

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

# Prévention EN TOXICOMANIE

Orientations  
et stratégie

*Prévenir les toxicomanies :  
de la nature du problème aux politiques à considérer*

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

# Prévention EN TOXICOMANIE

O r i e n t a t i o n s  
e t s t r a t é g i e

*Prévenir les toxicomanies :  
de la nature du problème aux politiques à considérer*

DOCUMENT PRÉPARÉ POUR LE GROUPE DE TRAVAIL  
SUR LA PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

**Lyne Chayer**, M.Sc.  
Agente de recherche

et

**James-Gill Larkin**, B.A., B. Sc.  
Agent de recherche et étudiant à la maîtrise

Sous la direction de

**Pauline Morissette**, Ph.D.  
Professeure agrégée  
École de service social

et

**Serge Brochu**, D. Ps.  
Professeur titulaire  
Directeur du Centre international de criminologie comparée,

Université de Montréal

Novembre 1997

Édition produite par :

**Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications**

Des frais d'administration vous seront facturés lors de la livraison :  
5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande soit par télécopieur, au numéro : **(418) 644-4574**

soit par courriel à l'adresse suivante : **communications@msss.gouv.qc.ca**

soit par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Direction des communications**

**1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage**

**Québec (Québec)**

**G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-35888-0

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

**PRÉVENIR LES TOXICOMANIES :  
DE LA NATURE DU PROBLÈME AUX POLITIQUES À CONSIDÉRER**

**ÉTUDE PRÉPARÉE POUR  
LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRÉVENTION  
DES TOXICOMANIES**

**Lyne Chayer, M. Sc.<sup>1</sup>  
Agente de recherche**

**et**

**James-Gill Larkin, B. A., B. Sc.  
Agent de recherche et  
étudiant à la maîtrise**

**Sous la direction de**

**Pauline Morissette, Ph. D.  
Professeure agrégée  
École de service social  
Université de Montréal**

**et**

**Serge Brochu, D. Ps.  
Professeur titulaire  
et  
Directeur  
Centre international de criminologie comparée  
Université de Montréal**

**NOVEMBRE 1997**

---

1. Les auteurs remercient le docteur Jacques Roy, membre du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, pour ses commentaires.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
MANDAT .....	3
MÉTHODE .....	3
I – NATURE DU PROBLÈME.....	5
QU’EST-CE QU’UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE?.....	7
L’ALCOOL.....	8
Le paradoxe de la prévention .....	10
Prévalence chez les adultes .....	10
Les coûts et les conséquences chez les adultes.....	11
Prévalence chez les préadolescents et les adolescents.....	13
Les coûts et les conséquences chez les préadolescents et les adolescents .....	13
LES DROGUES ILLICITES .....	24
Prévalence .....	24
Les adultes .....	24
Les jeunes.....	25
1) Les jeunes du secondaire et les jeunes du collégial .....	25
2) Les jeunes de la rue.....	27
3) Les jeunes contrevenants .....	27
Coûts et conséquences.....	28
II – LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS À L’USAGE ET À L’ABUS D’ALCOOL ET D’AUTRES DROGUES .....	41
DÉFINITIONS DES FACTEURS DE RISQUE.....	43
SYNTHÈSE DES FACTEURS DE RISQUE SELON LE MODÈLE DE HAWKINS <i>ET AL.</i> (1992) ET AJOUT DE RECENSIONS DES ÉCRITS RÉCENTES .....	44
DISCUSSION .....	59
LES LIMITES DE L’UTILISATION DES FACTEURS DE RISQUE.....	59
LES FACTEURS DE PROTECTION .....	60
LE RESSORT PSYCHOLOGIQUE .....	61
L’ENCHAÎNEMENT DES RISQUES .....	61
CERTAINS GROUPES À RISQUE.....	62
Les jeunes.....	62
Les femmes enceintes.....	62
Les personnes âgées .....	63

LES CONTEXTES À RISQUE .....	64
Les postes « risqués » .....	65
Le boire solitaire .....	65
III – LES ACTIONS ÉVALUÉES .....	67
LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION .....	69
Niveau individuel .....	69
L'information et la transmission de valeurs .....	70
Les stratégies affectives.....	70
L'influence sociale .....	71
Les habiletés personnelles et sociales.....	72
Les stratégies de remplacement.....	72
Les programmes de prévention axés sur la famille.....	73
Les programmes de prévention axés sur la communauté.....	74
Quelques éléments de réflexion.....	75
IV – LES POLITIQUES.....	83
L'ALCOOL .....	85
Accès et disponibilité de l'alcool .....	85
Densité des points d'achat.....	85
Disponibilité selon la vente au détail.....	86
Consommations à faible teneur en alcool.....	86
Vente selon le jour et l'heure .....	86
Âge minimal légal .....	87
Responsabilité des établissements .....	87
Effet du changement de la disponibilité sur les grands buveurs .....	87
Des politiques à considérer .....	87
LES DROGUES ILLICITES.....	90
L'élimination de l'offre .....	90
L'élimination de la demande .....	91
La réduction des méfaits.....	92
Les options proposées .....	94
V – LES ANABOLISANTS .....	97
NATURE DU PROBLÈME.....	99
Prévalence .....	99
Coûts .....	100
Conséquences .....	100
LES GRANDS FACTEURS DE RISQUE.....	101
LES GROUPES À RISQUE.....	104
LES POLITIQUES ET LES ACTIONS ÉVALUÉES .....	104
L'interdiction.....	104
L'éducation.....	105
Changement des valeurs sociales.....	105

SYNTHÈSE .....	106
CONCLUSION.....	107
LISTE DES RÉFÉRENCES .....	113
ANNEXE .....	127

## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1</b>	Prévalence et conséquences Alcool .....	15
<b>TABLEAU 2</b>	Prévalence et conséquences Drogues illicites .....	30
<b>TABLEAU 3</b>	Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues.....	45
<b>TABLEAU 4</b>	Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool.....	56

## **INTRODUCTION**

## MANDAT

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des travaux du Comité de travail sur la prévention des toxicomanies. Son objectif est de faire la synthèse des recensions des écrits scientifiques portant sur différents thèmes reliés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues illicites. Les thèmes qui ont été définis par le mandat et qui ont fait l'objet des chapitres du rapport sont : « La nature du problème », « Les facteurs de risque associés à l'usage et l'abus d'alcool et d'autres drogues », « Les actions évaluées », « Les politiques » et « Les anabolisants ». Des tableaux ont été élaborés en vue de synthétiser les données des deux premiers chapitres. De plus, une annexe présente les définitions des concepts de prévention primaire et de promotion de la santé.

Puisque la documentation scientifique traite de certains thèmes sans distinguer la substance, nous avons fait de même (par exemple, pour les facteurs de risque). Cependant, l'alcool et les drogues illicites ont été traités séparément pour les chapitres sur la nature du problème et les politiques.

## MÉTHODE

La démarche de recherche privilégiée quant au choix des documents a été de retenir principalement les recensions des écrits, tel que le spécifiait le mandat, à l'exception de quelques études de prévalence et d'écrits théoriques très récents traitant des politiques. Nous avons consulté les banques de données *Sociofile*, *Medline*, *Eric*, *Psycinfo* et *Toxibase* en nous limitant aux articles les plus récents et en tentant de retenir les textes clés portant sur les thèmes à étudier, qui ont été déterminés à l'aide de la présidente du comité et des personnes ayant supervisé les travaux. De plus, nous avons consulté les documents les plus récents de la Fondation de recherche sur la toxicomanie (ARF), à Toronto, et du Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT). Les descripteurs *Risk Factors*, *Risk Context*, *Primary Prevention*, *Health Promotion*, *Program Evaluation*, *Politics* ont été utilisés et jumelés aux termes *Alcohol*, *Drug*, *Substance Abuse* pour chacune des banques de données.

## **I – NATURE DU PROBLÈME**

## **QU'EST-CE QU'UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE?**

Dans ce rapport sur la prévention des toxicomanies, nous examinerons plusieurs thèmes ayant trait à cette problématique contemporaine, comme nous l'avons dit précédemment. Nous commencerons donc par définir ce que nous entendons par substances psychoactives, d'après Heller et Robinson (1994 : 3). Les substances psychoactives sont des drogues qui agissent sur le système nerveux central et modifient ainsi la façon dont une personne pense, se sent ou agit.

Quand nous nous intéressons à ces substances, il est important de ne pas confondre l'usage et l'abus (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997). Les données de prévalence renvoient en grande partie à l'usage qui, selon le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997), signifie une consommation récréative ou exploratoire alors que l'abus pose un problème et entraîne des risques de dépendance. Cependant, en ce qui concerne plus spécifiquement les drogues illicites, cette distinction doit être nuancée puisque « le simple usage peut avoir des conséquences graves du fait de l'illégalité des substances et de l'absence de contrôle de la qualité des produits sur le marché noir : produits frelatés, concentration excessive d'agents actifs, etc. » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997 : 5-6). Pour ce qui est de l'alcool, nous savons qu'il demeure la substance psychoactive la plus utilisée à l'échelle mondiale et qu'il fait partie intégrante de la société, de la culture et de l'économie dans plusieurs pays (Henderson, Hutcheson et Davies, 1996). Quant aux programmes de prévention en santé publique, ils visent la prévention de l'abus de substances psychoactives.

## L'ALCOOL

En ce qui a trait à l'évaluation des coûts liés à l'alcool et à la prévalence de l'usage et de l'abus d'alcool, nous avons eu recours à deux types d'enquêtes. Les premières ont été effectuées auprès de sous-groupes particuliers, soit auprès d'adolescents américains et québécois (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Ministère de l'Éducation, 1994; Howard, Boyd et Zucker, 1995; Donovan, 1996; Segal et Stewart, 1996; Windle, Thatcher et Bukstein, 1996), auprès de jeunes universitaires du Massachusetts (Marlatt, Baer et Larimer, 1995), auprès de femmes (Wilsnack, 1996), et auprès de travailleurs (Cook, Back et Trudeau, 1996; Henderson, Hutcheson et Davies, 1996). Les secondes sont des études de la population générale canadienne et québécoise (Santé Canada, 1995; Santé Québec, 1995; Single *et al.*, 1996).

À travers les études, nous avons pu voir que différents chercheurs conceptualisent la consommation d'alcool de diverses façons. Néanmoins, il semble y avoir consensus sur la façon de définir l'abus. Ainsi, l'abus est défini de trois façons, soit par le **volume de consommation** (par exemple, le volume d'alcool consommé au cours de la semaine), soit par le **modèle de consommation** (par exemple, le nombre de verres consommés par occasion) ou soit par la **fréquence de consommation** (par exemple, une consommation quotidienne). Pour la majorité des chercheurs mentionnés ci-dessus, un **usage abusif** d'alcool demeure cinq consommations consécutives ou plus lors d'une même occasion.

Edwards *et al.* (1994) soulignent qu'à court ou à long terme, l'alcool peut avoir des conséquences positives et négatives pour l'individu. Ainsi, une occasion de consommation peut procurer une gratification immédiate grâce aux effets calmants ou enivrants de l'alcool. Une consommation très modérée, par exemple un verre aux deux jours, semble réduire les risques de maladies cardiovasculaires (Edwards *et al.*, 1994). À l'inverse, une occasion de consommation peut être la source de conflits, de blessures ou encore de désapprobation sociale. Edwards *et al.* (1994) ajoutent qu'il n'existe pas de véritable seuil de consommation sans risque. Cela veut donc dire que le message à retenir, même quant à une consommation modérée, est le suivant : « moins, c'est mieux ». Ainsi, au cours des vingt dernières années, les recherches font ressortir le dilemme suivant : d'une part, une consommation modérée semble avoir certains bienfaits pour la santé et, d'autre part, une consommation sans risque n'existe pas si nous considérons toutes les conséquences négatives associées à la consommation d'alcool. Les limites supérieures d'une consommation saine seraient donc assez basses puisque boire **abusivement** comporte plus de risques de conséquences négatives (Edwards *et al.*, 1994).

Selon Edwards *et al.* (1994), il existe deux façons de concevoir la relation entre la consommation d'alcool et les conséquences pour des fins d'analyse. La première concerne les conséquences qui sont données au buveur par le système judiciaire (par exemple, la conduite en état d'ébriété) ou par le système de santé (par exemple, être désigné « alcoolique »). L'autre façon est une désignation par le buveur lui-même, c'est-à-dire que d'après son expérience de la consommation le buveur déclare des conséquences sociales, psychologiques ou sanitaires. Certaines conséquences peuvent être associées à **l'usage** et d'autres à **l'abus** d'alcool, comme nous pourrons le voir plus loin.

Les conséquences peuvent varier selon certaines mesures de consommation. Par exemple, beaucoup de chercheurs ont rapporté plus de conséquences psychosociales négatives (conduite avec facultés affaiblies, vandalisme, etc.) associées à une prise d'alcool selon la **fréquence de consommation** ou

selon un **maximum de verres pris au cours d'une même occasion** qu'au **volume moyen d'alcool consommé** dans une période donnée (par exemple, une moyenne de consommation par semaine) (Greenfield, 1986). L'influence du **contexte** dans la relation entre la consommation et les problèmes doit aussi être prise en compte, comme nous le verrons plus loin. Quant à la consommation individuelle, elle varie selon les jours de la semaine, la saison et l'étape de vie dans laquelle se trouve l'individu (Edwards *et al.*, 1994).

Les risques peuvent être évalués soit d'après la consommation individuelle, soit d'après la consommation populationnelle. En ce qui a trait à la consommation individuelle, nous verrons qu'il existe des liens entre le niveau de consommation d'une personne et les risques qu'elle encourt (Edwards *et al.*, 1994). Certains de ces risques sont fortement linéaires, c'est-à-dire que les risques augmentent avec le niveau de consommation. Dans d'autres cas, nous retrouvons une courbe en forme de « J », surtout en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires (c'est-à-dire que de consommer modérément de l'alcool est plus bénéfique que de s'abstenir totalement). Enfin, pour plusieurs types de conséquences, Edwards *et al.* (1994) soulignent que nous ne connaissons pas encore la dynamique qui existe entre les risques et le niveau de consommation, bien qu'il soit évident qu'une consommation **abusive** augmente les risques dans certaines circonstances (voir également Bourgault et Demers, 1997).

Toutefois, d'un point de vue préventif, il ne suffit pas de savoir que le boire excessif augmente le risque individuel. Il importe aussi de savoir comment les taux de problèmes dans la population sont déterminés. Ces derniers varient considérablement entre les cultures, entre les différentes couches sociales parmi ces cultures de même que selon l'époque (Ledermann, 1956; Popham, 1970; Mäkelä *et al.*, 1981; tous dans Edwards *et al.*, 1994). Donc, la contribution de certains groupes au taux de problèmes diffère et leur contribution à la totalité des conséquences négatives varie selon le type de consommation problématique.

La composition de la population consommatrice d'alcool peut avoir des répercussions sur le taux de problèmes que peut ressentir une population en général. Ainsi, selon Edwards *et al.* (1994), il est d'un grand intérêt pour la santé publique de connaître la distribution de cette population selon les niveaux de consommation. L'effet qu'un changement sur le niveau de consommation *per capita* aura sur les taux de problèmes dépendra de la façon dont ce changement dans la consommation est distribué dans la population. Enfin, lorsqu'il est temps d'établir des politiques de santé, il devient primordial de faire une distinction entre le niveau optimal de consommation pour l'individu et le niveau optimal de consommation pour la population, ce dernier étant probablement plus bas que le niveau individuel en raison de la distribution de la consommation (Edwards *et al.*, 1994).

## **Le paradoxe de la prévention**

Le paradoxe de la prévention est une dimension importante et originale dans le domaine de la prévention qui nous vient de Kreitman (voir Kreitman, 1986; Single, 1993; Edwards *et al.*, 1994 ou Rehm *et al.*, 1997). Rehm *et al.* (1997) considèrent que selon la nature de la relation entre le niveau de consommation d'alcool et les conséquences et la distribution de cette consommation dans la population générale, la plupart des problèmes risquent de se produire à de faibles niveaux de consommation. Par exemple, presque tous les accidents de la route associés à la consommation d'alcool dans les pays occidentaux sont causés par des personnes ayant, en moyenne, consommé avec modération (Rehm *et al.*, 1997). Ainsi, la majorité des accidents de la route sont causés par ces gens même si les risques individuels sont moins élevés que pour les grands buveurs. Un programme de prévention centré uniquement sur les grands buveurs serait donc voué à l'échec. Toutefois, il est à noter que le paradoxe de la prévention ne s'applique pas à toutes les conséquences de la consommation d'alcool. Par exemple, la courbe de risque pour une cirrhose du foie est de forme exponentielle; les grands buveurs constituent alors la grande majorité des gens aux prises avec ce type de problème même s'ils ne sont qu'une minorité dans la population en général (Rehm *et al.*, 1997). Bref, selon les tenants de cette perspective, les politiques ayant trait à l'utilisation de l'alcool ne devraient pas être élaborées exclusivement pour les alcooliques ni pour les personnes à forte consommation, mais pour tous les citoyens (Holder, 1997).

## **Prévalence chez les adultes**

Bien que la consommation d'alcool semble régresser, elle demeure élevée chez les adultes. En 1979, 84 % des Canadiens de 15 ans ou plus déclaraient être des « buveurs actuels » (Santé Canada, 1995), tandis qu'en 1993, 74,4 % déclaraient être dans cette catégorie selon l'Enquête sociale générale (Santé Canada, 1995). Selon cette même enquête, un Canadien sur dix (9,2 %) éprouverait des problèmes de consommation. La moyenne de consommations hebdomadaires est de 5,9 pour les hommes et de 2,3 pour les femmes. Les taux semblent varier selon l'âge, l'état matrimonial et le revenu. À titre d'exemples, la moyenne de consommations hebdomadaires chez les 20-24 ans est de 5,2 et de 3,6 chez les 65-74 ans; celle des célibataires est de 5,0; celle des couples est de 3,9 (mariés ou conjoints de fait); enfin, la moyenne de consommations hebdomadaires chez les personnes qui se trouvent dans la catégorie des revenus inférieurs est de 3,5 tandis qu'elle est de 4,8 chez les gens ayant des revenus supérieurs.

La prévalence de consommation régulière ou occasionnelle d'alcool chez les Québécois de 15 ans ou plus varie de 79 % à 84 % chez les hommes, tandis qu'elle est de 75 % chez les femmes (Santé Québec, 1995). Les résultats de l'enquête de Santé Québec (1995) montrent également que l'usage modéré d'alcool (consommation de 0 à 6 verres au cours de la semaine ayant précédé l'enquête) est le fait de la majorité des buveurs (69 % des hommes et 87 % des femmes) et que son abus est un phénomène rare. C'est le fait de 1,3 % (personnes qui rapportent une consommation d'alcool de 29 verres ou plus par semaine) et de 13 % de la population (personnes présentant des risques plus élevés de développer des problèmes liés à l'alcool) (Guyon, 1996). Guyon (1996) a aussi noté que l'augmentation entourant le boire à risque a été plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Selon une enquête de l'Université du *North Dakota* (sous presse, dans Gomberg 1995), les taux de prévalence chez les femmes qui consommaient de l'alcool étaient de 74 % chez les 21-34 ans, de 64 % chez les 35-49 ans, 52 % chez les 50-64 ans et de 29 % chez les 65 ans ou plus. Des résultats d'études rapportés par Wilsnack (1996) indiquent aussi que les jeunes femmes ont les plus hauts taux de consommation d'alcool et aussi les plus hauts taux de problèmes reliés à l'alcool et une plus grande tendance à s'engager dans des « épisodes de boire excessif ». L'enquête Santé Québec (1995) fait quant à elle ressortir deux modèles de consommation particuliers des plus jeunes femmes (15-24 ans), soit la consommation de grandes quantités par occasion et l'usage concomitant d'alcool et de drogues (Guyon, 1996).

Pour ce qui est d'un usage **abusif** d'alcool chez les travailleurs (cinq consommations ou plus lors d'une même occasion au cours de cinq jours ou plus durant le mois précédent), Cook *et al.* (1996), dans leur revue de littérature, rapportent aussi des taux plus élevés chez les jeunes, soit 11 % chez les 18-25 ans, 7 % chez les 26-34 ans et 4 % chez les 35 ans ou plus.

Pour ce qui est de la consommation chez les personnes âgées, plusieurs auteurs affirment qu'en général, lorsque les gens avancent en âge, la consommation abusive de même que celle prise dans un contexte social diminuent et qu'inversement, l'abstinence augmente (Riley *et al.*, 1947, et Clark *et al.*, 1991, dans Gomberg, 1995). En plus d'arriver aux mêmes constats, Glantz et Sloboda (1995) ajoutent qu'il y a un effet de cohorte indiquant qu'il y a moins de « non-buveurs » dans les cohortes plus jeunes et que les problèmes de consommation d'alcool chez les personnes âgées demeurent sous-reconnus et sous-rapportés. Ces auteurs ont trouvé également que certains sous-groupes de personnes âgées consomment davantage que d'autres : les hommes, les personnes hospitalisées et les malades en consultation externe. Ils estiment qu'entre le tiers et la moitié des personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcool ont développé ces problèmes plus tard dans leur vie, ce qui améliore le pronostic (Glantz et Sloboda, 1995).

