

revue sur l'alcoolisme
et la toxicomanie

L'intervenant

Avril 2000, vol. 16, n° 3

• Dossier

Violence

4,00 \$



Association des intervenants en
toxicomanie du Québec inc.

3	<i>Le mot du président :</i> Toxicomanie et violence : élargir notre vision
4	<i>La violence et la drogue</i>
8	<i>Les consommateurs de cocaïne : délinquants?</i> <i>Peut-être... Mais aussi victimes!</i>
11	<i>De la guerre de l'opium à la guerre des motards</i>
16	<i>Violence en milieu de travail</i>
18	<i>Polytoxicomanies et suicide chez les hommes</i>
20	<i>PCP, poison au Québec</i>
21	<i>Violence, toxicomanie et maladie mentale</i>
23	<i>La violence féminine : mythe ou réalité</i>
25	<i>La tolérance de l'intolérable... Une réflexion à partager</i>
26	<i>La violence et ses petites soeurs</i>
27	<i>Les enfants à l'ère de la déresponsabilisation</i>
28	<i>La face cachée de la violence en toxicomanie</i>
31	<i>Le suicide chez les jeunes hommes toxicomanes :</i> <i>facteurs de risque, prévention et intervention</i>
35	<i>La violence dans le sport</i>
36	<i>Femmes violentes en contexte conjugal et familial</i>
38	<i>Drogue, violence et famille</i>
41	<i>La violence, une drogue qui fait mal à tout le monde</i>
45	<i>La drogue et les bandes de jeunes :</i> <i>que peut faire la police?</i>
47	<i>Info Livres</i>

28 avril au 2 juin 2000

Hépatite C sans frontières
Tournée provinciale

12 mai 2000

Toxicomanie et jeu pathologique :
la magie d'un bon « mix »
Longueuil, Québec

16 mai 2000

Maternité et toxicomanie : duel ou duo?
Hull, Québec

26 mai 2000

Maternité et toxicomanie : duel ou duo?
Sainte-Foy, Québec

31 mai 2000

Assemblée générale des membres de l'AITQ
Montréal, Québec

3 au 8 septembre 2000

Réduction de la demande dans la pratique
Hôtel « Gulf resort », Bahreïn

29 octobre au 1er novembre 2000

XXVIIIe colloque de l'AITQ
L'empowerment en toxicomanie :
autonomie et pouvoir d'agir
Sainte-Foy, Québec

24 novembre 2000

La gestion expérientielle
Longueuil, Québec

Ce numéro de *L'intervenant* est publié grâce à l'aide financière de :

Comité national de prévention du crime
Santé Canada

Les points de vue exprimés dans ce numéro de *L'intervenant* sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la politique officielle du Comité national de prévention du crime, de Santé Canada ou de l'AITQ.

L'AITQ remercie les membres du comité de la revue qui ont travaillé à la réalisation de ce numéro spécial :

Louise Dubreuil du Service correctionnel Canada,
Pierre Lescadre de la Gendarmerie royale du Canada,
Mario Lévesque de l'Unité de santé mentale de
l'Établissement Archambault,
Chantal Denis et Carmen Trottier de l'AITQ.

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'AITQ, en autant qu'ils soient pertinents et d'actualité.

Dates de tombée

Pour l'envoi de matériel rédactionnel : 1er mars, 1er juin, 1er septembre et 1er décembre.

Reproduction

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

Toxicomanie et violence : élargir notre VISION

MOT DU PRÉSIDENT

S'inscrivant dans la suite de notre dernier colloque, ce numéro spécial de *L'intervenant* vient pousser un peu plus loin une réflexion qui nous habite quotidiennement dans nos milieux de pratique.



Notre insistance à vouloir élucider le lien entre ces deux comportements extrêmes que sont la toxicomanie et la violence répond de toute évidence à un besoin de sens et de cohésion dans nos interventions.

En tant qu'intervenants, nous avons été formés à éviter les réponses simples à des questions complexes. Nos discussions prennent souvent des allures scientifiques et nous entraînent dans ces lieux choisis que sont la comorbidité ou la double problématique. Armé de ces concepts utiles, chacun sait cependant, pour l'avoir expérimenté dans sa pratique, qu'il y a en toile de fond cette « misère sociale persistante¹ », probablement en lien direct avec la violence autant qu'avec la toxicomanie.

Dans les pages qui suivent, nous nous sommes laissés guider par notre besoin d'élargir la perspective, question

de décompartmenter notre vision et d'identifier des pistes nouvelles avec d'autres partenaires dans nos lieux d'action. Les auteurs que nous avons conviés à cette tâche viennent de tous les milieux. Ils sont impliqués dans des activités de prévention, de réadaptation ou de recherche-action. Leurs points de vue, même s'ils nous amènent parfois en dehors de nos créneaux habituels, fournissent tout de même un éclairage sur plusieurs dimensions en lien direct avec la toxicomanie et la violence : la santé des individus, leurs conditions de vie, en famille, à l'école, dans les quartiers, dans les sports, au travail ou dans le judiciaire.

Autant de dimensions où s'entremêlent causes et effets et qui illustrent en même temps à quel point les réseaux de vie, celui des jeunes en particulier, sont en difficulté et à quel point nous, les individus, sommes porteurs de symptômes dans nos attitudes et nos comportements. Autant de dimensions également qui aident à mieux saisir le sens caché de la violence et les moyens pour y faire face. Les solutions, bien qu'elles ne soient pas nouvelles, sont de plus en plus partagées sur le terrain. Elles concernent la formation, le travail en équipes multidisciplinaires, la création d'alliances, mais aussi et avant tout, une organisation des services à la mesure des défis à relever.

Mario Lévesque
Président

1) Terme emprunté à M. Pierre Lamarche, directeur de l'Association des Centres jeunesse du Québec. Voir les actes du colloque de l'AITQ : *Violence et toxicomanie : agir ensemble* (octobre 1999).

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sylvie Beaupré, PAP - SAQ

Pierrette Cliche, CRC Expansion-Femmes

Gaétan Grenier, Commission de construction du Québec

Lucie Laniel, Résidence Le Portail

Dorothée Leblanc, Collège Laflèche

Georges Le Cheminant, Pavillons du Nouveau Point de Vue

Mario Lévesque, Service correctionnel Canada

Lynda Poirier, Centre Casa

Éditeur

Association des intervenants
en toxicomanie du Québec inc.
505, rue Sainte-Hélène, 2e étage
Longueuil QC J4K 3R5

Directeur

Carmen Trottier

Abonnement et secrétariat

(450) 646-3271
info@aitq.com

Conception graphique

Caroline Léger
Designer graphique

Impression

Imprimerie G. G. inc.

Revue trimestrielle.

Mois de parution : janvier,
avril, juillet, octobre.

Envois de publications
canadiennes : contrat de vente
n° 0531839.

ISSN 0823-213X

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du

Québec et du Canada

Indexée dans REPÈRE

La violence et la drogue

SERGE BROCHU, Ph.D.

Professeur titulaire, École de criminologie
Directeur, Centre international de criminologie comparée

Introduction

Les citoyens canadiens craignent la violence interpersonnelle. Une étude récente indiquait qu'un Canadien sur quatre affirmait ne pas se sentir en sécurité lorsqu'il marche dans son quartier la nuit (Centre national de prévention du crime, 1998). Au cours de la dernière décennie, un intérêt croissant a marqué l'étude de la violence en rapport avec la drogue puisque l'on a souvent l'impression que cette violence que l'on croit plus présente dans nos rues est causée par la drogue... par les drogués! Ce texte a pour objectif de synthétiser la connaissance scientifique acquise au cours des 10 dernières années sur cette relation complexe qui existe entre drogue et violence.

Alcool et violence

Lorsque l'on discute de substances psychoactives et de violence, nous pensons d'abord au PCP, au crack, aux amphétamines, à la cocaïne et au LSD. Toutefois, il faut bien être conscient que c'est l'alcool qui vient en tête de liste des substances les plus souvent associées à la manifestation de comportements violents (Goldstein, 1998; Roth, 1994). Ainsi, la recherche a clairement démontré que la consommation d'alcool précède ou accompagne environ la moitié des crimes violents tels que les voies de fait, les agressions sexuelles, les homicides, sans oublier les très nombreux cas de violence familiale (Collins & Messerschmidt, 1993; Roth, 1994; Tremblay, 1999).

Une étude canadienne récente effectuée auprès de plus de 8 598 détenus canadiens incarcérés dans des pénitenciers fédéraux indique que le quart des personnes rencontrées avait consommé de l'alcool la journée de leur délit. Toutefois, la consommation d'alcool ne se distribue pas également à travers les différents types de contrevenants. Ainsi, l'alcool avait été consommé au moment de la commission des délits surtout chez des personnes condamnées pour des actes violents : 60 % des personnes condamnées pour voies de fait; 50 % des personnes condamnées pour homicides; 47 % des personnes condamnées pour tentatives de meurtre; et 41 % des personnes condamnées pour agressions sexuelles. Pour mieux comprendre ces données comparons-les à la proportion de contrevenants qui avaient consommé des drogues illicites au cours de la journée durant laquelle ils ont commis leur délit violent. Ainsi, la proportion de consommateurs de drogues illicites s'élève à 31 % parmi les personnes accusées de voies de fait, à 29 % parmi celles condamnées pour tentative de meurtre, à 27 % dans les cas des homicides et à 14 % dans le cas d'agressions sexuelles. L'alcool semble donc beaucoup plus présent chez les contrevenants violents que ne peuvent l'être les autres drogues illicites (Brochu, Cournoyer, Motiuk & Pemanen, sous presse).

On réfère souvent à la théorie de la désinhibition pour expliquer ce genre de comportements violents des consommateurs d'alcool. Ainsi, l'intoxication réduirait la force des contraintes internes. Toutefois, les preuves soutenant cette théorie s'avèrent inversement proportionnelles à sa popularité (Brochu, 1997). En fait, on discute maintenant plutôt de désinhibition sociale pour expliquer que

l'alcool favorise la manifestation de comportements violents en fonction des facteurs contextuels spécifiques à la situation, aux acteurs sociaux en place, et à leur relation (Parker, 1993). On peut également croire que l'intoxication entraîne certains troubles cognitifs qui jouent un rôle dans la façon dont les personnes intoxiquées réagissent à la confrontation et à leur environnement en général (Shepherd & Brickley, 1996). Les conséquences de leurs gestes leur importent peu!

Toutefois, il faut faire preuve d'une très grande prudence avant d'attribuer la cause de ces crimes à la consommation d'alcool. Ainsi, le fait que 50 % des détenus incarcérés rapportent avoir consommé de l'alcool au cours de la journée durant laquelle ils ont commis un meurtre peut tout simplement refléter une situation habituelle de consommation dans leur vie, plutôt qu'une situation exceptionnelle les ayant conduit au crime (Collins & Schlenger, 1988).

Drogues illicites et violence

Qui n'a pas entendu dire que 80 % de la violence criminelle est attribuable aux drogues illicites? Ce discours est parfois tenu par des acteurs pénaux très en vue. Toutefois, les tenants de ce discours ne définissent habituellement pas ce qu'ils ont en tête lorsqu'ils discutent de violence reliée à la drogue. Goldstein (1985) constitue probablement l'auteur qui fournit la meilleure définition de la violence reliée à la drogue lorsqu'il discute de son modèle tripartite. Ainsi, selon Goldstein (1985), la violence et la drogue peuvent être liées de trois façons distinctes : de façon psychopharmacologique, de façon économique-compulsive et de façon systémique.

A) Relation psychopharmacologique

La relation psychopharmacologique implique que des personnes, à la suite d'une intoxication ponctuelle ou d'une longue habitude de consommation de certaines drogues, pourraient devenir excitables, irrationnelles et agressives (Goldstein, 1985). Cette relation s'appuie, entre autres, sur les données de recherche qui indiquent que les détenus présentent un fort taux de prévalence de consommation de drogues. Ainsi, un rapport du Service correctionnel Canada (1990) indique que la moitié des détenus nouvellement incarcérés ont consommé une drogue au moins une fois par mois lors des six mois qui ont précédé leur emprisonnement. De ce nombre, 10 % en faisaient un usage quotidien et la moitié en avaient utilisée le jour où ils ont commis le délit pour lequel ils sont incarcérés. Bien plus, notre étude effectuée auprès des 8 598 détenus fédéraux indique que 29 % des personnes qui avaient consommé des drogues la journée du délit mentionnaient que cela les avait rendues plus agressives. Il en est de même pour 54 % des personnes qui avaient consommé à la fois de l'alcool et des drogues (Brochu et al., sous presse).

Bien sûr, les drogues n'ont pas toutes les mêmes propriétés; le cannabis n'agira certainement pas de la même façon que la cocaïne ou le PCP. Il faut donc mieux spécifier la relation psychopharmacologique qui existe selon les produits. Examinons les produits principalement consommés au Québec à cet effet.

Le **cannabis** constitue un premier exemple intéressant. En fait, la consommation de cette drogue est plutôt associée à une réduction de la volonté d'utiliser la force pour régler des différends (Erickson, 1998; Fagan, 1990).

Les études concernant la **cocaïne** fournissent quelques indications d'un lien éventuel avec la violence (Blane, Miller & Leonard, 1988; Budd, 1989; Inciardi & Pottier, 1994; Miller, Gold & Malher, 1991). En fait, la paranoïa constitue un trait caractéristique de certains consommateurs de cocaïne (Carlson & Siegal, 1991). On peut facilement imaginer que la violence découle alors des peurs irrationnelles originant de la consommation abusive de cocaïne. Toutefois, seule une minorité de consommateurs de cocaïne rapporte de telles peurs, habituellement ceux qui consomment leur drogue en base libre (free base) ou sous forme de crack. De plus, il apparaît que les hommes manifestent davantage ce genre de peurs et de comportements violents que les femmes (Goldstein, Bellucci, Spunt & Miller, 1991). La violence peut également provenir de l'irritabilité produite par ce que les consommateurs de cocaïne appelle le « crash » à la fin d'une période d'intoxication (Goldstein, 1998).

Il y aurait également quelques indications à l'effet que, dans de très rares cas, la consommation abusive d'**amphétamines** sur une longue période pourrait engendrer une psychose toxique durant laquelle le consommateur pourrait manifester des comportements violents (Ellinwood, 1971).

La **phencyclidine** (PCP) constitue probablement la drogue illicite la plus souvent associée à la violence. Toutefois, cette association n'est documentée que par quelques recherches cliniques comportant de très petits nombres de cas dont une bonne proportion présentait déjà des troubles psychiatriques avant même la consommation de substances psychoactives (Fauman & Fauman, 1980; McCardle & Fishbein, 1989; Roth, 1994).

Enfin, la consommation d'**opiacés** apparaît comme inhibiteur de la violence. Il n'y a aucun support empirique pour un lien éventuel entre la consommation d'**héroïne** et la violence sauf, dans quelques cas de sevrage durant lesquels des comportements agités ou impulsifs peuvent apparaître (Erickson, 1998; Erickson & al., 1997).

Il y a donc peu de support empirique soutenant une relation causale entre les propriétés psychopharmacologiques d'un produit et la manifestation de gestes violents chez des adultes mentalement stables ne présentant pas de prédisposition à la violence (Erickson, 1998; Fagan, 1990; Reiss & Roth, 1993; Roth, 1994). Si une telle relation causale existait, elle différerait probablement selon le type de drogue consommée, le mode de consommation, son intensité (quantité/fréquence), les attentes de l'utilisateur, sa perception de l'expérience ressentie, le contexte dans lequel l'événement se produit de même que le vaste contexte socio-culturel entourant cette pratique (Erickson, 1998). Bien plus, de façon à complexifier encore plus la relation, ajoutons que certaines personnes rapportent consommer des drogues pour calmer leur nervosité ou pour se donner le courage nécessaire afin de réaliser un crime qu'ils avaient, de toute façon, planifié d'effectuer. Toutefois, les effets psychopharmacologiques des drogues ne constituent que l'un des aspects pouvant expliquer la relation entre drogue et violence. Un autre facteur se trouve dans le coût élevé de certaines drogues.

B) Relation économique-compulsive

Les comportements agressifs des consommateurs ne sont pas nécessairement motivés par une impulsion à agir violemment. Dans

certaines cas, c'est plutôt le besoin de trouver rapidement l'argent nécessaire à leur consommation qui explique le geste criminel de certaines personnes dépendantes qui craignent l'apparition des premiers symptômes de sevrage. Encore ici, ce modèle de compréhension s'appuie sur un certain nombre d'études effectuées auprès de contrevenants, plus spécifiquement auprès de détenus. Ainsi, Forget (1990), dans son mémoire de maîtrise effectuée auprès d'une population de détenus résidant au Centre de détention de Montréal, indiquait que plus de la moitié des personnes interrogées admettaient avoir fait usage d'une drogue proscrite par la loi durant le mois qui a précédé leur incarcération. Fait troublant, plus du tiers des répondants avouaient que les coûts relatifs à leur consommation de drogue avait joué un rôle dans la perpétration du délit pour lequel ils étaient écroués. Pour sa part, notre étude entreprise auprès de 8 598 détenus fédéraux indique que 50 % de ces personnes ont consommé une drogue illicite au moins une fois au cours des six mois qui ont précédé le délit pour lequel ils ont été incarcérés. Le tiers des détenus présentaient des indices de dépendance à une drogue illicite et le quart des détenus rapportaient avoir eu des activités illégales afin de se procurer leur drogue (Brochu & al., sous presse).

Un certain nombre d'études se sont également attardées à étudier ce lien économique-compulsif chez les héroïnomanes et, plus récemment chez les consommateurs de cocaïne (et de crack) qui ne sont pas pris en charge par les services judiciaires. Ces recherches indiquent que les consommateurs de drogues en manque d'argent pour se procurer leur drogue s'orientent généralement vers une criminalité acquisitive et non violente, lorsqu'il est ainsi possible de financer leur consommation (Goldstein, 1998; Erickson, Butters, Fischer, Fehrman, Haans & Poland, 1997). Ils effectueront des vols à l'étalage, des vols par effraction ou encore s'impliqueront dans un petit trafic de drogues ou dans la prostitution (Ball, 1991; Brochu, 1995; Brochu & al., sous presse; Chaiken & Chaiken; Faupel, 1991; Johnson, Golup & Fagan, 1995; Leuw, 1990; Nurco, Hanlon & Kinlock, 1991). Ainsi, selon les derniers chiffres du Bureau of Justice Statistics (1999) des États-Unis, 16 % des détenus auraient commis un délit dans le but premier de se procurer de la drogue. Plus spécifiquement, le quart des personnes incarcérées pour des délits de drogues ou des délits contre la propriété auraient commis leur crime pour se procurer une drogue, alors que ce pourcentage s'élève à moins de 10 % parmi les personnes détenues pour des crimes violents.

Pourtant, il arrive parfois que, sous la pression d'un sevrage imminent ou d'une dette qu'il faut absolument rembourser dans de très brefs délais, le toxicomane puisse manifester une criminalité violente. Il arrive également que le délit ne se déroule pas exactement comme prévu : une personne dormait dans une maison apparemment vide; un vol de sac à main entraîne une bousculade.

C) Relation systémique

Alors que les marchés licites tels que celui de l'alcool ou des médicaments sont protégés par un ensemble de lois, de règlements et de recours civils et pénaux, les drogues illicites se transigent à l'écart de ces protections. La nature illicite du marché des drogues, ainsi que le profit que l'on peut réaliser dans ce commerce, favorisent le recours à la violence : disputes entre distributeurs rivaux; menaces proférées auprès des « employés » afin de s'assurer de leur obéissance aux règles de l'organisation; vols avec violence impliquant des vendeurs et des acheteurs; recouvrement de dettes; racket de protection... (Erickson & al., 1997; Roth, 1994) Au Canada, on estime que 12 % des homicides pour lesquels les circonstances étaient connues étaient reliés à des affaires de drogue (Tremblay, 1999).

Plusieurs facteurs permettent à la violence systémique d'éclorre : l'instabilité du marché de la drogue; la difficulté d'accéder à des leviers économiques alternatifs; la faiblesse des contrôles formels et informels; la faiblesse du statut des autorités en place; la désorganisation sociale; le processus d'auto-sélection des participants au marché illicite de la drogue, de même que la violence déjà présente dans le voisinage (Collins, 1990; Roth, 1994; Sommers & Baskin, 1997). Conséquemment, on peut croire que ce n'est pas le marché de la drogue en soi qui rend les gens violents, mais plutôt que ce marché fournit un contexte soutenant une violence déjà bien présente.

À la suite de ses études, Goldstein (1998) conclut que le type de violence le plus commun consiste en la violence systémique. En Amérique du Nord, la violence systémique, d'abord principalement reliée au commerce illicite de l'héroïne, est maintenant surtout associée au commerce de la cocaïne et du crack. Ensuite vient en importance la violence psychopharmacologique. Toutefois, Goldstein (1998) prend bien soin d'indiquer que 75-95 % de cette violence vient de la consommation d'alcool et non de drogues illicites. Dans la majorité des cas, cette violence s'exprime à l'intérieur du cadre familial, dans des débits de boisson ou dans des parcs.

Conclusion

En somme, les substances psychoactives et la violence présentent une association évidente. Non seulement présentent-elles des liens, mais ces liens s'avèrent complexes. Une recension des écrits scientifiques disponibles indique que l'impact des effets psychopharmacologiques des substances psychoactives est clairement exagéré. Lorsque l'effet d'une drogue est en cause, c'est habituellement une drogue que l'on se procure sur le marché légal qui est responsable de la violence lors de l'intoxication. En fait, nos données issues d'une vaste enquête auprès des détenus fédéraux indiquent que les contrevenants condamnés pour un délit violent sont proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir consommé une drogue au cours de la journée qui a précédé leur crime (Brochu & al., sous presse). Bien plus, les consommateurs de drogues illicites, et plus spécifiquement les toxicomanes, sont davantage enclins à commettre des délits lucratifs que des crimes violents. Selon Erickson (1998), ce sont nos politiques actuelles qui entraînent le plus de violence reliée à la drogue puisque cette violence est, plus souvent qu'autrement, associée au système de distribution illicite. La violence systémique observée se déroule habituellement dans des quartiers pauvres dans lesquels se trouve une forte concentration de toxicomanes marginalisés. Pour bien comprendre ce lien drogue et violence, il s'avère donc nécessaire d'examiner les forces sociales et économiques environnantes, le contexte dans lequel la personne se procure et consomme sa drogue ainsi que les politiques pénales et sociosanitaires qui y sont impliquées (Erickson, 1998; Goldstein, 1990; Roth, 1994).

Nous discutons beaucoup de la violence générée par les usagers de substances psychoactives, mais nous devons être conscients que ces personnes sont également victimes de violence. Bien sûr, il y a la violence entre usagers ou issue du milieu de la drogue dont nous avons discuté en référant à la violence systémique, mais il y a également une violence plus cachée, dont nous parlons beaucoup moins : la violence issue du système. Il faut être bien conscient que notre système pénal est également responsable d'une forme de violence non négligeable qui sévit à l'égard des consommateurs de drogues. Aux États-Unis actuellement, une personne est arrêtée à toutes les 20 secondes pour un délit de drogues (Egan, 1999). Plus spéci-

quement, il y a eu 700 000 arrestations pour des délits reliés à la marijuana en 1997 chez nos voisins américains (Thomas, 1999). Bien plus, 87 % de ces arrestations concernaient des affaires de possession. À tout moment, aux États-Unis, on compterait plus de 15 000 personnes incarcérées pour possession simple de marijuana. La majorité de ces personnes arrêtées sont des Afro-américains provenant de quartiers défavorisés (Egan, 1999). Au Canada, le taux d'infractions reliées au cannabis a augmenté du tiers depuis 1991 (Tremblay, 1999). Depuis 1995, près de 75 % des infractions relatives aux drogues étaient reliées au cannabis (Ati Dion, 1999). 600 000 Canadiens possèdent un casier judiciaire pour une condamnation relative à la marijuana (Riley, 1999). Il s'agit-là d'une forme de violence importante que l'on fait subir à ces consommateurs si on évalue bien l'impact d'un tel casier judiciaire pour une insertion sociale saine. ■

Références

- Ati Dion, G. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998. Portrait statistique*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Ball, J. C. (1991). The Similarity of Crime Rates among Male Heroin Addicts in New York City, Philadelphia and Baltimore. *Journal of Drug Issues*, 21 (2), 413-427.
- Blane, H. T., Miller, B. A., & Leonard, K. E. (1988). *Intra- and Inter-Generational Aspects of Serious Domestic Violence and Alcohol and Drugs*. Buffalo, NY : Research Institute on Alcoholism.
- Brochu, S. (1997). Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées. *Déviante et Société*, 21 (3), pp. 303-314.
- Brochu, S., Cournoyer, L.-G., Motiuk, L. & Pernanen, K. (sous presse). *Drugs, Alcohol and Crime : Patterns among Canadian Federal Inmates. Bulletin of Narcotics*, 51.
- Budd, R. D. (1989). Cocaine Abuse and Violent Death. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 15 (4), 375-382.
- Bureau of Justice Statistics (1999). *Drug Use and Crime. Drugs and Crime Facts*. Document internet <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/dcf/duc.htm> récupéré le 17-09-99.
- Carlson, R. G., & Siegal, H. A. (1991). The Crack Life : An Ethnographic Overview of Crack Use and Sexual Behavior among African Americans in a Midwest Metropolitan City. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1), 11-20.
- Centre national de prévention du crime (1998). *Tableau de la criminalité au Canada*. Ottawa : ministère de la Justice du Canada.
- Chaiken, J. M., & Chaiken, M. R. (1990). *Drugs and Predatory Crimes*. in M. Tonry, & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 203-240). Chicago : The University of Chicago Press.
- Collins, J. J. (1990a). Alcohol and Interpersonal Violence. in N. A. Weiner, & M. E. Wolfgang (Eds.), *Pathways to Criminal Violence* (pp. 49-67). London : Sage.
- Collins, J. J. (1986). The Relationship of Problem Drinking to Individual Offending Sequence. in A. Blumstein, J. Cohen, J. A. Roth, & C. A. Visher (Eds.), *Criminal Careers and "Career Criminals"* Vol. 2 (pp. 89-120). Washington : National Academy Press.
- Collins, J. J., & Messerschmidt, P. M. (1993). Epidemiology of Alcohol-Related Violence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism *Alcohol, Agression, and Injury* Alcohol World, Health & Research ed., Vol. 17, Chap. 2, (pp. 93-101). Springfield : Public Health Service, National Institutes of Health.
- Collins, J. J., & Schlenger, W. E. (1988). Acute and Chronic Effects of Alcohol Use on Violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (6), 516-521.
- Egan, T. (1999). The War on Drugs Retreats, Still Taking Prisoners. *New York Times*, 28 février.
- Ellinwood, E. H. (1971). Assault and Homicide Associated with Amphetamine Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 127(9), 90-95.

- Erickson, P. (1998). Drugs, Violence and Public Health : What does the Harm Reduction Approach have to Offer? *Fraser Institute Conference, Toronto*, 27 octobre.
- Erickson, P., Butters, J., Fischer, B., Fehrman, E., Haans, D., Poland, B. (1997). Exploring Drug Market Violence in a more Peaceable Society. In United States Sentencing Commission. *Exploring The Drugs and Violence Relationship*. Preliminary Final Report of the Drugs and Violence Task Force.
- Erickson, P. G., Cohen, J., & Allen, B. (1996). *Alcohol and Other Drugs in the Criminal Justice System*. Addiction Research Foundation.
- Fagan, J. (1990). Intoxication and Aggression. in M. Tonry, & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and Crime* (pp. 241-320). Chicago : The University of Chicago Press.
- Fauman, B. J., & Fauman, M. A. (1982). Phencyclidine Abuse and Crime : A Psychiatric Perspective. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 10(3), 171-176.
- Faupel, C. E. (1991). *Shooting Dope : Career Pattern of Hard-Core Heroin Users*. Gainesville, FL : University of Florida Press.
- Forget, C. (1990). Université de Montréal : Mémoire de maîtrise inédit.
- Goldstein, P. J. (1990). Drugs and Violent Crime. in N. A. Weiner, & M. E. Wolfgang (Eds.), *Pathways to Criminal Violence* (pp. 16-48). London : Sage.
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus : A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Goldstein, P.J. (1998). Drugs, Violence, and Federal Funding : A Research Odyssey. *Substance Use and Misuse*, 33 (9), 1915-1936.
- Goldstein, P. J., Bellucci, P. A., Spunt, B. J., & Miller, T. (1991). Frequency of Cocaine Use and Violence : A Comparison Between Men and Women. NIDA Research Monograph Series. *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse*, Vol. 110 (pp. 113-138). Rockville, MD : National Institute on Drug Abuse.
- Goldstein, P. J., Brownstein, H. H., Ryan, P. J., & Bellucci, P. A. (1989). Crack and Homicide in New-York City, 1988 : A Conceptually Based Event Analysis. *Contemporary Drug Problems*, 16(2), 651-687.
- Inciardi, J. A., & Pottieger, A. E. (1994). Crack-Cocaine Use and Street Crime. *The Journal of Drug Issues*, 24(2), 273-292.
- Johnson, B. D., Golup, A., & Fagan, J. (1995). Careers in Crack, Drug Use, Drug Distribution, and Nondrug Criminality. *Crime & Delinquency*, 41(3), 275-295.
- Leuw, E. (1990). Drugs and Crime in an Accomodating Social Context. Paper Presented at the Conference of the American Criminological Association, Baltimore .
- Lindqvist, P. (1991). Homicides Committed by Abusers of Alcohol and Illicit Drugs. *British Journal of Addiction*, 86(3), 321-326.
- McCardle, L., & Fishbein D.H. (1989). The Self Reported Effects of PCP on Human Aggression. *Addictive Behaviors*, 14(4), 465-472.
- Miller, N. S., Gold M.S., & Mahler J.C. (1991). Violent Behaviors Associated with Cocaine Use : Possible Pharmacological Mechanisms. *The International Journal of the Addictions*, 26(10), 1077-1088
- Nurco, D. N., Hanlon, T. E., & Kinlock, T. W. (1991). Recent Research on the Relationship Between Illicit Drug Use and Crime. *Behavioral Sciences & the Law*, 9, 221-242.
- Parent, I. (en préparation). *Victimisation des toxicomanes* (titre provisoire). École de criminologie : Université de Montréal.
- Parker, R. N. (1992). Alcohol, Homicide and Cultural Context : A Cross National Analysis of Gender Specific Homicide Victimization. *Kettilbrün Society*, 1-15.
- Reiss, A. J. J., & Roth, J. A. (1993). Understanding and Preventing Violence. in *Alcohol, Other Psychoactive Drugs, and Violence* (pp. 182-220). Washington : National Academy Press.
- Reuter, P., MacCoun, R., & Murphy, P. (1990). *Money from Crime : A Study of the Economics of Drug Dealing in Washington, D.C.* Santa Monica, CA : Rand.
- Riley, D. (1999). The Politics of Drug Injection : Prohibition, Persecution and Punishment. *Drogues par injection. Enjeux pour la société*. Actes du colloque, pp. 193-199. Université de Montréal : Faculté de l'éducation permanente
- Roth, J. A. (1994). *Psychoactive Substances and Violence*. Rockville : National Institute of Justice - Research in Brief. U.S. Department of Justice.
- Service correctionnel du Canada. (1990). *Rapport du groupe d'étude sur la réduction de la toxicomanie. Rapport final*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Shepherd, J., & Brickley, M. (1996). The Relationship between Alcohol Intoxication, Stressors and Injury in Urban Violence. *British Journal of Criminology*, 36(4), 546-565.
- Sommers, I., & Baskin, D. R. (1997). Situational or Generalized Violence in Drug Dealing Networks. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 833-849.
- Thomas, C. (1999). Marijuana Arrests and Incarceration in the United States. *The FAS Drug Policy Analysis Bulletin*, 7, 6-9.
- Tremblay, S. (1999). Drogues illicites et criminalité au Canada. *Juristat*, 19 (1). Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.

