

LA TOXICOMANIE

Par

ROXANNE BÉDARD DE COURVAL
AUDREY DARAÏCHE
ANNE-SOPHIE GINGRAS
NOÉMIE PHARAND

Présenté à

CHRISTIANE MIGNAULT
JACQUES PROVOST

Cégep Édouard-Montpetit
Démarche d'intégration des acquis en sciences humaines
cours 300-301-RE, groupe 1035
7 mai 2015

Le fonctionnement du cerveau lorsqu'il est question d'addiction

Par Roxanne Bédard-De Courval

Drogues, stupéfiants, médicaments, alcool, eau de vie ou spiritueux, peu importe comment elles se font appeler, ces substances peuvent être source de bien plus qu'un moment de détente. La toxicomanie en est la preuve, les recherches pour contrôler ses effets envahissants et destructifs sont d'actualité, mais elles prennent une tout autre tournant lorsqu'elles révèlent que le fonctionnement du cerveau serait de nature addictive (Loonis, 1998, p.1). Si le fonctionnement de cet organe maître du corps humain s'établit sous un modèle addictif, serait-il l'unique source des comportements dépendants ou ces comportements seraient-ils sociétaux? L'addictologie, nouvelle sphère en recherche sur les comportements addictifs se concentre sur le côté sociétal des addictions, en dirigeant ses recherches sur les comportements dépendants. Tandis que la toxicomanie base ses recherches en ayant pour point de mire la dépendance au produit et ses effets biologiques et neurologiques (Lalande, 2010, p.3).

De quelles façons ces substances d'abus agissent-elles sur l'organisme humain? Elles agissent en produisant un système de récompense, elles donnent une récompense, c'est-à-dire un stimulus positif tel que du plaisir, ce qui est la composante affective du système de récompense. Ensuite, elles provoquent un manque et une recherche de ce plaisir lorsque celui-ci disparaît, car la substance ne fait plus effet, ceci est appelé la phase motivationnelle, car par la suite l'individu répondra à cet effet motivateur et cherchera à combler le manque, qui est appelé le «craving». Ensuite, lorsqu'il y aura reprise de la substance d'abus, l'organisme aura appris par conditionnement que c'est ainsi qu'il peut recouvrir le plaisir qui l'a stimulé auparavant,

engendrant ainsi une boucle infinie dédiée à la recherche de cette sensation. Cette sensation influence le niveau du baromètre de l'état physique et psychologique, qui est une échelle du bien-être (Tassin, 2008, p.1).

Ce système de récompense est aussi appliqué au niveau du système dopaminergique, sérotoninergique et noradrénergique, ce sont trois systèmes qui contrôlent un certain niveau d'hormones dans le cerveau. Ils sont un second ensemble de neurones s'occupant de rediriger les informations entrantes vers les structures cérébrales concernées, en fonction des situations expérimentées par l'individu. Ils sont donc la cible numéro un des psychotropes puisque ceux-ci peuvent modifier l'acheminement de l'information et ainsi changer les réactions du système et de l'individu. Ainsi lorsque le système dopaminergique est activé par la prise de substance, il augmente la production de dopamine, hormone du bonheur, mais lorsque la substance ne le stimule plus, son niveau de production diminue et c'est ce qui provoque une baisse de l'état de bien-être. Ce qui crée aussi une boucle infinie puisque l'individu recherche le plaisir et le système recherche la stimulation pour produire à nouveau ses hormones au régime normal (Tassin, 2008, p.1-2).

Comment donc ces substances rendent-elles le corps addictif? À l'aide de la dynorphine et de l'orexine. La dynorphine est un peptide libéré dans le système nerveux du cerveau, elle est le médiateur des états émotionnels négatifs, qui sont souvent activés par l'usage de certaines drogues comme la cocaïne, l'amphétamine et autres. Ces drogues ont un effet direct sur le système dopaminergique, comme expliqué précédemment en augmentant son activité, c'est pourquoi elles produisent par la suite des états émotionnels négatifs. Donc l'activation subséquente du système de la dynorphine pourrait être le moteur conduisant au syndrome addictif (syndrome dysphorique) associé à la dépendance à la cocaïne, parce que son activation pourrait

causer la diminution de libération de dopamine et ainsi contrôler la libération d'un composant dysphorique du stress (Kobb, 2008, p.19).

