'organisme communautaire Sida-Vie Laval, rejoint les travailleuses du sexe dans leur milieu de travail, c'est-à-dire les agences d'escortes, les salons de massage érotique, les bars de danses érotiques, ainsi que celles qui oeuvrent dans les rues de Laval. Ce projet tente, d'une part, de favoriser le potentiel des travailleuses du sexe en fonction des facteurs limitant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Ainsi, des activités de prévention sont organisées dans leur milieu de travail et des condoms leur sont offerts tout comme des trousseaux de prévention contenant du matériel informatif. De plus, les intervenantes du projet sont mandatées pour encourager leur compétence, leur efficacité personnelle et leur estime de soi, en stimulant l'accès aux ressources d'aide et en leur offrant de l'aide dans leur cheminement et leurs démarches personnelles. D'une autre part, le projet tente d'inciter d'autres organismes à s'intéresser à la réalité des travailleuses du sexe, à l'aide du développement de collaboration avec les intervenants d'autres organismes et en favorisant le transfert d'expertise rejoignant d'autres intervenantes qui travaillent avec cette clientèle.

Le projet Vénus a permis de constater que le fait d'intervenir directement dans leur milieu avec récurrence, permettait de renforcer la confiance qu'elles éprouvent envers ces services et ce, en raison de leur régularité, de leur assiduité et de la disponibilité des intervenantes. De plus, la clientèle n'hésite pas à contacter ces dernières pour une intervention plus pointue et plus spécifique que celles offertes dans son milieu de travail. Les intervenantes du projet ainsi que le projet lui-même sont perçus comme des références et un relais vers une démarche de mieux-être que désirent entreprendre les travailleuses du sexe.

Ce projet permet de démontrer qu'il est possible d'aménager une ressource de ce type pour des femmes en difficulté. Avec le projet Vénus, la région de Laval s'est dotée d'un programme de promotion et de prévention de la santé sexuelle des femmes travailleuses du sexe. Ce programme a réuni tous les éléments gagnants qui font en sorte que ces femmes puissent bénéficier de services adaptés à leurs besoins et à leur milieu de vie. Il faut donc tenter, à partir de cette expérience positive, d'améliorer les interventions et les rendre encore plus efficaces afin de rejoindre un plus grand nombre de ces femmes en situation de vulnérabilité constante face aux ITS et au VIH/sida.

3) La Sphère de Vénus

a) Objectifs de l'étude évaluative

- 1- Dresser un portrait détaillé de la population rejointe tant sur les indicateurs sociodémographiques que psychosociaux (connaissances, croyances, attitudes et comportements vis-à-vis de la santé sexuelle).
- 2- Connaître les conditions de vie dans lesquelles cette population évolue.
- 3- Déterminer le niveau d'implantation du programme d'interventions.

4- Connaître les barrières et facilitateurs à la mise en œuvre des interventions.

5- Décrire le degré de collaboration et de satisfaction de tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme d'interventions.

6- Apprécier les liens que la population entretient avec les services de santé.

b) Méthodologie

L'évaluation du projet Vénus, intitulée la Sphère de Vénus, se situe dans un paradigme constructiviste (Guba, 1989; Denzin et Lincoln, 1994) et est menée conjointement par l'organisme Sida-Vie Laval, la RRSSS de Laval et la COCO-Sida. L'évaluation a débuté en mai 2002 et prendra fin en mai 2004. Elle est basée essentiellement sur la mise en commun de l'information disposée par les différents acteurs impliqués dans le programme d'interventions, et sur les échanges et les négociations engagées par ces acteurs. Il ne s'agit pas d'une mise à l'épreuve du programme, mais d'une construction conjointe destinée à améliorer le programme d'interventions et à développer la compétence de ces acteurs.

Les collectes de données sont planifiées avec les intervenantes de l'organisme Sida-Vie Laval.

Cinq types de collecte de données sont utilisés dans cette démarche :

- 1- L'analyse des documents produits dans le cadre du projet,
- 2- La tenue de registres d'activités,
- 3- L'animation de trois *focus groups*,
- 4- La conduite d'entrevues semi-structurées (n = 20),
- 5- L'administration d'un questionnaire structuré (n = 200).

4) Résultats préliminaires

Les données préliminaires qui suivent ont été présentées lors de deux congrès au printemps dernier, soit à la 12^e Conférence annuelle de la recherche sur le VIH/sida tenue du 10 au 13 avril 2003, ainsi qu'au 71^e Congrès de l'ACFAS tenu du 13 au 19 mai 2003 à Rimouski.

a) Portrait préliminaire des interventions dans les milieux

Comme mentionné plus tôt dans le document, les interventions se déroulent dans les bars, les agences d'escortes et les salons de massage érotique.

De mai 2002 à février 2003, 189 présences ont été effectuées dans ces milieux et près de 1200 contacts ont été établis avec la clientèle.

La nature de ces interventions/contacts étaient : de la prévention (72 %), de l'écoute (67 %), du soutien psychosocial (13,2 %) et des références vers des ressources (10 %). Dans la majorité des cas (54 %), les intervenantes abordent le VIH et les ITS avec la clientèle et des condoms sont remis dans 60 % des cas. De plus, lors de chacune des interventions, les intervenantes entrent en contact avec une moyenne de sept travailleuses du sexe, dont près de 30 % sont des premiers contacts, donc de nouvelles travailleuses.

b) Demandes de la clientèle

De septembre 2002 à février 2003, 115 entretiens ont eu lieu avec la clientèle, soit avec 42 personnes. Ces entretiens sont documentés

lorsque la clientèle en question fait appel aux services des intervenantes du projet, de façon individuelle.

Ces contacts ont eu lieu au téléphone (45 %), lors d'un accompagnement vers une ressource (17 %), à l'organisme SVL (11 %) et au domicile de la clientèle (10 %).

Les travailleuses du sexe désiraient davantage parler du travail du sexe et ses contraintes (39 %), de leur relation de couple difficile (26 %), de leurs enfants (23 %) ainsi que de leur consommation abusive de drogues et d'alcool (25 %). Les ITS et le VIH/sida ne sont alors abordés que dans près de 5 % des cas. Il nous a été possible de constater une augmentation de près de 25 %, de mois en mois, de demandes d'accompagnement de la clientèle vers des ressources médicales (80 %) et juridiques (20 %).

c) Focus group

Le premier *focus group* qui s'est tenu dans les locaux de l'organisme regroupait 10 personnes et permettait de dresser un portrait préliminaire de la clientèle par rapport à ses connaissances, ses croyances et ses comportements vis-à-vis de sa santé sexuelle, plus particulièrement par rapport à l'usage du condom dans son travail autant que dans sa sphère privée.

Il a permis de reconnaître que la clientèle possède des connaissances adéquates quant au mode de transmission des ITS et du VIH/sida et quant au mode d'usage du condom. Quant à ses croyances, elle détient une forte norme personnelle favorable à l'usage du condom qu'elle n'a pas de contrainte à utiliser dans sa vie professionnelle, pour laquelle elle voit par contre quelques obstacles, comme par exemple le fait d'avoir la possibilité d'être rémunérée davantage pour ne pas l'utiliser. Pour ce qui est de la sphère privée, aucun avantage n'a été cité pour l'utilisation du condom. Par contre, un élément facilitateur est ressorti, soit l'infidélité du partenaire.

En termes de comportements, les travailleuses du sexe utilisent, dans la très forte majorité des cas, le condom avec leurs clients, mais ne l'utilisent pas avec leur partenaire dans la vie privée ou le laissent tomber après quelques mois, lorsqu'elles établissent un contact beaucoup plus intime avec lui.

5) Discussion

Ces premières données nous ont déjà permis de dresser un portrait préliminaire des interventions effectuées auprès de la clientèle de même que celui de ses connaissances, ses croyances et ses comportements face à l'utilisation du condom.

Les interventions qui se déroulent dans les milieux de travail de la clientèle sont nombreuses et régulières. Le travail de prévention est effectué de manière constante, dû à la présence de nombreuses « nouvelles » femmes. C'est

lors de ces interventions que les thèmes des ITS et du VIH/sida sont le plus abordés avec la clientèle. Des condoms lui sont alors fournis ainsi que tous les moyens de se prémunir de ces infections dans son travail.

Nous constatons que ces présences éveillent chez la clientèle des questionnements face à son bien-être et sa santé, ce qui la pousse davantage à faire appel aux services des intervenantes du projet (augmentation de 25 %), pour de l'écoute et des conseils ou pour de l'accompagnement vers des ressources qui visent une démarche pour améliorer son bien-être. Ces démarches démontrent que la clientèle réalise qu'elle a besoin d'aide pour négocier son bien-être dans la sphère privée. Il s'agit d'une clientèle vulnérable avec ses partenaires dans la sphère privée à cause des besoins affectifs très présents.

Les interventions effectuées devraient se centrer vers l'aide à lui apporter dans son cheminement personnel, ainsi que le support constant à lui apporter dans la négociation de son bien-être et de sa santé.

Sachant qu'il s'agit d'une clientèle difficile à approcher, nous remarquons que notre récurrence ainsi que notre assiduité d'interventions nous permettent de conserver nos liens avec elle, en plus de conserver notre crédibilité aux yeux des autres instances, c'est-à-dire les ressources utilisées par la clientèle.