Selon Single *et al.* (1996), voici quelques caractéristiques de gros buveurs : il s'agit de jeunes hommes financièrement à l'aise, au début de la vingtaine et célibataires; de personnes qui cherchent un travail; d'étudiants qui consomment relativement peu mais qui sont plus nombreux à déclarer cinq consommations ou plus par occasion. En 1993, Single précisait que ce sont les hommes, les jeunes adultes et les célibataires qui étaient plus susceptibles de se retrouver dans les bars et les brasseries.

Les recherches montrent donc qu'en général : 1) les femmes consomment moins que les hommes en ce qui a trait à la fréquence et à la quantité; 2) les jeunes hommes et les jeunes femmes consomment davantage que les personnes plus avancées en âge (Abel *et al.*, 1992; Knupfer, 1989); 3) parmi les femmes, les jeunes femmes ont des modèles de consommation risqués s'apparentant à ceux des jeunes hommes et, enfin, 4) les taux de boire posant des problèmes chez les personnes âgées sont encore mal connus.

### **Les coûts et les conséquences chez les adultes**

Selon Edwards *et al.* (1994), il n'y a aucun doute qu'une consommation abusive d'alcool entraîne de graves conséquences sur la santé physique des gens. D'après Single *et al.* (1996), les problèmes les plus courants reliés à l'**usage** et à l'**abus** sont les effets nocifs sur la santé physique (5,1 %) et les répercussions sur la situation financière (4,7 %). De plus, un nombre important de Canadiens (43,9 %)

ont déclaré dans l'étude de Single *et al.* (1996) avoir souffert de la **consommation** d'autres personnes. Par exemple, ils ont été incommodés par le comportement bruyant de fêtards ou d'autres comportements désagréables (23,8 %), insultés ou humiliés par une personne ayant **trop bu** (20,9 %), ou ils se sont disputés ou même querellés à cause de la **consommation excessive** d'une autre personne (15,6 %). Romelsjö (1995, dans Holder, 1997), qui a passé en revue la littérature traitant de la relation entre l'alcool et la violence, révèle qu'une grande proportion des victimes et des agresseurs avaient bu au moment de l'acte violent. Room (1997) ajoute d'autres aspects négatifs liés à la **consommation**, tels que les pertes économiques pour les familles ou la diminution de la productivité chez les travailleurs (voir également Holder, 1997).

Les niveaux de consommation d'alcool *per capita* figurent également parmi les facteurs reliés à la violence. En effet, Lenke (1989, dans Holder, 1997) a trouvé qu'un changement dans la **consommation** moyenne *per capita* était associé à la violence criminelle en Suède, en Finlande, en Norvège et en France.

Par ailleurs, la **consommation** d'alcool est fortement associée à des blessures et à des décès non intentionnels (Romelsjö, 1994, dans Edwards *et al.*, 1994), surtout chez les jeunes adultes, dans beaucoup de sociétés. L'origine de ces tragédies repose en partie sur les modèles de **consommation** et en partie sur le manque d'expérience conjugué à une plus grande sensibilité physiologique aux produits alcooliques. (La prise d'alcool est également associée à des activités criminelles et à la violence contre les autres et soi-même [Romelsjö, 1994, dans Edwards *et al.*, 1994]. Il existe aussi une relation « causale » entre certains types de crimes (vol, viol) et les risques de victimisation où la personne en état d'ébriété devient une victime potentielle (Edwards *et al.*, 1994). Une étude canadienne a dévoilé que les probabilités de se faire pousser, frapper ou agresser augmentaient selon le volume d'alcool consommé (Room *et al.*, 1994, dans Edwards *et al.*, 1994). Les personnes qui consommaient cinq verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois risquaient plus d'avoir été agressées par un autre consommateur que d'autres personnes qui avaient consommé la même quantité d'alcool, mais sur une plus longue période.

Il semble donc évident que la plupart des coûts et des conséquences fâcheuses reliés à la consommation **abusive** d'alcool peuvent être évités s'il y a une diminution de la consommation. La majeure partie des dépenses (voir les chiffres ci-dessous) proviennent des frais associés à la gestion de la police, des tribunaux et des prisons, à la perte de productivité et aux traitements en matière de santé (Single *et al.*, 1996). Au Canada, l'alcool représente 40,8 % des coûts reliés à la toxicomanie; les chiffres sont répartis de la façon suivante en millions de dollars (Single *et al.*, 1996) :

Coûts directs en matière de santé (traitements)	1 300,6
Coûts directs – Lieux de travail	14,2
Coûts directs – Administration (transfert des paiements)	52,3
Coûts directs – Prévention et recherche	141,4
Coûts directs – Police, tribunaux, prisons	1 359,1
Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)	518,0
Coûts indirects – Pertes de productivité	4 136,5
<b>Total</b>	<b>7 522,1</b>

## Prévalence chez les préadolescents et les adolescents

L'adolescence demeure une période d'expérimentation et la plupart des adolescents essaient diverses activités avant d'arriver à une certaine cristallisation des valeurs et à un choix de carrière (Resnick et Burt, 1996). Par ailleurs, il y en a qui poursuivent des trajectoires hasardeuses en consommant **abusivement** de l'alcool, entre autres.

Les taux d'usage d'alcool chez les adolescents varient selon les études. Donovan (1996), s'intéressant aux préadolescents américains qui avaient déjà essayé l'alcool, a trouvé que 46 % des élèves de 4<sup>e</sup> année, 51 % des élèves de 5<sup>e</sup> année et 70,5 % des élèves de 6<sup>e</sup> année avaient déjà fait usage d'alcool. En ce qui a trait à l'usage abusif (cinq consommations ou plus au cours des deux semaines précédentes), Donovan (1996) rapporte les pourcentages suivants : 12,7 % des élèves de 8<sup>e</sup> année, 22,9 % des élèves de 10<sup>e</sup> année et 29,5 % des élèves de 12<sup>e</sup> année avaient consommé cinq verres ou plus au cours des deux semaines précédant l'enquête. Windle *et al.* (1996), s'intéressant aussi à l'usage et à l'abus d'alcool chez les adolescents, rapportent une prévalence semblable. Quant à Segal et Stewart (1996), ils affirment que 20 % de tous les adolescents américains entre 12 et 17 ans consomment de l'alcool régulièrement – cela représente environ 4 millions d'adolescents.

Une étude québécoise effectuée auprès d'élèves du secondaire révèle que 25 % des filles et 22,1 % des garçons consomment de temps en temps, que 2,9 % des filles et 4,8 % des garçons consomment régulièrement et que 67,3 % des filles et 63,8 % des garçons ont déjà consommé de l'alcool (Ministère de l'Éducation, 1994).

Donovan (1996) fait remarquer que c'est seulement lorsque nous comparons les niveaux de prévalence pour une consommation élevée d'alcool que les différences entre adolescents et adolescentes deviennent apparentes. En effet, il y a des différences significatives entre les sexes quant à une consommation quotidienne et une consommation **abusive** (cinq verres consécutifs ou plus au cours des deux semaines précédentes); dans son étude, les filles sont moins susceptibles de consommer de l'alcool tous les jours ou d'en faire un **usage abusif**. Cette remarque de Donovan semble aussi s'appliquer au Québec lorsque nous examinons la consommation régulière des filles et des garçons dans l'étude effectuée par le ministère de l'Éducation.

## Les coûts et les conséquences chez les préadolescents et les adolescents

Comme nous l'avons dit précédemment, certaines conséquences sont liées à l'**abus**, d'autres à l'**usage** d'alcool. Ainsi, dans les études touchant particulièrement les adolescents, il ressort que l'**abus** affecte négativement le développement psychosocial de l'adolescent, compromet l'ajustement et la performance scolaire, contribue à l'abandon des études, réduit le niveau de réussite et la performance scolaire, perturbe le fonctionnement psychosocial normal, réduit le soutien social, limite la participation à des activités avec les pairs, réduit les capacités psychologiques, provoque de l'anxiété et de la tension, abaisse le niveau d'estime de soi (Segal et Stewart, 1996). Par ailleurs, l'**usage** et l'**abus** seraient également associés à une participation précoce à la vie sexuelle et à des grossesses non désirées, à la prostitution, aux MTS et au sida, à la délinquance et, enfin, à des comportements suicidaires et

meurtriers. L'**alcool** au volant serait présent dans presque la moitié des décès de la route chez les adolescents. Les élèves qui font **usage** d'alcool et de drogues demeurent plus susceptibles de porter des armes et de rejoindre un « gang » (Segal et Stewart, 1996).

**TABLEAU 1**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

AUTEURS	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Cook <i>et al.</i> (1996) Alcool au travail	Usage abusif : 5 consommations ou plus lors d'une même occasion ou au cours de 5 jours ou plus durant le mois précédent.	Adultes (Substance Abuse and Mental Health Services Agency – SAMHSA, 1993 – É.-U.) : 18-25 ans : 11 % 26-34 ans : 7 % 35 ans ou plus: 4 %	Perte de productivité : – absence au travail – taux d'accidents plus élevés – usage plus onéreux des assurances collectives (coûts plus élevés)
Donovan (1996) Préadolescents et adolescents	Usage abusif : 5 consommations consécutives ou plus au cours des 2 semaines précédentes.	<p><b>Préadolescents qui ont déjà pris une consommation d'alcool (Steven <i>et al.</i>, 1991 – É.-U.) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (4<sup>e</sup> année) garçons : 49 %; filles : 43 %;</li> <li>– (5<sup>e</sup> année) garçons : 65 %; filles : 47 %;</li> <li>– (6<sup>e</sup> année) garçons : 73 %; filles : 68 % (1991).</li> </ul> <p><b>Adolescents (Johnston <i>et al.</i>, 1992 – É.-U.) :</b></p> <p><i>Prévalence annuelle (utilisation au moins une fois) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (8<sup>e</sup> année) garçons : 54,4 %; filles : 53,6 %;</li> <li>– (10<sup>e</sup> année) garçons : 71,8 %; filles : 72,9 %;</li> <li>– (12<sup>e</sup> année) garçons : 70,0 %; filles : 76,2 %.</li> </ul> <p><i>Usage hebdomadaire durant les 30 jours précédents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (8<sup>e</sup> année) garçons : 0,7 %; filles : 0,3 %;</li> <li>– (10<sup>e</sup> année) garçons : 2,3 %; filles : 0,4 %;</li> <li>– (12<sup>e</sup> année) garçons : 5,3 %; filles : 1,6 %.</li> </ul> <p><i>Usage abusif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– (8<sup>e</sup> année) garçons : 14,3 %; filles : 11,4 %;</li> <li>– (10<sup>e</sup> année) garçons : 26,4 %; filles : 19,5 %;</li> <li>– (12<sup>e</sup> année) garçons : 37,8 %; filles : 21,2 %.</li> </ul>	

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

AUTEURS	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Donovan (1996) (suite) Jeunes adultes		<p><b>Jeunes adultes (18-21 ans) (Johnston et al., 1992 – É.-U.)</b> <i>Prévalence annuelle (utilisation au moins une fois) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– étudiants universitaires : hommes : 89,2 %; femmes : 87,6 %;</li> <li>– non-étudiants, mais du même âge : hommes : 88,0 %; femmes : 82,9 %.</li> </ul> <p><i>Usage durant les 30 jours précédents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– étudiants universitaires : hommes : 77,3 %; femmes : 72,4 %;</li> <li>– non-étudiants, mais du même âge : hommes : 72,3 %; femmes : 58,6 %.</li> </ul> <p><i>Usage hebdomadaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– étudiants universitaires : hommes : 6,0 %; femmes : 2,5 %;</li> <li>– non-étudiants, mais du même âge : hommes : 7,6 %; femmes : 1,9 %.</li> </ul> <p><i>Usage abusif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– étudiants universitaires : hommes : 52,3 %; femmes : 34,9 %;</li> <li>– non-étudiants, mais du même âge : hommes : 44,7 %; femmes : 25,4 %.</li> </ul>	
Hawkins et al. (1992) Adolescents	Usage abusif : usage fréquent d'alcool ou d'autres substances au cours de l'adolescence ou usage d'alcool ou d'autres substances qui entraîne des problèmes ou un dysfonctionnement.		<p>Personnelles : mine la motivation des jeunes, intervient dans les processus cognitifs, les troubles de l'humeur, augmente les risques de blessures et de mortalité.</p> <p>Sociales : délinquance juvénile, augmentation des coûts des services de santé et des services sociaux, de l'éducation (échecs scolaires), des soins pour toxicomanes.</p>

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

<b>AUTEURS</b>	<b>DÉFINITION (usage/abus)</b>	<b>PRÉVALENCE</b>	<b>CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)</b>
Howard, Boyd et Zucker (1995) Adolescents	Usage abusif : 5 consommations consécutives ou plus lors d'une même occasion au cours des 2 semaines précédentes. (Johnston, O'Malley et Bachman, 1992)	<p>Dès la huitième année (Johnston, O'Malley et Bachman, 1992 – É.U.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 70 % des jeunes ont déjà expérimenté l'alcool;</li> <li>– 25 % ont consommé au cours des 30 derniers jours;</li> <li>– 13 % ont pris 5 consommations consécutives ou plus lors d'une même occasion au cours des 2 semaines précédentes.</li> </ul> <p>Ces chiffres augmentent avec l'âge (Johnston, O'Malley et Bachman, 1991 – É.U.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 30 % des élèves du 2<sup>e</sup> cycle du secondaire et 43 % des étudiants (18-22 ans) ont déclaré avoir pris 5 consommations consécutives ou plus lors d'une même occasion au cours des 2 semaines précédentes.</li> </ul>	<p>L'usage et l'abus d'alcool sont associés aux comportements suivants : conduite en état d'ébriété, participation à des activités déviantes avec des pairs, abus d'autres substances, pratiques sexuelles non protégées, violence interpersonnelle, vandalisme et performance scolaire médiocres.</p> <p>Mortalités au volant : 33 % des jeunes âgés entre 16 et 20 ans avaient un taux d'alcoolémie de 0,10 ou plus.</p>
Marlatt, Baer et Larimer (1995) Jeunes adultes	Usage abusif : 5 consommations consécutives ou plus lors d'une même occasion.	<p>Selon une enquête provenant de 14 universités du Massachusetts (1992), 56 % des hommes et plus de 35 % des femmes ont avoué un usage abusif de l'alcool.</p> <p>Le taux d'utilisation d'alcool des étudiants universitaires durant une année est de 88 %; 43 % de ces derniers ont rapporté au moins un épisode abusif au cours des 2 dernières semaines.</p>	<p>L'usage abusif est associé à des problèmes d'ajustement tels que l'échec scolaire, des relations interpersonnelles problématiques, le vandalisme, l'agressivité et des rapports sexuels forcés (<i>date rape</i>).</p>

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

<b>AUTEURS</b>	<b>DÉFINITION (usage/abus)</b>	<b>PRÉVALENCE</b>	<b>CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)</b>
McKenzie et Williams (1995) Population en général	Forte consommation : 5 consommations ou plus lors d'une même occasion.	<p>La consommation d'alcool continue de régresser :</p> <p><b>Buveurs actuels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 74,4 % (1993)</li> <li>- 79,0 % (1991)</li> <li>- 81,0 % (1985)</li> <li>- 84,0 % (1979)</li> </ul> <p>Enquête sociale générale</p> <p>Enquête santé Canada</p> <p>Près de un Canadien de 15 ans ou plus sur dix (9,2 %) a déclaré un problème de consommation (Enquête sociale générale, 1993).</p> <p><b>Consommation par semaine (1993) :</b> Hommes : 5,9 Femmes : 2,3</p> <p><b>Total</b></p> <p><b>Selon l'âge</b></p> <p>15-17 : 2,4</p> <p>18-19 : 5,0</p> <p>20-24 : 5,2</p> <p>3,9</p> <p>25-34 : 4,3</p> <p>35-44 : 3,7</p> <p>45-54 : 4,5</p> <p>55-64 : 4,5</p> <p>65-74 : 3,6</p> <p>75 ans ou plus : 3,8</p> <p><b>Selon le revenu</b></p> <p>Inférieur : 3,5</p> <p>Inférieur à moyen : 3,9</p> <p>Moyen : 4,0</p> <p>Moyen à supérieur : 4,1</p> <p>Supérieur : 4,8</p>	<p>Les problèmes les plus courants étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les effets nocifs sur la santé physique (5,1 %);</li> <li>- les répercussions sur la situation financière (4,7 %).</li> </ul> <p>Un nombre important (43,9 %) a déclaré avoir souffert de la consommation d'autres personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incommodés par le comportement bruyant de fêtards ou par d'autres comportements (23,8 %);</li> <li>- insultés ou humiliés par une personne ayant trop bu (20,9 %);</li> <li>- se sont disputés ou même querellés à cause de la consommation excessive d'une autre personne (15,6 %).</li> </ul>

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

<b>AUTEURS</b>	<b>DÉFINITION (usage/abus)</b>	<b>PRÉVALENCE</b>	<b>CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)</b>																												
Ministère de l'Éducation (1994) La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires Rapport d'étude Jeunes du secondaire, Québec	1 consommation = 1 petite bouteille de bière ou 1 petit verre de vin ou 1 once de boisson forte ou de spiritueux 1 grosse bière = 2 consommations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 67,3 % des filles et 63,8 % des garçons ont déjà consommé de l'alcool</li> <li>- consommation au moment du sondage :                filles : 60,7 %; garçons : 57,0 %</li> <li>- consommation de l'alcool dans les occasions spéciales : filles : 33,3 %; garçons : 30,1 %</li> <li>- consommation de temps en temps :                filles : 25,0 %; garçons : 22,1 %</li> <li>- consommation régulièrement :                filles : 2,9 %; garçons : 4,8 %</li> <li>- consommation autant la semaine que la fin de semaine : filles : 2,6 %; garçons : 6,6 %</li> <li>- consommations prises au cours de la semaine précédente :</li> </ul> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><b>FILLES</b></td> <td><b>GARÇONS</b></td> </tr> <tr> <td>0 consommation</td> <td>41,4 %</td> </tr> <tr> <td>1 consommation</td> <td>31,3 %</td> </tr> <tr> <td>2 consommations</td> <td>22,7 %</td> </tr> <tr> <td>5 consommations</td> <td>11,1 %</td> </tr> <tr> <td>7 à 11 consommations</td> <td>13,5 %</td> </tr> <tr> <td>12 à 18 consommations</td> <td>2,3 %</td> </tr> <tr> <td>19 consommations ou plus</td> <td>2,5 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5,6 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8,9 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1,2 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4,0 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1,1 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3,1 %</td> </tr> </table>	<b>FILLES</b>	<b>GARÇONS</b>	0 consommation	41,4 %	1 consommation	31,3 %	2 consommations	22,7 %	5 consommations	11,1 %	7 à 11 consommations	13,5 %	12 à 18 consommations	2,3 %	19 consommations ou plus	2,5 %		5,6 %		8,9 %		1,2 %		4,0 %		1,1 %		3,1 %	Résultats scolaires faibles, décrochage, délinquance, activités sexuelles précoces ou grossesse chez l'adolescente (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb et Bentler, 1989). Environ 9 % boivent surtout pour oublier leurs problèmes ou être mieux dans leur peau.
<b>FILLES</b>	<b>GARÇONS</b>																														
0 consommation	41,4 %																														
1 consommation	31,3 %																														
2 consommations	22,7 %																														
5 consommations	11,1 %																														
7 à 11 consommations	13,5 %																														
12 à 18 consommations	2,3 %																														
19 consommations ou plus	2,5 %																														
	5,6 %																														
	8,9 %																														
	1,2 %																														
	4,0 %																														
	1,1 %																														
	3,1 %																														

**TABEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

<b>AUTEURS</b>	<b>DÉFINITION (usage/abus)</b>	<b>PRÉVALENCE</b>	<b>CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)</b>
Santé Canada (1995) Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues Canada, population générale	Consummé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (H/F, 15 ans ou plus)	Canada 72,3 % (1994) 77,7 % (1989) Québec 73,9 % (1994) 76,4 % (1989) <b>Fréquence</b> – Moins d'une fois par mois : 26 % – Chaque jour : 5 % Les autres se retrouvent entre ces deux extrêmes : ils boivent de l'alcool au moins une fois par mois, mais pas tous les jours <b>Combien en consomment-ils ?</b> Consommation moyenne : 3,9 verres par semaine Consommation maximum moyenne en une même occasion : 5,9 verres	<b>EFFETS NÉFASTES :</b> 79,2 % estiment que leur propre consommation ne leur fait ou ne leur a fait aucun tort. Cependant, 73,4 % de tous les Canadiens – buveurs et non buveurs – affirment qu'ils ont déjà eu à subir les méfaits de la consommation de quelqu'un d'autre à un moment ou à un autre de leur vie et 41,0 % au cours des 12 derniers mois. <b>À un moment ou à un autre de leur vie :</b> – insultés/humiliés par la consommation d'alcool de quelqu'un d'autre : 49,4 % – déjà été passagers d'un véhicule dont le conducteur avait consommé de l'alcool : 34,0 % – disputés sérieusement : 33,8 % – ont été poussés ou bousculés : 30,3 % – ont connu des problèmes familiaux ou conjugaux : 18,0 % – ont été agressés physiquement : 15,4 % – ont été agressés sexuellement : 2,7 % <b>Au cours des 12 derniers mois :</b> – ont été insultés ou humiliés : 19,2 % – se sont disputés sérieusement : 14,0 % – ont été poussés/bousculés : 10,8 % – se sont retrouvés dans un véhicule conduit par une personne qui avait bu : 7,5 %* – 0,4 % (92 000 personnes) de la population a fait état d'agressions sexuelles au cours des 12 derniers mois * Les 15-24 ans étaient beaucoup plus nombreux à avoir vécu cette situation : 19,4 %
	Différences entre les sexes : les femmes sont moins nombreuses que les hommes à boire de l'alcool	– Femmes : 66,7 % – Hommes : 78,1 % – Consommation maximum en une même occasion (moyenne) : femmes, 4,2 verres; hommes, 7,4 verres	