Le système de l'orexine quant à lui aurait un rôle dans le processus neuro-adaptatif lié au comportement de dépendance. L'éveil des fonctions de stress de ce système pourrait être impliqué dans le processus de recherche de la drogue (le «craving») parce que des neurones, dans l'hypothalamus latéral du cerveau, sont activés par les indices laissés par le schéma du système de récompense associé à la drogue. En plus, ces neurones rétablissent le comportement éteint de recherche de la drogue, pour que celui-ci soit continu (Kobb, 2008, p. 20). C'est donc un état de stress perpétuel pour l'organisme puisque le «craving» est toujours rallumé par l'orexine qui est stressée par le système de récompense non-comblé. Le stress augmente aussi l'activité du système de dynorphine, c'est pourquoi la sensation de recherche de drogue est si puissante et incommode pour la personne (Kobb, 2008, p. 21).

La médecine neurologique est à l'origine de quatre traitements pouvant stopper l'addiction. Le premier se nomme l'agonisme, il consiste en une stimulation directe des récepteurs ciblés par la substance addictive, par une médication de substitution, prescrite à court ou long terme. Cette méthode procure le soulagement des symptômes de sevrage (incluant le «craving»), elle bloque l'effet pharmacologique des drogues, donc aucun changement dans la production normale de dopamine, sérotonine et adrénaline. Ce qui permet au système de reprendre son rythme originel. Cette méthode implique aussi que la posologie et que la méthode d'administration sont contrôlées et peuvent être graduellement réduite jusqu'à arrêt total d'usage. De plus, cette méthode étant un traitement clinique, elle implique que l'individu pourra avoir accès à des stratégies thérapeutiques complémentaires, comme une thérapie psychosociale, axant son bienfait sur les comportements addictifs à proscrire (Landry, 2009, p.6). Le deuxième traitement est l'antagonisme, c'est le

blocage de la stimulation des récepteurs propres à la substance d'addiction. L'administration d'une substance antagoniste pour bloquer les récepteurs ciblés par la drogue, sans toutefois les activer, ce qui supprime les effets euphorisants de celle-ci. Par contre, ce traitement n'inhibe pas le «craving», ni le stress ni les stimuli associés à cette sensation, il ne fait que donner une barrière au corps contre la substance d'abus, car elle ne peut être absorbée dans l'organisme grâce à la substance antagoniste. Ce traitement est donc seulement efficace chez les sujets hautement motivés puisqu'il ne supprime pas leurs envies, ce qui serait peut-être une raison du haut taux de non-adhérence à ce traitement.

Il faut aussi savoir que chaque substance d'addiction a sa propre substance antagoniste et que les chercheurs n'ont pas encore réussi à trouver la totalité d'entre elles. Par exemple, la mécamylamine en combinaison avec la TRN seraient efficace contre le tabagisme, le naltrexone serait antagoniste à l'héroïne, mais les recherches concernant une substance antagoniste à la cocaïne n'ont encore rien donné (Landry, 2009, p. 11).

Le troisième traitement porte sur la résolution du problème d'alcoolisme par des stratégies aversives. Le traitement serait dans le but de décourager l'individu dépendant de consommer avec une substance nommée disulfiram, qui inhibe de façon irréversible l'aldéhyde déshydrogénase, qui assure habituellement la transformation d'acétaldéhyde en acétate. Ainsi, le disulfiram entraîne une accumulation d'acétaldéhyde, ce qui cause beaucoup de symptômes désagréables chez l'individu qui consommerait de l'alcool. Cependant, ce traitement serait lui aussi seulement efficace chez les personnes hautement motivés puisqu'il ne supprime pas le «craving». Les chercheurs envisagent son jumelage à un autre traitement ciblant le «craving» afin de maximiser son efficacité (Landry, 2009, p.13). Une dernière technique n'est encore qu'une ébauche dans le domaine médical, il s'agit de l'immunologie. Un traitement qui ferait intervenir

le système immunitaire afin que celui-ci produise des anticorps contre la substance d'abus, ceux-ci empêcheraient donc son acheminement vers la barrière hémato-encéphalique, supprimant ainsi toute ses possibilités de produire des effets (Landry, 2009, p.14).

Ceci dit, si toutefois ces quatre traitements semblent efficaces, le côté psychosocial ne doit pas être oublié, puisque ce sont parfois des problèmes à l'échelle personnelle qui causent la chute vers la toxicomanie. Elle entraîne souvent l'isolation et la perte d'un cercle social d'appui pour le toxicomane, c'est pourquoi les traitements doivent toujours comporter une part thérapeutique afin d'aider mentalement les individus (Lalande, 2010, p. 2). D'autant plus que même si la médecine a démystifié le fonctionnement biologique d'une addiction, la provenance sociale de celle-ci est d'un tout autre ressort et ne pourra jamais être entièrement comprise et acquise.