6) Travaux futurs

La majeure partie de la collecte de données reste à venir. Les quelques 200 questionnaires à la clientèle viennent d'être administrés et seront analysés prochainement, ce qui nous permettra d'obtenir des données sur des indicateurs sociodémographiques et psychosociaux (connaissances, croyances et intentions de comportement), sa condition de vie, sa perception de son état de santé et sa détresse psychologique.

Les entrevues semi-structurées sont menées depuis la fin du mois d'août 2003 et permettront de répondre aux objectifs 4 et 5 de la démarche évaluative. De plus, deux autres *focus groups* ont été menés à la fin de l'été 2003. Le premier porte sur le niveau de satisfaction des travailleuses du sexe face aux services du projet Vénus et le second vient compléter les deux premiers.

Finalement, la collecte de données par les analyses des documents produits ainsi que par la tenue de registres d'activités se poursuivra jusqu'en mai 2004. ■

Chercheuses au projet Sphère de Vénus

Kesnamelly Neff, Sida-Vie Laval

Nguyet Minh Nguyet, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Joanne Otis, COCQ-Sida et UQAM

Marie-Josée Boulianne, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Claude Laberge, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

**Pour répondre
à vos questions
sur les drogues, l'alcool
et les médicaments**



SANS FRAIS

1 800 265-2626

MONTRÉAL ET LES ENVIRONS

(514) 527-2626

**Nous sommes là
pour vous aider...**

Arrimage idéologique entre les approches conventionnelles de la réduction des méfaits et de la Gestion expérientielle (2^e partie)

André Therrien

Psychosociologue, directeur opérationnel, AQGE

4. La Gestion expérientielle

La Gestion expérientielle veut compléter la réflexion amorcée par l'approche de la réduction des méfaits sur la consommation des psychotropes en y intégrant la dimension bénéfique de celle-ci pour une vision et une intervention réellement globales de ce phénomène.

4.1 Historique

C'est en 1986 que furent élaborées les premières bases de cette nouvelle approche des toxicomanies. L'intervenant inexpérimenté que j'étais alors fit la découverte de la dimension censurée des avantages des psychotropes à la lecture d'une importante littérature des années 1970 portant sur le sujet. Je fus tellement emballé par cette nouvelle perspective, qui m'apparaissait tellement évidente et importante, que j'étais convaincu que d'autres avant moi n'avaient pu que poursuivre cette réflexion et travailler à intégrer cette dimension dans une nouvelle approche des toxicomanies.

Une revue de littérature⁹ en ce sens m'a permis de constater la force et le poids de la censure imposée par l'approche conventionnelle alors qu'AUCUNE référence sur le sujet des drogues et leurs avantages n'a été repérée.

Pourtant, au cours de plus de trente ans de sondage, les jeunes de tous les pays répètent sans cesse que leur première raison de consommation des drogues (environ 80 %) est justement le plaisir lié à la consommation des psychotropes (qu'il soit appelé effet, voyage, ami, statut, argent, amour, etc.)...

Étonné de ce silence scientifique sur un phénomène pourtant incontournable, j'ai alors pris la décision de poursuivre moi-même la démarche, sans savoir cependant quel en serait le cheminement exact. Très rapidement heureusement, je me suis rendu compte que mon travail intéressait beaucoup de monde qui partageait mes préoccupations, partageait mon point de vue sur l'incontournable de la dimension et voulait y apporter sa contribution professionnelle. De telle sorte que c'est en fait toute une équipe de collaborateurs qui, tout au long des 16 dernières années, ont contribué, chacun à sa façon, au développement de ce qui constitue notre réponse originale

à l'intégration de l'expérience du plaisir lié à la consommation de psychotropes dans l'intervention sociale.

Évidemment, nous nous sommes heurtés dès le départ à beaucoup de scepticisme, voire à une totale incompréhension de la part des intervenants de la santé publique québécoise de l'époque. C'était tout à fait normal comme réaction, étant donné à la fois la domination totale de l'approche conventionnelle, le contexte d'urgence et la vision alarmiste accolés au phénomène des toxicomanies, et enfin, étant donné l'émergence toute neuve et toute fragile de l'approche de la réduction des méfaits. De plus, cette hésitation à valider nos intuitions nous a forcé à travailler sans relâche, de façon prudente et professionnelle, et a certainement contribué à renforcer notre démarche collective.

4.2 Définition de la Gestion expérientielle

Le point de départ de la Gestion expérientielle repose sur la base même de l'approche de la réduction des méfaits : les psychotropes sont parmi nous depuis la nuit des temps et il est illusoire de penser qu'un jour ils disparaîtront de notre quotidien. Ceci, non seulement parce que le genre humain les utilise pour le contrôle de la douleur et de la souffrance, mais aussi parce qu'il les utilise pour augmenter sa qualité de vie.

Il nous fallait donc développer une approche qui dote l'individu et la société d'une capacité de réflexion véritablement globale sur ce phénomène et ce, dans une démarche d'apprentissage en douceur et en nuances et qui sache respecter les contraintes individuelles et sociales. En ce sens, les propos de Low¹⁰ sont éloquentes : (...) *La solution radicale (...) serait d'apprendre à former des individus capables de s'adapter et de se conduire de manière intelligente même en dehors des conventions.* (p. 317)

(...) *il existe (...) des situations où se manifeste le besoin d'atteindre certains états de conscience que l'usage de substances psychotropes permet de produire : besoins d'un supplément d'énergie, de relaxation, de sérénité, de distraction, de réflexion, d'exploration perceptuelle ou existentielle. Les drogues sont utilisées (...) parce qu'elles produisent l'effet recherché. (...) Acquérir la maîtrise de soi est un processus qui consiste en partie à reconnaître que les expériences et les actes ne se produisent pas simplement au hasard, mais qu'ils sont accomplis par l'individu et peuvent l'être de différentes façons. La maîtrise de soi consiste à choisir ses propres actions et expériences et à les adapter selon les circonstances (...).* (p. 305)

La Gestion expérientielle a justement été développée en ce sens : **aider l'individu et la société à porter une réflexion sur ses expériences de consommation de psychotropes en fonction d'un objectif qui s'appelle la satisfaction.**

Pourquoi donc faire de la notion de satisfaction l'objectif central de toute l'approche? D'une part, si l'on considère la dimension problématique des psychotropes, parce qu'il est reconnu depuis longtemps en thérapie que le changement chez la personne est intimement lié à sa propre évaluation de la satisfaction ressentie face au comportement à changer.

Et, d'autre part, si l'on considère la dimension bénéfique des psychotropes, parce que la consommation de ces produits s'inscrit plus largement dans une notion de style de vie comme l'a dit depuis longtemps le regretté **Dollard Cormier**¹¹ lorsqu'il a précisé que la toxicomanie était *un style de vie qui gravitait autour de la consommation d'un ou plusieurs produits, qui diminuait la capacité de l'individu de jouir pleinement de la vie ET qui le rendait insatisfait.*

Toute cette réflexion implique que la définition même de la toxicomanie dépend en dernier lieu du niveau de satisfaction ressenti par la personne face à son mode de consommation. Il y a donc des styles de vie qui gravitent principalement autour de la consommation de drogues, qui diminuent la capacité de l'individu de jouir pleinement de la vie, MAIS qui le satisfont tout de même et DONC ne sont pas des modes de vie toxicomane... Voilà qui ajoute à la complexité légendaire de ce domaine d'intervention. Être ou ne pas être toxicomane ne tient en fin de compte qu'à un fil : celui de la satisfaction.

L'approche de la Gestion expérientielle veut donc aider les individus et les sociétés à réfléchir sur leurs modes de vie, ce qu'ils consomment, sur les conséquences négatives ET positives de cette consommation, sur leur capacité qui en résulte de jouir pleinement de la vie et, en fin de compte, sur leur niveau de satisfaction ressenti face aux choix posés.

Une précision s'impose relativement à l'objectif de satisfaction. Il s'agit moins d'aider les individus à être le plus satisfait possible dans l'absolu que de les aider à l'être en tenant compte des limites physiologiques et psychosociales qui les caractérisent.

4.3 Bilan expérientiel

La réflexion que propose la Gestion expérientielle s'effectue au moyen de ce que nous nommons un **bilan expérientiel**. Celui-ci suppose la réalisation de trois étapes.

A) DÉCRIRE SES EXPÉRIENCES DE VIE

Dans un premier temps, il faut s'assurer que l'individu est capable de bien décrire ses expériences de consommation et de prendre en considération toutes les dimensions impliquées. Ceci afin de s'assurer qu'il évalue avec justesse et dans sa globalité le positionnement de sa consommation dans sa vie. Nous nous servons bien évidemment du modèle $e = sic$ connu de tous, mais aussi de trois lois biologiques que les récentes recherches en biochimie du cerveau ont découvertes (**loi de la réciprocité, loi de l'intensité et loi de la désensibilisation**). À cette étape, l'individu doit préciser les limites qui le caractérisent (tant biologiques que psychologiques) et identifier celles qu'il juge importantes, voire essentielles à respecter.

www.Usherbrooke.ca/toxicomanie

PROGRAMMES DE TOXICOMANIE DU CERTIFICAT À LA MAÎTRISE

Hiver 2004

POUR ASSUMER DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS

Microprogrammes, diplôme et maîtrises Fondements et pratiques

Nouveau
Cours sur Internet

Ces programmes s'adressent aux personnes possédant un baccalauréat universitaire et travaillant dans le domaine. Au terme de cette formation, vous serez plus à l'aise pour assumer vos fonctions et responsabilités.