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

AUTEURS	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Santé Québec (1995)	<p>Au cours des 7 jours précédant l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aucune consommation</li> <li>- 1 à 6 consommations</li> <li>- 7 à 13 consommations</li> <li>- 14 consommations ou plus</li> </ul>	<p>Consommation d'alcool au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête selon le sexe, buveurs* de 15 ans ou plus, Québec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aucune consommation : femmes : 45,8 %; hommes : 32,6 %</li> <li>- 1 à 6 consommations : femmes : 41,1 %; hommes : 36,0 %</li> <li>- 7 à 13 consommations : femmes : 10,5 %; hommes : 18,1 %</li> <li>- 14 consommations ou plus : femmes : 2,8 %; hommes : 13,3 %</li> </ul> <p>Au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête; consommation régulière ou occasionnelle : 79 %, Québécois 15 ans ou plus (hommes : 84 %; femmes : 75 %)</p> <p>* Personnes qui ont consommé de l'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête</p>	<p><b>AU QUÉBEC EN 1992 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1,7 milliard de dollars en coûts directs et indirects :</li> <li>- 39 % du coût total de l'abus de substances - 243 \$ par habitant</li> </ul> <p><b>Répartition des coûts directs associés à l'alcool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>44,5 % Soins de santé</li> <li>31,0 % Application et respect des règles de justice</li> <li>18,5 % Dommages matériels, incendies, accidents de la route</li> <li>3,6 % Recherche et prévention</li> <li>1,9 % Administration</li> <li>0,4 % Intervention en milieu de travail</li> </ul> <p><b>Coûts indirects</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte de revenus pour la société québécoise : 965 millions</li> <li>- Maladie : 37,8 %</li> <li>- Mortalité prématurée : 62,2 %</li> </ul>

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

AUTEURS	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)																
Segal et Stewart (1996) Adolescents	Usage abusif : 5 consommations consécutives ou plus au cours des 2 semaines précédentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 % de tous les adolescents entre 12 et 17 ans consommant de l'alcool régulièrement (environ 4 millions d'adolescents) (1994).</li> <li>- Sondage auprès d'adolescents du deuxième secondaire : les deux tiers avaient déjà consommé de l'alcool et 28 % ont avoué qu'ils ont été dans un état d'ivresse au moins à une occasion (Wolf 1995 – É.-U.).</li> </ul>	<p>Un usage abusif affecte négativement le développement psychosocial de l'adolescent, compromet l'ajustement et la performance scolaire, contribue à l'abandon des études, réduit le niveau de réussite et la performance scolaire, perturbe le fonctionnement psychosocial normal, réduit le soutien social, limite la participation à des activités avec les pairs, réduit les capacités psychologiques, provoque de l'anxiété et de la tension, abaisse le niveau d'estime de soi. L'usage est également associé à une participation précoce à la vie sexuelle et à des grossesses non désirées, à la prostitution, aux MTS et au sida, à la délinquance, à des comportements suicidaires et meurtriers. Presque la moitié des décès de la route d'adolescents et de jeunes adultes étaient associés à l'alcool au volant. Les élèves qui font usage d'alcool et de drogues demeurent plus susceptibles de porter des armes et de se joindre à un "gang".</p>																
Single Centre canadien de lutte à la toxicomanie – CCLAT (1996)			<p>En millions de \$ (1992)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Coûts directs en matière de santé (traitements)</td> <td style="text-align: right;">1 300,6</td> </tr> <tr> <td>Coûts directs – Lieux de travail</td> <td style="text-align: right;">14,2</td> </tr> <tr> <td>Coûts directs – Administration (transfert des paiements)</td> <td style="text-align: right;">52,3</td> </tr> <tr> <td>Coûts directs – Prévention et recherche</td> <td style="text-align: right;">141,4</td> </tr> <tr> <td>Coûts directs – Police, tribunaux, prisons</td> <td style="text-align: right;">1 359,1</td> </tr> <tr> <td>Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)</td> <td style="text-align: right;">518,0</td> </tr> <tr> <td>Coûts indirects – Pertes de productivité</td> <td style="text-align: right;">4 136,5</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td style="text-align: right;"><b>7 522,1</b></td> </tr> </table> <p>L'alcool représente 40,8 % des coûts liés à la toxicomanie. Coût total de la toxicomanie au Canada : 18 450 000 000 \$ (c'est une approximation « optimiste »; les chiffres sont probablement plus élevés et possiblement considérablement plus).</p>	Coûts directs en matière de santé (traitements)	1 300,6	Coûts directs – Lieux de travail	14,2	Coûts directs – Administration (transfert des paiements)	52,3	Coûts directs – Prévention et recherche	141,4	Coûts directs – Police, tribunaux, prisons	1 359,1	Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)	518,0	Coûts indirects – Pertes de productivité	4 136,5	<b>Total</b>	<b>7 522,1</b>
Coûts directs en matière de santé (traitements)	1 300,6																		
Coûts directs – Lieux de travail	14,2																		
Coûts directs – Administration (transfert des paiements)	52,3																		
Coûts directs – Prévention et recherche	141,4																		
Coûts directs – Police, tribunaux, prisons	1 359,1																		
Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)	518,0																		
Coûts indirects – Pertes de productivité	4 136,5																		
<b>Total</b>	<b>7 522,1</b>																		

**TABEAU 1 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Alcool**

AUTEURS	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Wilsnack (1996) Femmes	Usage modéré : moins de 0,22 once d'alcool pur par jour. Usage abusif : 60 consommations ou plus par mois.	Femmes âgées entre (1991) : <b>21-34</b> Consommatrices : 74 % Consommatrices abusives : 4 % <b>35-49</b> Consommatrices : 65 % Consommatrices abusives : 3 % <b>50-64</b> Consommatrices : 52 % Consommatrices abusives : 2 % <b>65 ans et plus</b> Consommatrices : 29 % Consommatrices abusives : 1 %	
Windle <i>et al.</i> (1996) Préadolescents et adolescents	Usage régulier : consommation de boissons alcoolisées au moins une fois par semaine pendant 4 semaines consécutives ou plus. Usage abusif : 5 consommations ou plus lors d'une même occasion. Buveur abusif : a consommé 45 boissons alcoolisées ou plus au cours des 30 derniers jours ou a pris 6 consommations ou plus lors de 3 occasions ou plus au cours des 30 derniers jours.	Utilisation à vie (déjà utilisé de l'alcool – É.-U.) : – 4 <sup>e</sup> année : 52 % (Bush et Lannotti, 1993) – 8 <sup>e</sup> année : 76 % ASHA – American School – 10 <sup>e</sup> année : 87 % Health Association (1989) – 12 <sup>e</sup> année : 89 % (Johnston <i>et al.</i> , 1991) Usage abusif au cours des 2 dernières semaines : – 8 <sup>e</sup> année : garçons 23 % filles 24 % ASHA – American School – 10 <sup>e</sup> année : garçons 42 % filles 33 % Health Association (1989)	La consommation abusive est associée à une plus grande prévalence de problèmes, tels que des performances scolaires médiocres ou des troubles familiaux. Aussi, certains jeunes avouent avoir séché des cours, regretté des choses qu'ils ont commises en état d'ébriété et bu pendant plusieurs jours consécutifs.

## LES DROGUES ILLICITES

### Prévalence

Contrairement aux statistiques concernant l'usage de l'alcool, les enquêtes portant sur la consommation de drogues illicites comprennent des lacunes importantes. En effet, si le concept de la consommation standard constitue une unité de mesure largement utilisée dans les études traitant de l'alcool, aucun indicateur analogue n'est disponible en ce qui a trait aux drogues illicites (McKenzie et Williams, 1995). Les données présentant la prévalence de consommation de drogues illicites renvoient uniquement au fait d'avoir consommé ou non lors d'une période donnée, habituellement au cours de la vie, lors de l'année précédant l'enquête ou lors des trente derniers jours. Ces données ne font donc pas état de la quantité de drogue consommée ou de la concentration de son agent actif, tout comme elles font rarement référence à la fréquence d'utilisation. Il demeure donc difficile d'établir quels sont les profils et les niveaux de consommation. Cette situation est en partie due au fait que l'utilisateur évalue lui-même difficilement la quantité exacte qu'il consomme étant donné l'illégalité du marché où il se voit forcé de s'approvisionner.

#### *Les adultes*

Une importante proportion de Canadiens âgés de quinze ans et plus admettent avoir déjà fait usage de drogues illicites. Ainsi, un adulte sur cinq, c'est-à-dire quatre millions deux cent mille Canadiens, ont consommé une drogue illicite au moins une fois au cours de leur vie (McKenzie et Williams, 1995)<sup>1</sup>. Le cannabis est de loin la substance la plus populaire; effectivement, 20 % des adultes canadiens ont déjà consommé de la marijuana ou du haschich au cours de leur vie (Adlaf, 1993). L'usage d'autres substances psychoactives illicites demeure une réalité touchant une minorité d'individus. De fait, 3 % des Canadiens âgés de quinze ans et plus ont consommé au moins une fois dans leur vie de la cocaïne, du LSD ou de l'héroïne. Ces pourcentages représentant la prévalence d'usage de drogues illicites au cours de la vie ont tendance à diminuer lorsqu'ils portent sur des périodes précises, laissant présager que l'usage actuel de drogues illicites est un phénomène moins répandu qu'on pourrait le croire. Si 20 % des Canadiens ont déjà fait usage de cannabis par le passé, 8,6 % l'ont fait en 1994 (Charland, Chevalier et Boivin, 1996). D'autre part, une proportion de 0,7 % de Canadiens ont consommé de la cocaïne lors de cette même année alors que 1,1 % ont fait usage de LSD, d'héroïne ou de *speed* (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996a).

La consommation de drogues illicites est une réalité touchant plus les hommes que les femmes<sup>2</sup>. Pour illustrer cette tendance, Single, Maclennan et Macneil (1994) donnent l'exemple de la consommation de marijuana au Canada en 1992 : 5,7 % des hommes ont fait usage de ce produit au cours de l'année 1992 comparativement à 2,4 % des femmes. On retrouve la même tendance aux États-Unis : en 1992, les femmes ayant consommé de la marijuana étaient moins nombreuses que les hommes (2,9 % vs 5,9 %) et cet écart est encore plus important si on tient compte de la fréquence d'utilisation, alors qu'une proportion de 1,6 % des femmes américaines faisaient un usage hebdomadaire de marijuana comparativement à 3,5 % des hommes (Chacin, 1996).

D'autre part, parmi la population des quinze ans et plus, ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui sont davantage concernés par la consommation de substances psychoactives illicites (Charland, Chevalier et Boivin, 1996)<sup>3</sup>. Peu d'études ont cependant cherché à établir la prévalence de consommation de drogues illicites chez les personnes âgées. Selon Glantz et Sloboda (1996), les problèmes d'abus de drogues illicites n'apparaissent pas significatifs au sein de cette sous-population. En fait, les personnes âgées semblent actuellement peu touchées par ce phénomène pour trois raisons. Premièrement, un faible pourcentage de ces personnes ont fait antérieurement usage de substances illicites. Deuxièmement, peu de consommateurs abusifs sont toujours vivants, et, troisièmement, le phénomène de maturation fait en sorte que l'usage décroît en fonction de l'âge (Glantz et Sloboda, 1996). Le faible usage de substances psychoactives illicites chez les personnes âgées peut également s'expliquer par des raisons culturelles, l'acceptation de ce type de consommation n'ayant pas été intégrée dans les normes sociales de cette population (Glantz et Sloboda, 1996). Toutefois, le vieillissement de la cohorte des *baby-boomers*, représentant un groupe d'âge où l'usage et l'abus de drogues illicites sont considérables, risque d'impliquer dans les prochaines années un changement dans la distribution des taux de prévalence (Glantz et Sloboda, 1996).

Heller et Robinson (1994), qui ont examiné l'abus de substances psychoactives en relation avec la santé, la sécurité et le rendement au travail, fournissent des données concernant la consommation de drogues illicites chez les travailleurs. Ces auteurs rapportent notamment les résultats d'une étude américaine (Zwerling, 1990, cité dans Heller et Robinson, 1994) menée auprès de 2 537 postiers. Cette étude a révélé d'importantes baisses de rendement chez ces postiers : ceux dont les tests d'urine ont confirmé la consommation de marijuana avaient 55 % plus d'accidents, 85 % plus de blessures et 78 % plus d'absences, alors que les postiers dont les tests d'urine ont révélé une consommation de cocaïne démontraient un taux supérieur de 14,5 % d'absentéisme et de 85 % pour les blessures. Les études américaines analysées par Heller et Robinson (1994) démontrent également qu'entre 40 % et 50 % des travailleurs ayant des résultats positifs au regard de la consommation de drogues illicites présentent un taux supérieur de cessation d'emploi attribuable à un abandon, à une mise en disponibilité ou à un congédiement.

Actuellement, les enquêtes les plus récentes indiquent qu'une recrudescence de l'usage de drogues illicites au Canada marque le milieu des années 1990 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996a). Ainsi, la proportion d'adultes canadiens ayant consommé du cannabis est passée de 4,2 % en 1993 à 7,4 % en 1994; en ce qui concerne l'usage de la cocaïne, cette proportion était de 0,3 % en 1993 alors qu'elle est de 0,7 % en 1994; enfin, la proportion de Canadiens ayant consommé du LSD, de l'héroïne ou du *speed* est passée de 0,3 % en 1993 à 1,1 % en 1994 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996a).

### *Les jeunes*

#### 1) Les jeunes du secondaire et les jeunes du collégial

L'usage de drogues illicites semble un phénomène plus répandu chez les jeunes que dans l'ensemble de la population. Les données américaines les plus récentes montrent que de 12,6 % à 35,3 % des jeunes Américains de 8<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> année ont déjà consommé de la marijuana; de 5,1 % à 15,5 % de ces jeunes

ont fait usage de cette substance illicite au cours de l'année 1993 (Hansen et O'Malley, 1996). Les autres drogues illicites les plus populaires auprès des jeunes Américains sont le LSD et la cocaïne (Hansen et O'Malley, 1996). Entre 1985 et 1993, les données portant sur la prévalence de consommation chez les jeunes Américains indiquaient une diminution de l'usage de drogues illicites au sein de cette population. En effet, 26 % des jeunes de 12<sup>e</sup> année consommaient de la marijuana en 1985 alors que cette proportion est de 15,5 % en 1993 (Dryfoos, 1990; Hansen et O'Malley, 1996). La période de 1993 à 1995 indique cependant une recrudescence de l'usage de drogues chez les jeunes en Amérique du Nord (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996b). Ainsi, selon la dernière édition de l'enquête sur la consommation de drogues chez les élèves de l'Ontario, la consommation de cannabis est passée de 12,7 % à 22,7 %, l'usage de colle de 1,6 % à 2,4 %, la consommation de *speed* de 2 % à 4,6 %, l'usage de PCP de 0,6 % à 1,7 %, la consommation d'autres hallucinogènes de 3,1 % à 7,6 %, l'usage de cocaïne de 1,5 % à 2,4 %, alors que la consommation de l'*ecstasy* a connu une augmentation de 0,6 % à 1,8 % (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996b). De plus, cette enquête démontre une libéralisation des attitudes et de l'opinion de ces jeunes envers l'usage de drogues, principalement la marijuana (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996b).

En ce qui concerne les jeunes collégiens américains, bien que le problème majeur soit relié à l'alcool (Eigen, 1996), ils représentent néanmoins un sous-groupe parmi lequel la consommation de substances psychoactives illicites est fort répandue. La marijuana demeure la drogue illicite la plus fréquemment utilisée par ces jeunes : en 1990, 14 % d'entre eux avaient consommé ce produit au cours du mois précédant l'enquête, 29,4 % au cours de l'année et 49,1 % avaient fait usage de marijuana au cours de leur vie (Eigen, 1996). La consommation de drogues illicites est donc la réalité d'une plus forte proportion d'étudiants du collégial que d'étudiants du secondaire.

Plus près de nous, une étude réalisée par le ministère de l'Éducation du Québec en 1994 indique que 17,9 % des jeunes filles et 15,4 % des garçons fréquentant une école secondaire du Québec ont déjà consommé du cannabis, que 2,7 % des filles et 2,3 % des garçons ont déjà fait usage de cocaïne, que 5,9 % des filles et 4,8 % des garçons ont pris des drogues chimiques et que 0,2 % des jeunes filles et 0,4 % des garçons du secondaire ont rapporté avoir consommé du crack (Ministère de l'Éducation du Québec, 1994). Par ailleurs, parmi la proportion de jeunes ayant indiqué qu'ils avaient déjà consommé des substances psychoactives illicites, 82,4 % des filles et 92,6 % des garçons consommaient du cannabis, 10,6 % des filles et 10,9 % des garçons faisaient usage de cocaïne, 27,8 % des filles et 30,6 % des garçons faisaient usage de drogues chimiques et 0,7 % des jeunes filles et 5,2 % des garçons du secondaire consommaient du crack au moment de l'enquête (Ministère de l'Éducation du Québec, 1994). Ces données illustrent que l'usage de drogues illicites est considérable chez les jeunes étudiants et que, contrairement aux adultes, l'usage actuel semble plus important que l'essai ou la consommation antérieure. De plus, on remarque que les filles sont plus nombreuses que les garçons à avoir déjà fait l'essai des drogues. Si les données de prévalence recueillies chez les jeunes des écoles secondaires de l'Ontario illustrent une augmentation de la consommation de drogues, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette augmentation touche également les jeunes Québécois.

Une étude de Brochu *et al.* (soumise pour publication) ayant repris le questionnaire utilisé par le ministère de l'Éducation du Québec (1994) auprès de jeunes du secondaire de la Commission scolaire des Laurentides (CSL) révèle une proportion beaucoup plus importante de consommateurs que celle

révélée ci-dessus. Ainsi, 42,6 % (MEQ : 17,9 %) des filles et 45,5 % (MEQ : 15,5 %) des garçons de la CSL ont déjà fait l'essai de cannabis, 4,3 % (MEQ : 2,7 %) des filles et 5,1 % (MEQ : 2,3 %) des garçons ont déjà consommé de la cocaïne et 15 % (MEQ : 5,9 %) des filles et 15,9 % (MEQ : 4,8 %) des garçons fréquentant la CSL ont consommé des drogues chimiques. Cette plus forte proportion peut s'expliquer, d'une part, par la différence entre les méthodes de collecte de données, le ministère de l'Éducation (1994) ayant procédé par des envois postaux alors que Brochu *et al.* (soumis pour publication) ont passé le questionnaire en classe, sans que les parents ou les professeurs n'aient la possibilité de voir les réponses des élèves. Une deuxième hypothèse avancée par Brochu *et al.* serait qu'il y a présentement une augmentation de la prévalence de consommation chez les jeunes d'âge scolaire au Québec, tel que l'indique l'enquête réalisée auprès des jeunes du secondaire de l'Ontario. Contrairement aux données du ministère de l'Éducation (1994), les données présentées par Brochu *et al.* n'indiquent pas que les filles soient plus nombreuses à avoir déjà essayé des drogues.

## 2) Les jeunes de la rue

Peu d'études ont examiné la prévalence de consommation de substances psychoactives chez les jeunes de la rue (Padilla, Duran et Nobles, 1996). Selon les recherches ayant traité de ce phénomène, il est clair que les jeunes vivant dans la rue expérimentent davantage les drogues illicites que les étudiants. C'est en effet ce qu'illustre une étude s'intéressant aux jeunes de 12 à 25 ans vivant dans les rues de Montréal (Roy, 1996). Cette étude effectuée auprès des jeunes de la rue de Montréal révèle que 96 % d'entre eux ont déjà consommé du cannabis; parmi ceux-ci, 26 % en prennent quotidiennement. D'autre part, 73 % des jeunes de la rue à Montréal ont déjà consommé de la cocaïne et 5 % en font usage tous les jours. Le crack a été une substance consommée par 52 % des personnes de cette population; parmi ceux-ci, 2 % en consomment quotidiennement. Enfin, les jeunes de la rue ont déjà fait usage d'héroïne dans une proportion de 32 %, alors que 5 % d'entre eux en consomment tous les jours (Roy, 1996).