La toxicomanie chez les mères

Par Audrey Daraïche

La toxicomanie chez les mères est un phénomène méconnu, que l'on essaie de cacher et de punir dans notre société. Pourtant, le processus d'addiction qui les maintient dans cet univers toxique ne dépend pas seulement de leur bon vouloir. En effet, bien qu'elles reconnaissent les conséquences néfastes que peut avoir leur statut de toxicomane sur le développement de leur enfant à venir et sur leur propre corps, la décision d'arrêter ou de diminuer la consommation repose sur bien d'autres facteurs (D. Volkow et Li, 2004, p.961). Parmi ceux-ci se retrouvent les expériences portées par ces femmes très similaires, le regard sévère que la société leur impose, ce que la grossesse représente pour elles et finalement les conceptions qu'elles ont de la mère « normale ». Seuls ces facteurs auront raison ou non de leur dépendance.

Parmi les conséquences que peuvent entraîner les agents tératogènes tels que l'alcool ou les drogues dures sur le développement du fœtus, plusieurs sont en lien avec une consommation forte de ces substances. En effet, plusieurs femmes déclarent avoir consommé de l'alcool ou même du tabac «une fois de temps en temps» et de façon modérée durant leur grossesse et soulignent que leur enfant n'en est pas pour autant affecté. Il est toutefois déconseillé et fortement dévalorisé de consommer ces substances lors de la grossesse. Il est prouvé que certains enfants sont nés avec des conséquences graves et permanentes au niveau de leur développement cognitif, tel que le syndrome d'alcoolisation fœtale qui diminue grandement le QI de l'enfant, frôlant la déficience mentale et qui présente des traits physiques très caractéristiques qu'il portera malheureusement toute sa vie, ou alors des troubles d'attention et d'agressivité notables. De plus, le regard que

porte la société dorénavant sur l'usage de l'alcool lors de la grossesse sur la mère est extrêmement sévère et lourd. La consommation d'alcool ou de drogues dépend donc souvent du degré d'éducation de la femme qui porte l'enfant : plus celle-ci connaît les impacts graves pouvant être provoqués par une consommation fréquente de psychotropes, plus elle optera pour l'abstinence lors de cette période. Dans le cas contraire, lorsqu'elle ne comprend pas le lien étroit que peut avoir la substance consommée avec le bébé en développement, « elle consommera de façon plus marquée en raison de son manque d'information. » (April et al, 2010, p. 35)

D'après une étude québécoise, il est possible d'établir un « profil type » de la mère qui consomme des substances psychotropes ou de l'alcool lors de la grossesse. En effet, la plupart des mères interrogées lors de cette enquête témoignent étonnamment toutes de problèmes similaires. Ces problèmes sont entre autres une enfance difficile, avoir eu des parents toxicomanes, des abus soit physique, psychologique ou sexuel dans leur enfance, la criminalité, des relations amoureuses toxiques, avoir quitté l'école en bas âge, des problèmes de santé psychologiques, problèmes chroniques de santé physique, etc. (De Koninck, 2003, p.110). Ces nombreux traumatismes mènent très souvent à un autre qui les empêchent souvent d'avancer malgré leur bonne volonté : la précarité financière. Ces mères, de façon générale presque toutes célibataires et donc seules pour subvenir aux besoins de leurs enfants, doivent la plupart du temps avoir recours à l'aide sociale pour survivre, faute d'études et d'expérience sur le marché du travail. Elles sont en quelques sortes prisonnières de leur misérable condition et n'ont pas les outils pour s'en sortir. La grossesse à ce moment de leur vie leur apparaît donc comme une perche que leur tend l'univers pour s'y agripper et s'extirper de leur situation. (De Koninck, 2003, p. 114)