Possibilités de microprogrammes spécialisés de 12 crédits, d'un diplôme de 30 crédits ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en Intervention sociale, Service social (en préparation), en Éthique appliquée et en Sciences cliniques.

L'enseignement s'offre le soir et la fin de semaine.

Campus Longueuil (Complexe Saint-Charles)

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Certificat de toxicomanie Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenant en toxicomanie et augmenter la qualité de vos interventions, un programme de 30 crédits est offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

L'enseignement est offert la fin de semaine.

SOIRÉES D'INFORMATION CERTIFICAT DE TOXICOMANIE

Mardi 21 octobre 2003, de 19 h à 21 h
755, chemin Saint-Louis, local 224
Collège Mérici, Québec

Lundi 27 octobre 2003, de 19 h à 21 h
Hôtel Delta de Trois-Rivières, salon Chénau
1620, rue Notre-Dame, Trois-Rivières

INFORMATION

1-888-463-1835 poste 1-1795 (sans frais)
ou 450-463-1835 poste 1-1795
Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca
ou 1-800-267-8337 (sans frais) ou 819-564-5245
Francine.Roux@USherbrooke.ca
www.USherbrooke.ca/toxicomanie



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine
Centre collaborateur de l'OMS

B) PRÉCISER SON STYLE DE CONSOMMATION

Dans un deuxième temps, l'individu doit être capable de préciser son style de consommation et de le comparer avec les autres alternatives possibles pour mieux en préciser les avantages et inconvénients. Nous utilisons alors les concepts de **mode de consommation maximal et minimal**, des concepts qui définissent un continuum sur lequel pourront se positionner les individus.

Un mode de consommation maximal est une recherche sans limites d'effets agréables et un évitement sans limites des effets désagréables. Par exemple, un consommateur qui provoque sans cesse des effets agréables au moyen d'une drogue ou d'un mélange et qui veut éviter ensuite toute douleur et toute souffrance associées au moyen d'autres drogues ou mélanges. Les avantages d'un tel mode de consommation sont à court terme et concernent l'intensité et la durée des effets agréables recherchés, alors que les désavantages sont plutôt à long terme et concernent la récupération de plus en plus sévère qui devient inévitable, voire les différents types de dépendances qui peuvent alors s'ancrer.

Un mode de consommation minimal est un évitement sans limites des effets agréables pour un évitement sans limites des effets désagréables. Par exemple, la personne qui s'abstient totalement de consommer toute drogue. Les désavantages sont principalement à court terme alors que cette personne ne connaîtra jamais les plaisirs et les bénéfices liés à la consommation des drogues.

Les avantages ont tendance à être à long terme lorsque cette personne constate les douleurs et souffrances associées à la consommation chez d'autres individus, problèmes qu'elle a évités grâce, justement, à son abstinence totale.

Évidemment, au gré des changements physiques et psychologiques que vit l'individu, au gré des événements et des changements sociaux qu'il rencontre, celui-ci devra tout au long de sa vie faire autant de choix de modes de consommation qui correspondront à autant de nouvelles situations de vie.

C) DÉFINIR UN NIVEAU DE SATISFACTION

La troisième étape du bilan expérientiel, après l'analyse des expériences de consommation de psychotropes et l'identification d'un mode de consommation, consiste à lier ce dernier avec un niveau de satisfaction. Cette étape veut donc évaluer si le mode de consommation choisi correspond toujours à ce que l'individu désire et ce, jusqu'à quel point. La puissance de cette évaluation est en relation directe avec la réflexion liée aux deux premières étapes. En effet, mieux les expériences de vie et le choix d'un mode de consommation sont décrits et plus le niveau de satisfaction exprimé sera en accord profond avec l'individu. À ce propos, nous avons remarqué chez les adolescents une tendance à surévaluer le niveau de satisfaction ressentie, tendance qui est à l'opposé des adultes et qui donc sous-estiment le même niveau de satisfaction ressentie.

4.4 Optimalité

En Gestion expérientielle, il existe un concept pour exprimer cet accord profond entre un individu, son mode de consommation et le niveau de satisfaction qu'il en retire. Il s'agit de **l'optimalité**.

Un mode de consommation optimal se définit comme la recherche d'un maximum d'effets agréables et un évitement maximal d'effets désagréables, mais **EN TENANT COMPTE DE SES LIMITES ET**

CONTRAINTES, TANT PHYSIQUES QUE PSYCHOLOGIQUES. L'optimalité peut ainsi exister à l'intérieur des deux autres modes déjà décrits.

En effet, on peut vivre un mode de vie maximal ET optimal. Revenons au consommateur sans retenue cité plus haut. Tant et aussi longtemps que les gains de la consommation surpassent les pertes, il est impossible de départager le mode de consommation optimal de celui qui ne l'est pas. Mais, lorsque surviendront des désavantages majeurs, que ce soit en termes de santé, de budget, de vie amoureuse ou sociale, ou encore en termes de judiciarisation, le consommateur qui n'est pas optimal se démarquera par sa réaction de surprise devant l'inévitable, ses colères contre la malchance, le mauvais sort ou Dieu et un ressentiment général qui le rend aigre.

De toute évidence, il n'avait pas prévu que cette situation lui arriverait, soit qu'il ne l'avait tout simplement pas compris ainsi, soit qu'il se croyait définitivement à l'abri, pour quelques raisons que ce soit, parfois logiques et parfois confinant à la pensée magique...

Alors que le consommateur optimal, tout en ne se réjouissant pas de ce qui lui arrive, en assumera avec philosophie les conséquences en constatant qu'il se devait d'adopter le mode de consommation choisi et de prendre les risques qu'il avait pris et que, de toute façon, il n'aurait pu vivre autrement.

On peut aussi vivre un mode de vie minimal ET optimal. Revenons à la personne totalement abstinentes citée plus haut. La logique du mode de consommation minimal tient à l'évitement des conséquences négatives de la consommation de drogues et ce, quels que soient les *soi-disant* gains de cette même consommation. Tant qu'il y a évitement des conséquences négatives, ce choix de mode de consommation se trouve confirmé. Mais, dans le cas où surviendraient tout de même des désagréments (ex. : problèmes de foie normalement dus à l'alcool...), l'abstinent qui n'est pas optimal deviendra révolté contre le mauvais sort qui l'accable. Il sera acerbé quant à l'injustice qui le frappe, maudissant à la fois ceux qui ont pris des risques (ex. : qui boivent) et qui s'en sortent *trop bien* et ceux qui, comme lui, avaient cru en les mérites de l'abstinence. Alors que l'abstinent optimal, tout en ne se réjouissant pas de ce qui lui arrive, ne pourra que confirmer les raisons de son choix, malgré les pertes encourues, en constatant que *de toute façon il n'aurait pu faire ou vivre autrement*.

En définitive, la seule condition de **l'optimalité** est la **conscience de ses limites et le respect de celles-ci d'une manière jugée satisfaisante par la personne elle-même dans le mode de consommation choisi**.

La Gestion expérientielle ne prescrit pas la consommation ou la non-consommation de drogues tout simplement parce que ces choix ne délimitent pas *en soi* la satisfaction qui en sera ressentie par l'individu. En cela, elle se révèle particulièrement originale. Par exemple, l'approche conventionnelle promet la satisfaction dans l'abstinence. S'il est vrai d'une part qu'on rencontre des gens abstinents et satisfaits, il est tout aussi vrai d'autre part qu'on peut rencontrer des gens abstinents et... insatisfaits! De la même façon, s'il est vrai qu'on rencontre des gens consommateurs et insatisfaits, il est tout aussi vrai qu'on peut rencontrer des gens consommateurs et... satisfaits!

Un autre exemple serait l'approche de la réduction des méfaits qui prône la modération et le contrôle, voire l'équilibre dans la consommation afin de préserver santé psychologique et physique. S'il est vrai que l'on rencontre des gens modérés, en contrôle de leur

vie, en santé tant physiquement que mentalement et satisfaits, le contraire peut se vérifier lui aussi.

Et inversement, s'il est vrai qu'on rencontre des gens excessifs, en perte de contrôle et déséquilibrés, voire malades et qui sont insatisfaits, on peut aussi en rencontrer qui sont tout de même assez satisfaits malgré les désavantages marqués (pensez à certains artistes ou créateurs...).

Enfin, même **Low**¹² tombe dans le piège en soutenant la maîtrise, l'adaptation sociale et l'autonomie comme recette de la satisfaction. Pour continuer dans la même veine, si on connaît effectivement des gens en pleine maîtrise de leurs capacités, bien adaptés socialement et autonomes et qui sont satisfaits, on peut aussi en connaître qui sont insatisfaits malgré tout! Et s'il y a des gens en perte de maîtrise, mal adaptés socialement et dépendants qui sont insatisfaits, il peut aussi y en avoir d'autres qui sont malgré tout satisfaits...

La Gestion expérientielle ne remet pas en cause le fait qu'il y ait tout de même plus de chance d'être satisfait lorsqu'on est abstinent, en contrôle, en santé, bien adapté et autonome! Mais ce choix correspond au mode de consommation minimal. Encore faut-il que ce mode soit le vôtre (physiquement et psychosocialement). Un individu porté physiquement et psychologiquement vers le mode de consommation maximal aura beaucoup de difficultés à ressentir de la satisfaction dans un mode de consommation minimal, aussi sain soit-il... En résumé, il n'existe aucun mode de consommation infaillible qui garantirait la satisfaction à tous et chacun. De même que tous les modes de consommation (y compris l'abstinence) peuvent susciter la satisfaction chez certains. La complexité de l'être humain s'y trouve encore une fois confirmée.