Une étude américaine semblable effectuée en 1991 auprès de jeunes vivant dans les rues de Hollywood révèle que 40 % de ces jeunes connaissent des problèmes avec les drogues illicites (Padilla, Duran et Nobles, 1996).

## 3) Les jeunes contrevenants

Selon Brochu et Douyon (1990), qui ont interrogé des jeunes Québécois placés en centre de réadaptation en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants ou de la Loi sur la protection de la jeunesse, les taux de prévalence de consommation de substances psychoactives chez ces jeunes sont particulièrement élevés; en fait, cette sous-population détient les plus hauts taux de consommation présentés au sein des études de prévalence. Ainsi, 62 % de ces jeunes ont consommé du cannabis au cours de l'année 1989, dont 4,8 % selon une fréquence de 20 à 30 jours par mois. Ajoutons que 38,4 % d'entre eux ont pris des hallucinogènes, dont 2,6 % à raison de 20 à 30 jours par mois, et que 38 % ont fait usage de cocaïne, dont 2,2 % l'ont fait de 20 à 30 jours par mois.

Une enquête a également été menée en 1994 par Cloutier, Champoux, Jacques et Lancop auprès de 604 jeunes recevant des services dans les centres jeunesse du Québec. Parmi les diverses questions proposées à ces jeunes, l'une avait pour but de déterminer s'ils consomment des drogues, et ce, de façon occasionnelle ou régulière (donc, sans référence au type de substance consommée). Selon cette

enquête de Cloutier *et al.* (1994), 57,7 % des garçons et 66,6 % des filles dans des centres jeunesse ne consomment pas de drogues alors qu'une proportion de 24,7 % des garçons et de 24 % des filles en font usage occasionnellement. Les pourcentages de garçons et de filles qui consomment régulièrement des drogues sont respectivement de 17,4 % et de 9,8 %. Cloutier *et al.* (1994) soulignent la précocité de la consommation de drogues chez ces jeunes en difficulté. En fait, les jeunes recevant des services dans des centres jeunesse du Québec présentent, dès le début de l'adolescence, un profil de consommation de drogues qui ne se retrouve que trois ans plus tard chez les élèves du secondaire (Ministère de l'Éducation, 1994).

## Coûts et conséquences

Selon Newcombe (1992) et Riley (1994), les conséquences reliées à l'usage de drogues se définissent soit en termes d'effets sur la santé, de problèmes sociaux ou de coûts économiques :

Effets sur la santé : maladies, blessures, conditions médicales, santé psychologique et problèmes psychiatriques.

Problèmes sociaux : agressions, désordre public, conflits, marginalisation.

Coûts économiques : variables relatives à la qualité des finances (dettes, crimes acquisitifs, économie nationale).

Ces différents types de conséquences peuvent affecter à la fois l'individu, la communauté et la société (Newcombe, 1992; Riley, 1994) :

Niveau individuel : résultats de la consommation pour l'utilisateur.

Niveau communautaire : conséquences de la consommation pour la famille de l'utilisateur, ses amis, son entourage ou ses collègues de travail.

Niveau sociétal : effets sur les structures et organisations de la société (services de santé, système de justice criminelle, libertés civiles, culture, économie) (Newcombe, 1992).

Il n'est pas aisé d'établir quels sont les coûts financiers reliés aux différentes conséquences engendrées par la consommation de drogues. Si plusieurs de ces coûts sociaux sont intangibles et ne peuvent être estimés, que ce soit en termes de fréquence d'apparition ou de valeur monétaire, certains autres peuvent l'être.

Single *et al.* (1996) ont cherché à combler ces lacunes en présentant une estimation des coûts totaux associés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives au Canada. En ce qui a trait plus particulièrement aux coûts reliés aux drogues illicites, les auteurs affirment que les études liées à cet aspect sont caractérisées par des difficultés méthodologiques occasionnant une disparité des résultats, et ce, non seulement au Canada, mais également dans plusieurs autres pays. L'estimation de Single *et al.* (1996) du coût total relié à l'usage et à l'abus de substances psychoactives au Canada est de

18,45 milliards de dollars. Les coûts des substances illicites représentent 1 371 million de dollars et sont répartis de cette façon, en millions de dollars :

Coûts directs en matière de santé (traitements)	88,0
Coûts directs – Lieux de travail	5,5
Coûts directs – Administration (transfert des paiements)	1,5
Coûts directs – Prévention et recherche	41,9
Coûts directs – Police, tribunaux, prisons	400,3
Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)	10,7
Coûts indirects – Perte de productivité	823,1
<b>Total</b>	<b>1 371,0</b>

Cette estimation des coûts reliés à l'usage et à l'abus de drogues illicites au Canada démontre clairement l'ampleur du phénomène. Cependant, Single *et al.* (1996) précisent que l'approche préconisée en vue d'estimer ces coûts est de nature conservatrice. Ainsi, lorsque les données étaient incomplètes ou que plusieurs sources de données étaient disponibles, les plus faibles estimations ont été privilégiées. De plus, Single *et al.* (1996) soulignent la faiblesse de certaines composantes des coûts de l'usage et de l'abus de substances psychoactives, notamment en ce qui a trait aux crimes contre la propriété reliés aux drogues illicites.

Il convient également de souligner que ces coûts ne représentent que ceux ayant une valeur monétaire. Ils n'englobent pas les coûts sociaux auxquels peuvent conduire l'usage et l'abus de drogues illicites tels que ceux causés par la détresse psychologique, la violence domestique, les abus sexuels, le décrochage scolaire, les troubles de comportement à l'école, les difficultés d'apprentissage et la négligence parentale, coûts sociaux qui, selon le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (1997), sont bien difficiles à chiffrer.

Le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (1997) a fait une analyse plus poussée des coûts reliés aux substances illicites au regard de la situation québécoise à partir de l'étude de Single *et al.* (1996). En 1992, pour le Québec, ces coûts ont été estimés à 334,3 millions de dollars et sont répartis de cette façon, en millions de dollars :

Coûts directs en matière de santé (traitements)	22,2
Coûts directs – Lieux de travail	1,4
Coûts directs – Administration (transfert des paiements)	0,4
Coûts directs – Prévention et recherche	8,5
Coûts directs – Police, tribunaux, prisons	92,2
Autres coûts – Pertes matérielles (feu, accidents)	2,9
Coûts indirects – Perte de productivité	206,7
<b>Total</b>	<b>334,3</b>

**TABLEAU 2**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉ- QUENCES (coûts socio- économiques)
Adlaf (1993)	Canadiens de 15 ans ou plus (Enquête promotion de la Santé Canada, 1990)	1) <b>Usage antérieur</b> Proportion de personnes qui ont fait usage d'une drogue au cours de leur vie  2) <b>Usage actuel</b> Proportion de personnes qui ont consommé une drogue au cours de l'année précédant l'enquête	<b>CANNABIS</b> 1) Usage antérieur : 20 % 2) Usage actuel : 5 %  <b>COCAÏNE OU CRACK</b> 1) Usage antérieur : 3 % 2) Usage actuel : 1 %  <b>LSD</b> 1) Usage antérieur : 3 % 2) Usage actuel : NA	
Brochu <i>et al.</i> (soumis pour publication)	5 684 élèves du secondaire de la Commission scolaire des Laurentides	1) Essayée : proportion de personnes ayant déjà fait usage d'une drogue 2) Consommée : proportion de personnes, parmi celles qui ont déjà essayé des drogues, qui consommaient une drogue au moment du sondage	<b>Essayée</b> <b>Filles</b> 42,6 % <b>Garçons</b> 45,5 % <b>Consommée</b> <b>Filles</b> 94,4 % <b>Garçons</b> 91,7 % Marijuana, haschich 21,6 % Drogues chimiques 22,6 % Cocaïne 5,2 % Colle 2,8 % 7,1 % 5,6 % 0,8 % Crack 1,7 % 1,6 %	
Brochu et Douyon, 1990	229 jeunes de 13 à 18 ans placés dans un centre de réadaptation en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants ou de la Loi sur la protection de la jeunesse (Québec) rencontrés en 1989	1) Usage au cours de l'année précédant l'enquête 2) usage au cours des 30 derniers jours 3) pendant 1 à 5 jours sur 30 4) pendant 6 à 19 jours sur 30 5) pendant 20 jours ou plus sur 30	<b>Année</b> <b>30 jours</b> 62,0 % <b>1-5 jours</b> 28,8 % <b>6-19 jours</b> 13,5 % <b>20-30 jours</b> 5,2 %  <b>Année</b> 38,4 % <b>30 jours</b> 7,9 % <b>1-5 jours</b> 5,7 % <b>6-19 jours</b> 3,1 % <b>20-30 jours</b> 2,6 %  <b>Année</b> 38,0 % <b>30 jours</b> 11,4 % <b>1-5 jours</b> 3,9 % <b>6-19 jours</b> 1,7 % <b>20-30 jours</b> 2,2 % <b>0,4 %</b>  Ce sont les jeunes de 16 ans qui consomment davantage de cannabis, de cocaïne et d'hallucinogènes. Les consommateurs de solvants sont plus vieux (17 ans).  L'âge moyen de la première consommation se situe autour de 14 à 15 ans.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats scolaires faibles</li> <li>• Décrochage</li> <li>• Délinquance</li> <li>• Activités sexuelles précoces</li> <li>• Grossesse chez l'adolescente (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb et Beniter, 1989)</li> </ul>

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Charland, Chevalier et Boivin (1996)	Montréalais, Québécois et Canadiens âgés de 15 ans ou plus (Chevalier et Tremblay, 1995) Portrait de santé des Montréalais : Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-Centre et Santé Canada (1995) Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues : avant-première (1995)	Usage : proportion de personnes qui ont consommé une drogue au cours de l'année précédant l'enquête	<p><b>1) MONTRÉALAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 % des Montréalais ont consommé de la drogue au cours de l'année</li> <li>• 18 % de la population a déjà consommé</li> <li>• 68 % n'a jamais consommé</li> <li>• La consommation touche surtout les jeunes de 15 à 24 ans (plus de 25 %)</li> </ul> <p><b>2) QUÉBÉCOIS ET CANADIENS</b></p> <p><b>CANNABIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Québécois : 8,6 %</li> <li>2) Canadiens : 7,4 %</li> </ul> <p><b>HÉROÏNE ET MORPHINE</b> (codéine, démerol et morphine)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Québécois : 6,8 %</li> <li>2) Canadiens : 13,1 %</li> </ul>	<p>Consommation de drogues et impacts détectés sur la santé et les problèmes sociaux à Montréal-Centre pour les années 1992-1993-1994 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 43 décès</li> <li>• 1 144 personnes en cure de désintoxication</li> <li>• 1 263 hospitalisations</li> <li>• 3 762 mises en accusation</li> <li>• 169 000 consommateurs</li> </ul> <p>Au Québec, la proportion de cas de VIH-SIDA déclarés directement attribuables à l'injection de drogues est passée de 0,3 % avant 1987 à 6,3 % depuis le début de 1993</p>

**TABEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE			CONSEQUENCES (coûts socio-économiques)
Chevalier (1995), Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997)	Enquête sociale et de santé 1992-1993 (Santé Québec) menée auprès de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus	1) N'a jamais consommé 2) ancien consommateur 3) consommateur actuel	<b>HOMMES</b>	<b>Jamais consommateur</b>	<b>Consommateur actuel</b>	<p>Les coûts de l'abus de substances illicites au Québec en 1992</p> <p><b>Coûts directs</b> : 127,6 millions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soins de santé : 22,2 millions (17,4 %)</li> <li>application et respect de la justice : 92,2 millions (73,3 %)</li> <li>recherche et prévention : 8,5 millions (6,6 %)</li> <li>intervention en milieu de travail : 1,4 million (1,1 %)</li> <li>dommages matériels : 2,9 millions (2,3 %)</li> <li>administration : 0,4 million (0,2 %)</li> </ul> <p><b>Coûts indirects</b> : 206,7 millions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perte de productivité due à la morbidité : 71,8 millions</li> <li>perte de productivité due à la mortalité : 134,9 millions</li> </ul>
			<b>15-24 ans</b>	56,8 %	29,7 %	
			<b>25-44 ans</b>	52,9 %	15,8 %	
			<b>45-64 ans</b>	84,9 %	5,3 %	
			<b>65 ans ou plus</b>	94,9 %	3,3 %*	
			<b>Total</b>	66,4 %	14,2 %	
			<b>FEMMES</b>			
			<b>15-24 ans</b>	58,0 %	24,3 %	
			<b>25-44 ans</b>	61,9 %	10,2 %	
			<b>45-64 ans</b>	86,1 %	6,8 %	
			<b>65 ans ou plus</b>	92,5 %	4,8 %*	
			<b>Total</b>	71,5 %	11,0 %	
			* Interpréter avec prudence			
			<b>À vie</b>			
			Marijuana	25,1 %	8,2 %	
			Cocaïne	6,2 %	1,9 %	
			Drogues psychédéliques	5,9 %	1,2 %	
			Héroïne	0,3 %	0,0 %**	
			** Estimation imprécise fournie à titre indicatif			
			<b>Évolution de 1985 à 1992-1993</b>			
			<b>EPS 1985</b>	<b>ENAD 1989</b>	<b>EPS 1990</b>	<b>ESS 1992-1993</b>
			À VIE			
			• Marijuana	21,3 %	18,0 %	25,1 %
			• Cocaïne	4,1 %	4,0 %	6,2 %
			<b>L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE</b>			
			• Marijuana	3,3 %	6,5 %	6,0 %
			• Cocaïne	2,0 %	1,0 %	1,9 %
			<b>CONSOMMATION DE DROGUES</b>			
			<b>GARÇONS</b>	<b>FILLES</b>	<b>TOTAL</b>	
			Ne consomment pas	57,9 %	66,2 %	61,9 %
			Consomment à l'occasion	24,7 %	24,0 %	24,4 %
			Consomment régulièrement	17,4 %	9,8 %	13,7 %
Cloutier, Champoux, Jacques et Lancop (1994)	604 jeunes de 11 à 18 ans qui reçoivent des services dans des centres jeunesse au Québec	À l'occasion : non défini Régulièrement : non défini				

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Dryfoos (1990)	Jeunes de 12 <sup>e</sup> année (Sondage en 1985 aux États-Unis)	<p>1) <b>Usage antérieur</b> Proportion de personnes qui ont déjà consommé une drogue</p> <p>2) <b>Usage actuel</b> Proportion de personnes ayant fait usage d'une drogue au cours des 30 derniers jours</p> <p><b>Usage fréquent</b></p> <p><b>MARIJUANA</b> 20 fois ou plus au cours des 30 derniers jours</p> <p><b>COCAÏNE</b> 3 fois ou plus au cours des 30 derniers jours</p>	<p><b>MARIJUANA</b></p> <p>1) Usage antérieur : 54 % (garçons : 57 %; filles : 51 %)</p> <p>2) Usage actuel : 26 % (garçons : 29 %; filles : 22 %)</p> <p>3) Usage fréquent : 5 % (garçons : 7 %; filles : 3 %)</p> <p><b>COCAÏNE</b></p> <p>1) Usage antérieur : 17 % (garçons : 20 %; filles : 15 %)</p> <p>2) Usage actuel : 7 % (garçons : 8 %; filles : 6 %)</p> <p>3) Usage fréquent : 3 %</p>	<p><b>MARIJUANA</b></p> <p><b>Usage occasionnel</b></p> <p><u>Court terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnérabilité aux autres drogues</li> </ul> <p><u>Long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non concluant</li> </ul> <p><b>Usage fréquent et élevé</b></p> <p><u>Court terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détérioration du fonctionnement psychologique</li> <li>• Détérioration de l'habileté à conduire</li> <li>• Perte de la mémoire à court terme</li> </ul> <p><u>Long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes respiratoires</li> <li>• Effets sur la reproductivité</li> <li>• Diminution de la motivation</li> </ul> <p><b>COCAÏNE</b></p> <p><u>Court terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes physiques (bouche sèche, transpiration, saignements de nez...)</li> </ul> <p><u>Long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance</li> <li>• Hépatite</li> <li>• Effets psychologiques (dépression, anxiété)</li> <li>• Convulsions</li> <li>• Problèmes sociaux et financiers</li> </ul>

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)																																								
Eigen (1995)	Étudiants de collèges américains (enquête portant sur l'année 1990)	1) Usage au cours des 30 derniers jours = M 2) Usage au cours de l'année 1990 = A 3) Usage au cours de la vie = V	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>M</th> <th>A</th> <th>V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marijuana</td> <td>14,0 %</td> <td>29,4 %</td> <td>49,1 %</td> </tr> <tr> <td>Inhalants</td> <td>1,0 %</td> <td>3,9 %</td> <td>13,9 %</td> </tr> <tr> <td>Hallucinogènes</td> <td>1,4 %</td> <td>5,4 %</td> <td>11,1 %</td> </tr> <tr> <td>LSD</td> <td>1,1 %</td> <td>4,3 %</td> <td>9,1 %</td> </tr> <tr> <td>Cocaine</td> <td>1,2 %</td> <td>5,6 %</td> <td>11,4 %</td> </tr> <tr> <td>Crack</td> <td>0,1 %</td> <td>0,6 %</td> <td>1,4 %</td> </tr> <tr> <td>MDMA</td> <td>0,6 %</td> <td>2,3 %</td> <td>3,9 %</td> </tr> <tr> <td>Héroïne</td> <td>0,0 %</td> <td>0,1 %</td> <td>0,3 %</td> </tr> <tr> <td>Autres opiacés</td> <td>0,5 %</td> <td>2,9 %</td> <td>6,8 %</td> </tr> </tbody> </table>		M	A	V	Marijuana	14,0 %	29,4 %	49,1 %	Inhalants	1,0 %	3,9 %	13,9 %	Hallucinogènes	1,4 %	5,4 %	11,1 %	LSD	1,1 %	4,3 %	9,1 %	Cocaine	1,2 %	5,6 %	11,4 %	Crack	0,1 %	0,6 %	1,4 %	MDMA	0,6 %	2,3 %	3,9 %	Héroïne	0,0 %	0,1 %	0,3 %	Autres opiacés	0,5 %	2,9 %	6,8 %	1) <u>Conséquences économiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Montants alloués par les étudiants à leur consommation</li> <li>• Vol et vandalisme</li> </ul> 2) <u>Conséquences sur la santé</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mort</li> <li>• Suicide</li> <li>• Effets sur la mémoire, la perception, le jugement et les comportements</li> </ul> 3) <u>Conséquences sociales</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criminalité</li> <li>• Échecs scolaires</li> <li>• Perte d'emploi</li> <li>• Décrochage</li> </ul> 4) <u>Conséquences éducationnelles</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence en classe</li> <li>• Faibles résultats</li> </ul>
	M	A	V																																									
Marijuana	14,0 %	29,4 %	49,1 %																																									
Inhalants	1,0 %	3,9 %	13,9 %																																									
Hallucinogènes	1,4 %	5,4 %	11,1 %																																									
LSD	1,1 %	4,3 %	9,1 %																																									
Cocaine	1,2 %	5,6 %	11,4 %																																									
Crack	0,1 %	0,6 %	1,4 %																																									
MDMA	0,6 %	2,3 %	3,9 %																																									
Héroïne	0,0 %	0,1 %	0,3 %																																									
Autres opiacés	0,5 %	2,9 %	6,8 %																																									

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Hansen et O'Malley (1996)	Jeunes de 8 <sup>e</sup> , 10 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> année (sondage mené auprès de 45 000 jeunes de 420 écoles publiques et privées en 1993)	<p>1) <b>Usage antérieur</b> Proportion de personnes qui ont déjà consommé une drogue</p> <p>2) <b>Usage actuel</b> Proportion de personnes ayant fait usage d'une drogue au cours des 30 derniers jours</p>	<p><b>MARIJUANA</b>  <u>Usage antérieur</u>  8<sup>e</sup> : 12,6 %  10<sup>e</sup> : 24,4 %  12<sup>e</sup> : 35,3 %  <u>Usage actuel</u>  8<sup>e</sup> : 5,1 %  10<sup>e</sup> : 10,9 %  12<sup>e</sup> : 15,5 %</p> <p><b>LSD</b>  8<sup>e</sup> : 3,5 %  10<sup>e</sup> : 6,2 %  12<sup>e</sup> : 10,3 %</p> <p><b>COCAÏNE</b>  8<sup>e</sup> : 2,9 %  10<sup>e</sup> : 3,6 %  12<sup>e</sup> : 6,1 %</p> <p><b>HÉROÏNE</b>  <u>Usage antérieur</u>  8<sup>e</sup> : 1,4 %  10<sup>e</sup> : 1,1 %  12<sup>e</sup> : 1,1 %</p>	<p><b>Conséquences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur la santé</li> <li>• Sociales</li> <li>• Émotionnelles</li> <li>• Légales</li> <li>• Comportementales</li> </ul>