Pour la plupart de ces femmes, la grossesse est non planifiée mais elles l'accueillent comme une façon inattendue de rejoindre la normalité qui est véhiculée dans la société, de quitter leur statut marginalisé pour de bon. Avec l'arrivée d'un enfant dans leur vie, elles ne se considèrent plus seules, mais responsables de quelqu'un qui dépend entièrement d'elles. Cela représente pour elles l'organisation dont elles n'ont jamais été capables d'établir dans leur vie par elles-mêmes. Chez les femmes rencontrées, cet événement les a changées, autant au niveau psychologique qu'au niveau de leur consommation. Une majorité d'entre elles avait diminué la consommation durant la grossesse (un arrêt étant impossible dans leurs cas sévères de toxicomanie). Dans un contexte où la vie n'avait aucun sens, où leur identité était transparente et qu'elles n'avaient aucune idée de ce que le futur leur réservait dû à leur manque de ressources sociales, l'enfant à venir pousse, force même, le regard en avant. La possibilité de se soustraire aux obligations sociales et à la vie (plusieurs avaient parlé de leurs nombreuses tentatives de suicide dans le passé) est désormais impossible. Elles voient la chose comme « une réponse de la vie, qui leur dit que le changement est possible et qu'elles ont la capacité de changer n'importe quelles habitudes néfastes qui les ont amenées à être exclues de la société » (De Koninck, 2003, p. 120) En réponse à ce changement, elles ont enfin le courage de faire les bons choix quant à leur entourage et leurs fréquentations qui pourraient nuire au développement de l'enfant, ou dans le cas contraire à renouer avec des gens auxquels elles auraient tourné le dos dans des moments intenses de consommation et qui pourraient les aider avec leur enfant à venir, financièrement ou de façon matérielle. Dans tous les cas, la grossesse amène ces femmes souffrant de graves problèmes de dépendance à se remettre en question et plusieurs d'entre elles arrivent à concrétiser les changements tant voulus.

Ces femmes déplorent pour la plupart le manque de compréhension des gens qui les entourent et qui souvent portent « les stéréotypes de mères toxicomanes comme des personnes centrées sur

elles-mêmes et indifférentes aux effets de leur consommation sur leurs enfants » (Couvrette, 2013, p. 2) Pourtant, ces femmes savent très bien qu'elles ne représentent en rien le modèle conventionnel de la mère véhiculé par la société et s'efforcent de le prouver. Elles l'évoquent très bien lorsqu'elles décrivent comment une mère devrait être. Ce modèle est d'ailleurs malheureusement que théorique, elles ne connaissent aucune femme dans leur entourage ayant ces capacités. Cela explique d'ailleurs pourquoi elles ont tant de difficulté à l'atteindre. Parmi ces descriptions, la mère est souvent décrite comme étant «sage», «normale», «a de l'allure», etc. (De Koninck, 2003, p.122). Elle répond aux besoins de son enfant de façon exemplaire, tant sur les plans physiques que matériels et psychologiques. La stabilité semble être un élément très important, et surtout, la consommation est absente complètement de l'environnement. Ces femmes ayant un passé souvent difficile n'ont alors que comme seuls repères ce qu'elles ne veulent pas faire subir à leur enfant. En fait, leur peur la plus grande réside dans la perte de la garde de l'enfant, car pour y arriver, elles doivent complètement se couper de leurs racines pour ainsi prouver aux personnes qui les entourent et aux intervenants sociaux qu'elles sont aptes à aimer et à éduquer leur enfant.

Pour conclure, les intervenants et l'entourage des ces nombreuses femmes se butent constamment et inévitablement à un mur lorsque vient le temps de leur venir en aide. La toxicomanie est un phénomène extrêmement complexe qui dépend d'une multitude de facteurs sociaux et de l'environnement de l'individu, et qui est surtout difficile à éliminer définitivement. Bien que les femmes enceintes aux prises avec ses problèmes connaissent pour la plupart les évènements qui les ont menées à de telles habitudes, elles sont souvent dépourvues de tous moyens pouvant les aider à s'en sortir, ou du moins elles ne savent pas comment les utiliser. La seule différence

qu'elles y voient est la soudaine responsabilité d'un autre être humain qui représente l'espoir et le changement. Serait-ce la société qui choisit de se fermer les yeux sur ce problème ayant plus d'ampleur qu'on ne le pense et qui ne donne pas les services adéquats? Doit-on se ranger du côté des mères et les aider à s'en sortir, ou alors miser sur la santé de l'enfant à naître, les privant ainsi de leur maternité?

L'alcoolisme chez les Autochtones

Par Anne-Sophie Gingras

L'alcoolisme est une problématique touchant plusieurs groupes d'individus distincts et personne n'est à l'abri de ce trouble psychologique. Toutefois, certaines tendances sont observées selon la nationalité ou le sexe des gens atteints. C'est ce que plusieurs experts comme d'Human Genetics ont pu analyser en s'intéressant à l'aspect biologique de cette maladie mentale chez les Autochtones. Plusieurs autres facteurs tels que ceux socio-culturels et historiques seront à prendre à compte pour bien décrire les causes et l'ampleur du phénomène de l'alcoolisme chez les Autochtones. Ce sera le sujet de cette revue scientifique qui tentera de déterminer les multiples causes de l'alcoolisme au sein des communautés amérindiennes et qui donnera un bref aperçu de la situation actuelle.