4.5 Intervention

Le niveau de satisfaction exprimé face au mode de consommation choisi guidera par la suite l'intervenant dans le type d'actions à poser. En effet, si l'individu est hautement satisfait de son mode de consommation (après toute l'analyse exhaustive réalisée dans les

deux premières étapes), l'intervention en Gestion expérientielle consistera à proposer des solutions pour diminuer les effets négatifs et pour augmenter les effets bénéfiques (dans les limites de ce qui est socialement acceptable, bien évidemment). Elle consistera ensuite à prévoir, à intervalles plus ou moins réguliers, des occasions de reprendre cette réflexion afin de vérifier si des changements sont survenus (soit dans le vécu des expériences, dans le choix du mode de consommation ou encore dans la satisfaction ressentie) qui nécessiteraient de nouveaux ajustements de la part de l'individu.

Par contre, si l'individu est hautement insatisfait de son mode de vie, l'intervenant pourra l'aider à identifier la nature et l'ampleur des changements voulus et lui proposer des principes-guides pour atteindre ses objectifs. La Gestion expérientielle propose actuellement un ensemble d'une vingtaine de principes qui vont en ce sens.

Enfin, si l'individu est ambivalent dans la satisfaction qu'il ressent par rapport à son mode de consommation, l'intervenant proposera des modalités pour poursuivre la réflexion dans le temps afin de suivre l'évolution de celle-ci.

4.6 Limites de la Gestion (temps et urgence)

La Gestion expérientielle exige des intervenants qu'ils puissent minimalement réaliser un processus d'accompagnement avec la personne. Les interventions du style *une rencontre pour 100 % de résultat* sont à proscrire...

De plus, nous avons constaté que, trop souvent, les intervenants, confiants qu'intervenir sur la satisfaction est plus facile qu'intervenir sur les problèmes et l'insatisfaction, se lancent sans formation adéquate dans ce type d'intervention. Il s'agit d'une erreur de jugement qui peut entraîner de graves conséquences pour la personne en cheminement comme je l'ai mentionné dans un autre article¹³.

Enfin, et de façon évidente, le contrôle des changements désirés par la répression et les contraintes se justifie tout à fait pour des problématiques particulières et urgentes de sécurité et de survie sociale (comme le meurtre ou l'abus sexuel). Par contre, hormis ces

Faculté de l'éducation permanente

La faculté d'évoluer

125
ANS

Cours en toxicomanies



Sexualité et toxicomanies – TXM2540

Samedi 25 et dimanche 26 octobre, de 9 h à 17 h 30

Chargée de cours : Danielle Champagne

L'IGT pour adolescents – TXM2570Y

Samedi 29 et dimanche 30 novembre, de 9 h à 17 h 30

Chargée de cours : Nicole Hamel Jutras

automne
2003

Renseignements

514.343.7482 1 800 363.8876

www.fep.umontreal.ca

Université 
de Montréal

cas plutôt exceptionnels, le respect de nature humaniste que propose la Gestion expérientielle de l'individu et de ses choix de consommation au quotidien (des situations beaucoup plus fréquentes) nous apparaît comme la stratégie la plus efficace.

4.7 Généralisation

La recherche scientifique des dernières années, particulièrement dans le domaine de la neurologie, a permis une généralisation étonnante et fertile de l'approche de la Gestion expérientielle. En effet, si l'on considère que les psychotropes doivent leur potentialité d'action à leur influence partielle ou majeure sur le fonctionnement des neurotransmetteurs, et si l'on considère que les expériences du plaisir, de la douleur et de la souffrance sont fondamentalement basées sur le rôle de ces mêmes neurotransmetteurs, une des conclusions intéressantes de ces connaissances est que l'on pourrait généraliser la Gestion expérientielle à toute expérience de vie qui suscite chez l'être humain de telles expériences de plaisir et de douleur-souffrance.

En ce sens, nous pouvons généraliser la définition de la Gestion expérientielle de la façon suivante : aider l'individu et la société à porter une réflexion **sur ses expériences de vie** en fonction d'un objectif qui s'appelle la satisfaction.

Cette réflexion repose toujours sur le bilan expérientiel :

A) DÉCRIRE SES EXPÉRIENCES DE VIE

Dans un premier temps, il faut donc s'assurer que l'individu est capable de bien décrire ses **expériences de vie** et de prendre en considération toutes les dimensions impliquées. Nous nous servons du modèle e = sic enrichi, mais aussi des mêmes trois lois biologiques généralisées (**loi de la réciprocité, loi de l'intensité et loi de la désensibilisation**).

À cette étape, l'individu doit toujours préciser les limites (tant biologiques que psychologiques) qui le caractérisent et identifier celles qu'il juge importantes, voire essentielles à respecter.

B) PRÉCISER SON MODE DE VIE

Dans un deuxième temps, l'individu doit être capable de préciser son **mode de vie** et de le comparer avec les autres alternatives possibles pour mieux en préciser les avantages et inconvénients. Nous utilisons toujours alors les concepts de **mode de vie maximal et minimal** auxquels nous ajoutons cette fois **mode de vie inversé**.

Un mode de vie maximal est une recherche sans limites d'effets agréables et un évitement sans limites des effets désagréables. Par exemple, on pourrait dire que la Formule 1 (course automobile) représente un mode de vie maximal où la recherche de la vitesse, avec les effets agréables des sensations, du vedettariat, des voyages et de l'argent, conduit au dépassement des limites et exposent les pilotes à de graves accidents, voire à la mort.

Un mode de vie minimal est une limitation des effets agréables pour une limitation des effets désagréables. Par exemple, une personne vit retirée sur une terre agricole éloignée et produit tout ce dont il a besoin (vêtements, nourriture, etc.). Un mode de vie frugal certes, mais qui est reconnu pour protéger des grands problèmes de notre société moderne.

Un mode de vie inversé concerne l'incroyable aptitude de l'être humain à programmer les expériences biologiques de plaisir et de douleur-souffrance en fonction de paramètres psychosociaux. À

tel point que, en possédant certaines croyances et valeurs appropriées, une personne peut en venir à rechercher la douleur et la souffrance pour obtenir... un plaisir maximal! Je donnerai en exemple à ce propos, et avec tout le respect dû en ce sens aux croyances religieuses de par le monde, des gens qui effectuent de longs et pénibles pèlerinages en priant pour la protection de leur famille. Cet exercice est très éprouvant physiquement et psychologiquement et peut même parfois entraîner des problèmes sérieux de santé. Mais ceux-ci ne sont rien en comparaison du gain obtenu de cette façon : la protection divine sur tous les êtres chers.

C) DÉFINIR UN NIVEAU DE SATISFACTION

La troisième étape du bilan expérientiel consiste à lier le mode de vie choisi avec un niveau de satisfaction ressenti. L'optimalité, telle que définie auparavant, conserve tout son à-propos.

En effet, on peut toujours vivre un mode de vie maximal ET optimal. Revenons à l'exemple de la Formule 1. S'il est difficile de départager le pilote qui est optimal de celui qui ne l'est pas lorsque tout va pour le mieux, le pilote de course qui n'est pas optimal se distinguera nettement au moment de l'accident.

En effet, vous verrez cet individu prendre très mal la chose, ne pas l'accepter, maugréer contre tous et le mauvais sort et devenir très malheureux des pertes encourues. Ce pilote est en plein désespoir et répète que *s'il avait su, jamais il ne serait devenu pilote*. Alors que le pilote optimal, s'il ne peut être heureux d'avoir un accident et d'encourir des pertes, acceptera la chose avec philosophie, considérant que cela faisait partie des risques du métier et que de toute façon il n'aurait pu vivre autrement.

Jacques Villeneuve, interrogé sur un grave accident survenu à son ami Olivier Panis, a refusé de le plaindre considérant que celui-ci savait ce qu'il risquait et en assumait les conséquences. Un autre pilote de pointe, Zanardi, a perdu l'usage de ses deux jambes lorsque sa voiture est entrée en collision avec celle du pilote québécois Alexandre Tagliani. En réponse à un journaliste qui lui demandait s'il regrettait d'avoir prolongé sa carrière (il aurait pu y mettre un terme la saison précédente), le pilote répondit qu'il avait toujours fait ce qu'il avait voulu, qu'il n'aurait pu faire autrement et qu'au lieu de regretter le passé, il préférerait se concentrer sur sa nouvelle vie.

On peut aussi vivre un mode de vie minimal ET optimal. Revenons à notre exemple de vie sur une terre agricole éloignée. Lorsque tout va bien et que les sacrifices consentis se traduisent par une sécurité accrue, rien ne distingue le mode de vie optimal du minimal. Par contre, lorsqu'il y a perte de récoltes, des terres, contraction de maladies ou expérience de cataclysmes, la personne qui n'est pas optimale pestera contre la fatalité, la malchance, contre les gens qui n'ont pas ce mode de vie et qui pourtant sont chanceux ou choyés (recherchant parfois la vengeance contre ceux-ci) et promettant que *si elle avait su, elle n'aurait pas choisi ce mode de vie*. Alors que la personne optimale, si elle ne peut être satisfaite dans l'adversité, accepte tout de même le tout en se disant que, de toute façon, elle n'aurait pu vivre autrement...