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
McKenzie et Williams (1995) Single (1996)	Canadiens de 15 ans ou plus (enquête sociale menée en 1993 par Statistique Canada)	<p>1) <b>Au cours de la vie</b> Proportion de personnes qui ont déjà fait usage d'une drogue</p> <p>2) <b>Usage</b> Proportion de personnes qui ont consommé une drogue au cours de l'année précédant l'enquête</p>	<p><b>CANNABIS</b> 1) Au cours de la vie : 20 % 2) Usage : 4,2 %</p> <p><b>COCAÏNE</b> 1) Au cours de la vie : 30 % 2) Usage : 0,3 %</p> <p><b>LSD</b> 1) Au cours de la vie : 3 % 2) Usage : 0,3 %</p> <p><b>HÉROÏNE</b> 1) Au cours de la vie : 3 % 2) Usage : 0,3 %</p>	<p><b>1) DÉCÈS ET MALADIES (1992)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>732 décès au Canada en 1992 étaient reliés aux drogues illicites, dont 42 % étaient des suicides, 14 % des empoisonnements aux opiacés, 9 % des empoisonnements à la cocaïne et dont 8 % étaient reliés au SIDA</li> <li>7 095 hospitalisations et 58 571 jours à l'hôpital résultaient de l'usage de drogues illicites en 1992. Psychoses : 17 %; assauts : 17 %; dépendance à la cocaïne : 17 %</li> </ul> <p><b>2) COÛTS ÉCONOMIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coûts directs (pertes de productivité) : 823,1 millions de dollars</li> <li>Coûts directs pour l'application de la loi : 400,3 millions</li> <li>Coûts directs en soins de santé : 88 millions</li> <li>Coûts directs pour la prévention et la recherche : 41,9 millions</li> <li>Autres coûts directs (accidents routiers) : 10,7 millions</li> <li>Coûts directs associés au travail (programmes et dépistage) : 5,5 millions</li> <li>Coûts administratifs directs pour le transfert de paiements : 1,5 million</li> </ul> <p>TOTAL : 1,371 milliard de dollars, 48 \$ <i>per capita</i> (Single, 1996)</p>

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)																																										
Ministère de l'Éducation (1994)	5 581 élèves du secondaire au Québec en 1991	<p>1) <b>Essayée</b> : proportion de personnes ayant déjà fait usage d'une drogue</p> <p>2) <b>Consommée</b> : proportion de personnes, parmi celles qui ont déjà essayé des drogues, qui consommaient une drogue au moment du sondage</p>	<p style="text-align: center;"><b>PRÉVALENCE</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Essayée</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Consommée</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Filles</th> <th>Garçons</th> <th>Filles</th> <th>Garçons</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Marijuana, haschich</td> <td></td> <td>17,9 %</td> <td>15,4 %</td> <td>82,4 %</td> <td>92,6 %</td> </tr> <tr> <td>• Drogues chimiques</td> <td></td> <td>5,9 %</td> <td>4,8 %</td> <td>27,8 %</td> <td>30,6 %</td> </tr> <tr> <td>• Cocaine</td> <td></td> <td>2,7 %</td> <td>2,3 %</td> <td>10,6 %</td> <td>10,9 %</td> </tr> <tr> <td>• Colle</td> <td></td> <td>2,7 %</td> <td>2,3 %</td> <td>1,3 %</td> <td>7,7 %</td> </tr> <tr> <td>• Crack</td> <td></td> <td>0,2 %</td> <td>0,4 %</td> <td>0,7 %</td> <td>5,2 %</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge moyen de la première consommation : filles, 13,9 ans, garçons, 14,1 ans.</li> <li>• La consommation a lieu plus souvent la fin de semaine.</li> <li>• Les consommateurs actuels ont consommé en moyenne un peu plus d'une fois durant la semaine précédant l'enquête.</li> </ul>			Essayée		Consommée				Filles	Garçons	Filles	Garçons	• Marijuana, haschich		17,9 %	15,4 %	82,4 %	92,6 %	• Drogues chimiques		5,9 %	4,8 %	27,8 %	30,6 %	• Cocaine		2,7 %	2,3 %	10,6 %	10,9 %	• Colle		2,7 %	2,3 %	1,3 %	7,7 %	• Crack		0,2 %	0,4 %	0,7 %	5,2 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats scolaires faibles</li> <li>• Décrochage</li> <li>• Délinquance</li> <li>• Activités sexuelles précoces</li> <li>• Grossesse chez l'adolescente (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb et Bentler, 1989)</li> </ul>
		Essayée		Consommée																																										
		Filles	Garçons	Filles	Garçons																																									
• Marijuana, haschich		17,9 %	15,4 %	82,4 %	92,6 %																																									
• Drogues chimiques		5,9 %	4,8 %	27,8 %	30,6 %																																									
• Cocaine		2,7 %	2,3 %	10,6 %	10,9 %																																									
• Colle		2,7 %	2,3 %	1,3 %	7,7 %																																									
• Crack		0,2 %	0,4 %	0,7 %	5,2 %																																									

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)
Roy (1995)	Jeunes de la rue à Montréal âgés de 12 à 25 ans (étude réalisée en 1995)	<p><b>Usage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie</li> <li>• Dans le dernier mois</li> </ul> <p><b>Abus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les semaines</li> <li>• Tous les jours</li> </ul>	<p><b>CANNABIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 96 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 77 %</li> <li>• Toutes les semaines : 53 %</li> <li>• Tous les jours : 26 %</li> </ul> <p><b>MUSHROOM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 72 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 23 %</li> <li>• Toutes les semaines : 3 %</li> <li>• Tous les jours : &lt; 1 %</li> </ul> <p><b>ACIDE/PCP/MESCALINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 84 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 48 %</li> <li>• Toutes les semaines : 24 %</li> <li>• Tous les jours : 4 %</li> </ul> <p><b>CRACK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 52 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 18 %</li> <li>• Toutes les semaines : 6 %</li> <li>• Tous les jours : 2 %</li> </ul> <p><b>COCAÏNE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 73 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 32 %</li> <li>• Toutes les semaines : 13 %</li> <li>• Tous les jours : 5 %</li> </ul> <p><b>HÉROÏNE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À vie : 32 %</li> <li>• Dans le dernier mois : 16 %</li> <li>• Toutes les semaines : 10 %</li> <li>• Tous les jours : 5 %</li> </ul>	<p><b>Infections au VIH-Sida :</b> Touchent 1,85 % des jeunes de la rue. Les conduites à risque qui sont associées au VIH-Sida sont l'usage de drogues par intraveineuse et les relations sexuelles entre hommes.</p>

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Prévalence et conséquences**  
**Drogues illicites**

AUTEURS	POPULATION	DÉFINITION (usage/abus)	PRÉVALENCE	CONSÉQUENCES (coûts socio-économiques)																																								
Santé Canada (1995)	Canadiens âgés de 15 ans ou plus (Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues, 1994)	1) usage au cours de la vie 2) usage au cours de l'année 1994	<p><b>À VIE</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Hommes</b></td> <td><b>Femmes</b></td> <td><b>Hommes</b></td> <td><b>Femmes</b></td> </tr> <tr> <td>22,7 %</td> <td>18,7 %</td> <td>10,0 %</td> <td>4,9 %</td> </tr> <tr> <td>3,8 %</td> <td>3,8 %</td> <td>0,7 %</td> <td>0,7 %</td> </tr> </table> <p>8,1 %    3,6 %    1,5 %    0,7 %</p> <p><b>Total (indépendamment des sexes)</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>À VIE</b></td> <td><b>1994</b></td> </tr> <tr> <td>23,1 %</td> <td>7,4 %</td> </tr> <tr> <td>3,8 %</td> <td>0,7 %</td> </tr> <tr> <td>1,1 %</td> <td>5,9 %</td> </tr> </table>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	22,7 %	18,7 %	10,0 %	4,9 %	3,8 %	3,8 %	0,7 %	0,7 %	<b>À VIE</b>	<b>1994</b>	23,1 %	7,4 %	3,8 %	0,7 %	1,1 %	5,9 %																					
<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>																																									
22,7 %	18,7 %	10,0 %	4,9 %																																									
3,8 %	3,8 %	0,7 %	0,7 %																																									
<b>À VIE</b>	<b>1994</b>																																											
23,1 %	7,4 %																																											
3,8 %	0,7 %																																											
1,1 %	5,9 %																																											
Services correctionnels du Québec (1996)	1 685 personnes contrevenantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• 516 prévenus</li> <li>• 620 condamnés à la détention</li> <li>• 549 en suivi probatoire (sondage en 1993, Québec)</li> </ul>	<p>1) <b>Consommateurs légers</b> : personnes qui consomment peu ou pas des deux toxiques (alcool ainsi que drogues et médicaments)</p> <p>2) <b>Consommateurs moyens</b> : 4 à 15 consommations par semaine de l'un des deux toxiques</p> <p>3) <b>Consommateurs lourds</b> : 15 consommations ou plus par semaine d'un des deux toxiques</p> <p>4) <b>Consommateurs lourds</b> : 15 consommations ou plus par semaine des deux toxiques</p>	<p>1) 38 % consommation peu ou pas d'alcool et de drogues</p> <table border="0"> <tr> <td>51 %</td> <td>marijuana</td> </tr> <tr> <td>51 %</td> <td>haschich</td> </tr> <tr> <td>30 %</td> <td>cocaïne</td> </tr> <tr> <td>0 %</td> <td>héroïne</td> </tr> <tr> <td>1 %</td> <td>acide</td> </tr> </table> <p>2) 12 % consommation moyennement ou faiblement de l'alcool ou des drogues</p> <table border="0"> <tr> <td>20 %</td> <td>marijuana</td> </tr> <tr> <td>49 %</td> <td>haschich</td> </tr> <tr> <td>26 %</td> <td>cocaïne</td> </tr> <tr> <td>0 %</td> <td>héroïne</td> </tr> <tr> <td>2 %</td> <td>acide</td> </tr> </table> <p>3) 37 % consommation beaucoup d'un toxique, soit l'alcool ou les drogues</p> <table border="0"> <tr> <td>6 %</td> <td>marijuana</td> </tr> <tr> <td>38 %</td> <td>haschich</td> </tr> <tr> <td>43 %</td> <td>cocaïne</td> </tr> <tr> <td>6 %</td> <td>héroïne</td> </tr> <tr> <td>2 %</td> <td>acide</td> </tr> </table> <p>4) 13 % consommation beaucoup d'alcool et de drogues</p> <table border="0"> <tr> <td>2 %</td> <td>marijuana</td> </tr> <tr> <td>26 %</td> <td>haschich</td> </tr> <tr> <td>52 %</td> <td>cocaïne</td> </tr> <tr> <td>5 %</td> <td>héroïne</td> </tr> <tr> <td>7 %</td> <td>acide</td> </tr> </table>	51 %	marijuana	51 %	haschich	30 %	cocaïne	0 %	héroïne	1 %	acide	20 %	marijuana	49 %	haschich	26 %	cocaïne	0 %	héroïne	2 %	acide	6 %	marijuana	38 %	haschich	43 %	cocaïne	6 %	héroïne	2 %	acide	2 %	marijuana	26 %	haschich	52 %	cocaïne	5 %	héroïne	7 %	acide	
51 %	marijuana																																											
51 %	haschich																																											
30 %	cocaïne																																											
0 %	héroïne																																											
1 %	acide																																											
20 %	marijuana																																											
49 %	haschich																																											
26 %	cocaïne																																											
0 %	héroïne																																											
2 %	acide																																											
6 %	marijuana																																											
38 %	haschich																																											
43 %	cocaïne																																											
6 %	héroïne																																											
2 %	acide																																											
2 %	marijuana																																											
26 %	haschich																																											
52 %	cocaïne																																											
5 %	héroïne																																											
7 %	acide																																											

**II – LES FACTEURS DE  
RISQUE ET DE PROTECTION  
ASSOCIÉS À L’USAGE ET  
À L’ABUS D’ALCOOL ET  
D’AUTRES DROGUES**

Depuis plusieurs années, de nombreux écrits scientifiques ont analysé les facteurs de risque pouvant conduire à l'usage et à l'abus de substances psychoactives, et ce, souvent dans un objectif de prévention des toxicomanies. Puisque l'usage et l'abus d'alcool et de drogues illicites sont traités ensemble par les écrits scientifiques, rappelons que cette tendance a été respectée dans le présent chapitre. Hawkins, Catalano et Miller (1992) ont, à l'égard des facteurs de risque, publié une recension exhaustive des écrits sur ce thème. Puisque cette publication constitue une étude charnière en ce qui a trait à la problématique des facteurs de risque conduisant à l'usage et à l'abus d'alcool et d'autres drogues, les différents facteurs retenus par ces auteurs seront présentés et complétés par d'autres recensions des écrits et pour différentes populations (la recension de Hawkins *et al.* [1992] traite des facteurs de risque chez les adolescents). Avant de présenter les facteurs de risque, nous proposons les définitions des facteurs de risque proposées dans les différentes études en vue de clarifier ce concept clé en prévention.

## DÉFINITIONS DES FACTEURS DE RISQUE

Certains des auteurs ayant traité des facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et d'autres drogues ont proposé une définition de ce concept. Ainsi, d'après Goodstadt et Mitchell (1990), les facteurs de risque font référence aux éléments qui contribuent à augmenter la vulnérabilité de certains jeunes face à l'abus d'alcool et d'autres drogues; ceux-ci peuvent affecter le jeune à trois niveaux, soit au niveau intrapersonnel (l'individu), interpersonnel (entre les individus, spécialement à l'intérieur d'une sphère sociale intime) et au niveau extrapersonnel (entre un individu et l'environnement social, économique et politique).

Selon Bentler (1992), les facteurs de risque renvoient aux influences environnementales, comportementales, psychologiques et sociales qui sont en corrélation ou qui causent l'initiation à la consommation de drogues et l'abus subséquent.

Dans l'étude de Hawkins, Catalano et Miller (1992), les facteurs de risque sont décrits comme étant les précurseurs des problèmes reliés à l'abus d'alcool et de drogues; ils apparaissent avant l'abus d'alcool ou de drogues et sont associés statistiquement à une augmentation de la probabilité de l'abus de drogues.

Selon le Center for Substance Abuse Prevention (1993), les facteurs de risque sont les attributs personnels ou les caractéristiques environnementales qui apparaissent avant l'abus d'alcool et d'autres drogues et qui ont été associés statistiquement à une augmentation des risques d'abus.

Pour Brochu (1995 : 41), les facteurs de risque sont les « éléments présents dans le développement du préadolescent et de l'adolescent qui peuvent prédisposer le jeune à opter pour des conduites problématiques ». Cette notion ne doit cependant pas se limiter à une lecture statistique puisque les facteurs de risque doivent être modulés selon leur importance.

Pour Clayton *et al.* (1995), les facteurs de risque sont définis comme étant les caractéristiques ou attributs individuels, les conditions situationnelles ou le contexte environnemental qui augmentent la probabilité de l'usage ou de l'abus de drogues ou qui augmentent la probabilité d'une transition dans les niveaux d'implication avec les drogues.

Selon Dobkin *et al.* (1996), les facteurs de risque sont des variables faisant augmenter la vulnérabilité de l'enfant à développer des problèmes d'inadaptation sociale.

Enfin, d'après Resnick et Burt (1996), les risques pour les jeunes font référence à la présence d'antécédents de conditions négatives (*risk antecedents*) qui créent de la vulnérabilité, combinée à la présence de comportements ou d'expériences négatives précoces (*risk markers*) et conduisant à des problèmes de comportement qui auront, à longue échéance, des conséquences sérieuses pour la santé (*risk outcomes*).

Ces différentes définitions illustrent que la conceptualisation des facteurs de risque fait l'objet d'un certain consensus chez les auteurs ayant traité de cette question. Ainsi, les facteurs de risque sont des caractéristiques individuelles, des facteurs interpersonnels et contextuels qui augmentent la vulnérabilité de l'individu à développer des problèmes d'inadaptation sociale, dont l'usage et l'abus d'alcool et d'autres drogues. On note cependant au cours des dernières années une tendance à discuter d'inadaptation sociale plutôt que simplement d'usage ou d'abus d'alcool et d'autres drogues.

## **SYNTHÈSE DES FACTEURS DE RISQUE SELON LE MODÈLE DE HAWKINS *ET AL.* (1992) ET AJOUT DE RECENSIONS DES ÉCRITS RÉCENTES**

Telle que précisée en introduction de cette section, la démarche privilégiée pour présenter les facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et d'autres drogues a été de suivre le modèle développé par Hawkins *et al.* (1992) et d'y ajouter les recensions des écrits retracées afin de démontrer le consensus ou l'absence de consensus à l'égard des différents facteurs de risque proposés. Cependant, si Hawkins *et al.* (1992) ont opté pour une division des facteurs de risque selon la typologie « facteurs contextuels » et « facteurs individuels et interpersonnels », notre présentation renvoie aux catégories « facteurs contextuels », « facteurs individuels » et « facteurs interpersonnels et familiaux ». En fait, selon nous, cette typologie plus spécifique permet de distinguer davantage les différents domaines de la vie d'un individu susceptibles de contenir des facteurs de risque pour l'usage et l'abus d'alcool et d'autres drogues. Les tableaux présentés ci-après permettent de voir une synthèse de ces facteurs.

**TABLEAU 3**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)					
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées	
Contextuels		Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (1)*					
Lois et normes							
a) Taxation	La hausse des taxes sur l'alcool est associée à une diminution de la <b>consommation, à des maladies et à la mortalité</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (2) Vitaro <i>et al.</i> , 1994	Edwards <i>et al.</i> (1994)				
b) Lois réglementant la clientèle à qui l'alcool est vendu	Une limite d'âge plus élevée est associée à une diminution des <b>accidents de la route</b> chez les adolescents et à une diminution des accusations de <b>conduite avec facultés affaiblies</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (4)	Edwards <i>et al.</i> (1994)				
c) Lois réglementant la façon dont l'alcool est vendu	La vente d'alcool au verre augmente la <b>consommation des spiritueux</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (2)	Edwards <i>et al.</i> (1994)				

\* Les nombres inscrits entre parenthèses indiquent le nombre d'études sur lesquelles les recensions des écrits s'appuient pour affirmer que certaines variables constituent des facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et d'autres drogues

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE		DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
			Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Contextuels	Normes culturelles	La <b>consommation d'alcool et d'autres drogues</b> est associée à des facteurs socio-démographiques, ethniques et à d'autres normes du groupe; il y a augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes exposés à des messages qui promeuvent ce produit	Hawkins <i>et al.</i> , 1992(5); Goodstadt et Mitchell, 1990 (6); Newcomb et Felix-Ortiz, 1992 (1); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (2); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (10); Berman, 1995 (1); Fraser et Vitaro, 1995 (1); Dufour, 1996 (1)				
	Disponibilité	Une plus grande disponibilité de l' <b>alcool et des autres drogues</b> augmente la <b>consommation</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (4); Bailey, 1992 (1); Newcomb et Felix-Ortiz, 1992 (3); Vitaro <i>et al.</i> , 1994; Fraser et Vitaro, 1995 (1); Dufour, 1996 (1)	Edwards <i>et al.</i> (1994)			

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Contextuels Privation économique extrême	La pauvreté, la classe sociale inférieure, le niveau d'éducation et l'occupation des parents sont reliés à la <b>consommation d'alcool et d'autres drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (6); Bentler, 1992 (2); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (2); Brochu, 1995 (1); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (1)			May (1996) (3)	
Désorganisation du quartier	La densité de la population, la mobilité, la détérioration physique, le faible attachement et le taux élevé de criminalité sont associés à la <b>délinquance juvénile, au trafic de drogues et à la consommation de substances psychoactives</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (7); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (2); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (6); Segal et Stewart, 1996 (6)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)					
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées	
Individuels Facteurs physiologiques	La recherche de sensations, l'empressement à explorer et à expérimenter des nouveautés et le faible évitement des risques sont associés à une <b>initiation précoce à l'alcoolisme</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (1); Bentler, 1992 (2); Goodstadt et Mitchell, 1990 (1); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (7); Clayton <i>et al.</i> , 1996 (4); Dufour, 1996 (3); Hedges <i>et al.</i> (1995) (4)					
Facteurs physiologiques a) biochimiques	Certains désordres du système nerveux central et certains niveaux biochimiques sont reliés à la <b>précocité de l'alcoolisme</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (5); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (5); Segal et Stewart, 1996 (1)					
Facteurs physiologiques b) génétiques	L'alcoolisme est transmis génétiquement et certains problèmes génétiques sont associés au <b>développement de l'alcoolisme et à l'usage d'autres drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (17); Bailey, 1990 (3); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (9); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (6); Dobkin, 1993 (29); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (6); Clayton <i>et al.</i> , 1995 (1); Segal et Stewart, 1996 (6)					