AITQ



**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

- Je désire recevoir de l'information sur la revue *L'intervenant*.
- 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 : _____

Nom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Les consommateurs de cocaïne : délinquants? Peut-être... Mais aussi victimes

ISABELLE PARENT, MSc.

Les consommateurs de cocaïne ont surtout été l'objet d'études en raison de leur implication délinquante. Toutefois, les crimes qu'ils subissent eux-mêmes ont rarement été considérés au niveau de la recherche.

Cet article, tiré d'une présentation au XXVII^e colloque de l'AITQ, a donc pour objectif de résumer brièvement l'envers de la médaille, soit la victimisation vécue par les consommateurs de cocaïne. En effet, les études de prévalence indiquent que les consommateurs de substances psychoactives sont particulièrement à risque d'être victimes d'un acte criminel (Statistique Canada, 1995). Ainsi, plus du quart (26 %) des personnes qui ont fait usage de drogues illicites au cours des 12 derniers mois ont été victimes de crimes contre la personne comparativement à moins de 10 % chez ceux qui n'en ont pas consommé (Statistiques Canada, 1995).

Méthodologie

Les résultats qui suivent proviennent d'un échantillon de 40 consommateurs de cocaïne (20 femmes et 20 hommes) recrutés à trois centres de traitement différents (aucun refus de participation). L'échantillonnage visait à représenter diverses classes socio-économiques afin d'éviter un biais relié au revenu. Quatre types de cueillette des données ont été utilisés : le D.A.S.T. (questionnaire sur la consommation de drogues); la méthode du « calendrier » (informations concernant la consommation de substances psychoactives, les événements de victimisation, la délinquance commise, le revenu et tout autre événement significatif survenu au cours des trois dernières années); un questionnaire de séquence temporelle « drogue - victimisation - crime » et une entrevue semi-dirigée concernant les événements de victimisation subis au cours de leur vie.

Résumé des principaux résultats

Les consommateurs de cocaïne rencontrés ont rapporté 132 événements de victimisation pour les trois dernières années, soit 1,1 événement de victimisation par personne/année, ce qui est largement supérieur au taux de victimisation rapporté parmi la population générale. Contrairement à ce qui est remarqué pour la population générale, les victimisations contre la personne sont plus fréquentes que les victimisations relatives aux biens pour les consommateurs de cocaïne. Les femmes consommatrices de cocaïne participant à l'étude sont victimes d'actes criminels plus de deux fois plus fréquemment que les hommes (4,65 événements

par femme pour les trois dernières années versus 1,95 événements par homme pour la même période de référence). De plus, le type de victimisation subie au cours des trois dernières années par les consommateurs de cocaïne varie considérablement selon le sexe. Ainsi, les femmes de l'étude sont principalement victimes de violence conjugale alors que les hommes sont surtout victimes de harcèlement de divers types.

Au cours de leur vie, on s'aperçoit que les participants à l'étude sont nombreux à avoir déjà subi des victimisations. À titre d'exemple, 80 % des sujets ont déjà subi une agression physique, 62,5 % une agression à caractère sexuel et 15 % une tentative d'homicide. On peut se demander si la victimisation a précédé ou succédé l'usage de substances psychoactives. En fait, les agressions physiques et sexuelles ont, dans la grande majorité des cas, précédé l'usage problématique de substances psychoactives, alors que les victimisations relatives aux biens surviennent généralement après que la personne considère avoir développé un problème de toxicomanie.

Il y a quatre hypothèses principales pour expliquer la relation entre la consommation de substances psychoactives, plus précisément la cocaïne, et la victimisation subie.

1. La victimisation et ses conséquences représentent un facteur de risque à l'implication dans la consommation de substances psychoactives.

La consommation de substances psychoactives va alors être utilisée dans l'objectif d'oublier, d'endurer, de négocier le stress ou les émotions liés à la victimisation et à ses conséquences. De plus, la consommation de cocaïne peut augmenter le sentiment d'invincibilité suite à un événement victimisant. Au cours des trois dernières années, ce type d'explication de la relation entre leur victimisation et leur consommation de substances psychoactives se retrouve : pour la grande majorité des victimes de violence conjugale; pour la moitié des victimes de voie de fait (autre que la violence conjugale); pour 75 % des événements de menaces sérieuses; rarement dans les cas de victimisation contre les biens, à l'exception des fraudes où ce modèle se retrouve dans un tiers des cas. Il s'agit du modèle explicatif prédominant avec le modèle psychopharmacologique. Au cours de leur vie, les victimes d'événements sérieux de victimisation contre la personne sont nombreuses à croire que les conséquences de la victimisation ont représenté un facteur de risque à leur consommation de substances psychoactives ou à l'amplification de celle-ci.

2. Les effets psychopharmacologiques de la consommation de substances psychoactives représentent un facteur de risque à la victimisation.

Selon ce modèle, la consommation de substances psychoactives

empêcherait la victime d'être vigilante, de se protéger, de se défendre ou de mettre fin à la victimisation. Au cours des trois dernières années, ce type d'explication de la relation entre leur victimisation et leur consommation de substances psychoactives se retrouve : pour tous les événements rapportés de vol simple sur la personne; pour la moitié des voies de fait survenues dans le cadre de bataille; pour les deux tiers des fraudes et des vols simples au domicile; pour quelques situations de violence conjugale et pour un tiers des situations de violence policière.

3. Les usagers de substances psychoactives représentent des « boucs émissaires » ou des « cibles privilégiées » pour la victimisation pour les délinquants.

Ce modèle suppose que la personne a été choisie comme cible de victimisation en raison de sa consommation de substances psychoactives. Il s'agit d'un modèle très peu mentionné dans l'explication des victimisations par les consommateurs de substances psychoactives participant à l'étude. Au cours des trois dernières années, ce type d'explication de la relation entre leur victimisation et leur consommation de substances psychoactives se retrouve seulement pour la grande majorité des événements de harcèlement policier, pour un tiers des situations de violence policière et pour moins de 20 % des vols simples au domicile.

4. Les activités illégales (l'implication dans la délinquance, la vente et/ou le trafic de drogues et la prostitution) commises par les consommateurs de substances psychoactives représenteraient un facteur de risque à la victimisation.

Au cours des trois dernières années, ce type d'explication de la relation entre leur victimisation et leur consommation de substances psychoactives se retrouve seulement pour la majorité des événements de harcèlement relié aux drogues. C'est un modèle qu'on ne retrouve pas pour ceux qui s'impliquent activement dans la délinquance ou la prostitution (sauf exception dans le cas de la prostitution de rue), mais seulement relié aux réseaux de distribution de la drogue, aux vols de drogue et aux dettes de drogue.

Finalement, précisons qu'une partie des événements de victimisation n'ont aucun lien avec la consommation de substances psychoactives. C'est, entre autres, le cas de tous les événements d'agressions à caractère sexuel (autres que ceux survenus dans un contexte conjugal) subis et de tous les événements de vols ou de vandalismes reliés à l'automobile survenus au cours des trois dernières années.

En bref, le lien entre la victimisation et la consommation de substances psychoactives est plus ténu dans les cas de victimisations contre la personne. Il est toutefois moins clair dans le cas de victimisations contre les biens (dépendant du contrevenant, de la gravité des actes et des conséquences de ceux-ci). Finalement, le lien est peu ou pas évident dans les cas de victimisations relatives à l'automobile et la discrimination.

Suite à une victimisation contre la personne ou, dans certains cas, contre les biens, on remarque soit :

A. Une augmentation de l'usage de substances psychoactives :

- Lorsque la personne fait référence à des indices de présence d'un syndrome post-traumatique;
- Lorsque la personne a reçu peu d'aide (formelle et informelle) pour faire face aux conséquences de l'événement;
- Lorsque la personne ressent une forte culpabilité suite à l'événement;
- Lorsqu'il y a une répétition des événements de même type.

B. Un arrêt de l'usage de substances psychoactives :

- Lorsque la personne est hospitalisée ou a trop de conséquences physiques à la victimisation pour consommer (abstinence de courte durée);
- Lorsque la personne attribue la responsabilité de l'événement à sa consommation de substances psychoactives;
- Lorsque la personne reçoit des services adéquats suite à l'événement de victimisation.

C. Aucun changement de l'usage de substances psychoactives :

- Lorsque la personne consommait déjà excessivement (quoique la fonction de la consommation peut alors se modifier);
- Lorsque l'événement a eu peu d'impact ou de conséquences sur la personne;
- Lorsque la personne banalise l'événement.

En conclusion, mentionnons que plusieurs (autour de 30 %) des victimes (de crime contre la personne principalement) diminuent ou cessent leur consommation suite à un événement de victimisation et cherchent alors parfois de l'aide auprès des ressources pour toxicomanes. Les victimes sont généralement très satisfaites des services reçus par les centres d'aide en toxicomanie. Ainsi, il s'agit très fréquemment du premier endroit où les victimes racontent l'événement de victimisation. Par contre, plusieurs centres d'aide aux toxicomanes ne tiennent pas compte de la victimisation lors de l'évaluation (cela survient habituellement en cours de thérapie). De plus, de nombreuses victimes rapportent que leur sevrage ou l'arrêt de la consommation a été compliqué par les conséquences de la victimisation subie.

En bref, l'étude démontre que :

- l'événement de victimisation représente un moment propice à l'intervention (besoin d'aide, motivation au traitement);
- l'entrée en thérapie représente souvent le premier dévoilement complet de la victimisation subie;
- l'arrêt de la consommation fait resurgir les émotions liées à la victimisation et les répercussions du syndrome post-traumatique (cauchemars, comportement d'hypervigilance, etc.), ce qui complique l'abstinence;
- avec l'abstinence, le moyen privilégié pour composer avec les conséquences de la victimisation n'est plus présent. Ainsi, l'abstinence est alors souvent plus difficile à vivre que l'intoxication. Ces victimes doivent alors rapidement trouver d'autres outils dans une période vulnérable;
- la victimisation amène souvent une prise de conscience quant à leur propre implication délinquante (identification aux victimes,

apparition d'un sentiment de culpabilité, conscientisation face aux conséquences du délit, etc.);

- à l'inverse, certaines victimes reproduisent l'événement en se donnant le rôle du contrevenant, ce qui amène une nouvelle problématique de délinquance;
- pour les personnes victimes, une nouvelle victimisation peut faciliter la rechute.

Pour conclure, en raison de l'importance de la victimisation chez la clientèle toxicomane et de l'impact de cette dimension pour celle-ci, il importe de se questionner quant à l'ouverture des services d'aide aux victimes face aux toxicomanes (clientèle difficile - possibilité d'un besoin de formation en toxicomanie pour les intervenants) et concernant la formation des intervenants en toxicomanie à propos des outils d'intervention victimologique. ■

CHRONIQUE UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

<< NOUVELLES DU CERTIFICAT EN TOXICOMANIES >>

Faculté de l'éducation permanente Université de Montréal
 Luc Chabot, M. Ed.,
 Responsable du programme de toxicomanies : prévention et réadaptation



Quoi de neuf...

Le Certificat en toxicomanies de l'Université de Montréal est heureux de vous annoncer la création de son nouveau diplôme de comorbidité (Santé mentale et toxicomanie) et ce en partenariat avec l'Université Antilles-Guyanes. Cette formation donnée à la Martinique permet actuellement de former les professionnels antillais et un réseau de stages sera bientôt disponible pour nos étudiant(e)s du Certificat. Également, depuis janvier dernier, l'Université de Montréal s'est associée à l'Université catholique de Lille dans la création d'un

Certificat international en prévention et intervention des conduites de dépendances. Ce nouveau diplôme permet donc maintenant des passerelles entre le Québec et la France. L'inauguration officielle de ces ententes interuniversitaires a été lancée par le ministre Gilles Baril lors de son dernier passage à Lille.

Stage en Europe (Bordeaux)

Nous sommes heureux d'annoncer le lancement du concours pour un stage en Europe. Ce stage d'une durée de six semaines aura lieu à la session Automne 2000 au Centre hospitalier universitaire Charles Perrens à Bordeaux. Le ou la stagiaire sera logé(e) et nourri(e) et recevra une bourse de 1500 \$. Ce concours est ouvert aux étudiantes et étudiants réguliers du Certificat en toxicomanies et aux diplômé(e)s n'ayant pas encore effectué de stage et répondant aux conditions de participation. La date limite pour l'inscription est le 1er juillet 2000. Vous pouvez obtenir les règlements du concours « Stage en Europe » auprès de madame Hélène Coiteux en téléphonant au (514) 343-2009 ou au 1 800 363-8876.

Rappel des cours offerts au trimestre d'été 2000

Dans le cadre des grandes conférences internationales, rappel des cours offerts au trimestre d'été 2000 :

TXM 2493-A 1 cr.
 Problématique liée à la prévention 3
 Thème : *Prédicteurs de risques et consommation future. Conférence internationale (Lille, France)*
 19 et 20 août SA et DI 09:00 - 17:30 Campus principal

TXM 2500-A 1 cr.
 Intervention auprès des proches
 1^{er} au 15 mai Lundi et mercredi 19:00 - 22:00 Saint-Hyacinthe

TXM 2500-A 1 cr.
 Intervention auprès des proches
 13 et 14 mai SA et DI 09:00 - 17:30 Lanoraie

TXM 2510-A 1 cr.
 Santé mentale et toxicomanies
 17 mai au 5 juin Lundi et mercredi 19:00 - 22:00 Saint-Hyacinthe

TXM 2510-B 1 cr.
 Santé mentale et toxicomanies
 1^{er} mai au 15 mai Lundi et mercredi 19:00 - 22:00 Lanoraie

TXM 2550-A 1 cr.
 Femmes et psychotropes
 6 et 7 mai SA-DI 09:00 - 17:30 Campus principal

TXM 2570-Z 1 cr.
 Comment animer un groupe d'information
 Thème : *Comment animer un groupe d'information sur la dépendance à l'alcool? Conférence internationale (Lausanne, Suisse)*
 12 et 13 août SA et DI 09:00 - 17:30 Campus

TXM 2592-A 1 cr.
 L'indice de gravité d'une toxicomanie
 6 et 7 mai SA et DI 09:00 - 17:30 Saint-Hyacinthe

Les personnes intéressées à s'inscrire à l'une ou l'autre de ces formations doivent contacter madame Hélène Coiteux en téléphonant au (514) 343-2009 ou au 1 800 363-8876.

Inscriptions d'automne 2000

La programmation des cours offerts à l'automne 2000 sera disponible à partir du mois de juin 2000. Pour vous procurer un exemplaire, contacter le secrétariat de la Faculté de l'éducation permanente au (514) 343-7482 ou au 1 800 363-8876.



Dans l'ordre habituel, le recteur de l'Université catholique de Lille, M. Vaudecondelord et le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, Gilles Baril.

NDLR Espace réservé et payé par la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal.

De la guerre de l'opium à la guerre des motards

RAYMOND BOISVERT

Consultant en sécurité

Introduction

Existe-t-il un sujet aussi ancien, vaste, complexe et controversé que le trafic de drogues? S'il est parfois difficile de démontrer avec exactitude la violence qui s'y rattache, il est évident que les deux sont omniprésents et pratiquement indissociables. Néanmoins, s'il n'est pas possible d'enrayer l'un et l'autre avec une solution unique, il existe des moyens et alternatives valables qui permettront sinon de les éliminer, du moins de les réduire à un minimum. Il semble qu'au XXI^e siècle on tente d'en venir à un meilleur équilibre mondial : « Pensez globalement mais agissez localement; la guerre continue. »

L'enjeu

Peu de phénomènes n'auront suscité autant de convoitise à travers les âges que le commerce des drogues. 3400 ans avant Jésus-Christ, l'opium était cultivé en Mésopotamie et son commerce fleurit à travers les siècles, du roi Toutankhamon d'Égypte (1300 av. J.-C.) à Alexandre le Grand (330 av. J.-C.) pour être ensuite introduit en Chine par des marchands arabes (400 av. J.-C.). En 1500, les Chinois considéraient barbare et subversive la pratique de fumer l'opium commencée par les Portugais. Pourtant, en 1830, on estime le nombre d'habités en Chine à 12 millions. On ignore le nombre de victimes qu'auront occasionné trafics et discordes, mais les gains devaient être suffisamment alléchants dès lors pour qu'entre 1500 et 1839, les colonisateurs européens et américains s'y intéressent fortement avec un « monopole » britannique sur ce commerce s'établissant en 1793.

Les deux guerres de l'opium entre la Chine et les puissances colonialistes (1841 et 1856) mènent à la légalisation de l'opium en territoire chinois et à l'accroissement de sa production en Asie du Sud-Est. La source principale d'opium devient le « Triangle d'or » (Laos-Thaïlande-Birmanie, maintenant connu sous le Myanmar). Tous les pays intéressés à cette région et à cette denrée, dont la France et les États-Unis, doivent inévitablement négocier avec les « warlords » de certaines armées ou tribus révolutionnaires contrôlant zones et routes de l'opium-héroïne de ces territoires. Même si des trafiquants d'autres pays comme la Turquie, le Liban et le Mexique, pour ne nommer que ceux-là, s'impliquent dans le trafic de cet opiacé avec de nombreux incidents de violence, c'est surtout l'Asie du Sud-Est qui domine pendant une longue période.

Les années 1960-70 sont témoins d'alliance entre les Corses, experts chimistes de l'héroïne, les truands français et les mafias italiennes et nord-américaines pour le trafic d'héroïne. C'est l'ère de la « French-Connexion », neutralisée vers la fin des années 70 grâce, entre autres, à la coopération internationale. Après une certaine accalmie, les activités reprennent et c'est le trafic de cocaïne qui prime. D'autres clans bien liés avec l'Amérique du Sud et le Canada s'impliquent.

Au début des années 70 en Amérique du Sud et particulièrement en Colombie, le commerce de culture et d'exportation de marijuana devient florissant, pour être plus tard supplanté par l'entreprise du siècle : l'exportation de cocaïne dominée par différents cartels sanguinaires comme ceux de Medellín et Cali. C'est au cours de ces années que naît le terme « narco-terrorisme », les organisations criminelles s'alliant avec des mouvements révolutionnaires pour le contrôle des régions rurales propices à la culture de la coca et l'implantation de leurs laboratoires de transformation. Les paiements se font soit avec du comptant, soit avec des armes sophistiquées qui facilitent l'affrontement avec les forces gouvernementales et la domination sur les populations effrayées. On estime présentement qu'en Colombie, certaines armées révolutionnaires contrôlent près de 40 % du territoire. Outre les règlements de compte inter-cartels, les victimes de ce « commerce » sont sélectionnées parmi les journalistes, juges, procureurs, policiers, militaires, et même un candidat présidentiel, qui ont eu la fâcheuse idée de s'y opposer. En 1998, en Colombie (pays d'environ 40 000 000 d'habitants), on enregistrait 23 000 meurtres dont une forte proportion reliée au trafic de stupéfiants.

Mais la Colombie n'est pas le seul pays d'Amérique du Sud à être troublé par le trafic des narcotiques. En 1984, le Pérou est le premier producteur mondial légal de coca et fait partie intégrante, avec la Colombie et la Bolivie, de ce qu'il était convenu d'appeler « le triangle d'argent ». À cause de cette situation, le secteur agricole du Pérou est grandement affecté. Certaines zones montagneuses ou amazoniennes sont sous le contrôle de trafiquants alliés à des groupes révolutionnaires tels que « le sentier lumineux », soit pour la culture, la fabrication ou la distribution de la coca. Des paysans ou cultivateurs sont soudoyés pour leur participation, intimidés, forcés au travail, éliminés ou pris entre le feu des adversaires.

En Bolivie, si le trafic de coca peut sembler moins violent, on y a souvent rattaché de nombreux dirigeants et auteurs de putschs qui se succèdent à un rythme impressionnant, avec un record de 190 entre 1825 et 1984. Plusieurs de ces coups d'État sont d'ailleurs sanglants et empreints de nombreux abus et de terreur alors que le trafic de cocaïne sert bien ses auteurs-dictateurs au détriment d'une population souvent démunie.

Si les trafiquants colombiens sont à l'origine d'actes d'une extrême violence, comme l'attentat à la bombe contre un avion de leur compagnie nationale faisant au-delà de 100 victimes, les parrains de la mafia italienne ne sont pas en reste. La Santa Corona Unita de la région de Puglia, la « Camorra » de Naples, la « N'Drangheta » de Calabre et surtout la Cosa Nostrade Sicile (LCN) font la vie dure à leurs opposants de façon aussi cruelle que leurs homologues. De manière conservatrice et selon des sources fiables parmi les autorités italiennes, plus de la moitié des activités mafieuses gravitent autour du trafic de stupéfiants.

Les situations décrites ne fournissent qu'un bref échantillonnage de la violence reliée aux drogues sur la mappemonde, mais elles illustrent bien, à mon avis, comment la violence extrême du trafic de drogues rend certains pays en proie à « l'anarchie ».

Le Québec

La violence reliée au trafic des drogues fait aussi ses victimes au Québec. À Montréal en mai 1972, la première arrestation pour importation de cocaïne au pays allait nous donner une idée du profil de ces courriers. Horacio possédait un casier judiciaire pour meurtre et vols avec violence. Le chef du clan dont il était l'émissaire allait être l'instigateur, en 1978, d'une émeute qui fit près de 80 victimes dans un pénitencier d'Argentine.

Au cours des années 70-80, les homicides et les voies de fait sont courants. Par exemple, on peut voir certaines prostituées-héroïnomanes littéralement séquestrées, battues, dénoncer leur souteneur le matin pour faire volte-face la même soirée. Et combien d'héroïnomanes-trafiquants de petit acabit sont retrouvés sans vie, soit enroulés dans du tapis, soit quelques pieds sous terre...

Au cours de cette période, les interventions policières sont forcément plus musclées et rares sont les perquisitions où des armes à feu ne sont pas trouvées alors que plane une paranoïa inquiétante au sein d'un milieu ponctué d'incidents violents. Beaucoup de misérables « usagers » sont dès lors considérés comme les « otages » des caïds de différents niveaux et leurs habitudes les rendent parfois agressifs lors de la commission d'autres crimes tels que trafic, vols qualifiés, vols de drogues ou fausses transactions, etc.

Le modèle de la ville de Québec pourtant généralement paisible démontre bien comment le trafic peut progresser. Comme me l'expliquait le Lieutenant détective Pierre Couture du Service de police de la vieille capitale relativement au trafic d'héroïne, les premiers indices apparaissent en 89-90 par une vague de vols de pharmacies (dilaudid) et d'autres vols par effraction. Une vingtaine d'usagers d'un cercle assez fermé et autosuffisant sont alors répertoriés. Les premières victimes de violence sont parmi leurs propres familles. Le deuxième indice de la progression du trafic se révèle par sa relation avec le milieu de la prostitution au cours des années 92 avec l'identification d'autres petits réseaux également impliqués dans d'autres drogues telles que cocaïne et PCP, mais non exclusivement d'héroïne. Bien que la violence habituelle soit présente, c'est surtout par les vols avec effraction que se finance ce milieu. Ces vols se font « sur commande » et avec la complicité de certains marchés aux puces. Les usagers-voleurs n'obtiennent en général que 10 % de la valeur des objets dérobés. En 94-95, une première saisie (5 grammes à 88 %) est effectuée et indique qu'un contrôle s'exerce sur le milieu par des conflits subséquents avec d'autres intéressés dans la vente de cocaïne. Des cas de violence pour la protection de ce marché sont relevés. De 1990 à 2000, le nombre d'héroïnomanes serait passé, pour la région de Québec (environ 400 000 de population), d'une vingtaine à quelques milliers. On observe ici une caractéristique similaire avec l'héroïne en l'an 2000 et avec la cocaïne en 85-86, c'est-

à-dire une diminution des doses et des prix. Ainsi, l'héroïne s'est retrouvée à 30 \$ du « point » et à 10 \$ du quart de point, avec un niveau de pureté parfois surprenant de 80 %. Moins surprenants sont les cas de violence par intimidation, les incendies d'autos et les voies de faits entre « dealers ».

Au cours des années 1974-75, les motards criminalisés régissent la distribution et la fabrication de différentes drogues dont les méthamphétamines et le LSD dans la grande région de Montréal, avec le Carré Saint-Louis comme principal centre névralgique d'opérations. Le « speed » se détaille alors entre 2500 \$ et 3500 \$ la livre au Canada, alors qu'il se vend jusqu'à 5000 \$ aux États-Unis. Les laboratoires clandestins pullulent tout comme les guerres internes directement reliées à ce trafic. Défauts de paiement, trahisons, vengeances, délations, compétitions incitent à la violence. Les attentats à la bombe et les exécutions se multiplient dans Montréal et la région.

La déclaration et mise en garde du président d'une bande de motards criminalisés est sans équivoque quant à leurs « statuts » et « visions » lorsqu'il dit : « Nous sommes dans le business pour fabrication et vente de drogues et non pour la consommation. » Peu de temps après ce rappel, cinq membres d'un chapitre délinquant et non conformiste d'un club de motards criminalisés sont exécutés et jetés au fleuve pour avoir abusé de cocaïne et fait défaut de partager dûment des profits de leur trafic. Ce trafic n'est pas sans risque pour la sécurité publique et d'éventuelles innocentes victimes, surtout lorsqu'il y a manutention d'explosifs. Dans d'autres cas, la violence n'a d'égal que l'audace de certains cartels qui ont été jusqu'à « kidnapper » un trafiquant au Canada pour « escorter » jusqu'en Colombie dans l'attente du paiement d'une dette.

Au cours des années 90, la région de Québec a été qualifiée de capitale du PCP. La violence au niveau de la rue affecte sérieusement la sécurité publique alors que résidents et commerçants de la ville de Québec en particulier sont sujets d'intimidations et dommages à la propriété en plus de s'exposer aux conséquences indirectes de la guerre qui devait se déclencher en 95 pour le « contrôle du territoire ». Au cours de cette période, un des « chimistes » les plus convoités par les motards criminalisés a payé de sa vie pour n'avoir pas respecté le principe « Nul ne peut servir deux maîtres à la fois » et peut-être, qui sait, d'autres règles du milieu. La guerre était déclenchée et en termes de dommages, les autorités relevaient des dommages de 2 212 200 \$ causés par des incendies de « cocktails molotov » et de 300 000 \$ de dommages par bombes. Quant aux incidents d'extrême violence (voies de faits graves, tentatives de et meurtres, etc.) reliés à la même situation, le tableau suivant est révélateur. On en compte, en 1996, 42 à Québec et 12 à Montréal et, 44 et 39 respectivement pour 1997 et 1998 à Québec.

Comportement des usagers

La compréhension du comportement des usagers de certaines drogues est aussi « relative » que celle de la « culture » du trafic. Dans les deux cas toutefois, la violence est loin de se limiter ou de toujours se terminer par des décès.

Le texte de référence *Drugs and Drug Abuse* (Fondation de la recherche en toxicomanie, 1987) fournit des données qui mériteraient sûrement une lecture plus poussée et plus à jour, même si celles-ci me semblent corroborer les observations plus récentes d'intervenants de première ligne.

Se référant à l'homicide, au suicide, ou à l'auto-mutilation des sujets, le manuel indique que dans les cas de violence rapportés, directement reliés à l'usage d'hallucinogènes, le PCP et le LSD sont en cause dans les cas où ils sont utilisés avec régularité par les sujets. Le rapport souligne déjà le comportement « imprévisible » et parfois « extrêmement violent » occasionné par l'absorption de PCP et fait état selon les mêmes critères d'une plus forte probabilité de violence des usagers de « speed ».

D'après la même référence, c'est la cocaïne, comme d'autres drogues psychoactives, qui est le plus souvent associée aux incidents violents mentionnés alors que les incidents reliés au cannabis sont plutôt rares. Au sujet de l'héroïne, l'étude mentionne que ce narcotique est la cause la plus fréquente des « surdoses » parmi sa population « d'usagers ». Une étude de 1400 cas de décès révèle aussi que jusqu'à 40 % de ceux-ci auraient été causés par violence, généralement par meurtre.

Le « crack » ou « roche », dérivé de la cocaïne et souvent qualifié de « cocaïne du pauvre », n'a heureusement pas connu au Canada la popularité des États-Unis, mais autant son absorption que son trafic est empreint de violence et de paranoïa.

Selon un article du 19 mai 1999 de James Davenport, dans le journal *The Gazette*, Montréal se classerait au deuxième rang quant aux incidents reliés aux drogues dans les hôpitaux canadiens. Les intervenants de différents secteurs, sûrement familiers avec les comportements violents que suscite l'usage des drogues précitées et d'autres substances toxiques, savent leur sécurité à risque. Par prudence, et à juste titre, la F.I.I.Q. a listé la consommation de drogue comme un des indices potentiels de violence.

D'après M. Serge Brochu, l'auteur de *Drogue et Criminalité*, la consommation de certaines drogues en particulier accroît l'implication dans des activités criminelles plus qu'elle ne la cause. Son étude de 1990 auprès d'adolescents confirme une fois de plus que certaines drogues stimulent davantage les comportements agressifs (cocaïne, PCP, amphétamines, barbituriques).

Décès attribuables aux drogues

En 1997, selon le document *La toxicomanie à Montréal-Centre - Faits et méfaits 1999*, d'une part, 68 % des décès dus à une intoxication aux drogues, soit 17 décès, sont attribuables en totalité ou en partie à la consommation de cocaïne ou de crack alors que, d'autre part, les données du Bureau du coroner pour la même année dans l'ensemble du Québec révèlent que 42 % sont reliés aux opiacés. Les données de ce Bureau, provenant d'analyses toxicologiques de victimes d'homicides, révèlent la présence des drogues « dites dures ».

	Homicides	Héroïne ou cocaïne
1989 :	187	40 cas
1990 :	187	25 cas
1996 :	162	12 cas
1997 :	121	11 cas
1998 : (partielles)	117	9 cas

D'après Statistique Canada, on a dénombré au pays, pour 1997, 581 homicides soit un taux de 1,92 pour 100 000 habitants.

Selon un expert analyste du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, environ 80 % des règlements de compte de la métropole sont reliés aux stupéfiants même si les cas « prouvés » nous donnent le tableau suivant : en 1996, 13/55; en 1997, 4/49; en 1999 (incomplet), 3/52.

À la lueur de cette rétrospective, de faits vécus et d'observation de l'actualité, il m'apparaît évident que le trafic de stupéfiants est un phénomène mondial et un crime où la récidive est un facteur déterminant.