On peut enfin vivre le mode de vie inversé ET optimal. Revenons sur l'exemple des pèlerinages religieux. Rien ne distingue le pèlerin optimal de celui qui ne l'est pas lorsque les sacrifices consentis se traduisent effectivement par une protection pour les êtres chers et que rien de fâcheux ne leur arrive.

Par contre, lorsque le malheur surviendra, le pèlerin qui n'est pas optimal n'exprimera que lamentations et récriminations contre tout et tous, surtout le Dieu ingrat qui ne l'a pas écouté et respecté dans ses sacrifices et jurera à tout vent que *s'il avait su, il n'aurait pas fait tous ces sacrifices*. Alors que le pèlerin optimal, s'il n'est pas satisfait de voir sa famille malheureuse malgré les sacrifices consentis, accepte tout de même le tout en se disant que, de toute façon, il n'aurait pu vivre autrement...

En définitive, la seule condition de l'**optimalité** est et demeure la *conscience de ses limites et le respect de celles-ci d'une manière jugée satisfaisante par la personne elle-même dans le mode de vie choisi*.

L'intervention en Gestion expérientielle s'oriente toujours en fonction du niveau de satisfaction exprimé par la personne. Il peut donc y avoir soit travail de maintien et de développement des acquis du mode de vie, soit changement de mode de vie ou accompagnement en cas d'ambivalence. Dans sa généralisation, la Gestion expérientielle possède les mêmes limites que celles citées auparavant, que ce soit en rapport avec la durée de l'intervention (accompagnement et réflexion) ou en rapport avec l'urgence sociale ou individuelle de la situation (meurtre, inceste, etc.) qui demande plutôt des actions rapides de contrôle et de contraintes.

4.8 AQGE

Aujourd'hui, sans aucunement prétendre que la Gestion expérientielle représente la panacée universelle à tous les maux sociaux, nous pouvons à juste titre cependant souligner qu'elle constitue selon nous une approche qui vient de façon intéressante compléter les acquis des approches conventionnelles et de la réduction des méfaits. Une approche incontournable en fait en matière de santé publique comme semble le démontrer l'engouement qu'elle suscite au Québec et ailleurs.

En effet, en prévention, cette approche originale a rejoint en 2001-2002 plus de 60 000 jeunes (10-17 ans) à travers le Québec dans des programmes qui impliquent une démarche de réflexion sur plusieurs années, la participation annuelle active et soutenue de plus de 500 parents bénévoles, des centaines d'intervenants sociaux, sanitaires et judiciaires, des dizaines de commissions scolaires et CLSC, ainsi que des centaines de municipalités. En ce sens, le programme de prévention primaire **Prisme** constitue le plus vaste programme de prévention des toxicomanies ayant jamais eu lieu au Québec. Il est également à ce jour le plus évalué des programmes appliqués. D'autres programmes de prévention basés sur la Gestion expérientielle, comme **Ad Modus Vivendi** et **Parcs et loisirs**, sont actuellement en pleine progression.

En réadaptation, une équipe d'intervenants développe depuis 1996, avec beaucoup d'énergie, le potentiel de cette approche auprès de populations en difficultés, que l'on songe aux outils du **Profil Autonome de Consommation (PAC)**, de la **Grille de Satisfaction et de Motivation (GSM)** et qui sont tous deux en phase d'évaluation par l'Université du Québec à Chicoutimi, que l'on songe aux rencontres de groupes comme le programme **SatisAction** ou encore que l'on songe à une foule d'outils de dépistage et d'intervention précoce ayant chacun leur spécificité d'usage. Tout ce travail professionnel a recueilli une belle reconnaissance depuis une dizaine d'années auprès de la communauté internationale (France, Belgique, Portugal).

5. Conclusion

L'approche conventionnelle du non-usage des drogues évolue graduellement et positivement en santé publique québécoise vers une approche qui tient mieux compte de la réalité de la consommation des psychotropes au sein de la population, soit celle de la réduction des méfaits. La Gestion expérientielle, quant à elle, complète ce cheminement en proposant une réflexion plus globale sur le phénomène des psychotropes par l'intégration des expériences de plaisir et des bienfaits liés à leur consommation. Elle propose également une généralisation des interventions à toutes les expériences de vie, tout en offrant des outils innovateurs en prévention et en réadaptation.

En résumé, nous pourrions utiliser une analogie basée sur l'alcool : si l'approche conventionnelle attire notre attention sur les problèmes liés à la consommation de l'alcool (définition de l'alcoolisme) et sur une première solution (abstinence), si l'approche de la réduction des méfaits précise la problématique en la détachant de la consommation (facteurs de risque et de protection liés) et attire notre attention sur de nouvelles solutions (ex. : boire contrôlé), l'approche de la Gestion expérientielle attire, quant à elle, notre attention sur la participation de l'alcool à notre qualité de vie et propose de réfléchir sur les avantages et les désavantages liés aux différents modes de consommation et sur la satisfaction qui s'en dégage en fonction de chaque individu.

Pour les personnes désirant plus d'information sur la Gestion expérientielle ou sur ses applications en prévention et en réadaptation, on peut joindre les bureaux de l'AQGE aux coordonnées suivantes : tél. : (819) 323-6096, courriel : < AQGE@hotmail.com >. ■

NDLR : La première partie de cet article a été publiée dans L'intervenant, volume 19, numéro 4, octobre 2003.

Bibliographie

- 9 Brochu, S., Therrien, A., Licatose, A. (1989). Recension des études évaluatives concernant les programmes d'éducation en matière d'alcool et d'autres drogues. *École de criminologie, Université de Montréal, Montréal.*
- 10 Low, K. (1994). « Les jeunes, les drogues et la dépendance : éléments d'une prévention radicale », dans *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. 2, dir. Pierre Briason, éd. Gaëtan Morin, Boucherville.*
- 11 Cormier, D. (1984). *Toxicomanies : styles de vie, éd. Gaëtan Morin, Boucherville.*
- 12 Low, K. (1994). « Les jeunes, les drogues et la dépendance : éléments d'une prévention radicale », dans *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol. 2, dir. Pierre Briason, éd. Gaëtan Morin, Boucherville.*
- 13 Therrien, A. (1998). « Réflexion sur la Gestion expérientielle : L'intervention et le bonheur ». Actes du 26^e colloque de l'AITQ - Outils et approches en toxicomanie : reconnaître nos compétences. *Sainte-Foy.*

Références complémentaires sur la Gestion expérientielle

- Therrien, A. (1995). La Gestion expérientielle. *dans L'intervenant, vol. 11, n° 4, AITQ.*
- Therrien, A., Bonneau, D. et coll. (1998). La Gestion expérientielle : une nouvelle approche en réadaptation des toxicomanies. *dans L'intervenant, vol. 14, n° 3, AITQ.*
- Therrien, A. (2000). Quand le plaisir fait souffrir. *éd. Prodario, AQGE, Sainte-Asathe-des-Monts.*

Homosexualité et toxicomanie ou l'art d'avoir le vin gai!

Daniel Boisvert, M.Pse

Agent de relations humaines, Centre Normand
Chargé de cours, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

L'auteur est un psychoéducateur engagé dans la réadaptation des alcooliques/toxicomanes depuis plus d'une dizaine d'années. Auteur et chercheur, il s'intéresse tout particulièrement à la résilience des victimes d'agression sexuelle. Il a d'ailleurs publié de nombreux articles sur le sujet. Il possède aussi un intérêt certain pour l'adaptation des services aux réalités des clientèles particulières comme celles des femmes, des autochtones et des homosexuels.

À ma mère...

La compréhension de l'homosexualité, sa légalisation, et depuis 1980, la reconnaissance de l'homosexualité comme n'étant plus une pathologie dans le manuel diagnostique de l'Association Psychiatrique Américaine ont grandement contribué à faciliter, pour les homosexuels, l'acceptation de leur orientation sexuelle. Par contre, il n'en demeure pas moins que la réalité homosexuelle est encore marquée par de fréquentes difficultés psychologiques susceptibles de générer des périodes de détresse et notamment l'apparition et/ou le développement d'une toxicomanie.

Prévalences

Cette affirmation est soutenue par les études de prévalences de la toxicomanie chez les populations homosexuelles. De nombreuses études soulignent un taux d'alcoolisme d'environ 30 % chez les populations homosexuelles (Saghir et Robins, 1973; Fifield, De Crescenzo et Latham, 1975; Morales et Graves, 1983). Bien que la méthodologie de ces recherches soit questionnable pour diverses raisons, elle n'en demeure pas moins une base de départ suffisamment importante pour nous amener à tenir compte du phénomène.

Knowlton, McCusker, Stoddard, Zapka et Mayer (1994) ont effectué une recherche sur un groupe de 249 hommes de la région de Boston. Ils en sont arrivés à la conclusion que 27 % des sujets homosexuels avaient des problèmes liés à l'alcool et aux drogues, comparativement à 17 % chez la population en général. Encore une

fois, la validité est questionnable, notamment à cause de l'échantillon non représentatif retenu pour l'étude.