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Individuels  Troubles de comportement précoces et persistants	Un tempérament difficile à l'âge de 5 ans, la détresse émotionnelle dans l'enfance, l'agressivité chez les garçons de 7 ans, les traits antisociaux et l'hyperactivité peuvent conduire à <b>l'usage et à l'abus de drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (14); Goodstadt et Mitchell, 1990 (1); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (8); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (2); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (4); Fraser et Vitaro, 1995 (6); Dufour, 1996 (1)				
Échecs scolaires a) intelligence	Certains déficits et certaines aptitudes intellectuels sont reliés à la <b>consommation d'alcool et d'autres drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (4)				
b) échecs scolaires	Les échecs scolaires sont liés à un <b>usage fréquent et abusif d'alcool et de drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (5); Bailey, 1990 (1); Goodstadt et Mitchell, 1990 (3); Bentler, 1992 (2); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (2); Brochu, 1995 (5); Hedges <i>et al.</i> , 1995 (1); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (1)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Individuels Faible degré d'intérêt et d'engagement à l'école	L'usage d'une variété de substances psychoactives est plus fréquent chez les jeunes n'aimant pas l'école, ne désirant pas aller au collège et chez ceux qui accordent moins de temps aux devoirs	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (4); Bailey, 1990 (1); Goodstadt et Mitchell, 1990 (2); Newcomb et Felix-Ortiz, 1992 (4); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (1); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (1); Sobol, 1994 (1); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (1); Beman, 1995 (5); Brochu, 1995 (4); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (1); Segal et Stewart, 1996 (1)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Individuels Aliénation et esprit de rébellion	<b>L'usage de drogues</b> est lié au fait de se rebeller, de résister à l'autorité traditionnelle, de peu pratiquer une religion, d'avoir un haut niveau de tolérance face à la déviance et d'avoir un grand besoin d'indépendance	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (10); Bailey, 1990 (2); Goodstadt et Mitchell, 1990 (2); Bentler, 1990 (2); Newcomb et Felix-Ortiz, 1992 (8); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (12); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (2); Beman, 1995 (6); Dufour, 1996 (3); Resnick et Burt, 1996 (1); Segal et Stewart, 1996 (6)				
Attitudes favorables à la consommation de drogues	<b>L'initiation à la consommation de substances psychoactives</b> est précédée par des valeurs favorables à celles-ci	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (3); Bailey, 1990 (1); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (2); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (5); Dufour, 1996 (1)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
<b>Individuels</b> Initiation précoce à la consommation de drogues	Une initiation précoce à la consommation de drogues permet de prédire <b>un usage abusif</b> et augmente la probabilité d' <b>activités déviantes</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (7); Bentler, 1992 (2); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (7); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (5); Brochu, 1995 (11); Fraser et Vitaro, 1995 (1); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (1)				
<b>Interpersonnels et familiaux</b> Agressivité et rejet par les pairs au niveau élémentaire	Une faible acceptation par les pairs et l'agressivité des jeunes de niveau élémentaire permettent de prédire <b>l'usage et l'abus de drogues</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (7); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (9); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (3); Dobkin, 1993 (12); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (7)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE		AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
DESCRIPTION	Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées	
Interpersonnels et familiaux Association avec des pairs usagers de drogues	La consommation de substances psychoactives par les pairs est l'un des plus importants facteurs permettant de prédire l'usage de ces substances	Marlatt <i>et al.</i> (1995) (4)				
Attitudes et comportements familiaux favorables à l'alcool et aux autres drogues	<b>Les risques d'expérimenter l'alcool, le tabac et les autres drogues</b> sont plus élevés pour les enfants de parents faisant usage de ces substances	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (12); Newcomb et Felix-Ortiz, 1992 (4); Vitaro <i>et al.</i> , 1992 (2); Dobkin, 1993 (3); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (4); Beman, 1995 (8); Brochu, 1995 (14); Clayton <i>et al.</i> , 1995 (4); Hedges <i>et al.</i> , 1995, (3); Dufour, 1996 (3); Resnick et Burt, 1996 (1)		Nadeau (1994) (4); May (1996) (2)	Gomberg (1995) (2)	

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE		AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
Interpersonnels et familiaux	DESCRIPTION	Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Pratiques de gestion familiale	Les facteurs associés à l'usage de substances psychoactives sont le manque ou l'inconsistance de la discipline familiale, le peu d'attentes de la part des parents sur le plan scolaire, une trop grande implication d'un parent accompagnée d'une trop grande permissivité de l'autre, l'autorité des parents, des modèles de communication négatifs et inconsistants, des limites peu claires, les attentes irréalistes des parents, la présence d'un père hostile, l'attachement parents-adolescents, les interactions avec la mère avant 5 ans et la stabilité psychologique de la mère	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (10); Dobkin, 1993 (4); Denton et Kampfe, 1994 (10); Sobol, 1994 (4); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (3); Clayton <i>et al.</i> , 1995 (1); Fraser et Vitaro, 1995 (3); Dufour, 1996 (4); Resnick et Burt, 1996 (5); Segal et Stewart, 1996 (2)				

**TABLEAU 3 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues**

FACTEURS DE RISQUE		AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
Interpersonnels et familiaux	DESCRIPTION	Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Conflits familiaux Négligence parentale	La dissolution de la famille, les conflits familiaux, une enfance marquée par la négligence des parents, des problèmes de mortalité dans la famille, la désertion des parents, des troubles psychiatriques ou d'alcoolisme parmi la parenté (Gomberg 1976), l'indifférence parentale, un contrôle excessif de la part des parents, la discorde familiale, la violence et les agressions sexuelles, la désapprobation des parents permettent de prédire l' <b>usage de substances psychoactives</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (14); Bentler, 1992 (2); Center for Substance Abuse Prevention, 1993 (1); Dobkin, 1993 (4); Denton et Kampfe, 1994 (5); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (3); Beman, 1995 (3); Clayton <i>et al.</i> , 1995 (1); Fraser et Vitaro, 1995 (2); Hedges <i>et al.</i> , 1995 (1); Dufour, 1996 (1); Resnick et Burt, 1996 (5); Segal et Stewart, 1996 (1)			Nadeau (1994) (4); May (1996) (1)	
Faible degré d'attachement à la famille	Le manque de rapprochement parents-enfants et d'implication maternelle est associé à l' <b>initiation à la consommation de substances psychoactives</b>	Hawkins <i>et al.</i> , 1992 (13); Dobkin, 1993 (4); Denton et Kampfe, 1994 (6); Sobol, 1994 (6); Vitaro <i>et al.</i> , 1994 (5); Brochu, 1995 (5); Fraser et Vitaro, 1995 (2); Dufour, 1996 (2); Resnick et Burt, 1996 (4); Segal et Stewart, 1996 (1)				

**TABLEAU 4**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Contextuels						
Consommer sous le poids d'événements stressants					May (1996) (1)	
Contexte social	Activités sociales non supervisées	Hedges <i>et al.</i> (1995) (4)	Marlatt <i>et al.</i> (1995) (1)			
Environnement de travail	<b>Disponibilité</b> de l'alcool; <b>facilité de consommation</b> sur les lieux de travail			Henderson, Hutcheson et Davies (1996) (5)		
Facteurs reliés à l'emploi	<b>Disponibilité</b> de boissons alcoolisées au travail, <b>pression sociale</b> à consommer, <b>conditions d'emploi</b> peu flexibles, <b>tâches répétitives</b> menant à l'ennui, <b>éloignement des relations sociales</b> normales et <b>absence de relations sexuelles en raison de l'éloignement professionnel d'un des conjoints, peu de supervision, emplois peu visibles, emplois à revenu très élevé ou peu élevé</b>			Henderson, Hutcheson et Davies (1996) (8)		
Interaction entre des événements de vie et les différentes modalités des rôles sociaux – tension et surmenage					May (1996) (3)	

**TABLERAU 4 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)					
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées	
Individuels Femmes qui consommaient de l'alcool abusivement avant leur grossesse	Risques pour l'enfant à naître				May (1996) (2)		
Cooccurrence et comorbidité de maladies mentales	Dépression chez les femmes et comportement antisocial chez les hommes				Nadeau (1994) (12); Wilsnack (1996) (3)	Gomberg (1995) Femmes âgées (2)	
États émotionnels négatifs	Anxiété, colère, etc.		Marlatt <i>et al.</i> (1995) (3)				
Femmes qui fument ou consomment des drogues illégales	Risques pour l'enfant à naître				May (1996) (2)		
Problèmes d'ajustement sexuel					May (1996) (1); Wilsnack (1996) (6)		

**TABLERAU 4 (suite)**  
**Facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool**

FACTEURS DE RISQUE	DESCRIPTION	AUTEURS DES RECENSIONS DES ÉCRITS (ET NOMBRE D'ÉTUDES)				
		Préadolescents et adolescents	Jeunes adultes	Adultes	Femmes	Personnes âgées
Interpersonnels et familiaux					Wilsnack (1996) (5)	
Abus sexuels et inceste durant l'enfance					May (1996)	
Comportement de consommation du conjoint	La consommation d'alcool des femmes est influencée par celle de leur conjoint				May (1996) (3); Wilsnack (1996) (4)	Gomberg (1995) Femmes âgées (2)
Expérience psychosociale traumatisante durant la petite enfance					May (1996) (1)	

## DISCUSSION

Les facteurs de risque apparaissent donc dans plusieurs domaines, que ce soit en fonction du contexte social, des caractéristiques individuelles ou sur le plan des relations interpersonnelles et familiales. Actuellement, les modèles étiologiques insistent sur les interactions complexes entre ces facteurs relevant de plusieurs domaines, prônant une perspective multidimensionnelle (Clayton *et al.*, 1995; Goodstadt et Mitchell, 1990; Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Vitaro *et al.*, 1992; Vitaro *et al.*, 1994). De plus, nous constatons que les facteurs de risque touchent diverses sous-populations, plus particulièrement les préadolescents et les adolescents.

D'autre part, les facteurs de risque auraient un effet cumulatif puisque selon plusieurs auteurs, plus le nombre de facteurs de risque chez un individu est élevé, plus grands sont les risques pour celui-ci de développer un problème d'abus d'alcool ou de drogues (Goodstadt et Mitchell, 1990; Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb *et al.*, 1986; Newcomb et Felix-Ortiz, 1992; Vitaro *et al.*, 1992; Vitaro *et al.*, 1994). Ainsi, la présence d'une seule variable de risque n'augmente pas la possibilité de développer des problèmes d'abus de drogues mais augmente néanmoins la possibilité que d'autres facteurs de risque apparaissent ultérieurement (Vitaro *et al.*, 1992).

Puisque ce serait moins la nature spécifique des facteurs de risque que leur nombre qui permettrait de prédire les risques de toxicomanie, il y a une nécessité, selon Vitaro *et al.* (1992), d'élaborer une grille de dépistage dénombrant la totalité des facteurs de risque présents. En décelant la présence de ces risques, l'objectif est de classer les enfants, les préadolescents et les adolescents qui sont à haut ou à faible risque pour être en mesure d'intervenir rapidement et de mettre en place des stratégies de prévention pour ceux qui sont à haut risque de développer des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues (Resnick et Burt, 1996). Ainsi, la prévention cherchera à réduire les expériences à risque et à modifier les facteurs de risque qui sont déjà présents (Goodstadt et Mitchell, 1990). Puisque c'est le nombre de facteurs de risque qui importe plus que leur nature, il devient difficile de déterminer quelles sont les variables les plus significatives pour leur contribution dans le développement de problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. Cependant, il ne fait nul doute qu'un bon nombre de facteurs de risque est lié à la famille, celle-ci constituant de ce fait une cible potentielle dans la prévention des toxicomanies (Dufour, 1996). Entre autres, les attitudes familiales favorables à l'égard de l'alcool et des autres drogues doivent être considérées comme un facteur de risque important (*e.g.*, avoir des parents qui font usage de ces substances).

## LES LIMITES DE L'UTILISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Selon Brown et Horowitz (1993), la définition trop large des facteurs de risque fait en sorte que tout adolescent peut être considéré à risque de devenir un usager abusif d'alcool et de drogues. De plus, ces auteurs considèrent que ce concept renforce, d'une part, la vision médicale de la déviance au regard de la population cible que constituent les adolescents et, d'autre part, la perception d'une relation de cause à effet entre les facteurs de risque et l'usage de drogues (Brown et Horowitz, 1993). De plus, puisque la notion de facteur de risque implique que l'on cible les enfants et les adolescents à risque en vue de leur offrir des programmes d'intervention adaptés, les risques de marquage négatif et d'erreur d'identification constituent une autre limite importante à considérer (Vitaro *et al.*, 1994).

## LES FACTEURS DE PROTECTION

De nombreuses études soulignent d'autre part la pertinence, en matière de prévention, de considérer les facteurs de protection ou de résistance qui réduisent ou éliminent l'impact des facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus d'alcool et d'autres drogues (Center for Substance Abuse Prevention, 1993; Clayton *et al.*, 1995; Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb et Felix-Ortiz, 1992; Vitaro *et al.*, 1992). Pour certains auteurs, les facteurs de protection sont vus comme l'opposé des variables retenues en tant que facteurs de risque, conception qui, selon Hawkins, Catalano et Miller (1992), ne semble pas particulièrement utile. Selon eux, il convient davantage de distinguer ces deux concepts en désignant les facteurs de protection comme des réponses différentes à un niveau donné d'exposition à des facteurs de risque. En d'autres mots, il s'agit d'examiner quelles variables diffèrent chez des individus exposés au même niveau de risque mais ayant connu des trajectoires divergentes. Cette conception implique que les stratégies préventives axées sur les facteurs de risque doivent non seulement chercher directement à réduire ces risques, mais également à augmenter les facteurs de protection ayant un effet modérateur quant à l'exposition à des facteurs de risque (Hawkins, Catalano et Miller, 1992). Peu de recherches ont cependant examiné les facteurs de protection sous l'angle proposé par Hawkins *et al.* (1992). Newcomb et Felix-Ortiz (1992) ont estimé à cet effet que le fait d'entretenir des aspirations scolaires élevées, de ne pas vivre une dépression, de pouvoir compter sur un soutien familial adéquat, de percevoir et d'être sensible aux sanctions face à la consommation d'alcool et de drogues, de pratiquer une religion, d'avoir une forte estime de soi et de présenter une forte tendance à se conformer à la loi pouvaient être désignés comme des facteurs de protection.

Brook *et al.* (1990) ont défini deux mécanismes par lesquels les facteurs de risque peuvent être atténués par la présence de facteurs de protection. Le premier mécanisme (risque/protection) renvoie au processus grâce auquel certains facteurs de risque sont atténués par des facteurs de protection; ainsi, les risques posés par l'usage de drogues par les pairs seraient diminués par un grand degré d'attachement entre les parents et l'adolescent et par le conformisme des parents (Brook *et al.*, 1990; Hawkins *et al.*, 1992). Le second mécanisme (protection/protection) représente une interaction synergique par laquelle la présence d'un facteur de protection influence la présence d'un autre facteur de protection, augmentant ainsi leurs effets; les auteurs suggèrent qu'un grand degré d'attachement entre l'adolescent et son père augmente les effets de facteurs de protection tels que le conformisme de l'adolescent, les caractéristiques positives maternelles et l'harmonie familiale (Brook *et al.*, 1990; Hawkins, Catalano et Miller, 1992).

Enfin, Hawkins, Catalano et Miller (1992) ont cherché à compléter ce tableau en retenant d'autres facteurs de protection présents au sein d'écrits scientifiques : un tempérament positif chez l'enfant, un milieu familial et ambiant offrant du soutien et de l'encouragement tout en véhiculant des valeurs pro-sociales, de même qu'un enfant démontrant un répertoire d'habiletés sociales adéquates en vue de résoudre les problèmes rencontrés et qui croit en sa propre efficacité figurent parmi ces facteurs de protection.

## LE RESSORT PSYCHOLOGIQUE

Magham *et al.* (1995) élargissent la notion de facteurs de protection en parlant de ressort psychologique (*resiliency*). Ils définissent ce concept de cette façon :

Le ressort psychologique est l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à faire face avec succès à une situation très défavorable ou comportant un risque élevé. Cette aptitude se développe et change avec le temps. Elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu, et contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci (Magham *et al.*, 1995 : 2).

Ainsi, le ressort psychologique ne renvoie pas uniquement, tel que c'est le cas pour les facteurs de risque et de protection, aux caractéristiques que certains individus possèdent et d'autres pas. Le ressort psychologique représente plutôt, dans un cadre plus large, une interaction complexe et dynamique entre les caractéristiques des individus et celles des milieux sociaux dans lesquels ils vivent (famille, école, clubs et organismes, lieux de travail, quartiers et villes). Par cette interaction, le ressort psychologique permet d'expliquer pourquoi certains individus se sont adaptés malgré un risque antérieur. Selon Magham *et al.* (1995), il faut promouvoir l'application du ressort psychologique dans le contexte de la promotion de la santé en vue de permettre une réduction des risques. Cependant, les auteurs considèrent qu'il convient préalablement d'entreprendre des recherches afin de clarifier davantage le concept du ressort psychologique.

## L'ENCHAÎNEMENT DES RISQUES

Devant la logique déterministe sur laquelle s'appuient les études sur les facteurs de risque, Brunelle, Cousineau et Brochu (1997) proposent une perspective alternative en vue de mieux comprendre l'engagement des jeunes dans un style de vie déviant (délinquant ou toxicomane ou les deux). Ces auteurs considèrent de fait que ce ne sont pas nécessairement les risques en tant que tels qui constituent des points tournants dans la vie des jeunes à l'égard de leur implication dans un style de vie déviant. Brunelle *et al.* (1997) ont en effet découvert, en recueillant les histoires de vie de seize jeunes placés dans les centres jeunesse en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants ou séjournant dans un centre de réadaptation pour jeunes toxicomanes, que c'est davantage l'enchaînement des événements vécus par ceux-ci, les sentiments qu'ils génèrent et les interprétations que les jeunes en font qui sont déterminants dans le déclenchement des conduites déviantes. Brunelle *et al.* (1997) font en ce sens ressortir l'importance de considérer les jeunes déviants comme des acteurs sociaux agissant et non seulement subissant, de même que la nécessité de prendre en compte la signification phénoménologique des gestes posés par ces jeunes.

## CERTAINS GROUPES À RISQUE

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), la surconsommation de psychotropes se retrouve dans toutes les couches de la société et à tout âge. En 1992, les recherches identifiaient certains groupes plus susceptibles de développer une toxicomanie à l'égard de certaines substances (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). En ce qui concerne l'alcool, les hommes de 20 à 50 ans étaient les plus à risque de connaître des difficultés liées à la consommation de cette substance. Quant aux drogues illicites, un nombre important d'utilisateurs se retrouvaient parmi les 15 à 24 ans, alors que les jeunes de 12 à 15 ans représentaient également un groupe vulnérable (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Enfin, l'usage abusif de multiples substances pouvait se manifester davantage chez les personnes divorcées ou séparées, sans emploi ou retraitées.

### Les jeunes

Les données actuelles permettent de croire qu'au regard des drogues illicites parmi la population des quinze ans et plus, ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui doivent retenir l'attention. Ce sont par contre les adolescents et plus particulièrement les jeunes contrevenants et les jeunes de la rue qui constituent, selon les données de prévalence de consommation présentées en première partie du présent rapport, qui se révèlent être les groupes les plus à risque de faire usage et abus de drogues illicites. En ce qui a trait spécifiquement à l'alcool, Hawkins *et al.* (1997) précisent que l'âge d'initiation à l'usage d'alcool constitue un facteur de risque de toute première importance. En effet, l'usage de l'alcool par les parents, un style parental proactif, l'influence des pairs et la perception que les adolescents ont de l'alcool influencent tous l'âge d'initiation à l'**usage** d'alcool, qui se traduit par un **abus** d'alcool plus tard durant l'adolescence (Hawkins *et al.*, 1997). En ce qui a trait aux stratégies préventives à adopter, les résultats de cette étude récente nous révèlent l'importance de repousser l'âge d'initiation à l'**usage** d'alcool pour en éviter l'**abus**.

Si on considère l'**usage** de l'alcool chez les femmes, ce sont les jeunes femmes qui ont tendance à commettre épisodiquement des **abus**. Cela augmente leurs risques sur le plan social et comportemental, si on les compare avec les risques de consommation des femmes plus âgées qui, elles, consomment de façon plus espacée.

### Les femmes enceintes

Les femmes enceintes à risque d'abus constituent un sous-groupe spécifique dont il convient de se préoccuper de façon particulière, compte tenu des risques pour l'enfant à naître (Forget, 1995). En fait, comme le souligne Bernard (1995), l'abus de substances chez les femmes enceintes ne représente qu'un problème parmi toutes les difficultés que vivent ces femmes. En effet, ces femmes qui font un abus de substances psychoactives sont souvent engagées dans des activités autodestructrices, se prostituent, et plusieurs d'entre elles vivent des problèmes judiciaires liés à la négligence de leurs enfants (Bernard, 1995). De plus, la majorité des femmes enceintes faisant abus de ces substances élèvent seules leurs enfants et ont peu de ressources financières et d'habiletés professionnelles (Bernard, 1995). En ce sens, les mesures de prévention dirigées vers les femmes enceintes qui abusent de substances psychoactives

doivent être globales et tenir compte des diverses problématiques vécues par ces femmes. Selon Bernard (1995), il faut apprendre à repérer ces femmes et à les informer des risques liés à l'abus de substances lors de la grossesse.