Au cours de ces années à enquêter le milieu criminel et particulièrement le trafic de stupéfiants au Canada et à l'étranger, j'en suis venu à la définition suivante du crime organisé : *une association de personnes qui visent à exercer un monopole et un contrôle sur des activités ou territoires par l'utilisation de la corruption, du chantage, de l'intimidation, de la supercherie et de la violence en vue d'atteindre pouvoir et profit; une forme de subversion.*

Actualité

Le Code pénal canadien prévoit maintenant une peine d'emprisonnement de un an à cinq ans pour tout prévenu trouvé coupable de possession d'arme à feu lors de la commission d'un acte criminel, ainsi que d'autres dispositions reliées aux actes de gangstérisme facilitant par exemple l'écoute électronique et la saisie de biens par infraction. D'autres changements législatifs sont à l'étude pour contrer la violence et le crime organisé. Malgré toutes les précautions et exigences des organisations criminelles pour assurer « l'hermétisme » et qu'importe ce qu'on en dise (le phénomène des délateurs au Canada en inquiète peut-être plusieurs dans tous les camps), il ne saurait plus être question de loi absolue du silence.

Des enquêteurs chevronnés, tant au Service de police de la ville de Québec, au SPCUM, à la SQ qu'à la GRC, s'accordent à dire qu'au moins 75 % des incidents violents de groupes sont reliés au trafic. Selon un analyste de la section anti-gang du SPCUM, il y a augmentation de rixes inter-raciales où la cruauté est souvent démontrée par des actes de mutilations. Victimes et assaillants y sont de plus en plus jeunes.

Quant aux clubs de motards criminalisés, on y exige des affiliés, des aspirants ou des prospects de faire leurs preuves en les impliquant dans divers niveaux de violence avant de gravir les échelons. De plus en plus de jeunes innocents, soit pour imiter, se valoriser, se renflouer, régler des dettes, se classer ou monter en grade dans les dif-

férents groupes ou organisations, s'initient au trafic et ses à-côtés violents sans se rendre compte qu'ils sont utilisés pour le boulot sale ou pour servir de couche de protection contre les attentats ou poursuites judiciaires.

La GRC nous informe qu'en 1999, au Canada, l'ensemble des corps policiers auraient saisi environ un million de plants de marijuana évalué à 1000 \$ chacun et vendu à 3000 \$ la livre au Canada et 3500 \$ aux États-Unis. Le nombre d'opérations de cultures intérieures ou extérieures, hydroponiques ou autres, se sont multipliées au cours des dernières années et le contenu de THC (tétrahydrocannabinol) atteint souvent les 15 %, ce qui n'influe apparemment pas pour autant sur les sentences lorsqu'il y a condamnations. La répression de ce trafic n'est pas sans « drainer » les ressources policières et les tenir à l'écart d'autres priorités. Ce trafic est contrôlé principalement par les groupes de motards criminalisés et génère des capitaux de réinvestissement pour d'autres activités ou trafics criminels. Il est inévitablement assorti de violence sans oublier le nombre croissant de cas « rapportés » de menaces ou d'intimidation envers d'honnêtes agriculteurs ou propriétaires de bâtiments ou sites situés stratégiquement.

Le dernier rapport du Service canadien de renseignements criminels est clair : toutes les organisations criminelles importantes sont impliquées dans la contrebande de drogue. Le crime organisé de souche asiatique demeure une source principale d'héroïne au Canada et s'implique dans le trafic de cocaïne. Le crime organisé est-européen s'implique de plus en plus dans ce même trafic tandis que le recyclage d'argent continue d'être l'apanage de la mafia sicilienne, alors que les groupes de motards criminalisés sont en expansion et en compétition.

Selon un extrait sommaire du dernier aperçu mondial de l'ONU sur la situation des drogues illicites en date du 22 décembre 1999, l'offre et la disponibilité de la cocaïne sont demeurées stables alors que celles de l'héroïne ont augmenté substantiellement dû à une forte augmentation de production d'opium en Afghanistan. Le cumul des statistiques jusqu'en 1998 montre que les saisies de cocaïne, d'héroïne, de résine de cannabis et de stimulants type amphétamines sont en hausse. Selon un porte-parole de la GRC, ceci coïncide passablement avec la situation au Canada où les corps policiers continuent de concentrer leurs efforts de répression sur des organisations dites « majeures » par le « ciblage » et où l'on poursuit les efforts pour augmenter le nombre de participants aux programmes de sensibilisation. En dépit des efforts déployés, de nouvelles drogues chimiques telles que le nexus, le MDMA et autres sont de plus en plus consommées.

Conclusion

Selon plusieurs sources de corps policiers, la violence est relativement stable. La drogue est un milieu en constante mutation qu'il s'agisse du milieu des usagers, des distributeurs ou des producteurs. Les profits qui en découlent sont manipulables et manipulés par des opportunistes de tout acabit. Les enjeux restent le *pouvoir* et le *profit*, la *violence*, le moyen d'arriver à ces fins. Si combattre la violence c'est combattre la drogue, combattre la drogue c'est combattre la pauvreté.

M. Pino Arlacchi, directeur exécutif de l'ONUCD qui a fait l'objet d'un attentat échoué alors qu'il était journaliste et ardent opposant de la mafia en Italie, a élaboré, en 1998, un plan pour combattre ce fléau. Ce plan, étalé sur 10 ans et évalué à 5 milliards de dollars, est axé entre autres sur l'aide et le développement approprié aux pays producteurs ainsi qu'un programme de prévention et de répression sur tout le globe.

Chez nous, un point de vue fort crédible nous vient d'un officier de police du SPCUM à peine retraité qui a enquêté sur plus de 1500 meurtres ou morts suspectes et oeuvré à la brigade des stupéfiants de 1983 à 1987. Le lieutenant détective Claude Lachapelle est plutôt catégorique lorsqu'il dit que la répression est évidemment nécessaire, mais à effets limités sans des programmes structurés d'éducation-sensibilisation-réhabilitation.

Je partage cet avis; il s'agit d'une approche équilibrée comme celle de l'ONU. Je crois fermement que nous devons nous prémunir de programmes de sensibilisation pour combattre le crime organisé. Un autre officier d'expérience, le lieutenant détective Pierre Couture du SPVQ, l'exprime à sa façon lorsqu'il dit qu'« il faut sensibiliser le citoyen aux effets pervers du crime organisé qui affecte nos libertés ». ■

Références

BOISVERT, J. R. *Cocaïne : Phenomenon and powers*, exposé, Collège canadien de la police, Ottawa, Ontario, octobre 1982.

Opium throughout history. Frontline - <http://pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/heroin/etc/history.html>.

The opium war and the opening of China. Sur Internet : <http://www-unix.oit.unmass.edu/Czongli/extended1.html>.

Service canadien de renseignements criminels. *Sommaire du rapport 1999*, p. 1-2. Sur Internet : <http://www.cisc.gc.ca/Cisc99fr/sommaire.htm>.

Service canadien de renseignements criminels. *Bandes de motards criminalisés 1999 - Faits saillants*, p. 1. Sur Internet : <http://www.sisc.gc.ca/Cisc99fr/motard.htm>.

DOWELL, William. « Man with a grand plan », *Time*, vol. 151, no 23, 15 juin 1998.

O.N.U. *Réduction de la demande illicite des drogues*, p. 1 (consulté le 5 février 1998). Sur Internet : <http://www.undcp.org/undcp/ga/themes/demand-4.htm>.

O.N.U. *Éradication des récoltes illicites et développement alternatif*, p. 1 (consulté le 5 février 1998). Sur Internet : <http://www.undcp.org/undcp/ga/themes/altdev-6.htm>.

SEXTON, Thurston Leon. *Why these facts have been kept from the public*, The Plain Truth, août 1981.

CHARBONNEAU, Jean-Pierre. *La Filière Canadienne*, Les éditions de l'Homme ltée, 1975.

LAVIGNE, Yves. *Taking care of business*, Ballantine Books, Toronto.

LIU, Melinda. « The poppies of Colombia », *Newsweek*, 14 octobre 1991.

ERNSBERGER, Richard Jr. et Farah DOUGLAS. « The Curse of China White », *Newsweek*, 14 octobre 1991.

FRANCIS, Diane. « The most dangerous nation on earth », *National Post*, 28 mai 1999.

AMBRUS, Steven et Brook LARMER. « Casualties of War », *Newsweek*, 9 août 1999, p. 13-16.

PAQUIN, Gilles. « Le pénible chemin vers la paix en Colombie », *La Presse*, 21 décembre 1998, p. A18.

CHEVALIER, Serge et Isabelle LAURIN. *La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits 1999*, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique et Direction de la programmation et coordination, Montréal, 1999.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, *Femmes et Santé, Travailler dans la dignité*, p. 23, tableau 4, indices de violence potentielle.

Bureau du coroner. *Rapports annuels 1997-98*, Les Publications du Québec.

BROCHU, Serge. *Drogue et criminalité - Série Perspectives criminologiques*, Presses de l'Université de Montréal.

DAVENPORT, James. « Drug related incidents », *The Gazette*, 19 mai 1999.

PULLELA, Philip. « Massacre in Sicily », *National Post*, 4 janvier 1999.

GUGLIOTTA, Guy et Jeff LEEN. *Kings of cocaine*, Simon and Shuster, N. Y., N. Y.

CAVALLARO, Felice. *Mafia Album di Cosa Nostra*, RCS Rizzoli Libri S.P.A., Milano, 1991.

GIOVANNI Falcone et Marcelle PADOVANI. *Cose di Cosa Nostra*, RCS Rizzoli Libri S.P.A., Milano, 1991.

DIEBEL, Linda. « 37 billion \$ a year cash crop brings killings, corruption », *Toronto Star*, 22 mars 1997, p. A1 et A33.

GENE, J. P. « Match document », *Paris Match*, février 1999, p. 3-5.

IYER, Pico. « Fighting the cocaine wars », *Time*, 25 février 1985, p. 24-33.

LAMAR, Jacob V. Jr. « Crack: A cheap and deadly cocaine is a spreading menace », *Time*, 2 juin 1986, p. 14-16.

VILLEGAS, José Eduardo. « El Fracaso de la Democracia en los países del tercer mundo », éditorial, *El Siglo*, La Paz, Bolivia, 1983.

Drugs and Drug Abuse, révisé par Michael R. JACOBS et Kevin O. B. FEHR. Addiction Research Foundation, Toronto, seconde édition, 1987.

BOISVERT, J. R. *Police in the year 2004*, essai, Collège canadien de la police, 1994.

LÉVESQUE, J. P. et Pierre DE CHAMPLAIN. *Les clubs de motards criminalisés au Canada*, Service canadien de renseignements criminels, p. 3-4, février 1999.

Remerciements

Inspecteur Robert St-Jean, SPCUM

Lieutenant détective Claude Lachapelle (retraité), SPCUM

Denise Brulé, Bureau du coroner du Québec

François Houle, Bureau du coroner du Québec

Sergent Jos Difeo, SPCUM

Sergent détective Gilles Labadie, SPCUM

Sergent détective Michel Lemieux, SPCUM

Sergent Yves Sirois, GRC

Sergent Michel Picard, GRC

S/E/M Jean Martin, GRC

Lieutenant détective Pierre Couture, SPVQ

Sergent Pierre Lescadre, GRC

L'auteur

M. Boisvert a joint la GRC en 1962. Il y a fait carrière dans différents postes au Québec et particulièrement au sein de la brigade des stupéfiants de Montréal de 1971 à 1976, avant d'être désigné pour ouvrir le premier poste de liaison criminelle à Bogota, en Colombie. De 1980 à 1984, il est de nouveau affecté à la brigade des stupéfiants de Montréal comme sous officier, puis à Lima, au Pérou, jusqu'en 1985. Officier breveté en 1986, il devient responsable du détachement de la GRC à l'aéroport international de Dorval jusqu'en 1989 alors qu'il est muté comme officier de liaison en Italie. De 1993 à 1997, il accepte la responsabilité du détachement de Québec, non sans avoir rempli une mission d'appui pour les Nations unies en Haïti. Raymond Boisvert est retraité de la GRC depuis décembre 1997 et est présentement consultant en sécurité.

En bref...

- Entre 1987 et 1994, trente journalistes auraient été assassinés par les barons de la drogue pour avoir condamné publiquement leurs activités et favorisé un mouvement en faveur de l'extradition aux États-Unis.
- Selon des chiffres américains récents, la Colombie possède une capacité annuelle de culture et de production de 560 tonnes de cocaïne et de 6,5 tonnes d'héroïne. Même si ces données sont toujours approximatives et conditionnelles aux lois du marché telles que l'offre et la demande, la pureté, la compétition, etc., ceci représenterait une entreprise de 14,5 milliards \$.
- Selon l'Organisation des Nations unies pour le contrôle des drogues (1988), on aurait recensé au moins huit mil-

lions d'héroïnomanes au monde et 13 millions de cocaïnomanes.

- Selon un rapport récent du Service canadien de renseignement criminel, 118 des 859 meurtres commis entre 1970 et 1986 étaient reliés aux motards criminalisés et, selon la CECO, leurs principales sources de revenu étaient le trafic de drogues et la prostitution. Le même rapport indique que la guerre qui éclata au Québec fit, de juillet 1994 à décembre 1998, 103 morts, 124 tentatives de meurtres, 84 attentats à la bombe, 130 incendies criminels et 9 disparus pour un total de 450 incidents violents. Ce rapport ne fait pas mention de nombreuses menaces sérieuses contre des procureurs fédéraux et provinciaux assignés à des dossiers anti-drogue tant de la part des motards criminalisés que d'autres organisations criminelles.

Violence en milieu de travail

JACQUES LAMARRE, M.A. PS.

Jacques Lamarre + Associés inc.
Firme spécialisée en gestion de PAE

Tout le monde peut aisément identifier l'assassinat de plusieurs personnes par un collègue de travail comme étant de la violence en milieu de travail, mais il existe d'autres types de violence telle que la violence liée à une clientèle difficile, au style de gestion, au harcèlement sexuel ou autre. Quel est l'impact de cette violence sur l'individu, l'équipe et l'organisation ?

Notre organisation intervient de plus en plus souvent pour prévenir l'apparition de violence en milieu de travail.

Comment peut-on définir la violence en milieu de travail ?

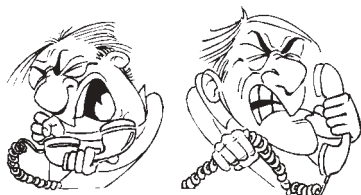
Tout événement perpétré dans l'environnement de travail, capable de produire la mort, des blessures physiques ou des séquelles psychologiques ou de menacer la vie ou l'intégrité physique des employés qui en sont des victimes directes ou indirectes (témoins) peut être considéré comme une manifestation de violence.

Il est important de distinguer entre colère, agressivité et violence. La colère est un état affectif intense caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale. Fondamentalement, c'est une des six émotions primaires. La colère peut conduire à la violence si, dans cette colère, il y a abus de pouvoir en termes d'attitudes, de paroles ou de gestes.

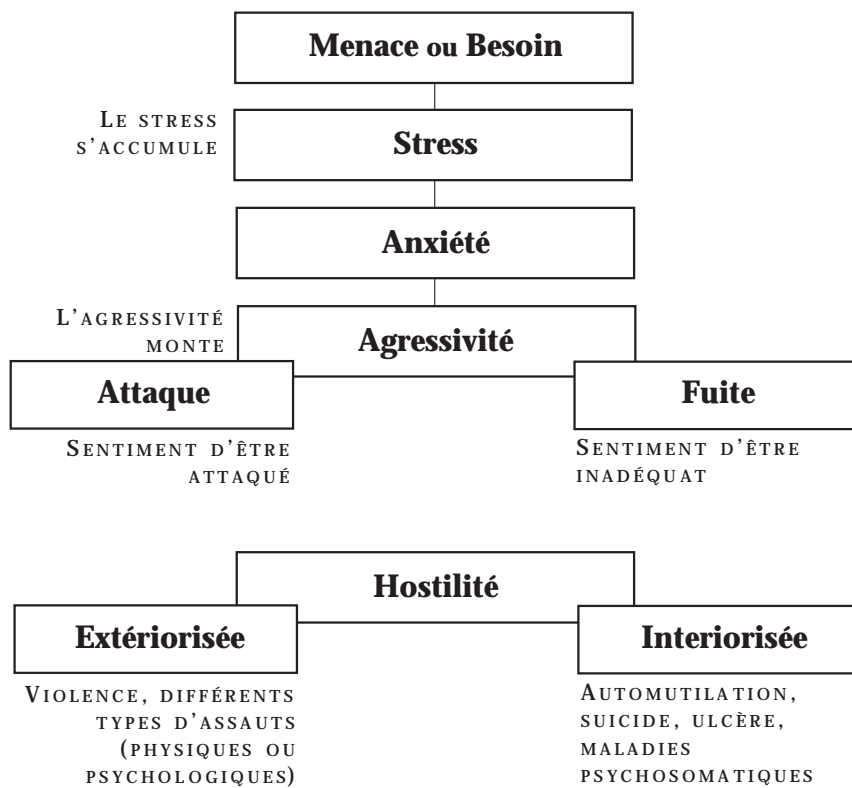
L'agressivité produit une énergie à aller de l'avant, à combattre et à agir par opposition à subir. L'agressivité peut conduire à des comportements positifs ou négatifs. L'agressivité devient violence quand il y a abus de pouvoir. La violence est le passage à l'acte et est essentiellement caractérisée par un abus de pouvoir sur l'autre.

Les causes de stress au travail

- La concurrence avec les collègues = 5 %
- Les exigences pour obtenir des promotions = 6 %
- Le devoir de faire les choses selon des règles = 14 %
- La conciliation travail/famille = 22 %
- Trop de travail dans peu de temps = 55%



ORIGINE DE LA VIOLENCE



Jacques Lamarre + Associés

La surcharge de travail est la plus grande cause de stress au travail. Un passage à l'acte violent arrive rarement spontanément. Il peut donner l'impression d'un comportement spontané, mais habituellement il y a eu une escalade avant d'en arriver au passage à l'acte. C'est pourquoi, l'employeur ou l'organisation a des obligations face à la violence selon le code civil et la loi sur la santé et la sécurité du travail. De plus, l'employeur peut être tenu responsable s'il a procédé de façon négligente à l'embauche et au maintien dans l'emploi d'un employé qui présente un risque, à court ou moyen termes, de passage à l'acte. Il peut aussi être tenu responsable quant à la protection de ses employés face aux autres collègues de travail ou face aux membres du public pouvant être potentiellement violents.

Stress en milieu de travail

Les facteurs organisationnels qui peuvent augmenter le stress en milieu de travail sont :

Facteurs physiques

- l'aménagement des locaux;
- le bruit excessif;
- la température ambiante.

Violence en milieu de travail

SUITE

D'autres facteurs organisationnels peuvent également affecter ce stress en milieu de travail :

- nouvelles technologies;
- nouveaux procédés et systèmes arrivant de plus en plus fréquemment;
- la surcharge de travail, l'ennui ou le travail routinier;
- changements liés à la réorganisation avec des promotions ou rétrogradations de certaines personnes;
- manque de support social dans le milieu;
- relations de travail difficiles;
- le manque d'autonomie de l'employé dans l'activité de travail;
- la sous-utilisation des habilités et l'ambiguïté;
- conflit de rôle.

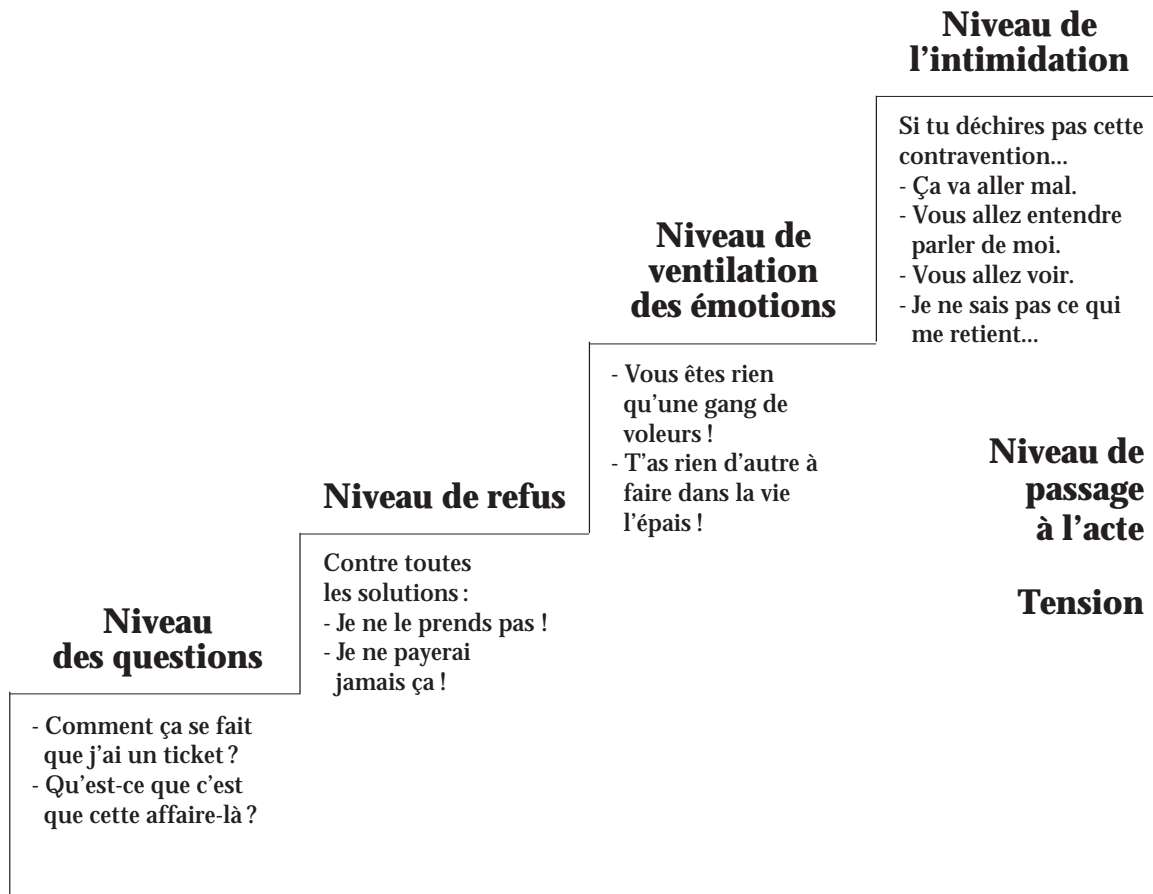
Les conséquences que l'on retrouve liées au stress sont :

- un climat de travail détérioré;
- de l'absentéisme ou de l'hyper-assiduité (qui peut amener les dépressions de surmenage);
- l'absence de créativité;
- la baisse de productivité, de performance et l'insatisfaction au travail.

Se rappeler que l'absentéisme ou l'hyper-assiduité sont souvent des symptômes de malaises. Le malaise peut avoir des composantes individuelles et organisationnelles. L'organisation a le pouvoir d'agir au niveau des composantes organisationnelles (identification et correction) et elle peut apporter du support pour les composantes individuelles (coaching, supervision des gestionnaires, counselling, programme d'aide aux employés, bureau médical, etc.). Il est important de mentionner que la responsabilité de l'organisation est de gérer de manière préventive, ce qui implique la faculté d'entrevoir et d'évaluer les risques d'une crise éventuelle. Les gestionnaires adoptant un style préventif doivent chercher des réponses aux questions suivantes : Quels sont les risques? Quelles sont les problématiques non résolues? Quelles sont les probabilités? Quels seraient les effets globaux? Quels seraient les coûts? Quelle est notre responsabilité? Quels sont les moyens à prendre?

Il devient important pour toute organisation qui a identifié des risques ou qui est témoin de violence en milieu de travail de développer un plan de gestion des conflits. Certaines organisations forment leurs gestionnaires, leurs intervenants syndicaux, des agents de référence ou délégués sociaux de programmes d'aide aux employés et leurs travailleurs à la résolution des conflits. ■

L'ESCALADE DE LA VIOLENCE



Polytoxicomanies et suicide chez les hommes

TYNA PAYETTE, M. Ed.

Étudiante au Doctorat en psychologie à l'UQAM

MICHEL TOUSIGNANT, Ph. D.

Professeur

Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, UQAM

Cet article est un résumé du document *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés* (Tousignant, M. et Payette, T., 1997) qui est issu d'une subvention obtenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Introduction

Le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes dans plusieurs groupes d'âge. L'objet de cet article est d'établir comment la consommation abusive d'alcool, de drogues illégales et de médicaments est reliée au suicide chez les hommes. Dans une perspective de prévention et d'intervention, il importe de connaître les facteurs reliés à la toxicomanie qui augmentent les risques de suicide. De façon générale, le risque de suicide est plus élevé chez les femmes qui abusent d'alcool et de drogues que chez les hommes qui font un même abus. Toutefois, un facteur explicatif à retenir face à ces observations est la présence plus grande de comorbidité chez les femmes.

Survол épidémiologique

Les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 % et 50 %. Si l'on ajoute les cas d'intoxication aiguë au moment du suicide, on peut dire que les SPA sont associés à plus de 50 % des suicides chez les hommes.

On peut se demander dans quelle mesure une personne alcoolique a un risque plus élevé de décéder par suicide au cours de sa vie qu'une personne non alcoolique. Au Québec, au moins 25 % des hommes qui se suicident présentent une dépendance à l'alcool. Cela représente 350 personnes parmi les 1400 adultes qui se suicident annuellement. Le taux annuel de suicide chez les alcooliques dans la province est d'environ 140 par 100 000 par année; en comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique. Chez les alcooliques, les risques de suicide se manifestent le plus souvent à un stade avancé de la consommation abusive. Ainsi, la durée moyenne de l'alcoolisme avant le suicide est de 19 ans. C'est donc chez les hommes entre 45 et 50 ans que l'on retrouve le plus grand nombre d'alcooliques qui décèdent par suicide.

En s'inspirant d'une étude effectuée dans la ville de New York auprès de consommateurs de cocaïne, on peut extrapoler le risque à vie de mortalité par suicide chez les toxicomanes qui abusent de drogues illégales. Dans cette étude, la cocaïne a été détectée chez 15 % des personnes décédées par suicide. La durée de la consommation abusive de drogues avant le suicide est de moins longue durée que celle de l'alcool, soit environ 12 ans. Cette catégorie de suicide se concentre donc dans une population plus jeune, soit d'environ 25 ans ou moins. Enfin, les toxicomanes qui abusent de médicaments prescrits ont aussi un risque élevé de suicide. Le risque de suicide est de 30 à 50 fois plus élevé chez un groupe de personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits lors de la période subséquente à leur hospitalisation, que dans

la population. Ces patients souffrent la plupart du temps de polytoxicomanie. En effet, 80 % d'entre eux présentent un tableau d'alcoolisme et 40 % abusent de drogues illégales.

Méthode de suicide

La proportion de suicides attribuable directement à une surconsommation de psychotropes est variable selon les échantillons. Les analyses toxicologiques au décès permettent la détection de doses létales et non létales, à la condition d'être menées à l'intérieur de 48 heures. En considérant seulement le seuil de létalité, les études démontrent, sauf pour le Royaume-Uni, qu'il n'y a pas plus de 16 % des suicides directement reliés aux médicaments. Ainsi, les personnes qui reçoivent une prescription ne sont pas nécessairement plus à risque de mourir suite à une surconsommation de médicaments. De plus, la prescription d'antidépresseurs ne présente pas un grand risque, sauf pour les patients qui abusent déjà de médicaments.

Certaines études établissent un lien entre les méthodes de suicide choisies et les toxicomanies. Une étude finlandaise montre une relation entre l'utilisation de méthodes non violentes et l'abus d'alcool. Les auteurs émettent l'hypothèse que les abuseurs d'alcool qui se suicident ont un meilleur accès aux médicaments psychotropes, ce qui explique pourquoi ils les emploient pour s'enlever la vie. Dans une étude australienne cependant, les suicidés avec alcool avaient choisi en majorité l'empoisonnement au monoxyde de carbone. Les cocaïnomanes utilisent deux fois plus les armes à feu pour se tuer que les non-consommateurs à New York, quoique cela peut être attribuable à des facteurs socio-démographiques, à une plus grande présence de jeunes hommes, ou à l'accessibilité aux armes à feu. À San Diego, la moitié des personnes décédées par suicide ayant un résultat positif à l'analyse toxicologique avait utilisé une arme à feu. Une proportion de 20 % des personnes avait utilisé des drogues ou des poisons.

Étiologie sociale

Le suicide, tout comme un épisode de dépression, est souvent précédé d'un événement déclencheur auquel une personne est particulièrement vulnérable. Les études sont unanimes à conclure que le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez les toxicomanes/alcooliques que chez les autres personnes décédées par suicide. Cela implique donc que la personne qui fait un emploi abusif de ces substances est plus vulnérable à une perte affective ou à un problème professionnel. Suite à cette perte, les alcooliques voient leur réseau social se désintégrer davantage.

Comme tous les cas de suicide, certains facteurs de risque sont associés au suicide du toxicomane/alcoolique. Les alcooliques qui se suicident présentent un cumul de plusieurs facteurs de risque dont le nombre est supérieur aux facteurs dénombrés chez les non-alcooliques qui se suicident ou chez les alcooliques en traitement. Le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez ceux qui ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues, et ce particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez les 13-19 ans qui abusent d'alcool, il y a une plus grande présence de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie. Il y a également, dans ce groupe, un plus fort pourcentage de chômage, de problèmes avec la loi, de problèmes financiers et de violence familiale au cours de l'enfance. En résumé, les principaux facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les alcooliques sont

Polytoxicomanies et suicide chez les hommes

SUITE

la dépression majeure, le chômage, le fait de vivre seul, le manque de support social et une menace suicidaire antérieure. Le simple cumul des facteurs de risque ne suffit pas à comprendre la raison du suicide sans tenir compte de la genèse de l'intention du suicide.

Ce que nous savons des facteurs de risque associés aux consommateurs de drogues qui se suicident provient davantage d'études faites auprès de jeunes étant donné leur surreprésentation dans cette catégorie. Les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de dépression que les autres consommateurs. S'ajoutent aussi comme facteurs de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi et la disponibilité d'une arme au foyer. La combinaison de l'alcoolisme et de la dépression pourrait faciliter l'émergence d'éléments suicidaires tels le sentiment de solitude, l'état de désespoir, la ruminant d'idées noires et le retrait social.

Suicide, toxicomanie et comorbidité psychiatrique

Il importe de savoir dans quelle mesure les diagnostics d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et aux drogues sont présents chez les personnes décédées par suicide, soit de façon isolée ou en comorbidité. Ainsi, beaucoup d'études portant sur les suicides complétés identifient un taux élevé de psychopathologie, soit entre 90 % et 100 %. Une étude finnoise démontre que le quart des cas de dépression majeure ont une dépendance à l'alcool alors que les deux tiers des alcooliques reçoivent un diagnostic de dépression. L'étude de San Diego établit que 44 % des cas d'abus de substances ont également reçu le diagnostic de dépression. L'étude de Murphy note également que 72 % des alcooliques ont un trouble de dépression majeure. Les diagnostics d'abus et/ou de dépendance aux substances, de désordres dépressifs ou encore de troubles de personnalité sont les troubles les plus représentés. Ainsi, la comorbidité est très élevée chez les alcooliques qui se suicident; entre la moitié et les trois quarts d'entre eux ont un trouble dépressif et la moitié ont au moins un trouble de personnalité.

Facteurs explicatifs

Il semble ainsi qu'il existe trois explications qui relient l'alcool (et possiblement les drogues illégales et l'abus de médicaments) au suicide.

1. L'utilisation des substances sert à désinhiber l'agression et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès.
2. Les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni. Après un usage chronique, le consommateur ne peut plus faire face à la réalité extérieure ou à sa douleur intérieure.
3. Le suicide de l'alcoolique (ou de la personne dépendante à d'autres drogues) est médiatisé par l'établissement d'un état dépressogène.