Des études présentant une méthodologie plus valide nous donnent un moins grand écart entre les populations hétérosexuelle et homosexuelle. Stall et Wiley (1988) ont démontré que chez la population masculine, 19 % des homosexuels manifestaient une consommation élevée par rapport à 11 % chez les hétérosexuels. Dans la même étude, on apprend que les jeunes hommes homosexuels consommeraient plus de drogues que les hétérosexuels. En effet, dans le groupe des 25 à 34 ans, 82,9 % des homosexuels et 73,2 % des hétérosexuels ont consommé du cannabis au cours des six derniers mois. L'écart devient beaucoup plus important lorsque l'on parle de la consommation de « poppers » (nitrate d'amyle et nitrite isopropylique) pour laquelle l'on retrouve 58,8 % pour les homosexuels contre 1,5 % pour les hétérosexuels. Stall et Wiley (1988) expliquent cet écart « par des substances qui seraient propres à la culture gaie ». Hall (1992) affirme que 25 % des lesbiennes rapportent consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine et que 16 % d'entre elles ont cherché de l'aide dans le passé.

La plus récente étude qu'il nous fut donné de consulter est celle de Skinner et Otis (1996) qui nous démontrent que la prévalence de la consommation de drogues illicites est plus grande chez les personnes homosexuelles. Mais l'écart tend à réduire et la différence se situe surtout au niveau de la consommation du cannabis et d'inhalants.

Un certain nombre d'études soutiennent que la consommation d'alcool ne varie pas substantiellement entre les populations hétérosexuelle et homosexuelle (Martin, Dean, Garcia et Hall, 1989; McKirman et Peterson, 1989). Pour leur part, Friedman et Downey (1994) affirment qu'il est impossible à ce moment-ci de tirer des conclusions sur la toxicomanie et l'orientation sexuelle.

Nous croyons qu'il est intéressant de souligner ici les travaux de Craig (1987) qui a tenté de déterminer la prévalence de l'homosexualité dans les populations cliniques. Il arrive à une prévalence de 11 % de personnes homosexuelles au sein de son échantillonnage, comparativement au taux de 3 % estimé pour la population générale.

Causalité

Deux modèles de compréhension du phénomène homosexualité-toxicomanie semblent être le plus souvent rapportés dans la littérature. Le premier est la conception linéaire causale psychanalytique et le second, qui tend à prendre de plus en plus de place dans la compréhension du phénomène, est celui de la socialisation et réfère au système dans lequel évolue la personne homosexuelle.

Il existe une multitude de documents présentant une relation causale où la toxicomanie serait une réaction à la blessure sexuelle. Par contre, bien qu'elle soit encore grandement répandue, cette analyse de causalité semble depuis longtemps contestée. Hewitt (1943), Sherley (1955) et Grygier (1957) se sont efforcés de démontrer qu'il n'y a pas de lien causal et linéaire entre l'homosexualité et l'alcoolisme.

Le deuxième modèle de compréhension du phénomène est celui que je qualifierais de circulaire, c'est-à-dire qu'il existerait des facteurs de risque et de vulnérabilité liés à l'homosexualité (Schaefer, Evans et Coleman, 1987; Glaus, 1989; Marmon, 1980; Nardi, 1982). Effectivement, les lieux de rencontres (bars), le culte de la beauté, l'aspect hédoniste du style de vie gai, l'exclusion sociale et la détresse psychologique nous semblent être des facteurs de vulnérabilité de la population gaie face aux toxicomanies.

Or, la toxicomanie ne serait pas la seule manifestation de la détresse psychologique des populations homosexuelles. En effet, 40 % des jeunes hommes gais interrogés par Jay et Young (1977) avaient tenté de se suicider ou y avaient sérieusement songé. Il semblerait que l'ostracisme dont sont l'objet les homosexuels les amènent à avoir un regard négatif d'eux-mêmes. La recherche d'Otis, Ryan et Chouinard (1997) indique que 33 % des jeunes homosexuels jettent un regard négatif sur eux-mêmes ou croient qu'ils n'ont pas autant de valeur que les autres personnes.

Les besoins

Suite à ces constats, nous sommes maintenant rendus à penser aux actions à poser. En fait, la question est : faut-il des services différents en matière de traitement de la toxicomanie pour la clientèle homosexuelle? Bien que la littérature ne démontre pas une différence nécessairement très marquée dans la prévalence de la toxicomanie chez les homosexuels, les traitements, eux, peuvent être quand même adaptés aux réalités homosexuelles.

Selon certains auteurs, il est crédible de penser que les services destinés à la population en général ne soient pas toujours adaptés aux réalités gais. Plusieurs auteurs font ressortir également les craintes des homosexuels face à la discrimination, l'incompréhension et l'ostracisme (Colcher, 1982; Driscoll, 1982; Israelstam, 1986).

Or, de nombreux auteurs se sont arrêtés à souligner l'importance d'offrir des traitements adaptés à cette clientèle. Ils soulignent notamment que les intervenants devraient être bien informés et formés face aux réalités homosexuelles (Bux, 1996; Colcher, 1982). Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans ses orientations ministérielles sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles, affirmait que : « La recherche et la formation des intervenants doivent faire l'objet d'une attention toute parti-

culière » (MSSSQ, 1997). Il présentait d'ailleurs quatre axes d'intervention au sein desquels les services adaptés et le développement de l'expertise prenaient une grande place.

Bien que nous soyons encore devant une multitude de questionnements et d'incertitudes, à la lumière tant de la littérature disponible que de notre expérience clinique, nous sommes en mesure de soutenir qu'il existe bien une réalité propre aux homosexuels et que l'amélioration des services offerts à cette population passe par le développement tant des services que des personnes qui les dispensent.

Même si nous ne sommes pas en mesure, à la lumière des études actuellement disponibles, de conclure à une prévalence de toxicomanie significativement différente entre les populations hétérosexuelle et homosexuelle, et même si nous ne pouvons conclure à un usage différent des substances psychotropes, la littérature sur la réalité homosexuelle nous expose clairement un certain nombre de différences. Nous sommes donc d'avis, en conclusion, que le traitement devrait indéniablement tenir compte de la réalité homosexuelle. ■

On peut rejoindre l'auteur par courriel à l'adresse suivante : <Daniel.Boisvert@UQAT.ca>.

Bibliographie

- Bux, D.A.J. (1996). « The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review », *Clinical Psychology Review*, 16, 277-298.
- Colcher, R.W. (1982). « Counselling the homosexual alcoholic », *Journal of Homosexuality*, 7, 43-52.
- Driscoll, R. (1982). « A gay-identified treatment program: A follow-up study », *Journal of Homosexuality*, 7, 71-80.
- Fijfeld, L., De Crescenzo, T.A., et Latham, J.D. (1975). Alcoholism and the gay community. Summary of On my way to nowhere. Alienated, isolated, drunk: An analysis of gay alcohol abuse and an evaluation of alcoholism rehabilitation services for Los Angeles County. Los Angeles, Los Angeles Gay Community Services Center.
- Glauss, K. (1989). « Alcoholism, chemical dependency, and the lesbian client », *Women therapy*, 8, 131-144.
- Grygier, T. (1957). « Psychometric aspects of homosexuality », *Journal of Mental Science*, 103, 514-526.
- Hewitt, C.C. (1943). « A personality study of alcoholism addiction », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4, 368-386.
- Israelstam, S. (1986). « Alcohol and drug problems of gay males and lesbians: Therapy, counselling and prevention issue », *Journal of Drug Issues*, 16, 443-461.
- Jay, K., et Young, A. (1977). *Lesbian and gay speak out about their sexual experiences and lifestyles*. Summit, New York.
- Knowlton, R., McCusker, J., Stoddard, A., Zapka, J., et Mayer, K. (1994). « The use of the CAGE questionnaire in a cohort of homosexuality active men », *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 692-694.
- Marmon, J. (1980). *The multiple roots of homosexual behavior*. Basic Books New York.
- Martin, J.L., Dean, L., Garcia, M., et Hall, W. (1989). « The impact of AIDS on a gay community: Changes in sexual behavior, substance use, and mental health », *American Journal of Community Psychology*, 17, 269-293.
- McKirman, D.J., et Peterson, P.L. (1989). « Psychology and cultural factors in alcohol and drug abuse: An analysis of a homosexual community », *Addictions Behaviors*, 14, 545-553.
- Morales, E.S., et Graves, M.A. (1983). Substance abuse: Patterns and barriers to treatment for gay men and lesbians. *San Francisco Community Substance Abuse Services, Department of Public Health, San Francisco*.
- Nardi, P. M. (1982). « Alcohol treatment and non-traditional "family" structures of gays and lesbians », *Journal of Alcohol and Drug Education*, 27, 83-89.
- Otis, J., Ryan, B., et Chouinard, N. (1997). Prévention du VIH. Impact du Projet 10 sur le mieux-être de jeunes gais et bisexuel. Profil des jeunes à leur entrée au groupe de support du Projet 10, rapport préliminaire. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Saghir, M.J., et Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Schaefer, S., Evans, S., et Coleman, E. (1987). « Sexual orientation concerns among chemically dependent individuals. Special issue: Chemical Dependency and intimacy dysfunction », *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1, 121-140.
- Sherley, M. J. (1955). Psychopathology and character structure in chronic alcoholism. C.C. Thomas, Springfield.
- Skinner, W. F. et Otis, M. D. (1996). « Drug and alcohol use among lesbian and gay people in a southern U.S. sample epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilogy Project », *Journal of Homosexuality*, 30, 59-92.
- Stall, R., et Wiley, J. (1988). « A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study », *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 63-73.



Problèmes avec le jeu?