### **Les personnes âgées**

Nous avons vu que le modèle général de consommation d'alcool chez les personnes âgées était le suivant : **moins d'usage et moins d'abus**. Plusieurs études ont également démontré une relation entre une consommation modérée d'alcool chez les personnes âgées et une bonne santé, des fréquentations sociales, des revenus adéquats et, enfin, un sentiment de bien-être (Johnson et Goodrich, 1974; Goodwin, Sanchez, Thomas *et al.*, 1987; Guttman, 1977; Branch et Jette, 1984; tous dans Gomberg, 1995). Cependant, selon Graham et Schmidt (1995), les personnes âgées demeurent une population à risque puisque même les effets minimes de l'alcool peuvent entraîner de graves conséquences telles qu'une chute ou une déshydratation passagère. De plus, parce que les aînés utilisent davantage de médicaments que les personnes moins avancées en âge, ils risquent une interaction néfaste alcool-médicaments. Les données d'études cliniques semblent indiquer qu'un boire problématique chez les personnes âgées est souvent associé à des problèmes de santé (Graham *et al.*, 1995, dans Graham et Schmidt, 1995).

Selon les résultats d'une étude réalisée par Graham et Schmidt (1995), une consommation **abusive** était associée à un état de santé plus médiocre – relation basée sur la **quantité** de verres consommés et non sur la fréquence de consommation.

Enfin, Wilsnack (1996) estime que les femmes âgées recevront de plus en plus d'attention de la part des chercheurs, en partie pour les raisons suivantes :

- 1) le vieillissement de la population;
- 2) les taux de prévalence des consommateurs d'alcool âgés augmenteront à mesure que les cohortes qui ont connu la prohibition diminueront (Dufour et al., 1990; Glantz et Backenheimer, 1988; Gomberg, 1990);
- 3) la consommation d'alcool chez les femmes âgées peut être influencée par d'autres facteurs ou comportements (les modifications biophysiques, l'ostéoporose, l'usage de médicaments, etc.) qui rend ainsi cette consommation dangereuse par rapport à celle des femmes plus jeunes (Dufour et al., 1992).

## LES CONTEXTES À RISQUE

Edwards *et al.* (1994) sont d'avis qu'il faut tenir compte de l'influence du contexte et du modèle de consommation sur la relation entre la consommation d'alcool et les conséquences sociales, comme on l'a dit précédemment. Par exemple, une étude réalisée en Nouvelle-Zélande nous montre que le niveau d'alcool consommé dans les hôtels, les brasseries ou les bars est plus fortement associé à des conséquences sociales négatives que lorsque l'alcool est consommé dans d'autres endroits (Casswell *et al.*, 1993, dans Edwards *et al.*, 1994).

Plus près de nous, une enquête canadienne menée par Single (1993) nous dévoile les premiers résultats empiriques estimatifs de l'envergure de la consommation dans différents contextes sociaux. Bien que la consommation à domicile représente la plus grande proportion de la consommation totale, celle prise dans les établissements licenciés compte pour environ 25 % de la consommation (Single, 1993). À cet égard, Single (1993) précise que la consommation d'alcool dans les bars, les brasseries, les soirées ou les petites fêtes est associée à des niveaux de consommation plus élevés et à plus de problèmes liés à la consommation. Ce chercheur canadien spécifie également que le **nombre d'occasions** pour de grandes consommations est un meilleur modèle pour prévoir les problèmes de consommation que le **niveau** de consommation.

L'étude de Single (1993) révèle aussi que les jeunes et les hommes effectuent une proportion relativement élevée de leur consommation dans les bars et les brasseries tandis que les répondants plus âgés consomment davantage à la maison. Notons que les personnes ayant des revenus importants consomment davantage dans les restaurants. Par ailleurs, Single (1993) souligna que les travailleurs de type « cols bleus » et les personnes ayant des revenus inférieurs se retrouvent davantage dans les brasseries (Plant et Miller, 1977, et Hunter *et al.*, 1982, dans Single, 1993). Cela peut refléter la tendance des gens ayant des revenus inférieurs à consommer en groupe, ce qui est associé à de plus hauts taux de consommation.

De plus, la proportion de la consommation totale selon différents contextes constitue un facteur de prévision significatif de la consommation totale et de la fréquence des occasions d'un usage abusif; ces dernières caractéristiques sont à leur tour des facteurs de prévision significatifs de problèmes de consommation. Bien qu'une consommation abusive et que des problèmes de consommation soient associés à un pourcentage disproportionné de consommation dans les bars et les brasseries, cette relation de causalité ne peut être établie sans l'apport d'études longitudinales. En effet, nous ne savons pas avec certitude si ces types d'établissements encouragent une consommation élevée et favorisent l'émergence de problèmes ou, à l'opposé, si les bars et les brasseries ne sont pas tout simplement fréquentés par des consommateurs abusifs (Single, 1993). Single (1993 : 25) conclut avec ce qui suit :

In sum, the data from the National Alcohol and Drug Survey indicate that drinking venues [les contextes] have an important role in the development of alcohol problems. The most efficient approach to alcohol prevention may lie in focusing on specific situations which give rise to intoxication. [...] Rather than relying excessively on campaigns to persuade drinkers to reduce their consumption, **greater attention should be given to reduce heavy drinking occasions**, whether by persuasion or via influencing the drinking

environments which give rise to intoxication, drinking and driving or other high-risk drinking practice.

Rossow (1996), évaluant l'impact de la consommation d'alcool, les modèles de consommation et le contexte de consommation sur l'implication dans des incidents violents reliés à la consommation d'alcool auprès de 2 711 adultes norvégiens, fait lui aussi ressortir que l'implication dans des incidents violents reliés à la consommation d'alcool est plus souvent rapportée par des jeunes et des célibataires, qu'elle est associée positivement à la consommation d'alcool et à la fréquence des abus ainsi qu'au taux de fréquentation des bars.

### **Les postes « risqués »**

Certains postes de travail sont considérés « à risque » en ce qui concerne l'abus des substances psychoactives, car les conditions de travail qui s'y rattachent sont telles qu'elles risquent d'augmenter chez le travailleur la tendance à faire usage d'alcool et de drogues (Heller et Robinson, 1994; Maranda, Morissette et De Montigny, 1997). La consommation sur les lieux de travail peut aussi présenter des risques particuliers, surtout pour les postes à haut risque sur le plan de la sécurité – ce sont des postes ayant un impact direct sur la santé et la sécurité du public ou des autres travailleurs ou comportant un éventuel risque d'accident mortel, de blessures ou de dommages matériels (Transport Canada, 1990a, dans Heller et Robinson, 1994).

Heller et Robinson (1994) soulignent que l'impact direct pourrait viser :

- 1) l'exploitation, la conduite, la réparation ou l'inspection de véhicules;
- 2) la manutention de matières dangereuses ou une éventuelle exposition à de telles matières, la manutention d'armes, le traitement d'informations protégées ou de données financières;
- 3) la protection de la vie, des biens, de la santé ou de la sécurité publique, y compris le personnel chargé de l'application de la loi, de la sécurité nationale et de mesures d'urgence.

### **Le boire solitaire**

Le boire solitaire est un contexte de consommation particulier caractérisé par l'absence de compagnon et, donc, par le manque d'un contrôle social (Bourgault et Demers, 1997). Il est important de noter que le boire solitaire a longtemps été jugé comme un comportement problématique, associé à l'alcoolisme (dans l'étude menée par Bourgault et Demers [1997], environ la moitié des répondants croyaient que le boire solitaire constituait un sérieux problème). Cependant, dans leur récente étude, Bourgault et Demers (1997) ont trouvé que ce n'est pas tant le boire solitaire qui serait problématique et inquiétant, mais plutôt le fait de boire seul de façon **abusive** (cinq verres ou plus lors d'une même occasion). Morissette (1990) souligne également ce constat, qui d'ailleurs reflète possiblement une nouvelle réalité sociale où les gens se retrouvent fréquemment seuls.

## **III – LES ACTIONS ÉVALUÉES**

## LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Plusieurs auteurs éprouvent des difficultés à déterminer l'efficacité des nombreux programmes de prévention qui existent (Botvin, 1990; Dufour, 1996; Elmquist, 1995; Gerstein et Green, 1993; Montagne et Scott, 1993). En effet, ils jugent que ces derniers n'ont pas été évalués selon des normes scientifiques rigoureuses ou n'ont simplement pas été évalués. Les propos de Elmquist (1995) illustrent le consensus à cet égard :

The lack of research on the effectiveness of parent-oriented prevention programs is consistent with other research about such programs and with parent education programs in general. School-based prevention programs are also seldom evaluated as are most curriculum materials for students. Yet, the real influence of any AOD prevention program can only be determined through controlled studies that not only assess short-term changes but also assess whether short-term changes create long-term changes that actually result in less risk for AOD use. This is difficult to do and rarely done. Consequently the effects of programs are unclear, although changes in parenting styles and family relations seem to have impact on children's behaviors (Elmquist, 1995 : 272).

Montagne et Scott (1993) ajoutent qu'un des problèmes concernant l'évaluation des programmes de prévention, surtout ceux axés sur les écoliers, demeure le manque d'information quant à la mise en place et au processus intrinsèque de ces programmes. En effet, dans la plupart des évaluations, ces éléments ne font pas l'objet d'une attention particulière et nous ne savons pas comment ils sont réellement implantés. Par conséquent, aucun programme ne peut être reproduit si nous ignorons comment le mettre en place efficacement.

Cependant, d'autres chercheurs ont réussi à recueillir des données quant à l'efficacité de certains programmes. C'est ce que nous allons voir dans les prochaines sections. Nous avons divisé les sections selon les catégories cibles des programmes de prévention : individu, famille, communauté.

### Niveau individuel

Puisque la plupart des recensions des écrits consultées utilisent cinq grandes catégories fondées sur le contenu des programmes, nous avons reproduit cette catégorisation dans le présent rapport. Il s'agit des catégories suivantes : information et transmission de valeurs, stratégies affectives, influence sociale, habiletés personnelles et sociales, stratégies de remplacement. Une compréhension des risques individuels demeure importante pour une compréhension des risques pour la population (Edwards *et al.*, 1994).

## ***L'information et la transmission de valeurs***

*Les programmes d'information et de transmission de valeurs ont peu d'impact sur les comportements.*

Les programmes de prévention axés sur l'information ont comme prémisse que les gens qui utilisent l'alcool ou d'autres drogues sont mal informés quant à leurs actions ou ne connaissent pas les effets défavorables des substances consommées (Montagne et Scott, 1993). Ils renvoient donc aux stratégies dont l'objectif est d'informer les gens sur les dangers de l'usage de psychotropes (Fraser et Vitaro, 1995). Ils regroupent des programmes d'information dans les médias, les programmes de formation en milieu scolaire et les programmes de prévention dans la communauté (Dépelteau, 1993). Les cibles de l'intervention sont les croyances face aux conséquences sanitaires, sociales et psychologiques de l'usage de drogues (Hansen et O'Malley, 1996). Ces stratégies reposent sur la prémisse qu'un apport d'information favorisera un changement d'attitudes qui peut conduire à une diminution de l'usage d'alcool et de drogues (Dryfoos, 1990).

Les différents auteurs ayant recensé les études portant sur ce type de programmes de prévention affirment son inefficacité quant à la réduction de l'usage d'alcool et de drogues (Botvin, 1990<sup>1</sup>; Botvin et Botvin, 1992<sup>2</sup>; Brown et Horowitz, 1993<sup>3</sup>; Chamberland, 1990<sup>4</sup>; Conyne, 1994<sup>5</sup>; Cormier, Brochu et Bergevin, 1991<sup>6</sup>; Dépelteau, 1993<sup>7</sup>; Dryfoos, 1990<sup>8</sup>; Dufour, 1996<sup>9</sup>; Eliany et Rush, 1992<sup>10</sup>; Elmquist, 1995<sup>11</sup>; Fraser et Vitaro, 1995<sup>12</sup>; Goodstadt et Mitchell, 1990<sup>13</sup>; Gorman, 1995<sup>14</sup>; Hansen, 1992<sup>15</sup>, 1993; Hansen et O'Malley, 1996<sup>16</sup>; Montagne et Scott, 1993<sup>17</sup>; Perry et Kelder, 1992<sup>18</sup>; Tobler, 1992<sup>19</sup>; Vitaro *et al.*, 1994<sup>20</sup>). En fait, selon ces auteurs, si les programmes de prévention axés sur l'information peuvent contribuer à accroître le niveau de connaissances et influencer en partie les attitudes en ce qui concerne l'alcool et les autres drogues, ils ne conduisent pas, néanmoins, à la modification des comportements (voir également Moskalewicz, 1997). De plus, certaines études suggèrent même que les programmes axés sur la stratégie de l'information contribuent à promouvoir l'usage d'alcool et de drogues en attirant l'attention des participants rejoints sur certaines substances (Botvin, 1990; Conyne, 1994; Fraser et Vitaro, 1995; Perry et Kelder, 1992; Vitaro *et al.*, 1994).

## ***Les stratégies affectives***

*Aucun changement de comportement quant à la consommation.*

Ces programmes, qui sont basés sur le développement de stratégies affectives telles que l'augmentation de l'estime de soi, la prise de décision et la gestion du stress, partent de la prémisse selon laquelle certains facteurs psychologiques, en particulier une faible estime de soi, augmentent la vulnérabilité face à l'usage d'alcool et de drogues (Fraser et Vitaro, 1995; Vitaro *et al.*, 1994).

Les programmes axés sur le développement de stratégies affectives ont fait, selon Fraser et Vitaro (1995), l'objet de plusieurs recensions critiques. L'impact de ces programmes demeure mitigé. L'utilisation unique des stratégies affectives ne produit aucun changement de comportement quant à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Brown et Horowitz, 1993; Elmquist, 1995; Fraser et Vitaro, 1995; Gerstein et Green, 1993; Gorman, 1995; Hansen, 1993). Tobler (1992) suggère

d'abandonner cette approche en raison de son inefficacité à prévenir la consommation de psychotropes. Hansen et O'Malley (1996), qui s'appuient sur 45 études publiées et non publiées portant sur l'impact de programmes de prévention, affirment pour leur part que 19 % des résultats liés aux programmes axés sur les stratégies affectives et l'éducation sont positifs (réduction de l'usage de drogues en comparaison à un groupe contrôle), que 19 % sont négatifs (augmentation de l'usage de drogues en comparaison à un groupe contrôle) et, enfin, que 62 % des résultats ne sont ni positifs ni négatifs (aucun effet statistiquement vérifiable sur la consommation de drogues). Fraser et Vitaro (1995) émettent deux hypothèses expliquant le peu d'impact des stratégies affectives : soit que l'estime de soi négative est la conséquence plutôt que l'antécédent de la consommation de psychotropes, soit que ces deux dimensions sont reliées entre elles en raison de leur relation commune à une tierce variable. Une étude de Bonta (1997) illustre que l'estime de soi n'est pas considérée comme un besoin criminogène chez les délinquants; en établissant le parallèle avec la consommation d'alcool et de drogues, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette variable psychologique n'explique pas à elle seule le phénomène de l'usage d'alcool et de drogues.

### ***L'influence sociale***

*L'impact sur la consommation d'alcool et d'autres drogues demeure limité.*

L'objectif des programmes de prévention classés sous la catégorie « influence sociale » est d'acquérir des connaissances et des aptitudes pour résister à la pression des pairs (Fraser et Vitaro, 1995). En fait, ces programmes reposent sur la croyance que les adolescents font usage d'alcool et de drogues en réponse aux pressions directes et indirectes des pairs (Hedges *et al.*, 1995; Montagne et Scott, 1993; Vitaro *et al.*, 1994).

Selon la recension effectuée par Fraser et Vitaro (1995), les programmes centrés sur la pression des pairs se montrent efficaces à plusieurs points de vue : augmentation des connaissances, réduction de la consommation, réponses comportementales et cognitives conformes aux objectifs d'apprentissage, réduction du stress et de l'anxiété. Selon Tobler (1992), ce type de programme est celui offrant le plus d'impact relativement au niveau des connaissances, à la réduction de l'usage de drogues et aux habiletés sociales. Hansen et O'Malley (1996) affirment pour leur part que 51 % des résultats liés aux programmes axés sur l'influence sociale sont positifs, que 11 % sont négatifs et que 38 % s'avèrent non significatifs en ce qui a trait à l'usage d'alcool et d'autres drogues.

Selon Montagne et Scott (1993), bien que plusieurs recherches aient évalué l'impact de ce type de programme, les résultats sont divergents. Ces programmes ont en fait largement prouvé leur efficacité quant à la réduction de l'usage de cigarettes, mais leur impact sur la consommation d'alcool et d'autres drogues demeure plus limité (Botvin et Botvin, 1992; Perry et Kelder, 1992). Par ailleurs, Gorman (1995) et Elmquist (1995) demeurent très critiques quant aux résultats positifs énoncés ci-dessus. En effet, ils soulignent les faiblesses méthodologiques de ce type de programme : par exemple, s'ils sont uniquement basés sur l'individu et non sur l'individu et sa famille. En raison des contradictions présentes dans les différentes recherches, il demeure difficile de statuer sur l'efficacité de ce type de programme.

## **Les habiletés personnelles et sociales**

*Retardent l'initiation à la consommation à court terme seulement.*

Les programmes de prévention axés sur le développement d'habiletés personnelles et sociales intègrent davantage d'habiletés sociales que la résistance à la pression des pairs : prise de décision, résolution de problèmes, résistance aux pressions médiatiques, gestion de l'anxiété, développement de l'estime de soi, habileté à communiquer (Dépelteau, 1993; Fraser et Vitaro, 1995; Perry et Kelder, 1992). L'usage de substances est vu comme le résultat d'une diversité de facteurs sociaux, environnementaux et personnels (Montagne et Scott, 1993).

Les programmes visant le développement d'habiletés personnelles et sociales semblent, selon Fraser et Vitaro (1995), obtenir plus de succès que les précédents, principalement en raison de l'ajout de séances de rappel. De plus, on retrouve davantage de mesures d'efficacité découlant de l'évaluation des effets à long terme reliés à ces programmes. Hansen et O'Malley (1996) estiment en fait que 50 % des résultats de ces programmes sont positifs, qu'aucun n'est négatif, alors que 50 % des résultats ne s'avèrent ni positifs ni négatifs. Cependant, selon Fraser et Vitaro (1995), ces programmes ont davantage d'impact en ce qui concerne l'usage de cigarettes, ceux-ci mettant généralement l'accent sur ce produit. L'impact relatif à l'usage d'alcool et de marijuana demeure pour sa part limité (Bailey, 1990<sup>21</sup>). Ces programmes peuvent par ailleurs parvenir à déloger certains mythes, à éveiller l'intérêt des participants, à augmenter les connaissances et à modifier les attitudes au regard de l'alcool et des autres drogues (Fraser et Vitaro, 1995).

D'autres études affirment par contre que les programmes centrés sur le développement d'habiletés personnelles et sociales permettent de retarder l'initiation ou de réduire la consommation d'alcool et de marijuana (Dépelteau, 1993; Perry et Kelder, 1992). Ces effets positifs semblent cependant diminuer avec le temps, ceux-ci étant limités à une période de 12 à 18 mois (Perry et Kelder, 1992); de plus, ils atteignent peu les usagers actuels (Dépelteau, 1993; Montagne et Scott, 1993).

Un élément de succès de ces programmes, souligné par un bon nombre d'études, consiste en l'utilisation de pairs leaders comparativement à des enseignants ou à d'autres adultes (Botvin et Botvin, 1992; Dépelteau, 1993; Fraser et Vitaro, 1995; Perry et Kelder, 1992).

## **Les stratégies de remplacement**

*Impact plus significatif auprès des populations à risque plus élevé.*

Les stratégies de remplacement consistent à offrir différentes options à la consommation de substances psychoactives de sorte qu'elles soient incompatibles avec le comportement visé (Dépelteau, 1993; Fraser et Vitaro, 1995; Hansen et O'Malley, 1996). Vitaro *et al.* (1994) précisent que ces stratégies comptent sur la mise en place d'activités attrayantes, telles qu'un centre de jour pour les jeunes et l'enseignement de compétences particulières, liées par exemple à la recherche d'un emploi ou à l'apprentissage de la lecture. Swisher et Hu (1983, dans Montagne et Scott, 1993) ajoutent que cette

stratégie comporte des moyens permettant d'atteindre une certaine euphorie sans avoir recours aux drogues.

L'impact de ces programmes semble plus significatif auprès des populations à risque plus élevé tels les consommateurs abusifs, les délinquants et les jeunes ayant des problèmes scolaires (Dépelteau, 1993; Fraser et Vitaro, 1995; Montagne et Scott, 1993; Tobler, 1992; Vitaro *et al.*, 1994). Lorsque l'apprentissage d'habiletés personnelles et sociales s'intègre aux mesures de rechange, les résultats démontrent le développement des attitudes désirées (Fraser et Vitaro, 1995). Les activités de remplacement permettent également le développement d'un sentiment d'auto-efficacité et une valorisation des talents chez les participants (Fraser et Vitaro, 1995). Peu de données sont par ailleurs disponibles à l'égard de la diminution de l'usage d'alcool et d'autres drogues.