Conclusion

Le lien entre alcool, drogues illégales, abus de médicaments et suicide est complexe. Il a été établi que les personnes qui ont un diagnostic relié aux substances psychoactives et à l'alcool sont plus à risque de se suicider que la population générale en bonne santé mentale, par un facteur d'au moins 60. Ce rapport paraît élevé, mais il ne l'est pas beaucoup plus que la catégorie diagnostic psychiatrique sans alcoolisme. La très grande majorité décéderont d'une autre cause. Il serait probablement futile de faire porter l'effort de prévention sur la consommation d'alcool en général ou même sur les alcooliques. Il y a des alcooliques plus à risque qui méritent une attention spéciale, cela d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours

aimés des médecins et des psychothérapeutes. Ce sont des gens avec une longue période d'alcoolisme (supérieure à dix ans), déprimés, qui peuvent se retrouver seuls, sans emploi et qui ont des idées suicidaires. Il y a donc nécessité de ne pas traiter uniquement l'alcoolisme sans s'attaquer simultanément à la dépression et aux désordres de la personnalité. Il y a lieu également de cibler la qualité des relations d'attachement. Nous connaissons moins d'éléments sur les personnes en état de consommation aiguë au moment du suicide et qui n'ont pas de diagnostic de SPA. Ce sont davantage des jeunes. Il n'y a rien de prouvé sur le fait que l'alcool déclenche une impulsivité incontrôlable à se tuer. Mais la preuve du contraire est loin d'être établie par ailleurs. Il est indubitable que la vulnérabilité au suicide s'est construite sur une longue période qui remonte à l'enfance et que l'action de l'alcool ou des drogues se combine à un cumul de facteurs de risque. Pour conclure, il demeure impératif de considérer l'ensemble de ces éléments afin de bien cibler le risque réel de suicide chez l'homme toxicomane/alcoolique. ■

Références

- Allgulander, C., Brandt, L., Allebeck, P. (1994). Suicide and psychopathology in 1,537 patients dependent on prescribed psychoactive medications : Stockholm, Sweden. *American Journal on Addictions*, 3 (3) 236-240.
- Brent, D. A. et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Crome, P. (1993). The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (371), Suppl. 33-37.
- Graham, C., Burvill, P. W. (1992). A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26 (1) 30-39.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., et al. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 18 (5) 1143-1149.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150 (6) 935-940.
- Henry, J. A. (1994). Antidepressants and overdose toxicity. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 9 (Suppl. 1) S37-S39.
- Isacsson, G., Boethius, G., Bergman, U. (1992). Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide : 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (6) 444-448.
- Kelleher, M. J., Daly, M., Kelleher, M. J. (1992). The influence of antidepressants in overdose on the increased suicide rate in Ireland between 1971 and 1988. *British Journal of Psychiatry*, 161, 625-628.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunbert, F., Vanier, C., et al. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7) 1063-1068.
- Lester, D. (1994). Estimates of prescription rates and the use of medications for suicide. *European Journal of Psychiatry*, 8 (2) 81-83.
- Murphy, G. E. (1992). *Suicide in Alcoholism*. New York, Oxford. Oxford University Press.
- Rich, C. L., Runeson, B. S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (5) 335-339
- Reneson, B. S. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 561-568.
- Tousignant, M. et Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Bibliothèque nationale du Canada, Bibliothèque nationale du Québec.

Source : VISAVIE, volume 8, numéro 2, avril 1998.

PCP, poison au Québec

Le PCP (*phencyclidine*) est également connu sous les noms suivants : *Angel Dust, mescaline, acide, THC synthétique, poudre à fou, poudre à mongol, LSD et drogue de cheval, Ecstasy.*

Le PCP a été inventé en 1950 comme anesthésique. En raison de ses effets secondaires graves, confusion et délire, on a cessé de le produire comme médicament pour les humains. On l'a par la suite utilisé un certain temps en médecine vétérinaire, comme calmant pour les grands animaux.

À l'état pur, le PCP est une poudre cristalline blanche que l'on peut renifler ou saupoudrer sur du tabac, des flocons de persil ou de la marijuana et fumer en joints. Le PCP est vendu sur le marché, en poudre, pilule, liquide, capsule ou buvard. On peut donc l'inhaler, l'injecter ou l'ingérer.

On croit souvent qu'il s'agit uniquement d'un hallucinogène, mais il produit une combinaison d'effets anesthésiques, stimulants et hallucinogènes, même pris à faible dose. Cette drogue synthétique est fabriquée dans les laboratoires clandestins par des soi-disant chimistes travaillant pour des organisations criminelles qui se sont passés la recette de bouche à oreille. Le PCP est vendu sur la rue surtout sous le nom de mescaline. Il n'y a jamais eu de vraie mescaline au Québec. Toutes les analyses de supposée mescaline se sont avérées être du PCP. Les laboratoires produisent du bromhydrate de PCP à 50 % - 60 %. Nous le retrouvons sur la rue à 1 % - 2 % coupé avec du lactose, de l'amidon, de la caféine, du phosphate de calcium, du talc, du carbonate de calcium, etc. Avec un investissement de 1000 \$, pour la verrerie et les produits chimiques, on obtient 1 kg de PCP générant énormément de profits.

L'usage du PCP est maintenant aussi répandu que celui de la marijuana et de la cocaïne. Il y a quinze ans, nous retrouvions le PCP surtout dans les régions de Québec et de la Mauricie. Aujourd'hui, il n'y a pas un coin du Québec où nous ne puissions nous en procurer. Une capsule se vend jusqu'à 30 \$ dans les coins les plus reculés tandis qu'elle se vend à partir de 5 \$ dans les grandes régions urbaines. Il est donc facile pour les jeunes de la rue de s'en procurer.

Une étude, effectuée aux États-Unis sur 1000 cas d'intoxication au PCP, a démontré que 50 % des personnes touchées étaient affectées de déficits importants de la mémoire, du comportement ou de la santé. Elle a aussi permis d'établir que les principales conséquences au chapitre du comportement étaient des crises violentes et imprévisibles auxquelles on attribue des blessures par balle ou par couteau et même des blessures que certains s'étaient infligés à eux-mêmes.

Souvenons-nous de ce jeune homme qui s'est jeté dans le feu de la Saint-Jean à Québec, de cette jeune fille poignardée à plusieurs reprises dans l'ouest de Montréal, de ce couple âgé tué à coups de bouteilles par trois jeunes adolescents, de ces parents tués dans leur sommeil par leurs deux jeunes garçons à coups de bâton de baseball, de ce jeune garçon qui a poignardé son enseignante avec un

ouvre-lettre pour l'avoir incité à descendre du rebord de la fenêtre, de ce jeune homme tué par son meilleur ami à l'aide d'un 357 magnum, etc. Étaient-ils sous l'effet du PCP pour commettre des actes aussi barbares? Il y a de fortes chances. Les jeunes de gangs de rue criminalisées en prennent pour se donner du courage et commettre leur crime.

Bien souvent, vu qu'on est complètement hors de la réalité au moment de ces crimes, on ne se souvient de rien le lendemain. Bien que d'allure semi-comateuse, le cerveau d'un individu sous l'effet du PCP est d'une activité inouïe. Il faut être extrêmement calme, vigilant et prudent lorsqu'on a affaire à quelqu'un qui est sous l'effet du PCP car ses réactions sont des plus imprévisibles.

À faible dose, le PCP amène une euphorie allant de douce à intense, une altération des notions de temps et d'espace, un sentiment de détachement et de désaffectation par rapport à l'entourage. La torpeur s'installe, des difficultés d'élocution et la perte de coordination sont susceptibles d'accompagner un sentiment de force et d'invulnérabilité. Le regard devient vague accompagné de mouvements involontaires des yeux et d'un manque de coordination. Étant donné que le PCP est un composé anesthésique, des blessures graves peuvent survenir sans que l'individu en ressente la douleur.

À haute dose, le PCP entraîne une anxiété prononcée, de la paranoïa ainsi qu'une hostilité violente. Un usager qui, en temps normal, est silencieux et retiré peut, soudainement, devenir extrêmement agressif. Ceux qui consomment du PCP ont souvent des accidents et finissent par souffrir de troubles psychiatriques. Il est facile de faire une overdose de PCP.

À très forte dose, le PCP peut entraîner le coma et la mort. Il s'agit d'une drogue particulièrement dangereuse étant donné qu'au Québec, on la propose souvent comme étant autre chose.

En résumé, celui ou celle qui fait usage de cette drogue sort littéralement de la réalité et peut commettre des actes irréversibles. Selon nos experts, chimistes, psychologues, éducateurs et autres intervenants, cette drogue se veut la plus dangereuse qui soit avec ses propriétés anesthésiques, stimulantes, hallucinantes et dépressives.

Nous vivons une recrudescence de la violence, de crimes gratuits et de comportements des plus irrationnels et le PCP n'est pas étranger à ce phénomène. Dû au fait que le produit anesthésie la douleur, nous avons pu voir un jeune homme casser les menottes qui lui retenaient les mains dans le dos, alors qu'il faut 550 livres de pression pour briser la chaîne des menottes conventionnelles utilisées par les policiers. Nous pouvons donc tirer nos propres conclusions sur le danger qui nous guette lorsque nous sommes confrontés à des consommateurs.

Selon plusieurs, travailleurs sociaux, travailleurs de rues, psycho-éducateurs, policiers versés dans le milieu et professionnels de la santé, la consommation de PCP amène de plus en plus de psychoses graves chez le jeune et il faut que ça cesse.

Il faut donc le dire et faire connaître la vérité sur ce poison qui a envahi nos rues et nos régions au Québec. ■

Violence, toxicomanie et maladie mentale

PIERRE LANDRY, M.A.
JULIE DESMARAIS, M. Ps.

Centre régional de traitement du Québec, Service correctionnel Canada

La toxicomanie est rencontrée dans plusieurs milieux et peut s'installer dans la vie d'individus d'âges variés pour des motifs tout aussi variés. Les conduites toxicomanes sont particulièrement répandues auprès des gens criminalisés et représentent aussi une problématique nodale en milieu carcéral psychiatrique. Dans ce cadre particulier, se retrouvent des criminels atteints de troubles mentaux et considérés au plan juridique comme responsables de leurs actes; ces personnes ont souvent commis des gestes violents et sont alors condamnées à servir de longues sentences. Les liens de comorbidité existant entre les problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les conduites antisociales violentes s'avèrent complexes. Ces liens intensifient souvent les difficultés d'adaptation et compliquent les modalités du traitement en vue d'une éventuelle réinsertion sans risque pour la société et susceptible de procurer un mode de vie sain pour l'individu. Nous tenterons d'établir ici quelques repères afin de mieux saisir les liens entre ces différentes dimensions et leur impact au sein du fonctionnement des individus aux prises avec ces problématiques.

Chez les détenus, la consommation de substances illicites, notamment de drogues dures, semble en lien avec l'occurrence de délits violents. De façon générale, la substance consommée agit comme désinhibiteur dans le passage à l'acte et peut exacerber les tensions agressives, diminuer la capacité de jugement et favoriser le recours à la violence. L'habitude onéreuse de la consommation encourage aussi les activités illicites pour en assumer les frais; les transactions sur le marché de la drogue peuvent en outre favoriser un climat de violence. Les épisodes de sevrage contribuent par ailleurs assez souvent à de l'agitation et des conduites impulsives; les manifestations symptomatiques peuvent alors questionner quant à des difficultés d'ordre psychiatrique ou psychologique sous-jacentes.

À ce propos, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la question de la prévalence des troubles mentaux auprès des toxicomanes et de la population criminalisée. Plusieurs études révèlent que les taux de problèmes psychotiques, de dépressions majeures et d'autres problèmes moins graves sont considérablement plus élevés dans la population carcérale que dans l'ensemble de la population (Hodgins et Côté 1990, Motiuk et Porporino 1991). Il n'a pas été établi toutefois que les délinquants ayant un problème de santé mentale aient une plus grande propension à être violent ou représentent un plus grand risque de récidive grave; les prédicteurs actuariels de risque seraient sensiblement les mêmes chez les délinquants souffrant ou non de maladie mentale et s'adresseraient principalement à la composante antisociale. Au plan clinique, l'expérience indique toutefois que pour bien estimer l'occurrence des réactions violentes, il demeure pertinent de considérer l'impact des épisodes de décompensation, souvent provoqués par des perturbations dans la prise de médication ou une mauvaise composition avec des stressors externes et internes.

C'est d'ailleurs souvent dans ce contexte de fragilisation de l'état mental que l'on voit apparaître chez ces individus les comportements associés à la toxicomanie. Lorsqu'on examine la littérature sur la maladie mentale et l'usage de substances, des liens étroits entre les deux phénomènes ressortent clairement. Chacun des problèmes peut représenter un facteur de risque dans l'apparition de l'autre; aussi, certains facteurs constitutionnels prédisposants apparaissent communs. Plusieurs statistiques démontrent en effet que les gens atteints de problèmes de santé mentale présentent plus de risque de développer un trouble relié à l'usage d'alcool et de drogues. Pour certains, la toxicomanie devient un mode d'automédication lorsque la médication psychiatrique est refusée ou jugée inefficace. L'habitude de consommation peut également devenir une source d'explication pour rendre compte des manifestations symptomatiques d'un trouble mental, de façon à éviter d'être durement confronté à cette réalité et échapper à la stigmatisation reliée à la maladie mentale.

Les interactions entre ces troubles peuvent être schématisées de façon circulaire, l'apparition de l'un engendrant l'apparition ou le maintien de l'autre et pouvant former un système de renforcement mutuel. Ceci aggrave la condition globale de l'individu et assombrit le pronostic quand vient le temps d'établir une stratégie de traitement.

Les composantes multiples du lien entre maladie mentale, toxicomanie et violence posent plusieurs défis aux cliniciens. Il apparaît assez manifeste qu'un seul intervenant ou même un seul type d'intervention ne peut offrir une gestion efficace de ce genre de problème. C'est donc par une équipe multidisciplinaire que la prise en charge doit se faire. En milieu pénitentiaire, ces équipes sont composées de médecin psychiatre, psychologue, infirmier, criminologue, agent de programme, éducateur spécialisé et agent de correction. Ces équipes pluridisciplinaires vont intervenir de façon progressive. De plus en plus toutefois, l'évolution des connaissances cliniques sur la question permet d'établir qu'il est peu indiqué d'axer l'intervention sur des actions trop spécialisées en isolant chacune des difficultés. Les modèles de traitement intégrés, tel celui élaboré par Mueser, Drake et Noordsy (1998), apparaissent davantage efficaces face aux problématiques comorbides.

L'étape première dans le traitement est bien sûr la stabilisation de l'état mental; vient ensuite l'enseignement sur la maladie et la médication qui permettra à l'individu de mieux intégrer les enjeux de sa condition à ses projets et à mobiliser une motivation vers davantage d'autonomie et de responsabilisation. Avant d'établir des interventions touchant plus directement la sphère criminogène, tant au niveau de la toxicomanie que de la violence, les méthodes thérapeutiques doivent tenir compte de différents déficits existants au plan cognitif, adaptatif et relationnel chez les

gens souffrant de désordres mentaux sévères et dont les épisodes de rémission concourent à l'apparition de symptômes négatifs diminuant leurs aptitudes. L'intervention doit s'inscrire dans un climat non menaçant, permettant d'appriivoiser la critique constructive, la remise en question et la volonté de changement. Une attention doit être portée à la généralisation des acquis en encourageant leur mise en application au sein de l'ensemble des interactions avec les intervenants responsables du traitement à l'intérieur du cadre carcéral ainsi que lors du processus de réintégration progressive en communauté. Le risque de dangerosité doit être endigué à des niveaux multiples lors de la remise en liberté d'un délinquant souffrant d'une double problématique de toxicomanie et de santé mentale et ce, en fonction de la compréhension qui aura été faite des liens dynamiques particuliers à cet individu existant entre ses différentes difficultés. ■

Références

Hodgins, S., Côté, G. (1990). *The prevalence of mental disorder among penitentiary inmates*. Canada's Mental Health, no 38, p. 1-5.

Motiuk, L., Porporino, F. (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada*. Rapport de recherche, no 24, Service correctionnel Canada, Ottawa.

Mueser, K. T., Drake, R. E., Noordsy, D. L. (1998). *Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders*. Jrn. Prac. Psych. and Behave. Hlth., May 1997, p. 129-139.

La violence féminine : mythe ou réalité

PIERRETTE CLICHE

Maîtrise counseling en orientation

Le phénomène de la violence fait couler beaucoup d'encre. Depuis de nombreuses années, les hommes adultes semblaient en détenir le monopole. Puis, la violence des jeunes (en majorité des garçons) est venue s'ajouter au tableau des méfaits et alimenter nos discussions. Mais qu'en est-il de l'apport féminin dans ce phénomène si répandu qu'est l'agression? La violence des femmes existe-t-elle vraiment? Si oui, comment la femme l'utilise-t-elle?

Ce présent article constitue une minime partie de notre recherche de maîtrise sur la violence féminine. Toutefois, avant de poursuivre, nous tenons à préciser que loin de nous est l'intention de dénigrer ou de porter préjudice à la gent féminine. Au contraire, nous espérons par nos propos contribuer à réduire la honte et la culpabilité des femmes violentes, à leur redonner espoir et à faire en sorte qu'elles développent plus d'autonomie et de liberté dans leurs choix d'actions. De plus, nous pensons que de refuser ou d'éviter de voir la violence des femmes *laisse à la société et au système judiciaire une faible compréhension de leur comportement ou des conseils sur la façon dont on devrait réagir à leur égard ou les aider* (Shaw et Dubois, 1995).

La violence exercée par les femmes a-t-elle déjà fait l'objet d'études? Il semble que la première étude qui a permis de dévoiler la violence des femmes aurait eu lieu dans les années 80 et aurait été conduite par les chercheurs Murray Straus, Richard Gelles et Suzanne Steinmetz. Cette étude a été menée auprès de 2143 foyers américains pris au hasard. Les résultats ont révélé que 11,6 % des femmes et 12 % des hommes reconnaissent frapper, gifler ou donner des coups de pied à leur partenaire. Selon Filion (1996), Pearson (1997) et Saunders (1988), les données de cette étude ont été critiquées par les féministes de l'époque. D'après elles, les méthodologies de recherche revêtaient un caractère sexiste et ne tenaient pas compte de la réalité des femmes (Saunders 1988). Le mouvement des femmes ne pouvait pas concevoir que la domination politique, économique et idéologique de l'homme sur la place publique n'ait son pendant dans la sphère privée. Strauss et Gelles (dans Pearson, 1997) ont donc remanié leur questionnaire et sondé plusieurs autres milliers de couples américains. Les résultats furent pratiquement les mêmes à savoir qu'il y a autant d'hommes que de femmes qui adoptent des comportements violents. Néanmoins, ces dernières recherches avaient permis de découvrir, de surcroît, que les femmes étaient aussi souvent que les hommes à l'origine des agressions : *pour environ un quart des couples, seul l'homme était violent; pour un autre quart, c'était la femme et, pour tous les autres, les deux l'étaient* (Pearson 1997). Les résultats furent encore contestés et on

expliquait les écarts de conduite de la femme par la défense ou la réaction à la violence des hommes.

Plusieurs autres recherches se sont intéressées à ce phénomène de la violence. Makepeace (1986, dans Dugal 1997) a mené une étude auprès de 2338 étudiants provenant de collèges américains. Les résultats de cette étude révèlent que 20,6 % des jeunes femmes et que 12 % des jeunes hommes ont vécu des expériences similaires de violence. L'étude rapporte aussi qu'il n'y a pas de différence importante liée au sexe pour la plupart des formes de violence infligée au partenaire, sauf sous les aspects suivants : plus d'hommes affirment avoir poussé ou menacé avec une arme leur partenaire amoureuse et plus d'hommes se disent victimes d'actes de violence sévères de la part des femmes.

Dans cette perspective des différences liées au sexe, Stets (1992, dans Dugal 1997) a aussi conduit une étude téléphonique auprès de 250 personnes âgées de 18 à 38 ans. Les répondants devaient dire si, durant les 12 derniers mois, ils ou leurs partenaires avaient eu recours à des tactiques de violence lors des disputes. Les résultats indiquent que les femmes infligeraient davantage des actes de violence mineure à leur partenaire et cela plus d'une fois durant la relation, donc plus souvent que les hommes. Dans le même ordre d'idées, les hommes confirment subir davantage des actes de violence mineure tels que des gifles, des objets lancés, etc. Les hommes rapportent aussi être davantage victimes de violence physique sévère dans leurs relations amoureuses.

Une autre étude conduite en 1995 et citée par Filion (1996) démontre bien la présence du phénomène de la violence entre les hommes et les femmes et vient confirmer les études précédentes. Cette étude révèle que 47 % des jeunes couples de l'armée américaine se frappent mutuellement et que les blessures étaient quasiment du même degré.

Pour sa part, Reena Sommer (1989, dans Filion 1996), spécialiste des sciences sociales de l'Université du Manitoba, révèle les fruits d'une étude faite sur l'alcoolisme. La recherche révèle que 39,1 % des femmes interrogées avaient reconnu s'être livrées à des actes de violence sur leur compagnon à un moment ou à un autre de leur relation; 16,2 % de ces agressions étaient définies comme graves. Reprenant sa liste de départ, Reena Sommer téléphona à 737 des personnes qu'elle avait interrogées; 90 % des femmes qui avaient reconnu frapper leur partenaire lui dirent qu'elles ne l'avaient pas fait en état de légitime défense. Les femmes alléguaient plutôt les raisons suivantes pour s'être montrées violentes : la colère, la jalousie, la frustration et l'emprise de la drogue.

Par ailleurs, les études canadiennes sur la violence des femmes sont rares et, à mon avis, à l'état embryonnaire. En 1995, Gagné et Lavoie (dans Dugal 1997) dans une recherche quantitative ont voulu explorer les phénomènes de la maltraitance psychologique et de la violence physique dans les relations amoureuses des adolescents en considérant les différences liées au sexe de l'agresseur et de la victime. En ce qui a trait à la violence physique mineure, il semble que les filles exercent ce genre de violence plus souvent que les garçons. De plus, les filles ont affirmé poser davantage de gestes mineurs de violence physique qu'elles en subissent, contrairement aux garçons.

Une autre facette de la violence des femmes qui est ressortie dans les études consultées relève de la sphère privée, plus spécifiquement le rapport des femmes aux enfants. Selon Pearson (1997), aux États-Unis, ce sont les femmes qui sont responsables de la majorité des infanticides. Les femmes maltraiteraient leurs enfants plus souvent que les hommes et agresseraient également les personnes âgées. Filion (1996) a consulté 130 études universitaires américaines et a interviewé 108 hommes et femmes de classe moyenne. Les résultats sont frappants : dans 62 % des cas de violence physique rapportés à la Direction de la Protection de la Jeunesse, c'est la mère qui agit comme agresseur. Naturellement, ces cas extrêmes de meurtres d'enfants sont des exceptions. Mais, selon Filion (1996), il est dangereux pour les enfants de prétendre que leur mère ne puisse être violente et injuste pour la femme elle-même qui n'a peut-être pas nécessairement cet instinct maternel dont on parle tant. D'après Richard (1997), *le mythe de l'amour maternel est tellement lourd à porter et ce qu'on exige des mères est si peu réaliste que certaines craquent*. De plus, les enfants qui sont témoins de cette violence apprennent que celle-ci est acceptable et qu'elle constitue un moyen pour régler un problème : ils sont plus susceptibles de devenir violents à leur tour.

Même si ces données montrent l'existence de la violence féminine, celle-ci demeure occultée. Une des raisons avancées dans la littérature est la crainte que les résultats révélés par les études *soient utilisés pour minimiser les cas des femmes battues, un peu comme ces hommes, avocats, juges ou politiciens, qui vous disent : « Vous voyez? Elles aussi, elles le font. »* (Pearson 1997).

Voici d'autres données statistiques qui ont attiré notre attention. Pearson (1997) et Straus (1993) mentionnent qu'une enquête effectuée en 1978 par la Commission de Kentucky a révélé que 38 % des agressions commises dans cet État étaient dues à des femmes, mais ces chiffres n'apparaissent pas dans le rapport publié sur cette enquête. Toujours selon Pearson (1997), *à Détroit, la vague d'admissions aux urgences à la suite de violence familiale a été largement rapportée par les féministes comme une preuve des brutalités subies par les femmes. Personne n'a précisé aux médias que 38 % de ces admissions concernaient des hommes*. Burdett-Smith et Adam (1993) rapportent un fait semblable dans un autre hôpital, soit l'hôpital St-James dont les données n'ont pas été dissimulées, et qui vient corroborer les données de l'étude précédente. Les résultats démontrent que 24 % des femmes traitées à l'urgence furent assaillies par une autre femme. Plus près de nous, au Canada, les résultats d'une enquête menée en 1993 par le sociologue Walter DeKeseredy de l'Université Carleton auraient eux aussi été occultés. Ce chercheur n'aurait révélé que les informations qui avaient trait aux femmes victimes de violence. Interrogé en 1994 sur ces motifs d'occultation, il répondit que *le syndrome du mari battu est une arme à double tranchant. Les hommes se servent de ces informations pour intimider les femmes* (Pearson 1997).

Bien sûr, d'étude en étude, les chiffres sont différents et ne sont qu'un reflet de la réalité. De plus, certaines études semblent se contredire. Cependant, au-delà des chiffres, il y a l'humain : l'homme et la femme. Certains diront que l'un et l'autre pensent et agissent différemment : les hommes seraient rationnels, agressifs, compétitifs, violents et viendraient de Mars alors que les femmes, elles, seraient nourissantes, coopératives, émotives, non agressives, non violentes et viendraient de Vénus (Filion 1996). Une telle affirmation laisse entendre qu'il y a des bons et des méchants et nourrit nos préjugés favorables aux femmes et défavorables aux hommes. Nous ne nous apercevons pas que ces croyances face au phénomène de la violence reliée au sexe peuvent

s'avérer fausses et dommageables. En compartimentant les gens de la société, nous continuons de creuser le fossé entre les hommes et les femmes. Ce discours dichotomique se retrouve dans notre quotidien et nous n'y portons pas attention tant il est fréquent et considéré « normal ».

Selon la psychologue Carol Tavris (1992, dans Filion 1996), la polarité continue de diviser le monde en catégories d'hommes et de femmes. Cette auteure affirme aussi que selon la multitude d'études scientifiques qu'elle a consultées les présumées différences entre les hommes et les femmes sont inexistantes ou exagérées. Tavris ajoute après une analyse en profondeur que *les différences dans les styles d'expression ne doivent pas être confondues avec les différences quant à la nature, la capacité ou les traits de personnalité des hommes et des femmes*.

À nos yeux, tout comme l'a mentionné Heidensohn (1992, dans Crump 1995), *il n'existe aucun doute au sujet du potentiel de violence des femmes*. Par contre, la dynamique de la violence familiale ou conjugale est souvent banalisée ou niée. L'argument de l'impossibilité en raison d'une force physique féminine inférieure est fréquemment employé. Pourtant, tout comme le mentionne Pearson (1997), *la violence n'a parfois rien à voir avec l'affrontement de deux boxeurs de poids différent sur un ring. Dans un couple, il existe des stratégies relationnelles et des facteurs psychologiques qui annulent la donnée de la force physique. Au coeur du problème se trouve cette question : lequel des deux partenaires - du fait de son tempérament, de sa personnalité ou de son histoire personnelle - a la volonté de faire du mal à l'autre?*

De plus, Pearson (1997) avance que, dans la majorité des couples happés par la spirale de la violence, les femmes sont aussi souvent que les hommes les instigatrices d'actes violents : les gifles, le verre qu'on brise, les morsures, les pincements furieux, le fusil que l'on agite, le coup de pied dans l'estomac, le coup de genou dans les parties génitales. *Ajoutez-y l'invisible vague de violence verbale qui submerge les foyers, les enfants utilisés à des fins de chantage, la destruction de biens, la communauté prise à témoin comme moyen de pression et vous avez un tableau de la violence féminine ordinaire beaucoup plus complexe que nous pourrions le penser* (Filion 1996).

Dans les faits, et selon nous, la violence féminine existe socialement et individuellement et, en tant que personnes humaines, nous sommes capables de toutes les émotions et actions (Filion 1996). Les femmes ne sont ni meilleures ni pires que les hommes. Prétendre le contraire garde les femmes *enchaînées, honteuses, non féminines, chaque fois qu'elles éprouvent une émotion ou posent une action jugée masculine* (Filion 1996).

N'est-il pas temps d'arrêter de dichotomiser les hommes et les femmes ou de les voir en victimes ou agresseurs donc en bons ou méchants. À notre avis, le comportement violent est une possibilité et un choix de réponse pour tout être humain : tout être humain en a la capacité et doit en assumer les coûts.

Et vous, qu'en pensez-vous? La violence féminine est-elle un mythe ou une réalité? ■

Références

Burdett-Smith, P. et Adam, I. (1993). The gentle sex? Assaults on women by women. *Archives of Emergency Medicine*, (10), 167-171.

Crump, J. (Page consultée le 1er avril 1998). « La colère et les autres émotions chez les femmes : analyse de la littérature ». Service Correctionnel Canada. <http://www.csc.scc.gc.ca/crd/fsw/fsw.htm>. Février 1995.

Dugal, L. (1997). *La violence dans les relations amoureuses chez les adolescent(e)s ; importance accordée aux différences entre les sexes*. Université Laval, Sainte-Foy.

Filion, K. (1996). *Lip Service*. Toronto : Harper Collins Publishers Ltd.

Pearson, P. (1997). La violence conjugale n'est pas l'apanage des mâles. *Courier International*, (72), 48- 50.

Saunders, D. (1988). Wife abuse, husband abuse, or mutual combat? A feminist perspective on empirical finding. Dans K. Yllö et M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (p. 90-113). Newbury Park, CA : Sage.

Shaw, M. et Dubois, S. (Page consultée le 1er avril 1998). « Comprendre la violence exercée par des femmes : un examen de la documentation ». <http://www.csc.scc.gc.ca/crd/fsw/fsw3/fsw23f.htm>. Février 1995.

Straus, M. (1993). Physical Assaults by Wives A Major Social Problem. Dans Richard J. Gelles et Donileen R. Loseke (Eds.), *Current controversie on Family Violence* (p. 67-68). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Richard, B. (1997). Sous la brebis, un loup? *Femmes plus*, 10 (4), 50-54.

La tolérance de l'intolérable... Une réflexion à partager

SOPHIE MASSEAU

Criminologue, préventionniste et intervenante en toxicomanie

Avec votre consentement, je viole la conscience collective et individuelle.
J'agresse l'amour et le respect de la vie.
J'assure votre décadence.

La violence

Nous savons tous à quel point la violence peut meurtrir la dignité humaine. Qu'elle s'introduise subtilement dans notre vie ou qu'elle nous heurte avec brutalité, la violence représente un pouvoir destructeur qui nous condamne à ne plus être.

Pourtant, nous consentons à cet abus de pouvoir et autorisons son ascension. Nos attitudes de passivité à travers lesquelles nous confondons la permissivité avec la souplesse, l'acceptation avec la compréhension et l'indifférence avec la peur ne peuvent qu'en garantir son dessein. Nous passons ainsi de victime et témoin à agent multiplicateur en tolérant l'intolérable.