Donne-toi une chance

1-800-461-0140 / 514-527-0140

JEU: AIDE ET RÉFÉRENCE

Les « maux » pour le dire

Jacques Moïse

Auteur et consultant en toxicomanie

Nos sens nous donnent accès à une multitude de sensations qui nous excitent à plusieurs niveaux. Nous avons appris à nommer ces « choses » qui nous excitent (poupée, bonbon, biberon, etc.). Le biberon, au-delà de sa fonction d'objet, peut représenter et évoquer toute une panoplie de sensations et de souvenirs agréables ou désagréables. Par exemple, un individu peut évoquer le souvenir douloureux d'avoir failli s'étouffer en buvant trop vite un verre de lait quand il était petit enfant.

Cette personne peut, par association, se souvenir de la présence rassurante de sa mère accourue pour l'aider à se sortir de ce mauvais pas. Dans cet exemple, l'angoisse et l'anxiété générées par l'évènement traumatisant peuvent se calmer par la capacité du sujet de procéder à des associations comme celle de la présence rassurante de la mère. Toutefois, la capacité de s'exprimer et le fait d'être écouté au sujet de ces événements traumatisants demeurent des moyens de choix pour écouler nos excitations douloureuses.

Les excitations sont parfois bloquées au niveau de la pensée des individus sans possibilité de s'échapper sans une intervention thérapeutique. Elles s'écoulent, comme le dit Pierre Marty dans son texte *Mentalisation et psychosomatique*, par leur élaboration mentale et « par des comportements sensoriels et moteurs liés au travail mental effectué suite à l'excitation ». Quand nous n'arrivons pas à écouler nos excitations par un processus mental d'évocations, de représentations et d'associations (processus de mentalisation), nous risquons de passer à des actions dans le but de les épuiser rapidement. Quand les mots sont vidés de leurs représentations affectivo-symboliques, le sens qui s'y rattache est vide et s'en trouve évacué. L'individu qui fait face à cette situation d'incapacité de donner son sens à ses « maux » n'a souvent d'autres choix que l'action pour écouler ses excitations. Comme le dit Resnik (1973) : « (...) agir, c'est-à-dire faire au lieu de dire ».

Les « insuffisances et indisponibilités des représentations » peuvent être causées par des carences biologiques ou psychologiques chez l'enfant ou chez ses parents. Elles peuvent être le fruit d'un processus d'évitement ou de « répression des représentations ». La complexité de ce processus vient du fait que l'évitement d'une représentation peut faire « tache d'huile ». Cela veut dire que ce comportement peut influencer la qualité et la quantité de tout un réseau de représentations.

Les « défauts » du processus de mentalisation peuvent conduire à des « comportements sexuels ou de violences corporelles

qui épuisent les excitations ». L'accumulation d'excitations pulsionnelles plus ou moins importantes peut conduire à des affections somatiques graves et dégénératives, ou à des affections aiguës et réversibles. La toxicomanie, au même titre que des comportements sexuels à risque ou la violence faite à son corps par soi ou par d'autres, peut constituer un moyen pour épuiser ces excitations bloquées au niveau de la pensée. Le thérapeute aurait accompli une partie de son travail si son client troquait ses maux pour des mots. ❏

Références

Marty Pierre (1996). *Mentalisation et psychosomatique*. Synthélabo, Paris.

Paré Maryse (2001). Séminaire en intervention individuelle. Université de Sherbrooke, Département de toxicomanies.

Resnik Salomon (1973). *Personne et psychose*. Payot, Paris.



Centre de psychothérapie et de formation
spécialisé dans le traitement des troubles de la personnalité

Monique Bessette M.Ps, Psychologue, Directrice



NOUVEAU
service clinique

Groupes psychoéducatifs
et de soutien

Pour aider les familles et les proches
à mieux vivre avec une personne présentant
un trouble de la personnalité.

Sessions de 10 rencontres de 2 heures
offertes dès janvier 2004.

Coût : 455\$

Pour de plus amples informations, communiquez avec Sylvain Gingras.
Institut Victoria, 1440, Rue Sainte-Catherine ouest (bur. 716),
Montréal (Québec) H3G 1R8,
Tél. : (514) 954-1848, Télécopieur : (514) 954-1849,
Courriel : clinvic@cam.org



Entretiens du Centre Jacques-Cartier

Du 3 au 8 octobre 2004, le RISQ organise un colloque dans le cadre des dix-septième Entretiens du Centre Jacques-Cartier sous le thème « Alcool, drogues et conduites à risque ». Fait en collaboration avec l'INSERM et l'INRETS, ce colloque s'inscrit dans la continuité d'échanges scientifiques et techniques entre des chercheurs et des cliniciens français et québécois oeuvrant en toxicomanie. Pour toute information concernant cet événement, veuillez contacter madame Louise Guyon au (514) 385-3490, poste 1132 ou par courriel < louise.guyon@sss.souv.qc.ca >.

Innovation et leadership

L'AITQ félicite toute l'équipe de la Clinique Cormier-Lafontaine qui a reçu le prix Innovation et leadership de l'Association des hôpitaux du Québec. Décerné annuellement, ce prix vise à souligner une initiative, une démarche ou une réalisation particulièrement significative ou originale en ce qui a trait à la gestion ou à l'amélioration de la qualité des soins et des services donnés.

Promouvoir la santé.

L'ouvrage *Promouvoir la santé. Réflexions sur les théories et les pratiques* a pour but de scruter, dans une perspective critique, les rapports entre les théories et les pratiques dans le domaine de la promotion de la santé. Les dix textes qui le composent présentent des points de vue, des expériences et des réflexions sur les théories et les pratiques qui forment le paysage de la promotion de la santé en francophonie et se divisent en deux grandes rubriques soit dans un premier temps, les réflexions sur des aspects conceptuels et, théoriques de la promotion de la santé et, dans un deuxième temps, les réflexions sur des aspects pratiques de la promotion de la santé. Vous pouvez vous procurer cet ouvrage gratuitement en communiquant avec le RÉFIPS aux coordonnées suivantes : Bureau de liaison du RÉFIPS, par téléphone : (514) 937-1227 ou par courriel : info@refips.org.

Table ronde des professionnels.

Les AA sont heureux de vous convier à une rencontre qui se tiendra le samedi 11 octobre, de 13 h 30 à 15 h 30, à la salle F2.02 du Collège Jean-de-Brébeuf, 5625, rue Decelles, Montréal. La table ronde sera constituée de Maurice Dongier, psychiatre à l'Hôpital Douglas, Louise Nadeau, psychologue et professeur titulaire à l'Université de Montréal, Pierre Pinard, juge à la retraite de la Cour supérieure du Québec et Sylvio Michaud, prêtre et directeur de la Maison du Père. Cette rencontre a pour but de permettre un échange entre les professionnels et le public. Sous forme de questions/réponses, le thème privilégié sera « Le mouvement des AA vu de l'extérieur ». L'admission en tant que professionnel est gratuite. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le bureau des services généraux au (514) 374-3688.

J'affirme ma modération.

Éduc'alcool et l'Esplanade des jeunes sur Internet profiteront de la Semaine de prévention de la toxicomanie 2003 pour lancer la troisième édition du concours S'éclater avec modération! Cette année, le thème est J'affirme me modération. Le concours est l'occasion pour les intervenants jeunesse de parler de modération dans la consommation, de susciter la réflexion dans le cadre d'une activité créative qui, de surcroît, peut rapporter des prix. Pour plus d'information, communiquez avec Line St-Germain au (514) 529-6666. Le concours est une présentation d'Éduc'alcool en collaboration avec l'Esplanade des jeunes sur Internet (www.esplanade.org) et le Regroupement des maisons de jeunes du Québec.

Réduction des méfaits

Le volume 2, numéro 1, de la revue électronique Drogues, santé et société porte sur le thème de la réduction des risques et des méfaits (<http://www.drogues-sante-societe.org/>).

Faculté de l'éducation permanente

La faculté d'évoluer



Prenez de la valeur.



Inscrivez-vous à l'un de nos programmes en intervention.

- Criminologie - Droit - Intervention auprès des jeunes
- Intervention dans les groupes et les organisations - Intervention de crise
- Intervention en déficience intellectuelle - Petite enfance et famille
- Santé communautaire - Santé mentale - Toxicomanies
- Violence, victimes et société

hiver 2004

Renseignements

514.343.6090 1 800 363.8876
www.fep.umontreal.ca



■ **Quand le plaisir fait souffrir – La Gestion expérientielle**
ANDRÉ THERRIEN

Nous vivons présentement une époque très paradoxale. En effet, jamais, semble-t-il, une civilisation n'a eu autant de moyens pour favoriser son plaisir et éviter la souffrance que la nôtre. Pourtant, notre civilisation semble inexorablement s'éloigner de plus en plus du plaisir pour s'enfoncer davantage dans la souffrance. Le livre *Quand le plaisir fait souffrir* propose une exploration originale de ce paradoxe. En s'appuyant sur une analyse bio-psychosociale des expériences de plaisir et de douleur-souffrance provoquées par les drogues, l'auteur développe une approche nord-américaine innovatrice, la Gestion expérientielle, et propose aux individus un nouveau mode de vie, l'Optimalité.

Ce livre s'adresse particulièrement à tous les intervenants sur le terrain, en prévention et en réadaptation (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, professeurs, etc.), qui sont confrontés quotidiennement, d'une façon ou d'une autre, aux questions sur le bonheur de l'individu dans la société occidentale contemporaine. Il se base sur des observations concrètes, pour ensuite proposer des notions applicables dans tous les domaines d'intervention (sexualité, éducation familiale ou scolaire, thérapies, etc.). Depuis 1986, l'approche développée dans ce livre a trouvé des applications auprès de centaines de milliers de jeunes au Québec et ailleurs (France, Belgique, Allemagne, Portugal).