Tout d'abord, il est pertinent de dresser un portrait global de la situation des Autochtones vis-à-vis de l'alcool. Les conséquences reliées à l'utilisation excessive de cette substance sont réelles puisque de 1990 à 1995, il a été enregistré 6,9 décès par année dans la communauté d'Opitciwan. Ces décès étaient soit des suicides ou des meurtres survenus à la suite de graves problèmes reliés à la consommation d'alcool (Roy, 1996 dans Roy, 2005, p.91). De plus, 50 à 60% des problèmes observés dans les communautés autochtones sont dus à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Une des conséquences de l'alcoolisme est un haut taux de suicide particulièrement dans la nation d'attikamek où ce taux est 3 à 5 fois supérieur à celui du Québec et à celui du reste du Canada (Roy, 2005, p.92).

Par la suite, il est crucial de bien distinguer les différentes causes permettant d'expliquer le phénomène de l'alcoolisme chez les Autochtones. Une de celles-ci se résume à l'hypothèse biologique comme quoi le portrait génétique des Autochtones ou des Inuits neutraliserait plus lentement l'alcool que les gens d'une autre ethnie. Cette théorie tente à être de plus en plus ancrée dans la culture des Autochtones notamment grâce à l'apparition grandissante d'organismes comme Alcooliques Anonymes au sein de leur communauté (Roy, 2005, p.94-95). De plus, des scientifiques du magazine *Human Genetics* renforcent cette hypothèse en publiant, en 2003, un article qui prétendait que la vulnérabilité des Autochtones à l'alcool serait associée au gène ADH1C (Roy, 2005, p.96). L'approche biologique est souvent privilégiée pour expliquer le phénomène de l'alcoolisme chez les Autochtones, car la privatisation des recherches médicales apporte beaucoup de bénéfices grâce à l'inflation de la cote boursière (Roy, 2005, p.98). Toutefois, ces recherches ne font pas l'unanimité. L'anthropologue Gilles Bibeau dénonce le fait que « nous assistons à un retour en force du racisme dans les sciences, racisme d'autant plus dangereux qu'il prétend être fondé tantôt sur la définition des groupes à partir de marqueurs biologiques (...) » (Bibeau, 2004, p.71 dans Roy, 2005, p.97).

D'un autre côté, l'alcoolisme chez les Autochtones peut être expliqué à l'aide de plusieurs facteurs historiques. Celui ayant eu le plus grand impact sur la vie des Autochtones est certainement l'entrée en vigueur de la loi sur les Indiens en 1876. Cette loi interdisait aux Autochtones de consommer de l'alcool (Roy, 2005, p.101). Ceux-ci sont donc mis à part de la société puisque « par cette discrimination juridique, le statut d'infériorité de l'Autochtone est

renforcé puisque la loi l'empêche de boire comme les autres » (Dickinson, 1993 dans Pronovost, 2009, p.37). L'alcool devenait peu à peu une quête et un bien précieux pour les communautés amérindiennes puisque celles-ci devaient en consommer sans se faire prendre. Les Innus se révoltaient contre la GRC, car elle constituait un symbole du gouvernement fédéral. Ces combattants devenaient de vrais héros pour leur communauté. Cependant, il est important de préciser que cette loi contenait également quelques restrictions concernant les commerçants. Ceux-ci n'avaient pas le droit de vendre de l'alcool à des Autochtones. Malgré cela, la hausse du prix de la bière incitait les commerçants à en vendre quand même (Roy, 2005, p. 102-106). Pourtant, ce n'est pas juste au 19^e siècle que des lois encouragèrent les Autochtones à consommer de grandes quantités d'alcool. En 1960, ce fut le début des prestations sociales. Il s'ensuit de grandes beuveries le 1^{er} et 21^e jour du mois, ce qui faisait en sorte que les enfants étaient laissés seuls pendant ce temps. La consommation d'alcool devenait d'autant plus importante dans ces périodes-ci (Bousquet, 2005, p.141). Le contact avec les premiers Européens eut une incidence également sur la vie des Autochtones. L'alcool représentait un don d'échange avec les nouveaux arrivés. Les Autochtones voyaient l'alcool comme une substance renfermant des avantages médicaux et leur procurant un contrôle commercial et diplomatique avec les colons (Bousquet, 2005, p.136). Pourtant, ce furent plutôt les colons qui eurent un contrôle sur les communautés amérindiennes. Celles-ci se virent déposséder de leurs terres et furent obligés de s'installer dans les réserves leur étant destinées (Bousquet, 2005, p.141).