Nul ne désire porter l'odieux de cette responsabilité morale et sociale. Mais combien de fois sommes-nous demeurés passifs devant un ami trahissant notre confiance, une mère frappant au visage son enfant dans la rue, un collègue victime de harcèlement au travail, une femme humiliée par son conjoint lors d'une réception ou encore, devant l'insolence de jeunes du quartier? Et la liste pourrait être bien longue encore! Par notre silence, n'avons-nous pas transmis implicitement notre accord?

Nous banalisons la violence en la limitant trop souvent aux crimes graves contre la personne et la propriété. En prenant le temps de regarder (*et de voir*) autour de nous et de nous questionner sur nos limites individuelles et collectives entre ce qui est tolérable et ce qui ne l'est pas, nous constaterions à quel point la violence est omniprésente et normalisée.

Nous tolérons des manques de respect sous le prétexte du « C'est normal à son âge... », « Je le comprends tellement, il était si bouleversé... », « J'ai peur d'être mal jugé si je réagis... », « Je ne veux pas lui faire de peine... » ou du « De toute façon, il n'y a rien à faire... ». Et plus ce libéralisme à l'égard de la violence sera élevé, et plus nous en permettrons l'escalade.

Il est facile de se déresponsabiliser à l'égard de la violence en pointant du doigt ceux qui en sont les auteurs, en citant les victimes comme ayant provoqué (et/ou mérité) le passage à l'acte et en demeurant dans l'attente de solutions magiques de la part des gouvernements. Mais ne devrions-nous pas plutôt nous acquitter de notre responsabilité sociale à l'égard de la violence en la refusant dans nos vies de tous les jours?

Il va de soi que refuser la violence implique également un examen de conscience sur nos propres attitudes et comportements à l'égard des autres. Car, n'est-ce pas nous, gens de peuples civilisés, qui nous injurions à la moindre contradiction, qui usons de menaces afin d'extorquer le respect, qui abusons de la confiance et de l'amour des autres pour satisfaire nos propres besoins et qui jugeons, tout et rien, sans être en mesure de faire notre propre procès de façon équitable ?

Un regard plus approfondi sur notre quotidien nous ouvre également la porte sur une autre forme de violence qui a pris une ampleur considérable avec l'avènement de l'ère moderne. Une violence que nous nous infligeons en nous imposant un mode de vie axé sur le paraître et l'avoir. Le stress, la mauvaise alimentation, la pollution, les problèmes de santé physique et mentale qui en résultent ne sont-ils pas tous des agressions violentes que nous nous imposons pour adhérer aux valeurs plus libérales, égocentriques et matérialistes du XXe siècle ?

En somme, cette plaie infecte qu'est la violence nous étouffe par la peur, la honte et l'impuissance au point de la tolérer et de la perpétuer. À quoi sert de crier justice et de revendiquer des interventions si, témoins ou auteurs de gestes violents, nous nous cachons derrière le masque de l'indifférence, du déni ou de la non-responsabilité? Même la dénonciation demeure très silencieuse. Il presse de se questionner. De procéder individuellement à une évaluation minutieuse de notre apport à l'évolution de la violence.

L'entraide et le souci d'autrui ne devraient pas être réservés qu'à un groupe restreint d'individus. Même les projets de surveillance de quartiers ne survivent pas, du moins, peu d'entre eux subsistent. À quand le jour où nous nous sentirons davantage concernés? Nous pouvons continuer à nous enfermer à double tour dans nos maisons (*et notre rationnel!*) en espérant que les autres accomplissent notre tâche. Mais une mobilisation ne s'impose-t-elle pas? Car, les faux prétextes qui servent de justification à notre passivité ne sont-ils pas en fait que l'expression de notre décadence ? ■

La violence et ses petites soeurs

DENIS DUCHESNE

Psychologue, Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Quand nous considérons la place que la violence prend dans nos sociétés, où que nous soyons, quand nous regardons comment plusieurs y réagissent, il nous apparaît important de réfléchir sur le sujet afin de mieux le cerner et, peut-être, d'y répondre plus adéquatement.

D'abord, il nous semble important de considérer le colérique comme quelqu'un qui est loin de « perdre le contrôle ». Il nous apparaît davantage comme quelqu'un qui « recherche le pouvoir » sur l'autre ou la situation. Son moyen est dysfonctionnel et inefficace, mais il faut reconnaître que la situation bouge, et souvent les gens avec. Et le colérique est alors confirmé dans sa puissance.

Par ailleurs, il nous semble que l'agressivité reçoit la même incompréhension que la sexualité avait au temps de nos pères. Graduellement, il nous semble qu'elle sera l'objet d'un même tabou. Or, après l'interdit, il y a la toute-présence, selon le bon vieux principe du balancier. Et, il faut bien reconnaître qu'on ne corrige pas une erreur par une autre qui risque de devenir encore plus grande.

Alors, si on tentait d'y voir un peu plus clair. En cela, nous pourrions discerner trois phénomènes bien distincts dans leur nature propre, dans leur degré de dangerosité, dans la stratégie que nous devons avoir pour en contrer les effets.

L'agressivité est une pulsion, comme sa collègue la sexualité. Elle est naturelle, nécessaire et vitale. Elle est à l'origine des espèces, de leur maintien. Elle est l'un des moteurs de la survie individuelle. Elle n'est pas « dangereuse » en soi parce que ritualisée. L'affrontement est souvent dicté par la dynamique de la hiérarchie mais les gestes de soumission du dominé régleront le début et la fin des « hostilités ». Une fois la « dominance » confirmée, le « jeu » s'arrêtera. Le dominé est quitte pour une bonne frousse, quelques blessures surtout dans son « orgueil ». Mais, il aura la chance de se reprendre quand il aura appris ou grandi davantage. À mesure que nous délaissions nos modes de vie un peu plus « nature » les phénomènes d'agressivité prennent de nouvelles formes, car nous devons quand même « faire notre place dans le trafic ».

La colère, elle, serait plutôt de l'ordre des émotions. Elle serait provoquée par l'agresseur qui chercherait à reprendre le contrôle, le pouvoir, sur la personne agressée ou sur les choses. La fin des hostilités serait dictée par l'agresseur lui-même, selon qu'il se sente ou non confirmé dans sa « domination ». Les gestes de soumission n'ont pas toujours l'effet escompté et les blessures risquent d'être

plus graves. Quant à la colère elle-même, elle n'a aucun sens en cela qu'elle bloque l'expression du vrai message. Car, derrière la colère il y a la tristesse, et derrière cette dernière, il y a la peur. En somme, le colérique exprimerait une tristesse de fond qui découlerait de sa peur de n'être pas à la hauteur des gens, des situations, d'être impuissant à exprimer son véritable destin. Si elle se maintient, la colère peut devenir pathologique, car, de par sa nature même, elle serait un blocage à la libre circulation des forces de vie.

Il nous semble important de considérer la colère comme quelqu'un qui est loin de « perdre le contrôle ».

La violence, elle, serait un véritable mode de vie : de penser, de sentir, d'agir. Essentiellement pathologique dans son apparition, son étiologie, son mode d'expression. Elle s'apparenterait à l'instinct de mort et viserait la destruction. Le violent ne semble guère capable de lien autre que celui de la confrontation, le rapport de force. Il ne

semble guère considérer l'autre comme un « sujet » mais bien plutôt comme un « objet », souvent symbolique, à détruire. Et, dans ces cas extrêmes, la force destructrice est telle que le violent lui-même y passe ou y trépane.

Voilà les distinctions que nous apportons quant aux gestes, aux gens qui les posent. Au plan humain, il faut savoir à qui nous avons affaire. Il en va de notre sécurité, voire même de notre vie. Au plan clinique, il faut évaluer judicieusement celui qui est devant nous pour lui apporter aide et conseils selon son état. Dans tous les cas, il faut déclarer tout incident et insister sur son caractère inacceptable, donc condamnable.

Cela se voulait une réflexion et, comme telle, ne prétend pas à la vérité absolue. Seulement, elle pourrait alimenter quelques discussions supplémentaires et peut-être éclairer davantage un phénomène qui ira en s'accroissant. Car, avec le temps, « si la tendance se maintient » il se pourrait bien que la violence détrône de plus en plus ses petites soeurs. En quittant la nature, les liens naturels, l'aliénation s'accroît pour devenir pathologique. ■

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE Certificat de toxicomanie

POSTE DE CHARGÉ DE COURS

T M X 3 6 0

Exigence :

Pour information :

Expédier votre C. V. :
ou à

Discussion de cas cliniques

Maîtrise pertinente et

5 ans d'expérience

(450) 670-8498

Fax : (450) 670-9016

liseroy@courrier.usherb.ca

Les enfants à l'ère de la déresponsabilisation

SOPHIE MASSEAU

Criminologue, préventionniste et intervenante en toxicomanie

Sourire aux lèvres, nous admettons tous faire preuve d'un manque occasionnel de cohérence et de constance dans l'application de nos principes d'éducation. À un certain moment, nous avons tous fermé les yeux sur un comportement qui, en temps *normal*, justifierait une intervention. Une journée de travail difficile, les heures supplémentaires, la course chez le médecin, l'arrêt chez le garagiste, conjugués au train quotidien des devoirs et leçons, des bains, des repas, de l'entretien de la maison, sans oublier les bobos à panser, les conflits familiaux à gérer, etc., n'est-ce pas suffisant pour s'es-souffler? (*voire même suffoquer?*)

Ces manquements dans notre rôle d'éducateur sont confessés sans difficulté car isolés et sans grande importance (*aimons-nous croire!*). En fait, nous les rationalisons jusqu'à les banaliser et les oublier. Un regard plus approfondi sur notre façon d'être nous réserverait toutefois quelques surprises! Nous y découvririons une incohérence davantage enracinée (*et donc plus constante!*).

Afin de mieux le réaliser, remémorons-nous les réussites de nos enfants. Quelle grande satisfaction! Nous sommes submergés de bonheur, de fierté et de gratification. En fait, n'est-ce pas un immense sentiment de compétence qui gonfle notre ego à cet instant? Ne détenons-nous pas là une preuve de notre capacité à assumer notre mandat d'éducation?

Mais lorsque des échecs ou des écarts de conduite briment nos attentes, n'en blâmons-nous pas l'enfant? N'aspérons-nous pas à trouver une lueur de regret dans son regard qui nous confirmera l'expiation de la faute? Et pour en être bien sûr, nous pourrions aller jusqu'au procès (*même silencieux*). Pourquoi? Pour que l'enfant se sente coupable d'avoir déplu? Coupable d'être le responsable de nos contrariétés? Et jusqu'où, par cette stratégie, le parent ne se libère-t-il pas de ses sentiments de honte et d'incompétence en les transférant sur les épaules de l'enfant?

Deux poids, deux mesures! S'approprier le mérite de l'enfant et le condamner lorsque nous sommes contrariés. De beaux exemples de mécanismes contradictoires où notre incohérence devient un polluant relationnel!

La première situation engage peu de conséquences en autant que le *trip d'ego* se vit silencieusement. Mais combien plus lourde peut-elle devenir lorsqu'un étalage de louanges assaille l'enfant, le pressant de performer pour maintenir son statut et notre admiration. Et la deuxième situation, n'ouvre-t-elle pas grandes les portes également aux tensions? Comment un enfant, un être vulnérable, peut-il s'épanouir comme nous le souhaitons si ardemment en traînant le poids de la honte et de la culpabilité?

L'insécurité, la peur de déplaire et le sentiment d'incompétence que l'enfant peut vivre à travers ces messages risquent, en plus de fausser la valeur qu'il s'accorde comme individu, de déclencher un processus de conflits relationnels entre lui et le parent.

Des conflits qui n'auraient pas de raison d'être si, au préalable, le but de nos interventions n'était pas court-circuité par des messages

erronés qui ne correspondent pas, plus souvent qu'autrement, à ce qui nous habite réellement. Il y a une grande différence entre « Je me sens insécure lorsque tu... », « J'ai de la difficulté à assumer ma responsabilité dans... » ou « J'ai peur de te perdre quand tu... » et « Tu me fais honte... », « Tu n'es même pas capable de... » ou « Tu vas me faire mourir... ». Notre *non-dit* étouffe l'enfant dans un carcan où lui-même apprend à ne plus se dire.

Et lorsque l'enfant, à son tour, nous agresse dans notre for intérieur, ne fait-il pas que répéter sa leçon? Ne l'oublions pas, les enfants retirent de leur éducation ce qui relève de notre façon d'être et d'agir. Nous sommes des modèles. Et en tant que modèle, nous aurons une grande influence sur le développement de l'enfant qui nous côtoie et pour qui nous représentons un adulte significatif.

Nous connaissons tous la signification théorique des notions de modèle et d'adulte significatif. En est-il de même sur le plan de notre vie personnelle? Pouvons-nous clairement identifier ce que nous sommes comme modèle, individuellement et collectivement? Sommes-nous en mesure d'en nommer l'impact sur nos enfants et, d'un point de vue plus élargi, sur la société?

Il importe de se questionner, d'amorcer une réflexion sur ce que nous sommes et priorisons à travers nos choix de vie. Nous devons être conscients du portrait que nous projetons pour mieux en comprendre l'impact. C'est une nécessité. Notre société où l'individualisme, la performance, la réussite matérielle, la consommation et l'*étourdissement* sont au premier plan, n'est-elle pas que le simple reflet de nos choix individuels? Et la panoplie de problématiques et de fléaux sociaux auxquels nous sommes confrontés n'en sont-ils pas que la simple conséquence? Pour modifier la société, nous devons changer notre façon d'y voyager, nous devons nous réapproprier notre responsabilité individuelle dans l'évolution du bien-être collectif.

Se questionner sur nous-mêmes implique la capacité d'accueillir les réponses qui surgissent. Et pour la plupart, disons-le, elles s'avèrent dérangeantes et même douloureuses. C'est ainsi que plusieurs d'entre nous préféreront la stratégie de l'autruche. Mais comment ne pas errer dans la noirceur de l'incompréhension et dans l'erreur d'interprétation si nous voyageons aveuglément? Soyons suffisamment honnête avec nous-mêmes pour procéder à un bon examen de conscience en laissant de côté tout sentiment de blâme.

Pour nous aider à y voir plus clair, regardons nos enfants. Ils sont le reflet de notre réalité. Ils nous parlent sur nous-mêmes à travers leur façon d'être. Soyons réceptifs et plusieurs questionnements trouveront leurs réponses.

Nous pouvons également élargir notre analyse au niveau sociétal. Quels messages transmettons-nous aux enfants? Quelles valeurs véhiculons-nous?

La tendance actuelle face à un déficit d'attention chez un enfant est l'administration de Ritalin. Nous pouvons même observer le développement d'un automatisme *alarmant* à cet égard. L'état

neurologique de certains enfants nécessitent sûrement un traitement, mais combien d'adultes significatifs n'y trouvent-ils pas une réponse facile et rapide (*et rassurante!*) en s'évitant ainsi un examen de conscience où l'enfant devient le seul responsable du problème? Et combien de ces enfants de l'ère *Ritalin* ne sont-ils pas simplement les porte-paroles d'un milieu familial (*et d'une société!*) non fonctionnel(le)?

La facilité et la pensée *magique*. Voilà des notions qui sont inculquées aux enfants par nos choix de vie. Et l'exemple précédant ne représente qu'une parcelle de cette réalité. Nous pourrions discuter, entre autres, du pouvoir et de la liberté illusoire que nous procure le crédit. Nous vendons et achetons l'illusion. Des bonheurs artificiels et éphémères où il devient facile de *s'appauvrir*.

Et si nous abordions l'importance accordée à l'image sociale. Être performant et en contrôle. Une maison bien tenue, des enfants bien éduqués, un employeur satisfait, un(e) conjoint(e) comblé(e), le tout bien enveloppé d'un être épanoui qui se déplace avec confort dans une voiture de l'année. Propriétaire de la dernière technologie,

il se fait un plaisir de recevoir amis et famille tout en ayant une vie sociale, culturelle et sportive bien remplie.

N'est-ce pas là les normes perçues à travers les messages véhiculés dans notre société pour évaluer la réussite? Prioriser le *paraître* au détriment de l'*être*. Voilà la couleur d'un autre volet transmis à nos enfants. Et combien de stress et de conflits inutiles sont engendrés par l'incapacité d'adhérer à ces modèles?

Quand assumerons-nous notre responsabilité individuelle et collective dans le devenir de nos enfants? Quand prendrons-nous conscience de l'influence de notre façon d'être dans leur éducation? Élargissons notre vision au-delà des comportements *dérangeants* de nos enfants en cessant de pointer d'un doigt accusateur les différentes instances de la société.

Cessons de chercher des réponses qui nous sont extérieures et appliquons simplement l'expression jadis bien connue de nos grands-parents : *Prêchons par l'exemple*. ■

La face cachée de la violence en toxicomanie

DIANE LAROCHE

Directrice P.A.F., Maison Jean Lapointe inc.

Au moment où je m'apprête à commencer cet article sur la face cachée de la violence en toxicomanie, nous sommes quelques jours après le triste 10^e anniversaire du massacre de la Polytechnique de Montréal.

Suis-je plus sensibilisée ou est-ce que les gens, les médias, les institutions et organisations de toutes sortes parlent de plus en plus de ce phénomène grandissant au coeur de nos sociétés contemporaines? En effet, pas une journée ne passe sans qu'on nous relate avec moult détails les événements tragiques, fruits d'une violence gratuite motivée par des considérations raciales, économiques ou politiques.

J'oeuvre en alcoolisme, toxicomanie et codépendance depuis près de douze ans. Spécifiquement auprès des familles de personnes alcooliques-toxicomanes. En tant qu'intervenant(e)s dans ce milieu, vous connaissez la violence liée à ce phénomène. D'abord la violence qui est faite aux alcooliques-toxicomanes et qui se concrétise par le rejet, l'exclusion, les mauvais traitements et autres bafouages. Il y a aussi la violence que s'infligent eux-mêmes les personnes alcooliques ou toxicomanes. Mais connaît-on la violence faite aux familles? Cette violence secrète, silencieuse et pernicieuse infligée aux membres de leurs propres familles par les alcooliques

et toxicomanes. L'attention des médias parlés et écrits est moins portée sur ce genre de violence ou il n'y a :

- pas d'effusion de sang...
- pas d'armes...
- pas de prise d'otage (du moins au sens terroriste du terme)...
- pas d'overdose visible...

La violence faite aux familles est donc une violence qui, en « apparence », est moins dérangeante!...

Pourtant ceux et celles qui travaillent en alcoolisme et en toxicomanie sont d'accord pour dire qu'un(e) alcoolique toxicomane « dérange » en moyenne de vingt à trente personnes dans son entourage immédiat. Beaucoup de monde, n'est-ce pas?

Comment se fait-il alors que nous ne recevions pas de 20 à 30 fois plus de personnes dans les services d'aide à la famille de nos centres de traitements? Pourquoi y en a-t-il si peu d'ailleurs? Et quand il en existe un, « greffé » à ces centres, n'y accorde-t-on pas souvent qu'un tout petit espace, un nombre très restreint d'intervenant(e)s et un budget minime? En effet, les services de soutien à l'intention des familles de personnes dépendantes prennent trop souvent l'allure d'acte de charité, ou d'exercice de déculpabilisation ou encore d'opération de marketing... Rarement y rencontre-t-on une volonté profonde d'engagement sérieux et stable face aux besoins des familles! Pourquoi ne trouve-t-on pas au Québec plus de centres de traitements offrant une aide aux conjoint(e)s et parents de toxicomanes qu'il n'y a de centres de services directs aux personnes alcooliques et toxicomanes?

Il y a hélas à ce niveau une forme d'« omerta ». Dans la réalité, ces mêmes familles et conjoint(e)s vivent la violence dans le silence, l'isolement, la honte, la culpabilité et surtout la peur du jugement. Ce n'est malheureusement qu'en dernier recours qu'elles appellent à l'aide, et souvent, et encore, ce sera pour « l'autre ». Combien nous supplient de rendre « l'autre » à la raison sinon à la santé, faisant souvent fi de leurs propres besoins et attentes, niant et minimisant leurs propres souffrances et blessures. Combien censurent leur monde émotionnel douloureux dans l'abnégation d'eux-mêmes et celle de leurs sentiments souffrants!

Sur notre invitation à parler d'elles et de ce qu'elles vivent et ressentent, la confiance s'installe graduellement. D'abord du bout des lèvres, avec pudeur, elles nous relatent la violence subie longtemps et qui s'est accentuée avec la toxicomanie grandissante du fils chéri, ou l'alcoolisme du conjoint aimé, ou la pharmacodépendance de la mère adorée ou encore, l'assuétude aux jeux de la soeur admirée.

On connaît tous une histoire d'horreur ou deux en matière de violence physique faite aux proches mais les cas de violence psychologiques, eux, ne cessent de croître quoique moins « visibles ». Cette face cachée de la violence en toxicomanie est porteuse de dizaines de vies brisées autour de chaque personne dépendante. Et si on levait un peu le voile aujourd'hui afin que cette violence cachée ne le soit plus!...

Que ces familles et conjoint(e)s aient maintenant, par le biais de cet article, droit de parole, tentant ainsi de surmonter le terrible préjugé disant que tout part de l'enfance : donc conséquemment ces parents sont responsables pour ne pas dire « coupables » de la toxicomanie et de l'alcoolisme de leurs enfants! Les conjointes, elles, doivent surmonter la honte, la culpabilité car plusieurs d'entre elles pensent que c'est aussi et sûrement à cause de leur incapacité à comprendre ou aimer suffisamment « l'autre » qu'il (qu'elle) a sombré ainsi dans l'alcoolisme et les autres drogues de toutes sortes. Comme vous pouvez le constater, la culpabilité, la honte et la peur du jugement sont toujours très présents dans la naissance de la codépendance.

Voici donc quelques histoires de cas entendus au cours de ma pratique au service d'aide à la famille du centre où j'exerce avec respect, écoute chaleureuse et compassion ces hommes et ces femmes qui nous font confiance semaine après semaine, ouvrant sur une réalité pénible. Ils en parlent pour supporter le difficile et surtout retrouver une meilleure maîtrise sur leur propre vie, et ce, sans pour autant léser l'autre, l'accabler de reproche ou tenter de réduire sa crédibilité. Ils le font pour eux, et non contre l'autre, dans un désir de se guérir par la parole, de savourer l'écoute attentive exempte de tout jugement. Ils s'approprient de plus des solutions et mettent en marche des actions précises qui les ramèneront à eux, leurs importances et leurs propres identités. Avec le soutien du service d'aide aux familles ils pourront de surcroît établir clairement et mieux leurs limites et préserver leurs territoires. Le tout en améliorant leur estime d'eux-mêmes. Essentiel, non?

Plusieurs parents affirment avoir subi du chantage émotif et qu'on ait pris leurs petits enfants en « otages ». D'autres ont fermé volontairement les yeux sur des vols nébuleux faits dans leurs résidences ou chalets. Ça commence par la bague à diamant de maman, puis ça se poursuit par la disparition mystérieuse du 500 \$ que la soeur avait mis de côté pour s'offrir quelques jours de vacances après l'année scolaire. Finalement, après une sortie au restaurant pour célébrer un anniversaire de mariage, ils constatent, au retour, la dis-

parition du four à micro-ondes, de la chaîne stéréo et du vidéoscope! Pas de trace d'effraction! Ces parents, cette soeur n'ont pas avisé la police, se doutant de qui pouvait être l'auteur de ces disparitions et pour éviter que leur fils, leur frère, ne se retrouve en prison à apprendre à mieux voler. D'autant plus, disent-ils qu'avec un dossier criminel, il ne pourra jamais avoir d'avenir dans le monde des affaires. Ils se taisent, remplacent les articles manquants et espèrent en silence que le « ponnage » qu'il en retirera paiera la totalité de ses dettes de drogues et qu'il n'aura pas ainsi à devenir « dealer » ou pire, à se prostituer pour rembourser ses créanciers! Ils ont aussi peur que ce fils se décourage totalement, il a tellement dit souvent dernièrement qu'il pensait au suicide. Le mot est lâché! S'il fallait... Ils ne prennent pas de chance. Manipulation ou désir réel, la question reste toute entière.

D'autres invitent leur fils ou leur fille unique à travailler dans l'entreprise familiale. Double contrainte : père et employeur d'un enfant toxicomane et alcoolique. Conséquences : le père ferme longtemps les yeux sur le vol de temps, le vol d'argent, le vol de marchandise, le vol de sa confiance et enfin, le vol de l'espoir de relève qu'il avait mis en son unique enfant. Après plusieurs rappels, plusieurs doléances reçues par les collègues de ce dernier, après plusieurs face à face avec son propre frère (co-propriétaire de l'entreprise), ce père se résout à regret à se départir des services de son unique relève. Cependant, craignant une plus grande déchéance si ce dernier ne travaille plus, il lui achète une petite boutique que « l'autre » pourra gérer à sa guise et ainsi se tenir occupé. Bref, ce père soutient avoir perdu en tout près de 250 000 \$ dans la toxicomanie de son enfant et ce, en un an seulement.

Les survivants
ont toujours des
ressources incroyables
enfouies au coeur
d'eux-mêmes.

Je me rappelle aussi l'histoire de cette femme veuve de 69 ans dont la fille et le gendre, tous deux dépendants de drogues et d'alcool, ont par intimidation physique et chantage émotif réussi à soutirer tout l'héritage laissé par son défunt mari, en plus d'avoir hypothéqué une partie de sa maison tout en quémandant une bonne partie de

sa pension de vieillesse. Cette femme avait véritablement peur d'eux, s'enfermait littéralement chez elle, ne répondant ni au téléphone, ni à la porte (sauf par un code très précis) pour la livraison de son épicerie. Tout ceci pour que le moins de monde possible « sache » et pour préserver sa dignité!

Quant aux conjointes elles relatent avoir investi monétairement beaucoup plus souvent que l'autre dans le budget conjugal et, petit à petit, refusant de moins en moins ce déséquilibre de l'entente initiale, souffrant de l'imprévisibilité constante des humeurs de l'autre, de ses retards et absences non motivées par le travail, elles commencent à poser des questions, espionnent jusqu'aux conversations téléphoniques de « l'autre », allant parfois jusqu'à croire que son homme doit sûrement avoir une maîtresse fabuleuse et dispendieuse pour être ainsi autant sou-

vent hors du foyer conjugal!
Cette maîtresse fabuleuse et surtout dispendieuse avait pour prénom : bière Molson et pour nom de famille : cocaïne (ce qu'elle savait depuis peu). Désespérée, elle partit, consulta une avocate et dit à son conjoint qu'il avait à choisir entre elle et la drogue s'il voulait qu'elle arrête les procédures de divorce.

C'est hélas ainsi que certain(e)s arrivent dans nos centres de traitement, y faisant « du temps ». Pas pour eux, cette démarche proposée, pas pour vraiment changer et arrêter, mais bien pour éteindre les feux! Pour ne pas perdre sa femme, ou son mari, ou son emploi, ou encore pour retrouver son permis de conduire, ou tout simplement pour se donner de meilleures chances de clémence auprès du juge de son procès prochain! Et c'est souvent ces mêmes personnes minimisant les conséquences et niant la réalité qui empêchent les thérapeutes de l'aide à la famille d'entrer en contact avec leurs proches, prétextant qu'ils (qu'elles) ne sont pas « dérangé(e)s » par ce « petit » problème, et que de toute façon, elles ne font de mal qu'à elles-mêmes!!! De plus, il y a ceux et celles qui di-sent, quant à eux, ne pas vouloir qu'on dérange leurs proches avec ce service. Conséquence : ces mêmes familles et conjointes sont encore une fois privées d'information, d'aide et de ressource qualifiée. Contrôle sur l'entourage immédiat, même à distance.

Par contre, certains proches entrent en contact avec nous d'eux-mêmes, heureusement puisque c'est un mal familial, et que personne ne sort indemne de cet état.

Certaines jeunes femmes arrivent le coeur brisé, le corps malade, l'âme au désespoir, au bord de la faillite financière et de la dépression qui les guette. Ce n'est pas chose rare qu'elles angoissent aussi en attendant les résultats sur des tests faits récemment pour détecter les maladies transmises sexuellement incluant celui du sida... sans omettre l'état d'épuisement général qui les caractérise. Une d'elles me dit lors du suivi mensuel conséquent à sa fin de semaine d'aide thérapeutique qu'elle était effectivement aux prises avec une MTS et qu'elle devait repasser le test de dépistage du sida qui n'était « pas clair » en termes de résultat premier. Une autre, tout sourire, me dit : « Je vais pouvoir appeler dorénavant Diane, car depuis que mon « chum » est ici, j'ai eu trois paies claires bien à moi. Je me suis donc empressée d'aller m'offrir un téléphone portable. » Vous devinez donc qu'on lui avait coupé le téléphone conventionnel chez elle depuis belle lurette, l'électricité aussi d'ailleurs (heureusement nous étions en été).

D'autres peuvent difficilement s'offrir financièrement ce service d'aide aux conjoint(e)s et familles. Car, ils ont déjà « gratté » tous leurs fonds de tiroirs pour pouvoir aider la personne alcoolique et toxicomane à payer sa cure dans un centre privé, réputé excellent, avec équipe multidisciplinaire qualifiée, etc. Les centres privés (donc avec peu ou pas de subvention) ont, et à juste titre, besoin au minimum de faire leurs frais, de devoir payer convenablement leurs ressources humaines, d'offrir du ressourcement constant à ces équipes thérapeutiques et ne peuvent, dans ces circonstances, faire toutes les gratuités que mon coeur spontanément voudrait offrir à cette clientèle démunie à bien des égards. Je dois donc moi aussi me faire violence et exiger le plein montant qui, cependant, peut s'effectuer par versements mensuels. Dans certains cas plus critiques ou dramatiques, la possibilité d'offrir une réduction substantielle qui, elle, sera remboursée au centre par des activités de levée de fonds spéciales telles que : un marcheton à plusieurs, l'organisation de soirées conférences gratitude ou encore la facture refilée à une fondation amie de la cause.

Il faut cependant être réaliste, ces mêmes fondations sympathiques à la mission donnent déjà beaucoup et à plusieurs organisations. Les refus ou coupures, toujours enrobés de politesse et d'excuses gentilles, sont quand même là.

Nous devons donc nous tourner encore vers les familles. C'est aussi et encore dans ce même bassin de nos familles que nos centres peu-

vent accueillir autant de gens se débattant avec une toxicomanie. C'est encore et toujours grâce à ces mêmes familles qu'on arrive à remplir nos salles lors des conférences gratitude. En d'autres mots, on leur demande d'être généreux, pour ne pas arrêter la grande chaîne de fraternité des familles vivant les conséquences de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Constat : ces familles sont très - pour ne pas dire trop - sollicitées!

Ce texte vous apparaît peut-être déprimant : il se peut! La réalité n'est-elle pas parfois déprimante? Mais n'allez pas croire que je sois déprimée pour ces familles. Les survivants ont toujours des ressources incroyables enfouies au coeur d'eux-mêmes. J'ai foi en eux et surtout je porte encore ardemment au tréfonds de moi un rêve. Leur rêve et le mien se lirait ainsi.