Disponible à l'AITQ.

■ **La Gestion expérientielle - Aux frontières du risque**
ANDRÉ THERRIEN

Au Québec, une mère de famille vit un cauchemar, celui de regarder impuissante son enfant se détruire par la drogue. En Belgique germanophone, une adorable grand-mère s'implique avec conviction dans des projets de prévention des toxicomanies. Au Portugal, une cinquantaine de parents expriment leurs inquiétudes pour leurs enfants lors d'une rencontre. En France, deux intervenants grenoblois sont à la recherche de nouvelles idées et de nouvelles façons d'intervenir. À la Réunion, dans l'océan Indien, une maman



partage le désarroi de son comité d'école devant les agissements d'une bande de jeunes.

Qu'ont en commun toutes ces personnes? Elles font toutes une première rencontre avec une nouvelle approche d'intervention sociale : la Gestion expérientielle. Cette dernière démontre depuis plus de 15 ans (1986), de multiples façons et dans des contextes culturels très différents, la nécessité de son existence comme approche d'intervention sociale, en complémentarité avec les approches conventionnelles.

Au nom de ces témoignages, et pour tous les autres, connus ou non, qui démontrent chacun à leur façon la portée réelle et diversifiée que la Gestion expérientielle peut avoir parfois dans la vie des gens, ce recueil veut signifier le point de départ de la prochaine évolution de cette approche provocante, une approche qui fut en fait mise au monde par le philosophe Épicure au moment où l'Occident débutait une première prise de conscience réellement objective sur les relations existant entre l'esprit et le corps humain, l'environnement et cet état universellement recherché qu'est le bien-être. Une prise de conscience qui nous transporte aux frontières du risque.

Disponible à l'AITQ.

■ **Toxicomanies**

PIERRE ANGEL / DENIS RICHARD / MARC VALLEUR

Cet ouvrage traite de l'usage, de l'abus et de la dépendance aux drogues dans le contexte socioculturel actuel. Plusieurs modèles, phénoménologique, behavioriste, psycho-dynamique, cognitiviste, sont présentés dans ce livre. Cet ouvrage collectif a pour ambition de rendre compte de l'état des savoirs dans le domaine des toxicomanies sans développer des points de vue partisans ni s'engager dans de vaines polémiques.

Disponible à l'AITQ.

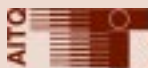
■ **Comment arrêter de fumer?**

DR HENRI-JEAN AUBIN / DR PATRICK DUPONT / PR GILBERT LAGRUE

Pour arrêter de fumer et mettre enfin toutes les chances de votre côté, voici, étape par étape, le programme de trois grands spécialistes.

Avec eux, apprenez à :

- analyser votre dépendance,
- renforcer votre motivation,
- vous armer contre la dépendance physique et contre la dépendance psychologique,



Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc.

505, rue Sainte-Hélène, 2^e étage
Longueuil (Québec) J4K 3R5

Téléphone : (450) 646-3271

Télécopieur : (450) 646-3275

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone : (____) _____

Courriel : _____

Je désire recevoir de l'information sur les formations.

Je désire recevoir de l'information sur l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc. (AITQ).

Je désire m'abonner à la revue *L'intervenant*; je joins un chèque au montant de 15 \$ pour 4 numéros (20 \$ à l'extérieur du Canada).

Veuillez prendre note de mon changement d'adresse à compter du : ____/____/____

Ancienne adresse : _____

App. : _____

Code postal : _____

Télécopieur : (____) _____

- choisir les meilleurs substituts,
- recourir à votre entourage, à une aide professionnelle,
- ne pas prendre de poids,
- ne pas rechuter.

Faites vôtres ces stratégies performantes validées par des années de recherche sur le sevrage et désormais recommandées par tous les médecins. Disponible en librairie.

■ **Savoir lâcher prise 2**

MELODY BEATTIE

Les relations, surtout les relations amoureuses, nécessitent notre attention, et qui peut nous guider mieux que Melody Beattie dans ces moments de questionnement? Amalgamant récits et méditations, ce livre offre les réflexions de cette auteure à succès sur les joies et les défis que présentent chaque jour les relations.

Divulguant ses pensées empreintes de compassion sur la meilleure façon de soigner sa santé spirituelle et émotionnelle, Melody Beattie aborde les questions de l'honnêteté et de la capitulation, du comportement défensif et de la dépendance au drame, de la communication saine et des tendances malsaines.

Son style, direct comme toujours et dénué de sentimentalité, évoque les pensées et les sentiments répandus chez les femmes et les hommes en recouvrance, et indique la voie de la guérison et de l'espoir en créant des occasions de réfléchir, de s'affirmer et de changer.

Disponible à l'AITQ.

■ **Le Triplium - Un jeu d'En-Quête**

SATI INTERNATIONALE

La présence de l'Inspecteur SATI et de ses 4 complices, Léo, Terra, Néjin, Lintélo, crée spontanément et très rapidement un climat de confiance et de non-jugement où l'humour et la simplicité sont à l'honneur.

Jouer au Triplium pour clarifier une situation, communiquer vraiment, chercher les atouts pour réaliser un projet, choisir à partir des vrais besoins.

Le Triplium se joue avec la famille, les couples, les adolescents, les équipes de travail, les formateurs.

Disponible à l'AITQ.

■ **No satisfaction - Psychanalyse du toxicomane**

FERNANDO GEBEROVICH

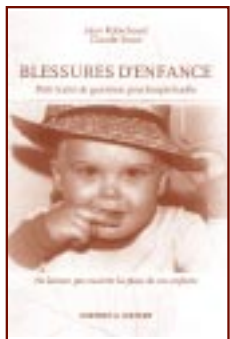
La psychanalyse sait-elle penser la drogue et soigner les toxicomanes? À travers de nombreux cas particulièrement éclairants, l'auteur montre comment il est possible d'innover. Avec No satisfaction, on comprend ce que l'on est en droit d'attendre de la psychanalyse dans la thérapie des toxicomanes. Car, contrairement aux idées reçues, la toxicomanie n'est pas une fatalité : la psychanalyse peut apporter une aide essentielle - il suffit de s'en donner les moyens.

Disponible à l'AITQ.

■ **Blessures d'enfance - Petit traité de guérison psychospirituelle**

LÉON ROBICHAUD / CLAUDE SNOW

À la suite de nombreuses rencontres avec des personnes qui portent en elles des blessures d'enfance, les auteurs ont décidé de mettre par écrit le fruit de leurs réflexions et de leurs constatations.



Ils font ressortir d'abord les divers types de blessures qui démobilitent la vie intérieure et qui empêchent de marcher droit quand elles ne sont pas bien soignées. Ils nous amènent ensuite à prendre conscience du rôle de parent qui consiste non seulement à mettre du pain sur la table, mais à fournir à l'enfant les briques et le mortier qu'il lui faut pour construire sa vie affective, émotionnelle, sociale et spirituelle sur du solide. Ceux qui voient leur vie intérieure hypothéquée par des blessures non soignées, et jamais guéries, y trouveront des chemins qui mènent à la guérison. Disponible à l'AITQ.

infolivres

Bon de commande

Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc.

Faire parvenir votre bon de commande avec votre paiement à :

AITQ - commande
505, rue Sainte-Hélène, 2^e étage
Longueuil (Québec) J4K 3R5

Titre	Qté	Prix membre	Prix non-membre
Quand le plaisir fait souffrir	1	23,00 \$	25,00 \$
La Gestion expérimentielle - Aux frontières du risque	1	23,00 \$	25,00 \$
Toxicomanies	1	50,95 \$	52,95 \$
Savoir lâcher prise 2	1	22,95 \$	24,95 \$
Le Triplium - Un jeu d'En-Quête	1	45,00 \$	50,00 \$
No satisfaction - Psychanalyse du toxicomane	1	35,95 \$	37,95 \$
Blessures d'enfance - Petit traité de guérison psychospirituelle	1	13,95 \$	15,95 \$

Frais d'expédition
Achat de 15 \$ et moins : 6 \$
Achat de plus de 15 \$: 6 \$ + 5 % du coût de la marchandise

Paiement ci-joint : chèque à l'ordre de l'AITQ \$

VISA : _____ Exp. : ____/____

Signature : _____

Nom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

App. : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : (____) _____



Programme de formation continue 2003-2004

SUJET	LIEU	DATE
<i>Ados, jeunes et toxicomanie : intervenir en milieu scolaire*</i>	Longueuil	7 novembre 2003
<i>Ados, jeunes et toxicomanie : intervenir en dehors de l'école*</i>	Longueuil	28 novembre 2003
<i>Lorsque le feu sacré brûle... Aider sans se détruire</i>	Longueuil	5 décembre 2003
<i>Les cas graves en toxicomanie : les services d'intervention</i>	Longueuil	13 février 2004
<i>D'une lutte contre des produits à une prévention axée sur la personne</i>	Longueuil	19 mars 2004
<i>Du rave au meeting : le sacré et la spiritualité au cœur de l'expérience de l'usage et de l'abus des substances psychoactives</i>	Longueuil	23 avril 2004
<i>Organismes en toxicomanie : communiquez!</i>	Longueuil	7 mai 2004

* Pour s'insérer à ces journées, il faudra avoir participé à la formation du 4 avril ou du 26 septembre.