Les facteurs sociaux-culturels constituent une cause aussi importante que celles mentionnées plus haut. Lors des années 1950-60, les enfants issus de familles autochtones étaient envoyés dans des pensionnats. Ces enfant «subirent des châtements corporels, des agressions sexuelles,

des coups, de nombreuses punitions telles que l'enfermement dans des placards (...) (Bousquet, 2005, p.143) ». Ceux-ci souffraient souvent d'un grand traumatisme et d'une perte d'identité puisque lorsqu'ils revenaient dans leur famille, ils ne connaissaient rien du mode de vie traditionnel. Alors, ces enfants se réfugiaient dans l'alcool (Bousquet, 2005, p.144). Plusieurs autres indicateurs sociaux permettent de bien cerner la problématique des communautés autochtones. Par exemple, le taux de chômage étant élevé et les services publics étant souvent inaccessibles, cela engendre un grand stress pour les familles (Beauvais, 1998, p.256). D'un autre côté, les membres d'une communauté peuvent subir du rejet et du mépris de la part de leur proche. Les Autochtones qui refusent de consommer peuvent se voir exclure de la communauté ce qui prouve l'enracinement profond de la consommation d'alcool dans leur mode de vie, puisqu'à l'époque consommer de l'alcool représentait un symbole de résistance contre l'autorité (Roy, 2005, p.109). L'alcool possédait plusieurs autres avantages pour les Autochtones, autre que celui d'être un symbole de résistance, « l'alcool procurait aux Amérindiens une nouvelle sensation physique et, sous son influence, ils se sentaient devenir des êtres exceptionnels ; cela leur permettait de se faire pardonner des actes de violence (...) (Dailey, 1968 dans Bousquet, 2005, p.136) ».

Cette vue holistique du phénomène de l'alcoolisme au sein des communautés autochtones permet de rendre compte des diverses causes pouvant être mises de l'avant. L'approche génétique est souvent la première à être explorée étant donné les retombées économiques résultant des recherches concernant les gènes fautifs. Toutefois, cette théorie ne fait pas l'unanimité puisqu'elle tend à classer les groupes d'humains en groupes raciaux. De plus, comme il a été mentionné, plusieurs facteurs sociaux-culturels entrent en ligne de compte. Une quête identitaire est souvent faite par le biais de la consommation d'alcool et un sentiment d'appartenance peut

souvent en émaner. Certains membres d'une communauté peuvent se faire rejeter tout simplement en refusant d'en consommer. Évidemment, le facteur historique permet de mieux cerner l'origine de ces habitudes de consommation. Il serait pertinent d'explorer les méthodes de traitement et de prévention pouvant être déployées pour combattre cette problématique.

Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale

Par Noémie Pharand

La toxicomanie est une maladie mentale qui change le fonctionnement normal du cerveau. La hiérarchie des désirs et des besoins se retrouve bouleversée, ce qui crée de nouvelles priorités, mais aussi des compulsions chez l'individu souffrant. Dans le DSM, la dépendance et l'abus de drogues sont deux choses distinctes. En effet, un abus est un usage répété, mais pas compulsif, de différentes substances. Le facteur de dépendance permet donc de déterminer si la personne souffre d'un trouble mental en toxicomanie (Nida, 2010, p.2). Les troubles concomitants peuvent être décrits comme l'association d'un trouble quelconque de santé mentale avec un problème de toxicomanie (Skinner, 2010, p.1). Cet article traitera des différents troubles de santé mentale, des différents types de problèmes de consommation, de l'étiologie, de l'épidémiologie et des différents traitements possibles pour les troubles concomitants de toxicomanie en santé mentale.