À l'aube de ce nouveau millénaire :

- Que la population en général soit mieux informée et sensibilisée aux conséquences de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur l'ensemble de leurs familles, afin de mieux favoriser la prévention et en faire ainsi des agents multiplicateurs;
- Qu'on fasse connaître l'existence des services se spécialisant dans le traitement des familles aux prises avec les conséquences désastreuses de cette maladie dans les divers médias;
- Que plus de centres investissent dans le traitement spécifique des familles avec des moyens financiers adéquats, des ressources humaines qualifiées et spécialisées dans ce domaine avec des locaux convenables munis d'un soutien technique adéquat et une collaboration étroite entre les divers départements de ces institutions afin de briser les secrets et l'isolement;
- Qu'une table de concertation voit le jour entre tous les services d'aide à la famille oubliant la compétition existante entre centres et philosophies d'intervention;
- Qu'aux diverses universités de notre province, on ait, au minimum, un cours obligatoire de 45 heures sur l'aide aux proches et à la famille à l'intérieur des certificats en toxicomanie;
- Que les municipalités, les provinces et le gouvernement fédéral versent de nouvelles sommes d'argent en quantité suffisante pour l'instauration et/ou le maintien des services d'aide aux conjointes et familles des alco-toxicomanes;
- Que les fondations déjà existantes ajoutent à la liste de leurs « bénéficiaires » l'aide directe et distincte aux services d'aide aux familles en alcoolisme-toxicomanie;
- Que de généreux philanthropes instaurent une fondation dont le mandat et la mission serait d'abord et avant tout de voir à la défense, aux droits et à l'aide financière et thérapeutique de ces mêmes familles.

Je reste convaincue qu'un dollar investi dans le traitement de ces familles et conjoint(e)s en fera économiser quatre en coûts divers à nos différents paliers de gouvernement donc, par ricochet, à nous aussi, contribuables!

En effet, ne traiter que la personne toxicomane est prendre le risque de ne traiter que le symptôme! Ce faisant, c'est oublier que le « mal » a une histoire, un contexte, qui origine peut-être en partie de sa famille et/ou son couple devenu dysfonctionnel et qu'il s'entretiendra à sa sortie du centre. Ceci met nos client(e)s plus à risque de rechute sans un soutien sain de la part de ses proches sachant que la codépendance « facilite » souvent la toxicomanie de « l'autre ». À nous maintenant de réfléchir sur ce thème et voir vers quelle structure d'éthique et de service nous irons dans les prochaines années dans ce secteur vital des services d'aide aux personnes alcooliques et toxicomanes et leurs familles. ■

Le suicide chez les jeunes hommes toxicomanes : facteurs de risque, prévention et intervention

TYNA PAYETTE

Étudiante au Doctorat en psychologie, UQAM

MICHEL TOUSIGNANT

Professeur, UQAM

1. Quelques définitions

Lorsque l'on parle de polytoxicomanies dans ce présent texte, on entend les termes de dépendance, d'abus et d'intoxication.

Critères de dépendance à une substance

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- 1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;
- 2) sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique);
 - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
- 3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue;
- 4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;
- 5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex. : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (ex. : fumer sans discontinuer) ou à récupérer de ses effets;
- 6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;
- 7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (ex. : poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boisson alcoolisée bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Critères de l'abus d'une substance

- A) Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :
- 1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (ex. : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères);

- 2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (ex. : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance);
 - 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (ex. : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);
 - 4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (ex. : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
- B) Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Critères de l'intoxication à une substance

- A) Développement d'un syndrome réversible, spécifique à une substance, dû à l'ingestion récente de (ou à l'exposition à) cette substance. (N. B. : Des substances différentes peuvent produire des syndromes similaires ou identiques.)
- B) Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, dus aux effets de la substance sur le système nerveux central (ex. : agressivité, labilité de l'humeur, altération cognitive, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- C) Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

2. Recension de la littérature

Cadre conceptuel de cette recension des écrits¹

Le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes pour plusieurs groupes d'âge. L'objet de cette recension est d'établir comment la consommation abusive d'alcool, de drogues illégales et de médicaments est reliée au suicide chez les hommes. Dans une perspective de prévention et d'intervention, il importe de connaître quels sont les facteurs reliés à la toxicomanie qui augmentent les risques du suicide.

Survol épidémiologique

(Tous les sexes inclus, à moins d'indication contraire.)

Les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %.

Si l'on ajoute *les cas d'intoxication aiguë au moment du suicide*, on peut dire que les SPA sont associés à plus de 50 % des suicides.

Est-ce que la personne alcoolique a un risque plus élevé de décéder par suicide au cours de sa vie qu'une personne non alcoolique?

- Au Québec, au moins 25 % des hommes qui se suicident présente une dépendance à l'alcool;

1. Les présentes données sont issues d'une recension des écrits *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés* (Tousignant, M. et Payette, T. (1997). Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Cela représente 350 personnes parmi les 1400 adultes qui se suicident annuellement;
- Le taux annuel de suicide chez les alcooliques dans la province est d'environ 140 par 100 000 par année;
- En comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme;
- Et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique.

Risque à vie de mortalité par suicide

Alcooliques

Chez les alcooliques, les risques de suicide se manifestent le plus souvent à un stade avancé de la consommation abusive. La durée moyenne de l'alcoolisme avant le suicide est de 19 ans. C'est donc chez les hommes entre 45 et 50 ans que l'on retrouve le plus grand nombre d'alcooliques qui décèdent par suicide.

Drogues illégales

D'après une étude effectuée dans la ville de New York auprès de consommateurs de cocaïne, on peut extrapoler le risque à vie de mortalité par suicide chez les toxicomanes qui abusent de drogues illégales. Dans cette étude, la cocaïne a été détectée chez 15 % des personnes décédées par suicide. La durée de la consommation abusive de drogues avant le suicide est de moins longue durée que celle de l'alcool, soit environ 12 ans. Cette catégorie de suicide se concentre donc dans une population plus jeune, soit d'environ 25 ans ou moins.

Abus de médicament

Enfin, les toxicomanes qui abusent de médicaments prescrits ont aussi un risque élevé de suicide. Le risque de suicide est de 30 à 50 fois plus élevé chez un groupe de personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits lors de la période subséquente à leur hospitalisation que dans la population. Ces patients souffrent la plupart du temps de polytoxicomanie. En effet, 80 % d'entre eux souffrent d'alcoolisme et 40 % abusent de drogues illégales.

Méthode de suicide

La proportion de suicides attribuable directement à une surconsommation de psychotropes est variable selon les échantillons. Les analyses toxicologiques au décès permettent la détection de doses létales et non létales, à la condition d'être menées à l'intérieur de 48 heures. Certaines études établissent un lien entre les méthodes de suicide choisies et les toxicomanies.

Étude finlandaise

Cette étude démontre une relation entre l'utilisation de méthodes non violentes et l'abus d'alcool. Les auteurs émettent l'hypothèse que les abuseurs d'alcool qui se suicident ont un meilleur accès aux médicaments psychotropes, ce qui explique pourquoi ils les emploient pour s'enlever la vie.

Étude australienne

Les suicidés avec l'alcool avaient choisi en majorité l'empoisonnement au monoxyde de carbone.

Étude de New York

Les cocaïnomanes utilisent deux fois plus les armes à feu pour se tuer que les non-consommateurs.

Étude de San Diego

La moitié (50 %) des suicides positifs au test toxicologique utilisent les armes à feu et 20 % des drogues ou des poisons.

Suicide et diagnostics

Il importe de savoir dans quelle mesure les diagnostics d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et aux drogues sont présents chez les personnes décédées par suicide, soit de façon isolée ou en comorbidité. Ainsi,

beaucoup d'études portant sur les suicides complétés identifient un taux élevé de psychopathologie, soit entre 90 % et 100 %.

Étude québécoise de Lesage et coll. (1994)

- 75 hommes âgés entre 18 et 35 ans décédés par suicide;
- 24 % des cas de suicide ont obtenu le diagnostic de dépendance à l'alcool;
- 5 % des cas de suicide ont obtenu le diagnostic d'abus d'alcool;
- 23 % des cas de suicide ont le diagnostic de dépendance aux drogues (13/17 à la cocaïne);
- 5 % des cas de suicides ont le diagnostic d'abus de drogues.

Henriksson et coll. (1993) *Projet national de prévention du suicide en Finlande*

- Échantillon de 229 personnes (n=229) dont 172 hommes et 57 femmes;
- l'abus ou la dépendance à l'alcool a été diagnostiqué dans 43 % des cas, soit davantage chez les hommes (39 %) que chez les femmes (18 %);
- l'abus de substances autre que l'alcool a été trouvé dans 5 % des cas.

Rich (San Diego)

- 55 % des cas de suicide ont obtenu le diagnostic de troubles reliés à l'alcool.

Suicide, toxicomanie et comorbidité psychiatrique

Étude finlandaise

1/4 des cas de dépression majeure ont une dépendance à l'alcool alors que 1/3 des alcooliques reçoivent un diagnostic de dépression.

Étude de San Diego

Cette étude établit que 44 % des cas d'abus de substances ont également reçu le diagnostic de dépression.

Étude de Murphy

72 % des alcooliques ont un trouble de dépression majeure. Les diagnostics d'abus et/ou de dépendance aux substances, de désordres dépressifs ou encore de troubles de personnalité sont les troubles les plus représentés : la comorbidité est très élevée chez les alcooliques qui se suicident; entre la moitié et les trois quarts ont un trouble dépressif et la moitié ont au moins un trouble de personnalité.

Étiologie sociale

Alcooliques

Les alcooliques qui se suicident présentent un cumul de plusieurs facteurs de risque dont le nombre est supérieur aux facteurs dénombrés chez les non-alcooliques qui se suicident ou chez les alcooliques en traitement. Le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez ceux qui ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues et ce, particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez les 13-19 ans qui abusent d'alcool, il y a une plus grande présence de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie. Il y a également, dans ce groupe, un plus fort pourcentage de chômage, de problèmes avec la loi, de problèmes financiers et de violence familiale au cours de l'enfance. En résumé, les principaux facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les alcooliques sont la dépression majeure, le chômage, le fait de vivre seul, le manque de support social et une menace suicidaire antérieure. Le simple cumul des facteurs de risque ne suffit pas à comprendre la raison du suicide sans tenir compte de la genèse de l'intention du suicide.

Drogues illégales et médicaments

Ce que nous savons des facteurs de risque associés aux consommateurs de drogues qui se suicident provient davantage d'études faites auprès des jeunes attendu leur surreprésentation dans cette catégorie. Les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de

dépression que les autres consommateurs. S'ajoutent aussi comme facteurs de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi et la disponibilité d'une arme au foyer. La combinaison de l'alcoolisme et de la dépression pourrait faciliter l'émergence d'éléments suicidaires tels que le sentiment de solitude, l'état de désespoir, la rumination d'idées noires et le retrait social.

Facteurs explicatifs

Il semble ainsi qu'il existe trois explications qui relient l'alcool, et possiblement les drogues illégales et abus de médicaments, au suicide :

1. L'utilisation des substances sert à désinhiber l'agression et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès;
2. Les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni. Après un usage chronique, le consommateur ne peut plus faire face à la réalité extérieure ou à sa douleur intérieure;
3. Le suicide de l'alcoolique (ou de la personne dépendante à d'autres drogues) est médiatisé par l'établissement d'un état dépressogène.

3. Théorie de l'attachement

Postulats théoriques

La théorie de l'attachement suggère que la qualité de la relation parent-enfant peut prédire la qualité des relations ultérieures avec les pairs. Ainsi, l'incapacité d'établir des liens affectifs stables et sécurisants, suite à des rejets précoces, entraîne des difficultés à construire des relations de confiance avec autrui. La théorie de l'attachement est centrale pour expliquer la vulnérabilité de certains individus au suicide. Il semble que les pertes et les séparations, plus particulièrement le type de séparation, reflètent l'importance du manque de soin. Les expériences de séparation placent l'individu dans une situation d'insécurité lorsque les soins disponibles sont inadéquats, ce qui amène la personne à se questionner sur sa propre valeur et ultimement crée des difficultés dans sa capacité de renouer des liens d'attachement stables et sécurisants. L'incapacité de se sentir intimement lié à d'autres personnes entraîne encore plus d'hésitation et de doutes quant au sens de sa vie. C'est dans cette perspective que les expériences d'adversité augmentent la vulnérabilité aux épisodes dépressifs et influencent la probabilité de conduites suicidaires. Les expériences de séparation interagissent avec les relations d'attachement, tout au long de la vie de l'individu, pour créer des cascades d'événements qui entraînent certaines personnes vers une plus grande vulnérabilité à la dépression et, ultérieurement, au suicide.

Il peut être opportun d'analyser la qualité des facteurs d'attachement comme étant un facteur de risque associé au suicide chez les jeunes hommes toxicomanes. Un cumul de plusieurs facteurs de risque est généralement présent chez les jeunes hommes suicidés qui ont un diagnostic relié aux substances psychoactives. Les toxicomanes qui se suicident vivent généralement plus d'événements, et particulièrement plus de pertes affectives au cours des quelques semaines précédant le décès. Il est donc important, lorsque l'on travaille en suicidologie, de considérer ces facteurs afin de bien orienter les actions préventives et les cibles d'interventions.

Pistes hypothétiques

On peut se demander comment s'inscrit la théorie de l'attachement auprès des jeunes hommes toxicomanes suicidés. Ainsi, dans le cadre de mes hypothèses doctorales, deux grandes linéatures peuvent éventuellement expliquer l'interaction entre les facteurs d'attachement, les polytoxicomanies et le suicide.

- L'homme a connu une longue histoire de piètres relations. Ainsi, son incapacité d'établir des liens affectifs stables et sécurisants a entraîné des difficultés à construire des relations de confiance avec autrui, résultant en d'autres situations de pertes et/ou de rejet. De cette façon, il a adopté une façon inadéquate de gérer ses problèmes, soit la consommation. Les substances sont donc devenues son unique moyen de faire face à ses problèmes. Par

conséquent, après un usage chronique, ne pouvant plus faire face à la réalité extérieure ou à sa douleur intérieure, il opte pour le suicide.

- Le jeune homme a initialement un trouble relié aux substances psychoactives. Par conséquent, il connaît d'autres pertes relationnelles, et nombre de situations de pertes, d'abandon et de rejet de la part de son entourage, ne pouvant gérer la toxicomanie. Le cercle vicieux est de nouveau perpétué, et les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes. L'utilisation de substances sert donc à désinhiber l'agression et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités s'il n'avait pas consommé peu avant son décès.

4. Intervention et prévention

En s'inspirant des pistes hypothétiques ci-dessus mentionnées, certains postulats en terme de prévention et d'intervention peuvent être intéressants. Ainsi, en s'appuyant sur les principes de la théorie de l'attachement pour comprendre le suicide chez les jeunes hommes toxicomanes, on peut diriger nos actions au niveau des facteurs d'attachement.

Les troubles reliés aux substances psychoactives peuvent être compris comme étant un mécanisme adopté par l'individu afin de fuir une réalité trop souffrante. Ainsi, les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni. L'idée de « fuite » est donc prévalente. De cette façon, l'individu a choisi de fuir ses difficultés plutôt que de les affronter. Toutefois, la fuite peut, elle-même, entraîner d'autres problèmes. L'augmentation de problèmes pèse sur l'individu. Celui-ci devra alors trouver un autre moyen pour fuir ses problèmes initiaux ainsi que l'accumulation de nouvelles difficultés. C'est à cette étape qu'il peut malheureusement entrevoir le suicide comme étant sa seule alternative.

Le dénominateur commun aux SPA et au suicide est la fuite. Dans cette perspective, il peut être opportun d'introduire l'idée de fuite à l'individu; lui démontrer le rapprochement entre sa façon de résoudre ses difficultés, autant au niveau de sa consommation abusive que de ses gestes suicidaires. Évidemment il ne s'agit pas, lorsqu'en état de crise, d'élaborer un processus thérapeutique rigoureux portant sur ses mécanismes, mais plutôt de mettre en évidence cette ressemblance.

Après avoir révélé l'idée de la fuite utilisée comme solution, on peut travailler avec l'individu l'identification d'alternatives immédiates qui ne seront pas dommageables pour lui ou pour autrui.

Il importe de rappeler qu'il est possible que l'utilisation des substances serve à désinhiber l'agression et conduire à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès. Ainsi, lorsqu'en état de crise, on doit s'ajuster si l'individu devant nous est dans un état d'intoxication, il peut être opportun d'entretenir l'intervention jusqu'à ce que l'individu soit sobre et désenivré, ce qui favorisera sans doute une meilleure compréhension et attention de sa part.

Une fois la crise dissipée, on peut explorer les souffrances de l'individu. Si ces dernières sont reliées à ses relations d'attachement, on peut lui suggérer un processus thérapeutique à long terme. L'objet d'une telle intervention ciblerait l'identification de nouveaux moyens pour régler ses difficultés, ainsi que de modifier ses lacunes au niveau de son mode d'attachement.

En somme, il semble exister un lien entre les facteurs d'attachement et le suicide des jeunes hommes toxicomanes. En terme de prévention et d'intervention il importe de bien distinguer entre intoxication, dépendance et abus, ainsi que de connaître les méthodes de suicide adoptées par ces hommes. Ces indices peuvent être aidant dans nos interventions, surtout en situation de crise. De plus, il est opportun de bien identifier et connaître les facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes hommes toxicomanes. Tel que mentionné ci-dessus, certains hommes toxicomanes vont également souffrir d'un autre trouble psychiatrique.

Le cas échéant, il est important de considérer la comorbidité dans nos interventions. Afin de transiger avec ses problèmes, l'homme toxicomane a adopté un mécanisme de fuite. Toutefois, il est possible que la cible de ses difficultés soit reliée à ses relations d'attachement. Ainsi, un processus thérapeutique à long terme pourrait explorer les facteurs d'attachement et particulièrement les expériences de pertes, de rejet et d'abandon. ■

Références

- Allgulander, C., Brandt, L., Allebeck, P. (1994). Suicide and psychopathology in 1,537 patients dépendent on prescribed psychoactive medications : Stockholm, Sweden. *American Journal on Addictions*, 3 (3) 236-240.
- American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition. Washington, D. C. American Psychiatric Association.
- Brent, D. A. et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Crome, P. (1993). The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (371), Suppl. 33-37.
- Graham, C., Burvill, P. W. (1992). A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26 (1) 30-39.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., et al. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 18 (5) 1143- 1149.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150 (6) 935-940.

- Henry, J. A. (1994). Antidepressants and overdose toxicity. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 9 (Suppl. 1) S37-S39.
- Isacsson, G., Boethius, G., Bergman, U. (1992). Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide : 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (6) 444-448.
- Kelleher, M. J., Daly, M., Kelleher, M. J. (1992). The influence of antidepressants in overdose on the increased suicide rate in Ireland between 1971 and 1988. *British Journal of Psychiatry*, 161, 625-628.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunbert, F., Vanier, C., et al. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7) 1063-1068.
- Lester, D. (1994). Estimates of prescription rates and the use of medications for suicide. *European Journal of Psychiatry*, 8 (2) 81-83.
- Murphy, G. E. (1992). *Suicide in Alcoholism*. New York, Oxford. Oxford University Press.
- Rich, C. L., Runeson, B. S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (5) 335-339.
- Runeson, B. S. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 561-568.
- Tousignant, M. et Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Bibliothèque nationale du Canada, Bibliothèque nationale du Québec
- Source :** Recueil de textes A.Q.S. 1998, Rivière-du-Loup, p. 223-232.

Formation sur le « taxage » : *Prévention du chantage, de l'extorsion et du vol chez les enfants et les adolescents*

Le « taxage » affecterait la moitié des garçons et le quart des filles de 15 ans au Canada. Un sondage Léger et Léger révèle que 30 % des 12-17 ans ont été confrontés à ce type de délit. Au cours des derniers mois, le « taxage » a poussé 4 jeunes, appartenant au même groupe d'amis, à se suicider dans la région de Longueuil.

Contenu de la journée de formation

- Le phénomène du « taxage » au Québec
- Le « taxage » et la loi
- Les réactions chez la victime
- Cas vécus
- Les solutions : concertation, prévention, les stratégies d'évitement, dénonciation
- Jeu de prévention du « taxage »

Lieux de formation

Montréal	16 juin 2000
Montréal	15 septembre 2000
Québec	29 septembre 2000
Gatineau	3 novembre 2000

Formateurs

Manon Lacroix
Pascale Bibeau
Richard Desjardins

Prix de la journée de formation

75 \$ (taxes en sus)

Inscription

Tél. : (514) 898-9805
Télec. : (514) 425-2697

La violence dans le sport

NATACHA LLORENS

Coordonnatrice du Programme Antidopage
Service de sensibilisation aux drogues, Gendarmerie royale du Canada

La violence est partout, c'est une triste réalité de notre société mais elle est hélas univér-selle et va en s'amplifiant au fil des années. Le sport n'y échappe pas, parce qu'il côtoie un monde sans pitié où les foules réclament un bon spectacle, où les performances surhumaines, le succès et l'argent deviennent une priorité et où on ne met l'accent et le profit que sur la victoire.

Pour demeurer objectif lorsqu'on parle de « violence dans le sport », il semble important de tenir compte de la diversité du problème et de la façon de l'aborder. C'est ainsi qu'il y a lieu de distinguer le cas de la violence des spectateurs de celui des athlètes. Bien que ces deux cas ne soient pas indépendants, les raisons de leur hausse d'agressivité ne sont pas nécessairement les mêmes. La violence des spectateurs est en liaison avec des phénomènes de comportements sociaux tels que le rassemblement de foules où l'émotionnel prend le dessus sur le rationnel, la consommation de drogues et d'alcool, l'enivrement que leur apporte la violence véhiculée dans le spectacle sportif auquel ils assistent ainsi que le sentiment d'appartenance qu'ils ont pour un athlète, une équipe ou encore le pays qu'il ou qu'elle représente. On ne peut évidemment passer à côté du phénomène des « hooligans » qui est composé de délinquants organisés dans le but de causer du désordre et de recourir à la violence gratuite.

La violence dans le sport ne frappe malheureusement pas uniquement le monde des adultes, les jeunes y ont aussi recours.

La violence dans le sport constitue une agression physique ou tout autre geste commis par un athlète dans le but de blesser une autre personne (athlète, entraîneur, arbitre, partisan, etc.), dans une situation où le geste blessant n'a aucun lien avec les règlements et les objectifs de compétitions du sport. La violence dans le sport implique aussi la tricherie que l'on qualifie de « violence éthique » ainsi

que le dopage que l'on définit comme une « violence contre l'organisme humain » et qui peut entraîner la « violence envers autrui ».

Les règlements de plusieurs sports acceptent des comportements qui peuvent causer de la douleur et/ou des blessures. Certains sports tels que la lutte et la boxe permettent des gestes qui causent la douleur. D'autres sports tels que le football et le hockey permettent des contacts physiques qui peuvent entraîner une blessure. Il est important de déterminer si les comportements violents ont été commis à l'intérieur ou à l'extérieur du règlement. Il est fréquent

que les joueurs posent des gestes très violents à l'extérieur du règlement, comme des bagarres, qui sont prévus et souvent encouragés. Les félicitations faites aux joueurs violents ainsi que les pénalités insuffisantes qui leur sont imposées le démontrent. L'acceptation de ces actes violents renforce la violence dans le sport et rend l'application des règlements plus difficile.

Il existe plusieurs théories sur les causes de la violence dans le sport et dans la société dont on doit tenir compte.

Théorie biologique

Cette théorie suppose que l'être humain est violent de nature et fait du sport un moyen relativement sûr et contrôlé de laisser aller son agressivité.

Théorie psychologique

La violence est causée par la frustration ressentie lorsque les efforts pour atteindre un objectif échouent.

Théorie d'apprentissage social

La violence dans le sport est acquise et apprise comme méthode acceptée. La violence peut être dénoncée et sanctionnée officiellement, mais approuvée dans les coulisses par les entraîneurs, les coéquipiers, les parents, les médias, etc.

Théorie multidisciplinaire

La violence dans le sport peut être expliquée par toutes les théories retenues ci-haut, mais peut aussi se définir par le contexte dans lequel vit un individu, ses antécédents et s'il est influencé par une substance qui peut entraîner un comportement violent telle que les stéroïdes anabolisants, la cocaïne, l'alcool, etc. L'abus de certaines substances est un facteur de plus en plus démontré dans les études comme jouant un rôle important dans la violence.

Prenons comme exemple ce jeune joueur de football qui avait commencé à faire usage de stéroïdes anabolisants à l'école secondaire lors des entraînements d'avant-saison. À l'université, il avait augmenté la fréquence et la quantité de sa consommation. Il se procurait ses stéroïdes sur le marché noir. Devenu joueur de football professionnel, il continua à consommer de façon régulière jugeant que les stéroïdes lui permettaient de jouer de manière plus agressive, lui donnaient une certaine confiance et un sentiment d'invincibilité et enfin, l'empêchaient de se blesser. Il prenait des stéroïdes anabolisants au cours d'un cycle de 2 à 3 mois. Il ingérait de 50 à 100 mg par jour de *stanozolol* et, par voie injectable, de 300 à 600 mg de *décanoate de nandrolone*. Il combinait sa consommation avec des entraînements intensifs. Il remarquait que ses capacités et son agressivité augmentaient, mais il devenait aussi irritable, brutal et exprimait des besoins sexuels tout à fait démesurés. Au bout de quelques temps, il se mit à être violent avec sa femme. Puis un jour, lors d'un match, il brisa des vertèbres cervicales d'un joueur de l'autre équipe. Il fut suspendu et c'est à ce moment qu'il réalisa qu'il avait perdu le contrôle de lui-même.

Ce genre de récit est malheureusement fréquent dans notre société, mais nous n'en entendons pas souvent parler car les médias croient que cela n'intéresse pas les gens de savoir que certaines de leurs idoles sont des toxicomanes et des êtres violents. Ainsi, les médias continuent à véhiculer la violence dans le sport sans s'attaquer à la source du problème alors que par leurs écrits, leurs paroles et leurs images, ils ont la capacité d'influencer, de façon positive, l'attitude du monde du sport et du public.

La violence dans le sport ne frappe malheureusement pas uniquement le monde des adultes, les jeunes y ont aussi recours. Ces jeunes athlètes sont souvent encouragés à poser des gestes violents par leurs entraîneurs, leurs coéquipiers ou encore leurs parents qui sont même prêts à sauter à la gorge de l'arbitre ou de l'entraîneur lorsqu'une décision qui concerne leur enfant ne leur convient pas. Il ne faut surtout pas oublier que notre jeune relève sportive est aussi largement influencée par les images qu'on lui projette et de la violence, que ce soit à la télévision ou ailleurs, il y en a beaucoup.

Pour ne pas que la situation continue à se détériorer, il faut encourager un sport sans violence en favorisant les beaux jeux ou les belles performances au détriment des gestes violents. Il est important pour chacun des sports de déterminer ce qui constitue un règlement de jeu, une infraction et un comportement violent. Il faut ensuite pénaliser sévèrement les gestes violents inacceptables, le manque d'éthique et le dopage afin de décourager d'autres athlètes d'y avoir recours. Enfin, il faut continuer à sensibiliser la population sur la violence dans le sport et à favoriser l'éducation sur les valeurs positives du sport. ■

Références

Centre canadien pour l'éthique dans le sport, Ottawa

Smith, M.D., *Violence and Sport*, Toronto, Ontario : Butterworths, 1983

Smith, M.D., *La violence et le sport amateur : Recension de la documentation*, Ottawa, Ontario : Commission pour l'esprit sportif, gouvernement du Canada, 1987

Yesalis, Charles E., Editor, *Anabolic Steroids in sport and exercise*, États-Unis, 1993

Femmes violentes en contexte conjugal et familial

JACQUES BROUÉ

Option

Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, accueillie depuis 1986 les hommes et depuis 1994 les femmes qui usent de violence dans leurs rapports conjugaux et familiaux. Reçues dans le cadre de psychothérapie de groupes distincts, les femmes qui recourent à ce service ont en moyenne 30 ans et sont, à 70 %, aussi violentes envers leurs enfants.

Quelle que soit l'origine de la violence de ces femmes, la priorité d'intervention est l'arrêt du recours à la violence par la responsabilisation et la revalorisation de l'estime de soi. La capacité de se mettre des limites s'élabore par l'apprentissage de l'affirmation de soi, entre autres à travers la capacité d'identifier ses besoins, de les nommer et de refuser ce qui ne les respecte pas.

Presque toutes ces femmes ont été victimes de violence familiale durant leur enfance, la plupart ont par la suite subi de la violence lors de relations conjugales, puis sont deve-

nues à leur tour auteures de violence conjugale et familiale. Dans l'acquisition de ce comportement certains verront l'émergence d'une violence réactionnelle, d'autres parleront d'identification à l'agresseur tandis qu'enfin, certains verront des actes de légitime défense. Quelle que soit l'hypothèse explicative, ces femmes identifient leur violence envers un ou une partenaire en tant qu'un contrôle qu'elles exerceraient sur l'autre. Lorsque la violence vise le contrôle « absolu » de leurs enfants, elles ont conscience de faire comme le parent abuseur de leur enfance (père, mère et substitut). Enfin, à la différence des hommes violents, le recours à la violence dans le contexte conjugal et familial les confronte aux normes et règles du stéréotype de la femme et de la mère. Ainsi plusieurs se croient folles lorsqu'elles exercent la violence par des actes, des paroles qui, chez un homme, sont plutôt perçus comme des troubles du comportement.

La toxicomanie de celles que nous avons rencontrées était le plus souvent l'apanage d'un parent abuseur de leur enfance ou celui d'un ancien partenaire. Peu d'entre elles étaient dépendantes de l'alcool, des drogues ou des médicaments au moment de consulter. Par contre, souvent elles avaient déjà vécu une période de surconsommation à la fin de l'adolescence. Les psychothérapeutes ont jusqu'à maintenant été confrontés à quelques cas de dépendance à l'alcool ou aux médicaments (antidépresseur, anxiolytique) et/ou à une surconsommation alimentaire.

Le faible nombre de femmes participantes à la psychothérapie de groupes et présentant une double problématique découle des critères d'admission. En effet, ces dernières refusent la participation à quiconque ne peut présenter une période de six mois d'abstinence de consommation de drogues ou d'alcool.

Des différences au niveau du contexte socio-économique de la violence féminine (c'est-à-dire faible revenu, statut de minorité ethnique), de ses manifestations et même au niveau de l'intention ont amené certains scientifiques à débattre le fait qu'en dépit de certaines similitudes externes, la violence féminine est fondamentalement distincte de sa contrepartie masculine (Brown et al 1999).

Est-ce l'explication du peu d'intérêt des chercheurs pour l'étude de la présence de la double problématique : toxicomanie et violence conjugale chez les femmes? En fait, la *Recension des écrits et état de la situation au Québec*, publié en octobre 1999 par le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie du ministère de la Santé et des Services sociaux, n'aborde la question que sous l'angle de la victimisation des femmes. Même lorsqu'elles recourent à l'alcool, aux drogues, les auteures y voient un mécanisme qui permet aux femmes battues de tolérer leur victimisation (Brown et al. 1999).

La victimisation masculine se produit souvent lorsque les deux partenaires sont violents (Muelleman et Burgess 1998). Les variations dans l'évaluation du nombre dépend certainement de la manière de définir la violence et de la difficulté pour un homme de se reconnaître victime d'une femme et par la crainte des railleries des hommes chargés de recueillir la plainte. Ce qui malgré la dissuasion collective a tout de même conduit des femmes à tuer leur partenaire : 11 % des meurtres subis par les hommes ont été commis par leurs femmes ou amies intimes alors que 50 % des meurtres subis par les femmes ont été commis par leurs partenaires (Statistique Canada 1993).