Tout d'abord, selon Wayne Skinner, les quatre troubles concomitants les plus fréquents sont : le trouble anxieux et l'alcoolisme, la schizophrénie et la dépendance au cannabis, le trouble de la personnalité limite et la dépendance à l'héroïne et finalement la dépression et la dépendance aux somnifères (Skinner, 2010, p.1). Évidemment, il existe plusieurs autres troubles concomitants, mais ces quatre sont les plus fréquents au Canada. Le trouble anxieux peut être décrit comme « un état émotif orienté vers le futur, caractérisé par une humeur négative dans laquelle toute l'attention de la personne se focalise sur l'appréhension incontrôlable qu'un danger

ou un grand malheur va survenir » (Venne, 2014, p.1). La pathologie de la schizophrénie peut être résumée comme une cassure des liens associatifs entre les émotions, le monde extérieur et les processus cognitifs (Daléry, 2012, p. 202). Le trouble de la personnalité limite est marqué par une instabilité des relations, une instabilité de l'image de soi, une instabilité des affects ainsi qu'une impulsivité (Venne, 2012, p.2). La dépression est elle caractérisée par une humeur dépressive, des insomnies, des idées noires et plusieurs autres critères du DSM. Ces troubles se situent, selon le DSM IV, sur l'axe 1 d'une évaluation psychiatrique. L'axe 1 réfère aux différents troubles cliniques. Les troubles liés aux substances sont donc une catégorie distincte de l'axe 1 (Nadeau, 2012, p.47-48).

Différents troubles d'abus de substance existent. En effet, un individu peut être dépendant d'une substance stimulante, hallucinogène ou dépressive. Chacune de ces substances a des effets particuliers. Un stimulant permet d'augmenter la vivacité de l'esprit, de réduire l'appétit, donne une impression de surdose d'énergie et un sentiment d'euphorie (Lalonde, 2014, p.4). Une substance hallucinogène ou un perturbateur modifie le rapport au temps et à l'espace, modifie les perceptions sensorielles, mais est aussi accompagnée d'hallucinations auditives, visuelles et tactiles (Lalonde, 2014 p.5) Finalement, un dépresseur procure un sentiment de détente, de bien-être et de somnolence (Lalonde, 2014, p.4).

Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie peuvent survenir à n'importe quel moment au cours de la vie d'un individu. Plus le trouble apparaît tôt, plus il est considéré comme grave. Toutefois, une prise en charge rapide peut permettre à l'individu de progresser et d'améliorer sa situation (Skinner, 2010, p.11). Au niveau étiologique, plusieurs facteurs sont à

considérés. Tout d'abord, il y a évidemment des facteurs génétiques. En effet, plusieurs maladies mentales ont, comme source, une déficience au niveau du cerveau et de certains neurotransmetteurs (Nida, 2010, p.3). Plusieurs chercheurs font des études dans le but de trouver un gène responsable d'une prédisposition aux troubles concomitants (Nida, 2010, p.3). Selon la *National Institute on Drug Abuse*, 40% à 60% de la vulnérabilité à une addiction serait d'ordre génétique. Le stress et différents évènements traumatiques de la vie ont également une influence importante sur l'apparition d'un trouble concomitant. Un autre facteur important à prendre en considération est le rôle de l'environnement dans l'apparition d'un trouble. Une grande corrélation entre l'abus de substances et un trouble de santé mentale peut être observée puisque plusieurs utilisent l'alcool et les drogues pour s'auto médicamenter (Lalonde, 2014, p.10). Toutefois, la toxicomanie peut aggraver un problème de santé mentale et peut aussi en masquer les symptômes (Skinner, 2010, p.7). La toxicomanie entraîne aussi des répercussions négatives dans la vie personnelle de l'individu souffrant, comme par exemple, la perte de son emploi.

Différentes études démontrent le nombre élevé de Canadiens aux prises avec des problèmes de santé mentale. En effet, 10% à 25% de la population canadienne souffrira d'un trouble anxieux au cours de sa vie. 15% à 20% souffrira de dépressions majeures, 2% de bipolarité et 1% de schizophrénie (Skinner, 2010, p.3-4). Au Canada, différentes études ont montré des statistiques frappantes sur les troubles concomitants de toxicomanie en santé mentale. 60.7% des bipolaires et 32% des individus souffrant d'un trouble de l'humeur ont également un trouble lié aux substances et ce tout comme 47.0% des schizophrènes et 83.6% des individus souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale (Nadeau, 2012, p.58). De façon plus générale, 28.9% des gens souffrant d'un trouble de santé mentale, ont aussi un trouble lié aux

substances (Nadeau, 2012, p.58). Toutefois, 53.1% des individus souffrant d'un trouble lié aux substances souffrent aussi d'un autre trouble de santé mentale (Nadeau, 2012, p.58)

Il est évidemment possible de traiter un trouble concomitant de toxicomanie en santé mentale. Toutefois, l'individu souffrant doit se rendre à deux organismes différents : un pour recevoir le traitement nécessaire pour son trouble mental et à un autre pour guérir son problème de toxicomanie (Skinner, 2010, p.11). Cela crée plusieurs problèmes. Par exemple, un homme dépressif se rend à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour demander de l'aide. S'il souffre conjointement d'un trouble lié à l'usage de substance, il ne pourra pas recevoir l'aide nécessaire de l'hôpital, tant qu'il n'aura pas réalisé une thérapie avec un organisme spécialisé en toxicomanie. Plusieurs individus souffrant sont donc renvoyés chez eux et tardent à redemander de l'aide. Il serait important que les services d'aide pour la santé mentale et d'aide pour la toxicomanie soient coordonnés, puisqu'il y a un lien important entre les deux troubles. Les organismes venant en aide aux toxicomanes visent une réduction de la consommation de la substance, dans le but de parvenir à une abstinence de la part du patient (Cahm, 2009, p.81). Au niveau des troubles de santé mentale, différentes thérapies psychologiques jointe à un traitement pharmacologique sont offertes aux patients (Skinner, 2010, p.11).

En conclusion, le trouble concomitant de toxicomanie et de santé mentale est un problème qui touche plusieurs Canadiens en 2015. En effet, 53,1% des toxicomanes souffrent également d'un autre trouble de santé mentale. Certains troubles de santé mentale sont plus fréquemment

associés à un abus de substance, comme la dépression, le trouble de la personnalité limite, le trouble anxieux et la schizophrénie. Au niveau de l'étiologie, le facteur le plus déterminant serait la génétique. En effet, 40% à 60% de la vulnérabilité à l'abus et à la dépendance aux différentes substances, serait d'ordre génétique. Au Canada, la façon de traiter les troubles concomitants serait défailante et mériterait des modifications majeures. Est-il raisonnable de souhaiter et d'espérer que, dans les prochaines années, le gouvernement du Canada offre des subventions plus grandes aux hôpitaux, pour qu'ils puissent offrir des services de qualité aux individus souffrant de troubles concomitants de toxicomanie en santé mentale ?

MÉDIAGRAPHIE

Articles de périodique

April, Nicole *et al.* « Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse ». *Drogues, santé et société*, vol. 9, n° 2 (2010), p. 17-48.

Beauvais, Fred. « American Indians And Alcohol ». *Alcohol Health & Reseach World*, vol. 22, no. 4, (1998), p.253-260.

Bousquet, Marie-Pier. « La production d'un réseau de sur-parenté : histoire de l'alcool et désintoxication chez les Algonquins ». *Drogues, santé et société*, vol. 4, n° 1, 2005, p. 129-173.

De Koninck, Maria, Louise Guyon et Pauline Morissette. « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives ». *Recherches féministes*, vol. 16, no 2 (2003), p.107-137.

Kobb, George F. «A Role for Brain Stress Systems in Addiction». *Cell Press: Neuron*, Vol. 59, no. 1, (10 juillet 2008), p. 11–34.

Lalande, Aude. «L'addictologie, pour quoi faire ?». *Vacarme*, no. 51, (2010), p. 70-83.

Landry, Michel. «Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention». *Drogues, Santé et Société*, Vol. 8, no. 2, (décembre 2009), p. 27-73.

Loonis, Éric et Sztulman, Henri. «Le fonctionnement de notre cerveau serait-il de nature addictive ?». *L'encéphale*, Vol. 24, no. 1, (1998), p. 26-32.

Pronovost, Alexandra. « Réparer le cercle : la responsabilisation de l' Autochtone alcoolique ». *Criminologie*, vol. 42, no 2 (2009), p. 31-51.

Roy, Bernard. « Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers ». *Drogues / Santé / Société*, vol. 4, no 1 (juin 2005), p.85-128.

Tassin, Jean-Pol. «Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction». *Les Psychotropes*, Vol. 14, (2008), p. 11-28.

Volkow, Nora D. et Ting-Kai Li. « Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry ». *Perspectives*, vol 5 (décembre 2004), p. 961-972.

Thèse de doctorat :

Couvrette, Amélie. « L'influence de la maternité dans la trajectoire de consommation et de criminalité de femmes toxicomanes judiciairisées ». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 2013, 271p.

Monographies :

Centre de santé mentale et de toxicomanie. *Troubles concomitants et problèmes liés à l'usage de substances et aux jeux de hasard et d'argent en Ontario*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009. 108 pages.

Daléry, Jean & Al. *Pathologie schizophrénique*. Paris : Flammarion Médecines Sciences, 2012.
362 pages.

Nadeau, Louise & Al. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale*. Québec :
Presses de l'Université Laval, 2012. 194 pages.