La responsabilisation de l'agresseur est au coeur de toutes les interventions quelle que soit l'approche mise en place : thérapie, aide contrainte, incarcération. Alors que les actes violents sont commis par des femmes, les intervenants et les chercheurs cherchent des facteurs explicatifs qui déresponsabilisent les femmes de leurs comportements violents.

Une femme violente et toxicomane a plus de chance d'avoir accès à des services d'aide que celle qui n'est pas toxicomane. La toxicomane avec son discours identifie la consommation abusive d'alcool ou/et de drogue à la maladie. Non seulement elle ne peut se tenir ou être tenue responsable d'une maladie, mais la maladie permet de masquer la rage qui l'habite. Le consensus social accepte la maladie mais n'accepte pas une entorse aussi fondamentale au rôle féminin; la femme est responsable de prendre soin de son partenaire et de ses enfants.

Les femmes aux prises avec des problèmes d'alcool couraient plus de risques d'être victimes d'une forme quelconque de violence conjugale (Brown et al. 1999). Les femmes ne peuvent donc être des personnes responsables de leur comportement lorsqu'il contrevient à l'identité et au mandat que la société patriarcale leur attribue. ■

Bibliographie

Brown, T., Caplan, T., Werk, A., Saraganian, P., Singh, M.K. *Toxicomanie et violence conjugale : Recension des écrits et état de la situation au Québec*, publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, octobre 1999, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Muelleman, R. L. et Burgess, P. *Male victime of domestic violence and their history of perpetrating violence*. Academic Emergency Medicine, 1998.

Statistique Canada. *Enquête sur la violence faite aux femmes : faits saillants*. Le Quotidien, Ottawa, mars 1993

Option formation

Depuis plus de dix ans, Option, une alternative à la violence conjugale et familiale, propose des contenus de formation relevant de son champ de compétence. Ainsi, divers aspects de la violence conjugale font l'objet d'une formation visant ainsi à outiller les intervenants. Que ce soit une intervention dans un contexte d'aide contrainte volontaire, les problématiques font l'objet d'une analyse en profondeur toujours en tenant compte du contexte d'intervention.

Les services des formateurs d'Option sont aussi requis à titre de superviseurs par les Services de probation, le Centre de référence du Grand-Montréal, Accord-Mauricie et le Service correctionnel Canada.

Ancrer dans le vécu

Ainsi que le démontre la recherche¹, conformant en cela la connaissance et l'expertise des militants auprès des hommes du Réseau Hommes Québec et les pionniers d'Hom-info, les hommes sont centrés sur le faire et l'agir. Une approche qui s'appuie sur des moyens concrets et prévoit l'atteinte d'objectifs mesurables convenant davantage à la personnalité masculine.

Les tâches à effectuer entre les rencontres peuvent permettre la responsabilisation et favoriser l'apprentissage du changement et l'auto-évaluation du cheminement. L'intervenant doit être en mesure d'identifier les émotions qui se manifestent dans l'agir et favoriser l'identification de ces émotions par le client. Le recours au langage, aux métaphores utilisées par le client ou à tout autre composante de sa culture (masculine) stimule l'émergence d'un lien.

1. Brown, T., Caplan, T., Werk, A., Saraganian, P., Singh, M.K. *Toxicomanie et violence conjugale : Recension des écrits et état de la situation au Québec*, publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, octobre 1999, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Drogue, violence et famille

CLAIRE LEDUC, T.S.

Pour les intervenants en toxicomanie, agir sur les abus de drogue et la violence constitue le menu quotidien. Il existe plusieurs façons d'observer ces phénomènes. En approche systémique et familiale, ils sont perçus comme des symptômes de malaises profonds à la fois personnel, familial et social. On ne parle pas de causes mais de facteurs reliés entre eux. Les abus de drogue et les actes de violence apparaissent alors comme des indicateurs de la fragilité des personnes, des familles et du milieu social.

Autonomie, interdépendance et créativité

Lorsqu'un intervenant évalue une famille, il observe le mode de communication; s'il est simple, direct et respectueux des personnes, les indicateurs de santé mentale sont positifs. Aussi, il faut ajouter la possibilité pour les individus de se développer de façon autonome et l'habileté des membres de la famille de se soutenir mutuellement, soit l'interdépendance. Les membres de la famille ne font pas d'abus de drogue parce qu'ils ne ressentent pas de malaise profond ou peuvent faire face à leurs tensions intérieures par leurs forces personnelles avec le soutien des proches. Les conflits sont réglés par de saines discussions ponctuées de réflexion sans débordements excessifs ou si des colères surviennent la prise de responsabilité se fait rapidement. Enfin l'activité principale des jeunes et des adultes est créatrice et contribue au développement de la société et non à sa destruction.

Fragilité et destruction

Par contre, lorsqu'un intervenant est en présence d'une famille aux prises avec des abus de drogue et des actes de violence physique ou verbale, il relève habituellement les observations suivantes : difficultés importantes dans la communication, incongruence entre les affects et les situations, inhibition ou exubérance. Les individus manifestent entre autres des comportements de victimisation, d'indifférence ou de domination. Le mode de vie en est un de survie ou de délinquance; il n'est pas organisé pour assurer une qualité de vie; la vie affective et culturelle est réduite et offre peu de satisfaction aux personnes. C'est pourquoi le recours à la violence et aux pertes de contrôle devient un exutoire naturel. Lorsqu'il y a de jeunes enfants, les notions d'éducation et de prévention en ce qui concerne la santé sont plutôt absentes.

De plus à la longue, l'effet de la drogue est dévastateur puisque la satisfaction du besoin de la substance devient le premier but de la personne concernée, oubliant ses responsabilités et ses relations avec ses proches.

demander la garde de ses enfants de 2 et 5 ans... qui lui a été refusée, faute de maturité. Lui-même reconnaissait que son monde émotionnel avait été « gelé » durant toutes ces années. Généralement, la drogue sert de baume aux émotions, altère négativement le développement de la personnalité et exacerbe certains traits de comportement tels que l'impatience et le manque de jugement. Il se produit un blocage au niveau de l'intimité personnelle et dans les rapports avec autrui.

On relie de plus en plus les phénomènes de violence à ceux de la drogue, car pour obtenir des substances coûteuses, les individus commettent des crimes et souvent s'endettent; leurs créanciers passent alors aux règlements de compte, châtiments pénibles.

L'individu porteur du symptôme

Dans une famille, lorsqu'une personne présente des difficultés importantes de sobriété ou de contrôle de ses pulsions agressives, il est possible que d'autres membres de la famille présentent des symptômes équivalents, mais plus acceptables tels que l'abus de nourriture, de travail ou de dépendance affective.

En clinique, j'observe des enfants violents, de nombreux garçons de 5 ans, qui frappent des adultes, souvent leur mère ou l'enseignante ainsi que leurs copains et leur causent des blessures. Plusieurs doivent être placés dans des classes à petit effectif. En général, ces enfants ne pratiquent pas de jeux sportifs ou artistiques. Ils regardent avec intérêt les films violents à la télévision et imitent les héros sans intervention ou recadrage des adultes. Les parents font, au premier abord, peu de lien entre le comportement agressif de leur jeune et le manque de valeurs humaines transmises à leurs enfants.

Il arrive aussi que certains adolescents se laissent entraîner à l'usage abusif de drogue et de violence par le milieu social parce qu'ils sont plus influençables et que le noyau familial ne représente pas une force d'attraction intéressante.

Simon, 14 ans, double la première année du cours secondaire. À 15 heures, il est déjà en route pour la maison. Ses parents, relativement absents, pris par la gestion d'un garage, ne rentreront qu'à 19 heures. Depuis un an, il dévalise avec ses copains des maisons cosuées de la ville pour se payer de la marijuana.

Les parents se sentent dépassés, mais acceptent d'accueillir leur fils au garage après l'école et l'encourage à faire ses travaux scolaires avant le repas du soir. Après de nombreux conflits, l'intimité se renoue et la criminalité semble en baisse...

Les réseaux humains en difficulté

Le phénomène de la mondialisation rejoint les milieux de travail. Ainsi les personnes qui ont un emploi sont appelées à travailler de nombreuses heures et deviennent moins disponibles au travail. Au Québec, le ministère de la Famille développe sans relâche des places en garderie peu chères, tout en diminuant considérablement les allocations familiales : on ne peut plus parler de politique familiale, car les parents n'ont pas vraiment le choix de rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants à moins d'avoir un revenu élevé.

L'Institut de recherche en politiques publiques... prévoit que les coûts des services de garde - appelés à grossir - siphonneront tout autre initiative susceptible d'aider les familles.¹

Le mode d'éducation débonnaire, qui fait de l'enfant un roi sans en avoir la maturité, affaiblit la force de caractère réelle des jeunes. De plus, les discussions interminables pour satisfaire ses caprices ne favorisent pas les échanges chaleureux et agréables nécessaires à la croissance des jeunes comme des adultes. Si bien qu'en période de crises associées à la drogue ou la violence, l'infrastructure familiale n'est pas suffisamment solide pour supporter l'onde de choc et y réagir. Ainsi la famille de Frédéric, ami de Simon, a éclaté au moment de l'arrestation des jeunes, les deux parents déjà en conflits majeurs se blâmant mutuellement des déboires de leur fils et de ses copains.

Bien qu'il y ait de la violence et des abus de drogue dans les familles complètes, il en demeure que, d'une façon générale, les familles monoparentales ont moins de ressources matérielles et affectives que les précédentes.

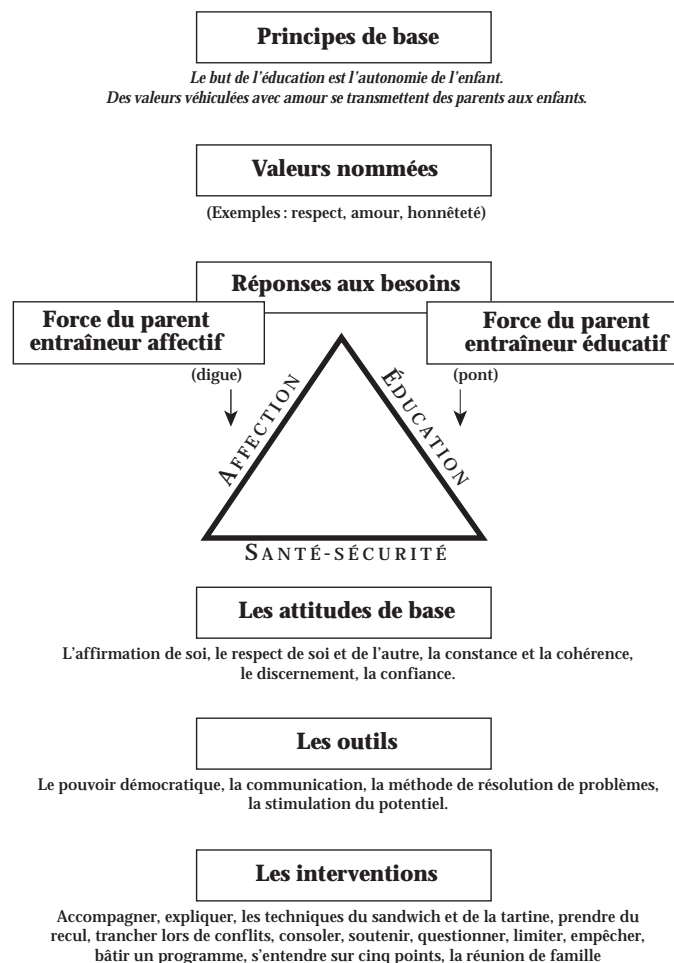
Que souhaiter pour les jeunes et leurs parents ?

Comment agir pour contrer et prévenir les abus de drogue et les actes de violence ? À mon avis, c'est en développant une qualité de vie dans les familles, les écoles et dans les milieux sociaux. Bien sûr, je suis fortement influencée par l'expérience de l'Association des Parents entraîneurs ainsi que par celle de l'École de Parents et de ses formateurs créés en 1993, peu avant la publication du volume *Le Parent entraîneur*². À mon avis, l'enjeu majeur actuel est de reconstituer une transmission de valeurs fondamentales dans les programmes d'éducation et d'intervention. Les symptômes d'abus de drogue et de violence expriment un *vide de l'âme* et de l'esprit et nous avons la responsabilité de le combler. Depuis la venue de la psychanalyse, nous avons fouillé l'inconscient et élaboré des modèles extraordinaires de communication affective et électronique, rejetant toute forme de morale ou autre système favorisant le refoulement. À cette tangente, l'effet pervers des droits de la Personne, par ailleurs indispensables, a perpétué une égalité de toutes les idées et valeurs pour éviter de brimer des individus. Lors de discussions avec de jeunes adultes, il m'arrive d'être confrontée avec les effets de ma tasse de café matinale et l'usage régulier de coke ou de marijuana. La discussion est alors fort animée. La sophistication des analyses comportementales et la complexité du vocabulaire en arrive à faire perdre ce que les gens ordinaires nomment : *le bon sens*. Le discernement entre les effets légers et graves est alors faussé et le jugement dévié.

valeurs fondamentales que véhicule notre société. Par exemple, durant toutes les conférences que je donne au Canada comme en France, la première valeur exprimée est le respect, pourtant fort galvaudé. Suivent l'honnêteté et le partage. Les parents, les enseignants et les intervenants psychosociaux savent manifester de dizaines de façon ces valeurs communes à l'ensemble de l'humanité. Les difficultés commencent lorsque les adultes les demandent et essuient un refus.

La plupart du temps devant la résistance des jeunes, ils laissent tomber par fatigue ou par croyance que cela doit venir d'eux-mêmes. À la longue, les enfants et les jeunes ne saisissent pas l'importance de ces valeurs civilisatrices et se désorganisent, laissant la porte ouverte à l'expérience de la drogue, de la violence. Par expérience, je sais maintenant qu'en montrant aux parents comment exiger certains comportements de base comme le respect et la collaboration, on voit apparaître des enfants et des parents plus joyeux. Ce bonheur devient contagieux et favorise l'élaboration de projets agréables et spontanés.

ARTICULATION DU MODÈLE DU PARENT ENTRAÎNEUR



LE PARENT ENTRAÎNEUR®

LEDUC, Claire (1998), *Comment transmettre des valeurs essentielles à nos enfants*, Montréal, Éditions Trustar, page 128.

Le modèle du Parent entraîneur 2 et 3

Voici une proposition dans laquelle l'on retrouve les acquis des nouvelles découvertes en psychologie tout en remettant à jour les

¹ DES RIVIÈRES, Paule. « Quelle politique familiale ? » Éditorial, *Le Devoir*, Montréal : le lundi 17 janvier 2000, p. A6.

² LEDUC, Claire. (1994), *Le Parent entraîneur*, Montréal : Éditions Logiques.

³ LEDUC, Claire . (1998) . *Comment transmettre des valeurs essentielles à nos enfants?*, Montréal : Éditions Trustar.

I *l est possible de
montrer aux parents
comment empêcher un
jeune de frapper sans
exercer soi-même de force
ou d'agressivité excessive.*

D'eux-mêmes les enfants ressentent le besoin d'un encadrement; ainsi Maxime, 6 ans, menacé d'expulsion de la première année, dira à ses parents : Papa, Maman, pour que j'écoute mieux, faites comme dit Claire, regardez-moi dans les yeux et tenez mes mains en me demandant quelque chose !

Malgré une opposition évidente, les adolescents apprécient des restrictions justes leur permettant un sommeil adéquat et une scolarisation réussie.

De plus une recherche importante démontre l'importance de la présence du père chez les adolescents délinquants. Ceux dont le père est absent ont moins de possibilité de réhabilitation.

Avec des jeunes adolescents et jeunes adultes aux prises avec des difficultés majeures, l'évocation de la créativité a parfois un effet mobilisateur. La *charge affective des valeurs*⁵ touchent les jeunes au travers d'une relation thérapeutique ou éducative. Ainsi, Véronique, 17 ans, est devenue plus cohérente et collaboratrice lorsque ses parents ont commencé à faire encadrer ses aquarelles et que je les ai exposées dans mon bureau manifestant ainsi mon admiration pour son talent réel. La thérapie a commencé à débloquer et Véronique, jusqu'alors isolée et phobique sociale, a commencé à visiter des amis sobres et studieux.

Le plan d'intervention

Maintenant soyons pratiques : comment appliquer le sens des valeurs lorsque l'on travaille avec une famille dans laquelle la drogue et la violence font des ravages ?

Comme cadre de référence, je suggère celui-ci : *Une véritable approche globale devra avoir comme préoccupation centrale le lien et le mouvement continuels entre l'individu, la famille et la société, s'appuyant sur une vision systémique des situations, où chaque élément a un effet sur les autres éléments, et où l'action ou la relation d'aide jouera autant sur les idées, les affects, le corps, les comportements et les conditions de vie.*⁶

Dans le contrat thérapeutique avec le jeune en difficulté et ses parents, il m'apparaît nécessaire d'élaborer des objectifs avec les personnes concernées : par exemple un dialogue quotidien d'une quinzaine de minutes est souvent une révolution dans le milieu familial, la famille maintenant le téléviseur allumé lors des repas, ce qui réduit considérablement l'intimité dans la communication. Toutefois au bout de quelques semaines des améliorations émergent au point où personne n'a le goût de reculer. *L'arrêt d'agir* au niveau de la violence devient alors possible. Il est possible de montrer aux parents comment empêcher un jeune de frapper sans exercer soi-même de force ou d'agressivité excessive. Quant à la sobriété, les principaux programmes en vigueur m'apparaissent au point, dans la mesure où les jeunes les fréquentent assidûment.

Autre secret : le *suivi*, soit une entrevue par mois ou deux mois durant un an ou deux. Il est facile dans de bonnes conditions

d'améliorer son comportement. Maintenir ces changements représente un défi pour la famille comme pour l'intervenant. Durant ces entrevues, il est possible de revenir sur les acquis et de renforcer les changements, parfois en aidant à l'approfondissement de la réflexion. Si une nouvelle crise survient, la relation d'aide est établie tout comme l'évaluation. L'intervenant peut effectuer une intervention rapide et efficace. Cela évite aussi un balotement du cas dans le réseau et favorise probablement des économies.

L'éducation, la meilleure des préventions

L *a transmission
de valeurs
fondamentales constitue
le véritable moteur de
l'éducation pour contrer
le vide de l'âme.*

Les gestes violents et les abus de drogue étant les signes d'une déculturation de l'humanité en nous, il m'apparaît nécessaire de favoriser ce qu'il y a de meilleur chez les humains. L'expérience du *Parent entraîneur* nous amène à penser que la transmission de valeurs fondamentales constitue le véritable moteur de l'éducation pour contrer le

vide de l'âme qui pousse à utiliser des drogues et la canalisation des énergies créatrices pour contrer les activités violentes. Au travers de relations humaines intimes et fortes, il est possible de susciter la valorisation des jeunes et de leurs familles. ■

Références

DES RIVIÈRES, Paule. « Quelle politique familiale ? » Éditorial, *Le Devoir*, Montréal : le lundi 17 janvier 2000, p. A6.

LACROIX, Jean-Luc. (1990). *L'individu, sa famille et son réseau, les thérapies familiales systémiques*, Paris : ESF éditeur, p. 165.

LEDUC, Claire. (1994). *Le Parent entraîneur*, Montréal : Éditions Logiques.

LEDUC, Claire. (1998). *Comment transmettre des valeurs essentielles à nos enfants?*, Montréal : Éditions Trustar.

ROCHER, Guy. (1968). *Introduction à la sociologie générale*, tome 1, Montréal : Éditions HMH, p. 70.

TREMBLAY, G., TREMBLAY, R.E. et SAUCIER, J.-F. *Perception of the Development of Parents-children Relationships in Boys from Childhood to Adolescence*, Sherbrooke : Août 1997 (Rapport de recherche soumis pour publication).

L'auteure

Claire Leduc est travailleuse sociale et thérapeute familiale en cabinet privé depuis plus de 30 ans. Elle a fondé l'Association et l'École des Parents entraîneurs formées des parents qui ont suivi la formation de base. Les formateurs constituent un Conseil. Claire Leduc donne des conférences au Québec, au Canada et en Europe. Elle contribue régulièrement à des émissions de radio et de télévision. Elle offre de la formation à des intervenants selon le modèle du *Parent entraîneur*. En 1995, elle a reçu le prix d'excellence pour le Québec de l'Association canadienne des travailleurs sociaux.

¹ TREMBLAY, G., TREMBLAY, R.E. et SAUCIER, J.-F. *Perception of the Development of Parents-children Relationships in Boys from Childhood to Adolescence*, Sherbrooke : Août 1997 (Rapport de recherche soumis pour publication).

⁵ ROCHER, Guy. (1968). *Introduction à la sociologie générale*, tome 1, Montréal : Éditions HMH, p. 70.

⁶ LACROIX, Jean-Luc. (1990). *L'individu, sa famille et son réseau, les thérapies familiales systémiques*, Paris : ESF éditeur, p. 165.

La violence, une drogue qui fait mal à tout le monde

PIERRE PAQUIN

Intervenant en toxicomanie et chargé de cours

Résumé

Dans un premier temps, force nous est de constater l'existence d'un rapport étroit entre violence et toxicomanie, puisque nous en sommes témoins sur une base quotidienne. Alors que certaines manifestations de la violence reliée à la surconsommation sont bien connues, d'autres le sont beaucoup moins; nous considérons la situation dans son ensemble. Qu'entend-t-on par violence? Celle-ci peut prendre toutes sortes de formes à plusieurs niveaux et nous tentons d'en dégager une définition comportementale et opérationnelle. Le rapport entre surconsommation et violence est tributaire du type de produits absorbés et nous effectuons un survol des niveaux de risque associés à chacun des types de substances disponibles. Dans l'expression du lien entre drogue et violence, souvent le toxicomane fait figure à la fois d'agresseur et de victime, nous nous arrêtons sur les principaux types de violence subis par les personnes qui vivent cette double dépendance, celle établie envers les produits et celle entretenue envers la violence, qui est elle-même un peu comme une drogue : elle fait mal mais on y revient souvent.

Drogue et violence, ces deux mots représentent pour plusieurs une entité indissociable, une équation incontestablement illustrée sur une base quotidienne dans notre société nord-américaine. Au Québec, la violence associée au phénomène de la consommation

Retenons simplement que la violence est souvent engendrée par la violence.

de produits psychotropes, **particulièrement chez les jeunes**, est un sujet permanent d'actualité depuis de nombreuses années. À la suite de trop nombreux événements malheureux survenus dans des écoles, dans la rue, dans des débits de boisson ou tout simplement dans des résidences

privées, cette violence devient une **préoccupation majeure** pour les parents, les intervenants et la population en général. Un climat de peur et de méfiance s'installe graduellement et plane insidieusement, se si-tuant en toile de fond de toute analyse sociale ou réflexion personnelle sur la réalité de la consommation de drogues par les jeunes.

Plusieurs aspects de l'association drogue-violence sont **très connus** et souvent évoqués, que l'on pense aux crimes et délits commis par ceux qui cherchent à s'approvisionner en substances, à la violence conjugale, au suicide, au crime organisé, aux bandes de motards criminalisés, aux accidents et surdoses de toutes sortes. D'autres facettes, par contre sont **plus méconnues** et exercent conséquemment un moindre impact sur la perception collective que nous entretenons face à la relation existant entre la violence et la consommation. Par exemple, la dépendance, le syndrome d'alcoolisme foetal, la négligence parentale, la détresse psychologique, les comportements d'auto-mutilation, le fait même de surconsommer des drogues ou de l'alcool, l'isolement social, l'exclusion, la pauvreté et la misère sont autant de problèmes faisant partie de l'éventail très large des formes que peut prendre la violence.

Ce phénomène est-il créé de toutes pièces et accentué par l'action sensationnaliste de certains médias? La violence associée à la consommation de drogues est-elle plutôt le reflet du climat de violence généralisé dans lequel s'enfonce actuellement la société nord-américaine? Sommes-nous devant des cas d'exception dont l'intensité et l'ampleur de l'histoire frappe l'imagination au point que nous nous sentions tous concernés, interpellés, confrontés? Les quelques réflexions qui suivent ont pour but d'apporter des éléments susceptibles d'alimenter notre réflexion sur ce sujet pour le moins troublant, car là où se trouve la violence, se trouve aussi la souffrance.

De quoi parle-t-on?

Les spécialistes des sciences humaines qui s'affairent à définir ce que l'on comprend par « violence » s'entendent globalement pour dire, comme le rapportent Giguère et al. (1994), qu'il s'agit d'une attitude ou d'un comportement ayant pour effet de nuire au développement d'une personne en compromettant son intégrité physique, psychologique ou sexuelle. La violence est un **concept très large** couvrant un **ensemble de comportements** caractérisés par diverses formes sociales ou interpersonnelles d'agression qui ont en commun d'exercer un effet dévastateur tant sur ceux qui en sont les victimes que sur les personnes qui exercent ces comportements. L'on peut observer tous les jours différentes manifestations de la violence telle la discrimination sous toutes ses formes, qu'il s'agisse du racisme, du sexisme ou de l'exclusion sociale des déviants ou des marginaux. La médicalisation des comportements, les inégalités sociales, l'injustice, les valeurs sociales de performance à tout prix, la pollution, le niveau de stress auquel chacun de nous est soumis quotidiennement sont aussi au nombre des formes que prend la violence pour nous atteindre d'une façon ou d'une autre.

La violence peut donc être symbolique, médiatique, institutionnelle, politique, environnementale et le fait de mettre l'accent sur l'une de ses formes peut nous amener à le faire au détriment d'autres aspects tout aussi dommageables (Le Beau Voyage, 1996). Retenons simplement que **la violence est souvent engendrée par la violence**, en ce sens que les attitudes, valeurs et mentalités violentes peuvent favoriser l'émergence des comportements violents. La violence des jeunes en particulier, qu'elle soit en lien ou non avec la consommation de drogues, nous paraît souvent être la résultante, le révélateur d'une **profonde crise des valeurs sociales**, crise qui se répercute au plan familial, politique, de l'éducation, du travail et de l'insertion sociale.

Pour nous amener à définir de manière plus fonctionnelle le phénomène de la violence chez les jeunes, nous pouvons référer au modèle proposé par Le Blanc (1989), qui identifie cinq formes de comportements violents comme étant spécifiquement associées à la jeunesse :

- les agressions symboliques, attitudes non verbales comme de frapper sur la table;
- les agressions verbales, consistant à crier, humilier, insulter;
- les agressions psychologiques, comme intimider, menacer;
- les agressions matérielles, telles que abîmer, briser, détruire, les biens d'autrui;

- les agressions physiques, comme agripper, frapper, attaquer, blesser.

Cette définition a l'avantage de cerner le phénomène de la violence par ses voies d'expression, elle est donc à la fois descriptive et complète, en dépit du fait que la catégorie « agression sexuelle » pourrait assurément l'enrichir avec justesse si l'on s'arrête à penser à tous les types de contacts sexuels non désirés vécus par des toxicomanes ou des personnes de leur entourage (Nadeau, 1990).

Des drogues, des gens et des gestes

Mais au-delà du constat relatif à l'inquiétude que suscite la violence chez les jeunes et les craintes qu'elle engendre, et même en définissant cette violence avec la plus grande précision possible, plusieurs questions se posent encore. L'une de celles-ci, fondamentale en ce qui nous concerne, consiste à déterminer quel rôle la consommation joue-t-elle dans cette association avec les comportements de violence?

L'**effet** de la ou des substances surconsommées par une personne impliquée dans un comportement de violence est évidemment un **facteur important** variant en fonction de **différents paramètres** reliés à la consommation tels que le type de substance, leur nombre, les quantités consommées, le mode d'administration et la relation entretenue entre le consommateur et le produit.

Un lien réel existe entre la consommation de produits psychotropes et la probabilité de réactions violentes chez un individu. Cette probabilité n'est pas identique pour tous les produits et est déterminée par l'interaction de plusieurs **facteurs** reliés aux produits, au consommateur et au contexte de consommation, dont, **parmi les plus déterminants** (NIDA, 1990) :

- les effets principal et secondaire sur l'organisme du ou des produits utilisés;
- les caractéristiques de la consommation (dose, mode d'absorption, etc.);
- les prédispositions du consommateur (humeurs, attentes, santé, habitude);
- l'environnement social (accompagnement, ambiance, influences).

Il conviendrait également de prendre en compte deux autres facteurs tout aussi déterminants, soit les effets de synergie résultant de la consommation simultanée de plusieurs produits aux effets parfois antagoniques et souvent imprévisibles et, au-delà des raisons explicitement exprimées, de l'intentionnalité profonde servant de mobile à la consommation. Ces deux facteurs, si importants soient-ils, sont par contre presque impossibles à observer ou à déterminer avec exactitude. Pour chacune des grandes catégories de produits psychotropes, voici comment peut être caractérisé le rapport à la violence (Paquin, 1999).

Les *dépresseurs du SNC* présentent une faible probabilité d'occurrence de comportements violents dus aux effets du produit comme tel. La probabilité de violence augmente lorsque les doses deviennent excessives ou que la consommation se fait par voie d'injection à cause de l'intensité ressentie par le consommateur, particulièrement au niveau de l'effet de désinhibition. Souvent ici, le risque de violence est plutôt lié à l'état de manque ou de recherche parfois frénétique du produit pour échapper à la sévérité des effets de sevrage. Dans le cas des médicaments vendus sans ordonnance ou des opiacés, il peut y avoir des risques de violence reliés au stress de la confrontation avec un milieu illégal. Dans la majorité des cas, il s'agira surtout de manifestations de violence tournée contre soi telles que des automutilations ou des actes parasuicidaires, ou

encore contre la propriété ou un objet transitionnel. On observe généralement peu de violence contre d'autres personnes.

Les *stimulants du SNC* quant à eux présentent un risque élevé, une probabilité importante de violence due aux effets excitants et activateurs du produit sur l'organisme. Ce risque est encore plus élevé chez les usagers chroniques, particulièrement à l'occasion de longues périodes de consommation (« binges », « galères » et « gos ») au cours desquelles la personne peut en venir à perdre le contact avec certains éléments modérateurs de la réalité pour ne plus écouter que son impulsion envahissante. Les risques sont évidemment plus élevés si les quantités consommées sont importantes, administrées par injection ou mélangées avec d'autres produits. Un « cocktail » particulièrement explosif est le mélange d'amphétamines avec de l'alcool. Le risque inhérent à la fréquentation d'un milieu illégal s'ajoute bien sûr à tous ces éléments.

Pour ce qui est des *perturbateurs du SNC*, la probabilité de violence due aux effets directs du produit sur l'organisme est assez faible, surtout dans le cas de l'usage du cannabis. L'état d'âme, le niveau de stress et les attentes de la personne au moment de la consommation semblent ici les éléments exerçant la plus grande influence sur le comportement. Les risques deviennent plus grands, dans les cas peu fréquents de « bad trips », lorsque le consommateur a un sentiment de frayeur ou de stupeur et de perte de contrôle; la panique peut alors faire surface et générer des comportements violents envers soi-même ou les autres. Le stress lié à la fréquentation d'un milieu illicite est également bien senti dans la plupart des cas.

L'*alcool*, peut-être parce qu'il est le produit psychotrope le plus consommé et le mieux intégré à nos coutumes, présente la probabilité la plus grande de violence due aux effets du produit sur l'organisme, particulièrement en vertu de son effet de désinhibition prononcé. Ici encore, la personnalité du consommateur est déterminante, un individu ayant des dispositions agressives ou asociales risquant davantage de recourir à la violence qu'une autre personne lorsque intoxiqué. Les risques se trouvent augmentés pour une consommation où la concentration sanguine se situe entre .09 et .29. De petites quantités d'alcool créent souvent un effet tranquillisant, déstressant, activant qui peut amener certaines formes de violence symbolique ou verbale alors que de plus grandes quantités entraînent une certaine perte de capacité d'agir, de coordination motrice, un ralentissement moteur et de la somnolence. Parfois, la perte de contrôle ou « blackout » amène la personne à des comportements dont elle ne mesure pas réellement la portée. Ces risques se trouvent augmentés par l'usage abusif et chronique, les mélanges avec d'autres produits, l'alcool accompagnant fort mal tant les déprimeurs que les stimulants, ainsi que les situations où il y a de fortes interactions sociales (party, compétition). Parfois, les risques de violence peuvent aussi être liés à l'état de manque (sevrage) bien que cette situation soit moins fréquente pour toutes sortes de raisons dont la grande disponibilité du produit n'est pas la moindre.

Il est à noter que **l'alcool** est presque toujours présent dans les situations de polyconsommation et qu'il s'agit statistiquement du **produit le plus souvent impliqué dans des situations où prennent place des comportements de violence** (Nadeau, 1990; CPLT, 1999). De plus, les jeunes de 15 à 19 ans représentent la seule cohorte de la population québécoise parmi laquelle on enregistre une nette augmentation de la consommation annuelle moyenne et, l'alcool étant un produit tératogène, le syndrome d'alcoolisme foetal brise bien des vies avant qu'elles n'aient commencé. Comme société, notre tendance à tolérer l'alcool et à banaliser ses effets relève presque de la pensée magique...

Quand mon trip me fait mal

Souvent, lorsqu'on évoque l'association entre surconsommation de drogues et violence, le discours présente **le toxicomane comme l'agresseur plutôt que comme la victime**. Cette réalité existe, nous la côtoyons malheureusement bien trop souvent à travers notre pratique pour pouvoir l'ignorer. Lemay (1979) nous fournit cependant une approche schématique permettant de mieux apprécier la vulnérabilité de la personne toxicomane à plusieurs égards. Il divise la population en deux groupes distincts, les caractériels et les dépressifs, dont les traits saillants en regard de leur rapport aux drogues, à eux-mêmes et à leur environnement sont les suivants :

Caractériel

Surestime de soi
Dévalorisation vient de l'extérieur
Pas de lutte intérieure
Absence de freins moraux
Conflit avec l'autorité
Peu d'introspection
Acting out extériorisé
Difficulté à accepter l'encadrement
Adaptation agressive au milieu
Absence de culpabilité
Difficulté d'empathie

Dépressif

Faible estime de soi
Dévalorisation vient de soi
Lutte intérieure
Présence de freins moraux
Peut vivre les conflits
Capacité d'introspection
Acting out internalisé
Capacité d'encadrement
Dépendance face au milieu
Présence de culpabilité
Capacité d'empathie

Cette grille nous amène à nous préoccuper également des méfaits directs et indirects de la surconsommation pour le toxicomane lui-même, un aspect du couplage drogue-violence souvent ignoré dans les médias mais avec lequel les intervenants en toxicomanie sont appelés à composer à tous les jours.

La **violence qui brise la relation** est peut-être l'une des plus difficiles à surmonter, puisqu'elle agit comme réponse inadaptée à un besoin ressenti avec une telle intensité qu'elle transcende les contrôles sociaux et cognitifs, mais elle n'en contribue pas moins à la dévalorisation de la personne, à l'exacerbation de ses conflits avec l'autorité ainsi qu'à son exclusion sociale (Fournier, 1996), autant de méfaits importants dont le coût social et économique pèse lourdement dans la balance de la souffrance associée à la surconsommation.

La **violence reliée au trafic illicite** d'une bonne partie des produits faisant l'objet de surconsommation, résultante directe de notre approche prohibitionniste de la toxicomanie, dont les nombreux et coûteux effets pervers comprennent notamment la hausse artificielle du prix des substances, l'absence de contrôle en regard de leur qualité et la criminalisation tant des petits revendeurs que des usagers. Un mythe populaire mérite d'être déboulonné au passage : tous les délits commis en périphérie du phénomène de la toxicomanie ne sont pas violents. Souvent, on a tendance à confondre violence, délinquance et illégalité alors que le vol, le recel, la prostitution, la revente sont autant de délits courants le plus souvent accomplis sans que la violence ne soit présente (Fournier, 1999 et Paquin, 1999). Cependant, la violence chez les jeunes est de plus en plus intense, armée et organisée, elle prend souvent la forme de guerre entre gangs de la rue et plus souvent qu'autrement, la drogue y est pour quelque chose (L'Abbé et al., 1996).

Cloutier et Legault (1991) ont démontré l'existence d'un lien entre la surconsommation de produits psychotropes par les jeunes en situation d'insertion scolaire, leurs **comportements suicidaires** et certains aspects de leur vie personnelle, familiale et scolaire. Dans l'ensemble de la population québécoise, le quart des personnes qui se suicident présentent un trouble relié à l'alcool et le taux annuel de suicide chez les alcooliques est nettement supérieur à la

moyenne alors que pour les drogues, les jeunes des deux sexes présentent les risques les plus élevés en regard de leur consommation (Tousignant et Payette, 1997).

Les surconsommateurs vivent aussi des problèmes reliés à la **violence conjugale**, et ce tant chez les jeunes que parmi la population adulte. Cependant, la plupart des données disponibles sur le sujet provenant d'études portant sur des échantillons cliniques, il est peu probable qu'elles puissent représenter l'ensemble du phénomène de la toxicomanie et de la violence conjugale. De plus, comme le font remarquer avec justesse Brown et al. (1999), la violence conjugale est l'une des formes que peut prendre la violence survenant dans un contexte interpersonnel et familial, chacune présentant ses propres attributs, se développant suivant ses propres dynamiques et impliquant des niveaux de risque spécifiques. Le niveau de violence observé dans les **relations de couple chez les adolescents** est plutôt important mais, sauf en ce qui a trait aux abus verbaux, les jeunes eux-mêmes ne semblent pas conscients de l'ampleur du phénomène (Beau Voyage, 1996) et la conspiration du silence est un élément déterminant de la sous-estimation de la situation réelle sous ce rapport.

Pour conclure

Enfin, il convient de souligner, car nous ne le répéterons jamais assez, que, somme toute, dans le **rapport drogue-violence, l'état de dépendance** du surconsommateur envers le produit est probablement l'une des **plus terribles formes de violence auto-infligée** que le toxicomane puisse vivre. Cette dépendance est source de problèmes de santé tant physiologique que mentale reliés à la surconsommation et/ou à l'état de manque, de problèmes d'ordre légal, de marginalisation et d'exclusion, parfois même d'itinérance et de misère. Bref, les méfaits associées à la condition du dépendant toxicomane sont nombreux et bien documentés. Quand cette **dépendance aux drogues** se double d'une **dépendance à la violence** comme mode d'expression des besoins ou façon d'établir le contact avec l'extérieur, la souffrance devient le lot de tous les acteurs impliqués dans une situation donnée. La violence peut être la cause de la surconsommation, la surconsommation peut aussi être source de violence. La violence peut être consécutive à la surconsommation tout comme celle-ci peut être consécutive à des actes violents. Le rapport n'est pas simple à établir ni à comprendre, mais l'intimité qui le caractérise et la souffrance qui en résulte nous interpellent et nous suggèrent de trouver des pistes d'action pour le plus grand bien-être de tous.

Cependant, nous devons toujours garder à l'esprit que nous vivons dans une société où la violence est mieux tolérée que la consommation de plusieurs produits psychotropes. L'opprobre publique vilipend volontiers le consommateur de cannabis ou même le simple fumeur de cigarettes alors que la violence s'apprend via les Pokémon ou les jeux Nintendo et que pour être politiquement correct aux États-Unis, le bon vieux cowboy Lucky Luke a dû laisser tomber sa cigarette « rouleuse » mais a pu conserver son revolver bien en vue à la ceinture... Des jeunes se tiennent régulièrement devant la porte du dépanneur du coin pour demander aux clients adultes de leur acheter tabac et alcool, qu'ils finissent bien entendus par obtenir.

Rien n'est clair, surtout pas les messages que nous envoyons à nos jeunes en matière de consommation ni de violence. Il importe donc de commencer par faire un certain ménage dans nos propres valeurs personnelles et professionnelles afin de pouvoir être véritablement aidants comme adultes, comme parents et comme intervenants. Le défi vaut la peine d'être relevé car nous avons tous besoin de

soulagement, car nous souffrons d'une manière ou d'une autre des retombées négatives de l'association drogue et violence, car la violence en elle-même est une drogue qui fait mal à tout le monde. ■

Références

Brown, T. G.; Werk, A.; Seragianian, P. et Singh, M. K. (1999). *Toxicomanie et violence conjugale : Recension des écrits et état de la situation au Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Centre Le Beau Voyage (1996). *Vade-Mecum, animations et prévention pour adolescents*. Montréal : Centre Le Beau Voyage

Cloutier, R.; Legault, G. (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur le suicide et la toxicomanie*. Montréal : Auteur.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). *Fascicule. L'intoxication à l'alcool : mieux comprendre pour mieux agir*. Montréal : Auteur.

Fournier, F. (1996). *Enfants nous les embrassons, adolescents nous les embarrassons*. Montréal : Fides. 159 pages.

Giguère, M.; Lavoie, F.; Gagné, M.-H. et Vézina (1994). *J'appelle pas ça de l'amour...* Québec : Université Laval. Document vidéo 26 min. et guide d'accompagnement, 24 pages.

L'Abbé, Y. et al. (1995). *La violence chez les jeunes*. Montréal : Éditions sciences et culture, 207 pages.

Le Blanc, M. (1989). *Prédire les actes de violence de l'adolescence à la jeunesse. La violence et les jeunes : la comprendre, la contrer, ça vaut le coup!* Montréal : Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse; Centre des services sociaux du Montréal Métropolitain, p. 67-72

Lemay, M. (1979). *J'ai mal à ma mère*. Montréal : Éditions Fleurus, 362 pages.

NIDA (1990). *Drugs and violence : causes, correlates and consequences*. NIDA Monography, Washington

Paquin, P. (1999). *Adolescence et conduites de risque*. Recueil de notes pour le cours TXM 2400. Montréal : Université de Montréal, F.E.P.

Tousignant, M. et Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Robitaille, L. et Lavoie, F. (1992). *Les relations de couple des jeunes et la violence : une étude exploratoire*. Sainte-Foy, Université Laval, 14 pages.

Rondeau, G. (1992). *Alcool, toxicomanie et violence envers la conjointe*. Article inédit déposé au CQDT, 7 pages.

Wilcox, M. (1991). *Si seulement il pouvait cesser de boire*. Bulletin Vis-à-vis. Montréal : Université de Montréal.

L'auteur

Formé en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, M. Pierre Paquin est intervenant en toxicomanie au Centre Dollard-Cormier, à Montréal, depuis 1978. Il agit également comme chargé de cours aux programmes des certificats en toxicomanie des universités de Montréal et de Sherbrooke et comme responsable ou collaborateur à plusieurs projets et programmes d'intervention préventive, notamment le Programme de Consommation Réfléchie d'Alcool (P-CRA). Depuis quelques années, il se consacre particulièrement à l'intervention préventive avec les jeunes et les familles. Formateur et conférencier, il est aussi impliqué comme président du conseil d'administration de Spectre de Rue, organisme communautaire travaillant au centre-ville de Montréal auprès des jeunes vivant des problèmes reliés à l'itinérance, la prostitution ou la toxicomanie.

JOURNÉE DE FORMATION *

HÉPATITE C sans frontières

Offerte gratuitement grâce à l'aide financière de Santé Canada dans le cadre du Programme de prévention, soutien et recherche pour l'hépatite C. Cette journée de formation s'adresse aux intervenants qui ne sont pas des professionnels de la santé mais qui oeuvrent auprès d'une clientèle à risque.

Contenu

• DESCRIPTION DU VHC

- Historique
- Caractéristiques
- Effets et impacts
- Diagnostic
- Intervention et traitement médical

• ÉPIDÉMIOLOGIE

- Situation au Québec
- Situation chez les toxicomanes québécois
- Situation internationale

• MODES DE TRANSMISSION

- Dans la population en général
- En lien avec la toxicomanie
 - Rituel d'injection
 - Contexte d'injection

• PRÉVENTION - INTERVENTION

- Consignes préventives générales
- Consignes préventives spécifiques aux UDI (utilisateurs de drogues injectables)
- Dépistage
- Consignes d'intervention précoce
- Impact et effets secondaires du traitement médical
- Outils et ressources
- Programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par l'hépatite C

Où et quand ?

- 28 avril JOLIETTE
- 1^{er} mai CHICOUTIMI
- 1^{er} mai QUÉBEC
- 11 mai DRUMMONDVILLE
- 12 mai BAIE-COMEAU
- 16 mai MONTRÉAL (avec traduction en anglais)
- 19 mai MONT-JOLI
- 2 juin HULL
- 2 juin AMOS
- 5 juin SHERBROOKE

Pour recevoir un dépliant : (450) 646-3271

La drogue et les bandes de jeunes : que peut faire la police?

LOUISE LOGUE

Coordonnatrice section jeunesse, Police Ottawa-Carleton

Beaucoup. Les policiers sont considérés comme les gardiens de la paix collective.

Dans le cadre de leurs fonctions, les agents de la paix ont à traiter avec tous les citoyens. Les

jeunes forment environ 40 % de la population.

L'âge des membres dans les bandes de jeunes varie entre neuf et quatorze ans.

Par bande, on entend un groupe d'au moins trois jeunes s'adonnant à des activités criminelles. Les critères pour attribuer le titre de bande à un groupe de jeunes sont les suivants :

- 1) Source de renseignement fiable (membre de la bande elle-même);
- 2) Source de renseignement fiable (membre d'une bande rivale);
- 3) Source de renseignement fiable et reconnue au sein de la collectivité (école, entreprise, citoyen);
- 4) Renseignements fournis par la police suite à l'observation de liens avec des membres connus de la bande;
- 5) Aveu même des membres de la bande;
- 6) Participation à des crimes reliés aux bandes (avec ou sans inculpation);
- 7) Antécédents judiciaires établissant l'appartenance à une bande de jeunes.

Pour établir l'appartenance d'un jeune à une bande, le critère numéro six doit être rempli.

La plupart des communautés nord-américaines éprouvent une peur générale de la violence associée aux bandes. Les comptes-rendus médiatiques des menaces, agressions et vols perpétrés par les bandes de jeunes à l'endroit de victimes sans méfiance ont contribué à alimenter la perception que ces bandes sont nombreuses et actives dans toutes les écoles et les collectivités.

La réalité est tout autre car seulement un très petit pourcentage de jeunes, soit 10 % environ, sont impliqués dans des activités de bande en plus de partager les mêmes facteurs contributifs de risque.* Le recours aux échelles cliniques, comme celles basées sur l'inventaire des risques et des besoins**, révèle que la majorité de ces jeunes ont eu des démêlés avec la justice pour

des comportements antisociaux ou criminels mineurs. De plus, l'inventaire précise que la majorité des jeunes appartenant à une bande ont des antécédents de comportements nuisibles à l'école, tant avec le personnel que les autres étudiants, et que la quatrième et la cinquième année scolaire constituent les années les plus difficiles pour eux.

Bien que l'appartenance à une bande de jeunes transcende l'âge, le sexe et la situation économique des membres, la plupart d'entre eux possèdent plusieurs autres dénominateurs communs. Ainsi, les membres partagent plusieurs, mais pas toutes les caractéristiques suivantes :

- pauvre estime de soi lorsqu'ils se comparent à la population en général;
- absentéisme à l'école ou exclusion totale du milieu académique;
- exposition accrue à la violence comme mode de divertissement;
- peu ou pas de supervision adulte;
- absence de modèles positifs de comportement;
- abandon émotionnel causé par le divorce des parents;
- perception négative des possibilités d'avenir;
- victime ou auteur de violence familiale;
- faible exposition aux influences ou expériences positives extérieures.

Le plus grand dénominateur commun chez ces jeunes est la consommation de drogues, y compris l'alcool. Presque tous les jeunes qui appartiennent à une bande affirment avoir commencé très jeune à s'adonner à la drogue (vers 11 ou 12 ans) et la majorité reconnaissent consommer des drogues illicites et de l'alcool simultanément!

Plusieurs jeunes impliqués dans des actes de violence déclarent consommer des substances psychodysléptiques avant de commettre une agression parce que cela accroîtrait leur sentiment de puissance!

Selon les spécialistes en sciences sociales, la famille où naît un enfant constitue le « groupe primaire ». C'est auprès de son groupe primaire qu'un enfant acquiert les normes, les valeurs, les croyances, les fondements moraux, l'esprit de camaraderie, l'estime de soi, la sécurité, le sens d'appartenance et le sentiment général de bien-être.

Lorsqu'un jeune reconnaît la bande comme son groupe primaire, cela pose plusieurs problèmes car leurs aptitudes sociales, comme le contrôle des impulsions, la maîtrise de la colère, la communication efficace, l'écoute active et l'aptitude à résoudre les problèmes sont toutes inférieures à la normale des jeunes de la population en général.

* Les facteurs contributifs de risque sont des indicateurs psychobiologiques et sociaux mesurés sur une base psychométrique en vue d'établir la propension des jeunes à violer les lois ou les règlements.

** L'inventaire des risques et des besoins est une échelle d'évaluation clinique mesurant les besoins d'un jeune en matière de services et précisant le degré ou le risque de récidive si ces besoins ne sont pas satisfaits.

Si, en plus de toutes ces déficiences, les jeunes consomment des substances psychodysléptiques, il faut s'attendre à ce qu'ils aient des sursauts de violence. Solidaires comme une meute de loups, les bandes de jeunes s'imposent par la violence et la menace dans les écoles et les communautés grâce à la fausse sensation de puissance et de contrôle engendrée par la drogue. Parmi les incidents les plus souvent signalés à la police, on retrouve :

- des violations de propriété;
- des vols;
- des actes de vandalisme;
- des vols de voiture;
- des cas d'extorsion;
- des agressions;
- des vols qualifiés
- et, dans des cas extrêmes, des enlèvements ou des homicides.

Le jeune qui joint les rangs d'une bande voit ses comportements antisociaux renforcés. Ce renforcement alimente le sentiment d'appartenance, l'identité et le statut social du jeune, perpétuant ainsi le cycle des abus de drogues, de la violence et du détachement de la collectivité.

Un jeune membre d'une bande peut ainsi cibler son agressivité plutôt que de se morfondre dans un état général d'anxiété et de colère. Plutôt que de chercher des solutions à ses déficiences par le biais de l'interaction, le jeune se tourne vers la bande et la consommation de drogues pour obtenir des solutions plus rapides. Ajoutez à cela la facilité à se procurer des armes et les effets désinhibiteurs des drogues, il est aisé de voir pourquoi la société est si préoccupée par les effets néfastes des bandes de jeunes et de la consommation de drogues.

Le Service de police régional d'Ottawa-Carleton considère le dépistage précoce et l'intervention rapide comme les meilleurs moyens de réduire la tendance des jeunes à s'adonner à des comportements problématiques. Le dépistage précoce des jeunes à risque et l'élaboration de plans d'action sur mesure se sont révélés des moyens efficaces pour réduire les risques de récidive.

Les enquêteurs, le personnel des écoles et des organismes communautaires travaillant auprès des jeunes, les parents et une équipe spécialisée d'enquêteurs de police jeunesse travaillent d'arrache-pied à évaluer les besoins des jeunes à risque en matière de services. Ces jeunes sont souvent signalés comme personnes disparues ou engagées dans des activités antisociales tant à la maison que dans la communauté. Retourner ces jeunes à la maison ne règle en rien ce qui les a poussés à poser leur geste en premier lieu. Dans le cadre de l'élaboration des plans d'action, on prend des mesures pour s'attaquer aux facteurs contributifs de risque, diminuant ainsi les possibilités de récidive.

La mise sur pied d'équipes comprenant des éducateurs afin de tenir des séances d'information proactives auprès des jeunes et de leur famille sur le phénomène des bandes, la consommation de drogues ainsi que les droits et les responsabilités des parents sont quelques-uns des sujets où les partenariats ont prouvé leur efficacité comme stratégies de prévention. Par ailleurs, le Service de police régional d'Ottawa-Carleton dispose d'un centre police jeunesse comprenant un groupe de préparation des devoirs, un programme d'encadrement, un programme d'informatique ainsi que plusieurs programmes de déjudiciarisation. Cette initiative de prévention criminelle de renommée nationale offre ses services à plus de cinq cents jeunes des quartiers environnants. Le succès de tels centres découle de partenariats avec les intervenants communautaires (écoles, familles, groupes d'entreprises, organismes jeunesse, etc.).

Ne rien faire équivaut à ouvrir la porte à la violence et aux crimes des bandes de jeunes. Ne rien faire équivaut aussi à dire aux jeunes qui souffrent que personne ne s'intéresse à eux. Une telle approche ne ferait que perpétuer le sentiment d'impuissance et de désespoir des jeunes quant à leurs chances de succès.

Bien que le Service de police régional d'Ottawa-Carleton croit que l'incarcération s'impose dans certains cas, les programmes se concentrant sur le dépistage et le traitement des facteurs contributifs de risque se révéleront sans nul doute beaucoup plus profitables pour l'ensemble de la société. ■

	Quantité	Prix	
		membre	/non-membre
La violence chez les jeunes	_____	18,50 \$	19,95 \$
Suicide - trente adolescents parlent de leurs tentatives	_____	18,95 \$	19,95 \$
La colère et vous	_____	17,95 \$	19,95 \$
Délinquances et délinquants	_____	39,00 \$	42,00 \$
Actes du colloque 1999 Toxicomanie et violence : agir ensemble	_____	8,00 \$	10,00 \$

Veillez ajouter 4,25 \$ pour les frais de manutention. Si plus de deux livres, veuillez calculer 2,50 \$ par livre (maximum 10 \$).

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

Visa : _____ Exp. : _____

Signature : _____

Nom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : (____) _____

Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées. Un manuel d'intervention

Myrna Reis et Daphne Nahmiash

Ce manuel offre une description détaillée d'un modèle d'intervention élaboré, en partie, à la suite d'une recherche réalisée au sein d'un organisme de santé et de services sociaux. Dans le présent ouvrage, Myrna Reis et Daphne Nahmiash démontrent l'efficacité de leur méthode de dépistage et d'intervention utilisée auprès des personnes âgées victimes de négligence et de mauvais traitements. À l'aide d'histoires de cas, elles illustrent la mise en application et les divers aspects des sept étapes de leur démarche. Le modèle d'intervention Reis-Nahmiash vise à prévenir et à résoudre les problèmes de violence dont sont souvent victimes nombre de vieillards. Il est tout à fait souhaité que les lecteurs puissent l'utiliser avec succès et poursuivre son développement. C'est sans contredit tous ensemble qu'il faut lutter contre les mauvais traitements infligés aux gens âgés. *Disponible à Distribution de livres Univers au 1 800 859-7474.*

L'estime de soi, un passeport pour la vie

Germain Duclos

Dans un langage simple, l'auteur Germain Duclos, démontre en quoi l'estime de soi est le plus précieux héritage qu'on peut léguer à un enfant. Plus précisément, il traite du rôle des parents et des éducateurs dans le développement de l'estime de soi chez l'enfant. Les quatre composantes de l'estime de soi - le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe, le sentiment de compétence - sont décrites, et l'auteur explique comment elles peuvent être transmises à l'enfant par toute une série d'attitudes éducatives positives. Par cette collection, l'Hôpital Sainte-Justine exerce un aspect fondamental de sa mission, celui de promouvoir la santé des mères et des enfants en faisant appel aux meilleurs spécialistes et vulgarisateurs. *Disponible au Service des publications de l'hôpital Sainte-Justine au (514) 345-2350.*



La violence chez les jeunes

Ouvrage collectif

Ce volume s'adresse à un éventail important de personnes désireuses de mieux comprendre le phénomène de la violence chez les jeunes ou qui cherchent à peaufiner leurs interventions. Les parents confrontés à la violence de leur jeune adolescent(e), les enseignant(e)s et les policier(ère)s, qui côtoient régulièrement les jeunes, trouveront réponse à plusieurs de leurs questions. Les intervenants sociaux et psychosociaux travaillant à la rééducation de ces jeunes pourront également

tirer profit des réflexions et des suggestions contenus dans cet ouvrage. *Disponible à l'AITQ au coût de 19,95 \$ (18,50 \$ pour les membres).*

Suicide - Trente adolescents parlent de leurs tentatives

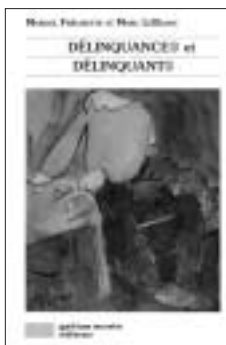
Marion Crook

Parmi les trente jeunes interviewés par Marion Crook dans différentes villes, nombreux sont ceux qui ont pensé qu'elle était la seule personne à qui ils pouvaient se confier. *Suicide. Trente adolescents parlent de leurs tentatives* a été écrit pour aider les adolescent(e)s, leurs parents, les professeurs, les conseillers à parler ensemble du suicide, la deuxième cause de décès chez les adolescent(e)s. *Disponible à l'AITQ au coût de 19,95 \$ (18,95 \$ pour les membres).*

La colère et vous. Un guide pour mieux composer avec les émotions issues de l'abus de substances

Gayle Rosellini et Mark Worden

Cette édition révisée d'un best-seller sur la nature et la gestion de la colère enseigne aux lecteurs comment travailler sur la colère d'une façon positive et efficace. Cette approche rend plus facile les problèmes et les défis plutôt que de les exacerber. De façon chaleureuse, exempte de confrontation, *La colère et vous* amène les lecteurs à découvrir la source de leur colère et les formes qu'elle prend - tels la violence, la dépression, le ressentiment, la manipulation et le mur du silence. Gayle Rosellini et Mark Worden explorent divers styles de colère et apportent ainsi des lignes directrices claires et sensées pour exprimer sa colère, surmonter ses « idées préconçues » et « confronter sans rancune ». Leurs exemples tirés du quotidien, leurs conseils terre-à-terre pour transiger sans peur et sans culpabilité avec la colère - et sans blesser les autres ou soi-même - offrent aux personnes addictives, aussi bien qu'aux membres de leur famille et amis, un moyen pour passer à travers l'un des pièges les plus dangereux des débuts de la recouvrance (recovery). *Disponible à l'AITQ au coût de 19,95 \$ (17,95 \$ pour les membres).*



Délinquances et délinquants

Marcel Fréchette et Marc LeBlanc

Les propositions pratiques qui découlent des travaux des auteurs peuvent fournir d'utiles points d'appui pour les parents et les intervenants qui oeuvrent quotidiennement auprès des jeunes délinquants. Ainsi, les policiers, les juges, les avocats, les éducateurs et les intervenants sociaux qui prennent en charge les adolescents en difficulté pourront trouver dans ce livre des informations pertinentes à leur action.

Disponible à l'AITQ au coût de 43 \$ (39 \$ pour les membres).

Trousse de prévention de la violence à l'école secondaire

Cette trousse est destinée aux enseignants, aux professionnels, aux animateurs de la vie étudiante, à la direction et aux élèves. Les principaux sujets traités sont : la violence dans la culture (vidéo-clips), les médias et les jeux vidéo, la violence dans les relations amoureuses, des solutions au sexisme et à l'exclusion, des exemples de jeunes qui ont choisi de poser des actions pacifiques, la violence et le sport professionnel, la violence et la guerre et le suicide. Comment amener les élèves à rompre « la loi du silence » pour faire face aux situations de chantage, de menaces, de violence de gangs? Comment aborder la question du vandalisme? Également à l'aide de certains textes classiques, les élèves apprennent à réagir aux mots qui tuent.

Les possibilités d'actions sont multiples et diversifiées. La démarche est progressive et s'adapte aux réalités de l'école, allant d'une semaine organisée par quelques animateurs, à un projet global permettant à la majorité du personnel, des parents, des élèves et du milieu communautaire de participer. Selon la motivation et le temps dont dispose chaque équipe-école, on y trouve les éléments d'un programme de prévention qui peut s'échelonner sur l'ensemble de l'année scolaire. *Pour vous procurer cette trousse, nous vous invitons à communiquer directement avec la Fondation Docteur Philippe-Pinel, à Montréal, au (514) 648-5599.*

Programme de formation

Longueuil, 12 mai 2000, de 9 h à 17 h

TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE : LA MAGIE D'UN BON « MIX ».

Illusion versus réalité

Formatrice :

Paulette Guinois, directrice générale de la Maisonnée de Laval

Objectifs :

- Comprendre la dynamique du dépendant aux psychotropes et au jeu ainsi que ses caractéristiques.
- Distinguer les particularités cliniques associées à ces deux dépendances et leurs enjeux.
- Élaborer des pistes d'intervention propres à ces doubles problématiques.
- Appliquer les notions acquises à partir d'histoires de cas cliniques et de jeux de rôles présentant ce doubles problématiques.

Contenu :

- Présentation de l'ampleur du problème.
- Notions théoriques sur la dynamique du dépendant aux psychotropes et au jeu.
- Particularités cliniques associées à ces deux dépendances.
- Présentation de pistes d'intervention propres à ces doubles problématiques.
- Modèle d'intervention et outils de traitement.
- Prévention de la rechute.
- Applications pratiques à partir d'histoires de cas cliniques et de jeux de rôle.
- Périodes de questions sur les difficultés que rencontrent les participants avec ces doubles problématiques.

Hull, 16 mai 2000 / Québec, 26 mai 2000

MATERNITÉ ET TOXICOMANIE : DUEL OU DUO?

Formatrice :

Marielle Venne, travailleuse sociale, CHUM, Campus Saint-Luc

Objectifs :

- Comprendre les forces antagonistes lorsque survient la grossesse chez la toxicomane.
- Développer des outils d'évaluation et d'intervention.
- Réfléchir sur nos valeurs, nos limites et notre éthique.

Contenu :

- Notions théoriques sur le développement du lien d'attachement mère-enfant.
- Analyse des enjeux et des écueils de la maternité chez la toxicomane.
- Exposé des impacts de la toxicomanie maternelle sur le fœtus et sur le lien mère-enfant.
- Applications pratiques à partir d'histoire de cas cliniques.

Pour recevoir un formulaire d'inscription :

(4 5 0) 6 4 6 - 3 2 7 1

Programmation 2000-2001

Le programme détaillé sera disponible à compter de juin. Les titres sont sujets à changement mais les thèmes abordés seront les mêmes.

À Longueuil :

- Toxicomanie et personnalité borderline
- La gestion expérientielle
- L'intervention auprès des proches
- L'évaluation des programmes
- Mise à jour sur les substances psychotropes
- Les considérations éthiques en toxicomanie
- La motivation au changement

À Québec :

- Intervention auprès des proches
- Gestion expérientielle
- Toxicomanie et personnalité borderline
- La dépendance affective

Inscription :

Pour recevoir le programme* et les formulaires d'inscription, veuillez appeler au (450) 646-3271 ou faire votre demande par télécopieur au (450) 646-3275

* Toute les personnes ayant suivi une formation durant la dernière année recevra le programme sans en faire la demande.