### **Les programmes de prévention axés sur la famille**

Selon Fraser et Vitaro (1995), les programmes de prévention axés sur la famille cherchent, d'une part, à modifier les connaissances et les attitudes des parents face à l'alcool et aux autres drogues ou, d'autre part, à améliorer les compétences parentales ou le lien d'attachement entre les jeunes et leur famille. D'autres ont également un volet centré sur les jeunes. Ces auteurs ont recensé onze programmes de prévention centrés sur la famille, dont certains n'ont pas été évalués, alors que d'autres ont été évalués selon l'appréciation des participants ou ont été évalués sans comparaison à un groupe de contrôle. L'impact des programmes évalués s'avère davantage lié à l'amélioration des connaissances sur les psychotropes, à l'amélioration des compétences et des habiletés parentales, à l'instauration d'une discipline efficace et à l'amélioration de la communication qu'à une diminution de l'usage d'alcool et d'autres drogues (Fraser et Vitaro, 1995). En effet, lorsque ces programmes ont un impact sur l'intention de consommer, celui-ci est plus significatif sur l'usage de la cigarette et tend à diminuer à plus long terme.

Elmqvist (1995) a pour sa part proposé une analyse de 22 programmes de prévention américains axés sur la famille. Sur l'ensemble de ces programmes, douze ont intégré à leur contenu une composante évaluative. Cependant, aucun de ces programmes n'a offert de mesure de relance ou de mesure quant à la progression des participants (Elmqvist, 1995). Elmqvist (1995) conclut qu'en raison de ce manque de recherches évaluatives portant sur les programmes de prévention axés sur la famille, on ne peut démontrer leur degré d'efficacité, bien que des changements dans les attitudes parentales et les relations familiales semblent avoir un impact sur le comportement des enfants. L'auteure suggère également que ces programmes doivent cibler des populations spécifiques, l'ensemble des parents et de leurs enfants ne constituant pas des populations homogènes pour qui une seule approche peut s'appliquer (Elmqvist, 1995).

Dufour (1996) a également effectué une recension des écrits en vue de faire le point sur les programmes de prévention effectués auprès des familles et de leurs enfants. Onze programmes ont été analysés par l'auteure. Les programmes ayant été évalués démontrent un impact modeste, que Dufour (1996) attribue à des faiblesses méthodologiques et à des résultats contradictoires; sur les onze programmes recensés, un seul comprend toutes les variables méthodologiques permettant de déterminer adéquatement leur efficacité (groupe de contrôle, relance, instruments de mesure validés). On constate

que ces programmes, qu'ils soient basés sur la stratégie de l'information, sur des stratégies multiples ou centrés sur des populations cibles, ne peuvent, selon l'état actuel des connaissances, être jugés efficaces à l'égard de la consommation de substances psychoactives comme telle. Cependant, 56 % des programmes de prévention examinés par Dufour (1996) présentent des résultats positifs, plus particulièrement liés à l'amélioration des compétences familiales.

L'auteure conclut que :

[...] même si certaines études démontrent une amélioration au niveau des habiletés parentales qui, on le suppose, devrait à long terme avoir un effet positif sur la consommation de substances psychoactives des enfants, rien ne nous assure de l'efficacité de ces programmes dans la lutte à la toxicomanie (Dufour, 1996 : 15).

À l'instar d'Elmqvist (1995), Dufour (1996) ajoute que les programmes de prévention axés sur la famille semblent plus efficaces lorsqu'ils s'adressent à des populations spécifiques.

### **Les programmes de prévention axés sur la communauté**

*Champ d'action prometteur, mais nous ne pouvons pour le moment évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention.*

Puisque l'étiologie d'un usage abusif d'alcool et d'autres drogues demeure complexe (Aguirre-Molina et Gorman, 1996), plusieurs chercheurs se sont penchés sur une approche communautaire afin d'amenuiser ou de résoudre ces problèmes (Aguirre-Molina et Gorman, 1996; Botvin, 1990; Pentz, 1995). Une approche communautaire intégrale utilise diverses mesures d'ensemble et les dirige vers plusieurs cibles (les jeunes, les familles, les médias, les organismes communautaires et les institutions locales telles que les écoles, le secteur des affaires, les communautés religieuses, le gouvernement et les instances policières) (Bernard, 1990). Un exemple de mesure est celle des politiques publiques qui influent sur la disponibilité ou la mise en marché de l'alcool et d'autres drogues (Edwards *et al.*, 1995; Hu, Sung et Keeler, 1995; Peterson *et al.*, 1992; Single, 1994). La prémisse derrière cette mesure est que le comportement individuel est influencé par son environnement qui, lui, est influencé par les politiques publiques. Ainsi, certains auteurs affirment qu'une approche communautaire comprenant des mesures d'ensemble constitue la méthode la plus viable pour réduire les risques associés à l'usage d'alcool et d'autres drogues (Chambliss, 1994; Dryfoos, 1993; Florin et Chavis, 1990; Florin et Wandersman, 1990).

Aguirre-Molina et Gorman (1996) ont centré leur recension des écrits scientifiques américains sur des programmes de prévention d'abus d'alcool et d'autres drogues afin de vérifier s'ils répondaient aux critères d'une approche communautaire selon un modèle de santé publique – basé sur la triade individu, agent et environnement. Les programmes communautaires les plus prometteurs quant à la prévention, d'une part, reposent sur les principes et les modèles d'action communautaire<sup>22</sup> visant un changement social (Brown, 1991, et McLeroy *et al.*, 1988, dans Aguirre-Molina et Gorman, 1996) et, d'autre part, accordent beaucoup d'importance à la notion d'*empowerment* (c'est-à-dire redonner le pouvoir aux

gens, à la communauté). Le changement social et l'*empowerment* trouvent chacun leur origine dans le courant du développement communautaire (Baily, 1980, et Dubey, 1970, dans Aguirre-Molina et Gorman, 1996).

Aguirre-Molina et Gorman (1996) ont donc examiné les programmes de prévention axés sur l'individu, sur l'agent et sur l'environnement. Ces auteurs estiment que les stratégies isolées de lutte à l'abus d'alcool et d'autres drogues demeurent inefficaces. En fait, ils ont trouvé que la majorité des programmes de prévention ne répondaient pas aux critères de sélection permettant de définir ce qu'est une approche communautaire (la triade individu, agent et environnement). Aucune évaluation des programmes communautaires les plus intégraux – ceux de Holder (1993) et de Wagenaar *et al.* (1994) – n'a été produite à ce jour.

Par ailleurs, Mary Anne Pentz et ses collègues ont évalué l'impact d'un programme communautaire sur la prévention de l'abus des drogues à Kansas City et à Indianapolis (Pentz *et al.*, 1989, dans Montagne et Scott, 1993). Ce programme comprenait plusieurs mesures d'ensemble : information par les médias, programmes éducationnels pour les écoliers, apprentissage par les pairs, implication des organismes communautaires et, enfin, politiques devant être introduites dans certaines communautés au cours d'une période de six ans. Pentz et ses collègues ont trouvé qu'après un an, lors du suivi, le taux de prévalence pour l'usage de l'alcool, des cigarettes et de la marijuana était à la baisse de façon significative. Par contre, ce programme n'a pas été utilisé dans le but d'étudier les problèmes liés à l'usage et à l'abus de drogues (Montagne et Scott, 1993).

Selon Gomberg (1996), les stratégies de prévention demeurent plus efficaces lorsqu'elles sont dirigées vers une **population cible**. De plus, afin de prévenir efficacement les problèmes liés à l'**abus** d'alcool ou d'autres drogues, plusieurs chercheurs avancent l'idée que les stratégies de prévention doivent s'attaquer aux trois composantes suivantes puisqu'elles sont en interaction : l'**environnement** (organisations sociales et physiques comprenant la disponibilité et la publicité), le **produit** (la présentation et le prix de l'alcool) et l'**individu** (Mosher et Jernigan, 1988; voir aussi Holder *et al.*, 1995).

### Quelques éléments de réflexion

Peterson (1996), qui a recensé la documentation et les données disponibles relativement à l'usage de MDMA, mieux connu sous le nom d'*Ecstasy*, propose un certain nombre de réflexions au regard de la prévention des toxicomanies. Selon cet auteur, il convient, afin de demeurer le plus près possible de la réalité, de reconnaître que la consommation de drogues n'entraîne pas que des effets négatifs. En ce qui concerne plus particulièrement l'usage de l'*Ecstasy*, les consommateurs rapportent des effets positifs se traduisant par un plaisir plus ou moins intense (Peterson, 1996). Dans une optique de prévention, il devient donc plus avantageux de fournir une information nuancée permettant à la personne de faire un choix judicieux plutôt que des informations alarmistes sur les dangers potentiels liés à l'usage de ce produit (Peterson, 1996). En fait, Peterson (1996) soutient que, contrairement aux croyances répandues, les usagers de produits illicites possèdent peu d'information sur les produits qu'ils consomment.

Lebeau, Sirois et Viens (1996), qui ont décrit et analysé le contenu des programmes et projets en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie au Québec, proposent pour leur part divers aspects à améliorer en ce domaine. Ainsi, ces programmes et projets énoncent fréquemment leurs objectifs d'une manière trop générale pour permettre une mesure des résultats. En fait, Lebeau *et al.* (1996) ont constaté que peu de programmes québécois ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. D'autre part, les adolescents de 12 à 17 ans constituent la principale clientèle cible des programmes et projets québécois, alors que les enfants de 0 à 11 ans ne sont pas suffisamment rejoints (Lebeau *et al.*, 1996). En ce qui concerne le contenu des programmes québécois de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies, Lebeau *et al.* (1996) déplorent que les activités d'information et de sensibilisation soient dominantes, compte tenu de leur faible impact quant aux changements de comportement à longue échéance. Ces auteurs considèrent que l'action politique et le marketing social (*mass media*) ne sont pas suffisamment utilisés dans la réalisation de ces programmes.

Enfin, les personnes responsables de sélectionner un programme de prévention devraient retenir que leur meilleure probabilité de réussite repose sur le fait que le programme rencontre les besoins, les buts, les habiletés et les modes de vie de la population cible selon les intérêts de tous les participants dans une procédure dynamique et en assurant un suivi (Montagne et Scott, 1993). Foxcroft *et al.* (1997) ajoutent que les programmes doivent faire l'objet d'une rigoureuse évaluation quant à leur efficacité avant même d'être utilisés – notons qu'à la suite de leur évaluation de 33 programmes de prévention axés vers les jeunes, ces chercheurs ont conclu, en raison du manque de preuve pertinente, qu'aucun type de programme de prévention ne peut être recommandé.

## Notes

---

1. Dans un article détaillé, Botvin (1990) présente une vue d'ensemble de la prévention dans le domaine de l'abus des substances (alcool et drogue). Divisé en huit sections, il examine l'offre et la demande; la nature et la prévalence du problème; les nouveaux programmes de prévention; les approches psychosociales; le rôle des médias de masse; les approches communautaires; les recherches futures.
2. Botvin et Botvin (1992) ont écrit un article résumant les connaissances quant aux stratégies visant la prévention de l'abus de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents. Parmi les thèmes traités par ces auteurs, nous retrouvons les données relatives à l'évaluation des approches préventives axées sur l'information, les stratégies affectives, l'influence sociale et les habiletés personnelles et sociales. La façon dont les auteurs ont procédé au choix des études recensées n'est pas précisée. Cependant, on constate que ces études proviennent de divers pays : États-Unis, Canada, Australie, Corée du Nord et Norvège. Botvin et Botvin (1992) estiment que parmi les approches de prévention actuellement disponibles, celles qui s'avèrent les plus efficaces sont les stratégies ciblant les facteurs psychosociaux liés à l'initiation à la consommation de substances psychoactives (influence sociale, habiletés personnelles et sociales). Les auteurs déplorent cependant le fait que la majorité des études portant sur l'efficacité des approches préventives ont été conduites auprès de populations étudiantes, négligeant de considérer les décrocheurs scolaires étant les plus à risque de connaître des problèmes de toxicomanie. De plus, Botvin et Botvin (1992) soulignent qu'en raison des faiblesses méthodologiques de certaines études, il est important de demeurer prudent quant à l'interprétation de leurs résultats.
3. Brown et Horowitz (1993) ont examiné les origines sociohistoriques des programmes de prévention de l'usage de l'alcool et des drogues chez les jeunes. Ces auteurs ont plus particulièrement analysé et critiqué l'utilisation des facteurs de risque en ce domaine. Selon leur recension des écrits sur les programmes de prévention chez les jeunes, ces mesures n'ont pas réussi dans la réduction de l'usage d'alcool et de drogues au sein de cette population. En ce sens, Brown et Horowitz (1993) proposent diverses alternatives. Ils suggèrent que la recherche et la prévention soient davantage dirigées vers les facteurs de protection, et ce, indépendamment de la recherche et de la prévention axées sur les facteurs de risque. En se basant sur les données des recherches scientifiques portant sur les facteurs de protection et sur le développement de l'adolescent, Brown et Horowitz (1993) affirment que l'approche de la réduction des méfaits doit retenir davantage l'attention, et ce, compte tenu du manque d'efficacité des mesures de prévention traditionnelles.
4. Chamberland (1990) a procédé à une recension des évaluations québécoises portant sur des programmes ou activités reliés à la prévention et à la réadaptation des toxicomanies. Cette auteure a constaté que les évaluations québécoises dans le domaine de la prévention sont plutôt rares. Chamberland (1990) a de plus analysé les revues de littérature québécoises en évaluation offrant une perspective internationale. Chamberland (1990) conclut que l'efficacité des programmes de prévention existants n'a pas encore été démontrée. Elle suggère que davantage de ressources soient consacrées à la recherche en prévention des toxicomanies au Québec. Chamberland (1990) fait un certain nombre de recommandations visant la mise en place d'outils d'information de nature

évaluative. Ainsi, selon Chamberland (1990), un système d'information régionale sur les activités préventives devrait être implanté (voir Lebeau *et al.*, 1996, à cet effet); des enquêtes périodiques sur la consommation de psychotropes devraient être effectuées en vue de permettre l'utilisation de ces indicateurs pour connaître l'impact des programmes de prévention; et, enfin, des pistes de recherche prioritaires devraient être déterminées afin que les ressources gouvernementales soient canalisées vers ce qui est le plus urgent.

5. Conyne (1994) a cherché à illustrer l'évolution des approches utilisées en prévention des toxicomanies de 1960 à 1980 aux États-Unis et a conclu en l'efficacité des programmes axés sur l'information et sur les stratégies affectives à partir de deux études ayant évalué ces programmes. Cet auteur a également cherché à déterminer les variables conceptuelles de ces programmes et les éléments de succès en se basant sur plusieurs études, principalement américaines. Selon Conyne (1994), la prévention primaire doit se faire à l'intérieur de la famille et de la communauté en respectant les considérations culturelles et contextuelles.
6. Dans leur monographie, Cormier, Brochu et Bergevin (1991) traitent de différents aspects reliés à la prévention primaire et secondaire de la toxicomanie. Parmi les aspects étudiés, les auteurs font une recension des écrits ayant cherché à déterminer l'impact des programmes de prévention primaire. De plus, Cormier *et al.* (1991) relèvent les facteurs pouvant faciliter les stratégies de prévention. En ce qui a trait au mode d'évaluation des programmes de prévention, les auteurs précisent un certain nombre de lacunes : évaluations de programmes ne tenant pas compte du contexte et des événements susceptibles d'influencer leur impact, faible utilisation d'échantillons constitués au hasard, choix d'indices de changement peu appropriés, manque de questionnement des chercheurs quant à la validité et à la fidélité des bases de données utilisées et absence quasi-totale de périodes de suivi. Cormier *et al.* (1991) suggèrent que les programmes de prévention doivent reposer sur des cadres théoriques consistants, être adaptés à des populations cibles clairement définies et être ancrés dans la communauté.
7. Dépelteau (1993) fait une recension des écrits des principaux modèles de prévention nord-américains en toxicomanie et en délinquance chez les jeunes en vue de démontrer les similarités entre les modèles évalués comme efficaces pour atténuer ces problèmes. L'auteure présente les modèles de prévention utilisant des stratégies universelles (s'adressant à tous les jeunes), des stratégies sélectives (s'adressant à des groupes de jeunes présentant des conditions associées à une plus grande prévalence d'abus d'alcool ou de drogues) et des stratégies indiquées (s'adressant aux personnes qui individuellement présentent des risques de développer un désordre). Dépelteau (1993) souligne que l'efficacité des interventions varie en fonction du niveau de risque auquel sont exposés les jeunes. Ainsi, ce sont davantage les mesures visant les jeunes à moindre risque (entraînement aux habiletés personnelles et sociales et programmes de prévention dans la communauté) qui permettent une diminution de la consommation. Les autres programmes visant les jeunes à risque plus élevé ont pour leur part des effets positifs sur la compétence personnelle et sociale des jeunes.
8. Dans son livre portant sur les jeunes à risque, Dryfoos (1990) consacre un chapitre à une recension des écrits américains ayant traité de la prévention de la toxicomanie. Dryfoos (1990) présente les différentes stratégies utilisées en indiquant quelles sont celles se révélant les plus efficaces.

L'auteur fait ressortir treize éléments cernés dans les écrits scientifiques relativement au succès des approches préventives : 1) La prévention doit être fonction du contexte et dirigée vers les facteurs de risque reliés à la toxicomanie. 2) Les efforts doivent être dirigés vers les principales influences et institutions sociales (écoles, parents, pairs, modèles, médias, police, tribunaux, monde des affaires, distributeurs de cigarettes et d'alcool et agences au service des jeunes). 3) Aucun programme n'a démontré à lui seul une diminution de l'usage de substances à long terme. 4) Les systèmes scolaires sont devenus le principal endroit où se font les programmes de prévention; les interventions précoces sont plus efficaces. 5) Les programmes offerts à l'école doivent avoir des composantes appropriées à l'âge des étudiants et il doit y avoir un suivi constant. 6) Certains programmes de prévention sont implantés sans que leur efficacité n'ait été prouvée. 7) Les professeurs doivent être adéquatement formés. 8) La majorité des programmes efficaces ont un coordinateur qualifié à plein temps. 9) La stratégie reposant sur la formation d'habiletés personnelles et sociales semble la plus prometteuse. 10) Les programmes dirigés par des pairs leaders apparaissent plus efficaces que ceux dirigés par des professeurs. 11) La plupart des programmes se font à l'école et visent l'ensemble des jeunes alors qu'il y a également un besoin chez les jeunes à risque. 12) Les expériences de prévention réalisées auprès des jeunes à risque suggèrent la nécessité d'une attention individuelle et de consultations intensives. 13) Aucun programme ne cherche à prévenir les « nouvelles » drogues, tel le crack.

9. Dufour (1996) a procédé à une recension critique des programmes de prévention de la consommation de psychotropes réalisés auprès des familles et de leurs enfants. Cette auteure a statué sur l'efficacité de onze programmes de prévention américains et québécois en tenant compte des conditions méthodologiques nécessaires à une évaluation de programmes (groupe de contrôle, relance, instruments de mesure validés). Dufour (1996) recommande que ces programmes aient lieu à la fin du primaire, privilégient des interventions multiples, ciblent les facteurs de protection, comportent les conditions méthodologiques nécessaires à leur évaluation et soient basés sur le dialogue.
10. Eliany et Rush (1992) ont écrit un rapport résumant les évaluations des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans l'ensemble du Canada. Leur objectif consistait à fournir une évaluation critique des évaluations publiées dans le monde en ce qui concerne la promotion de la santé, les interventions précoces et le traitement.
11. Elmquist (1995) a analysé 22 programmes de prévention américains axés sur la famille en vue de décrire leurs caractéristiques : caractéristiques générales, formation des intervenants, habiletés visées, méthodes générales, évaluation du programme. Cette auteure a choisi les programmes selon quatre critères : le programme est spécifiquement développé pour les parents; au moins un de ses objectifs est de prévenir l'usage d'alcool et de drogues chez les jeunes; le programme a été développé pour être conduit par un éducateur; le programme ne s'adresse pas spécifiquement aux parents faisant un usage abusif de psychotropes ou aux enfants d'alcooliques. Elmquist (1995) suggère que les programmes de prévention axés sur la famille visent des groupes cibles, déterminent spécifiquement quelles habiletés parentales sont les plus significatives, incluent des buts et des objectifs clairement définis et mesurables et que les éducateurs soient correctement formés.

12. Fraser et Vitaro (1995) ont procédé à l'analyse critique d'études ayant fait une évaluation systématique de 36 programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes en Amérique du Nord et en Europe, en portant une attention particulière aux programmes québécois. Les auteurs précisent pour chacun des programmes les caractéristiques des participants, les objectifs poursuivis, les modalités de dispensation, les mesures dépendantes et les éléments de méthodologie (groupe de contrôle, relance et durée, et période de relance). Fraser et Vitaro (1995) appuient l'idée de la prévention précoce (qu'elle ait lieu à la fin du primaire ou même avant) et dénoncent le fait que la majorité des programmes mis en place ne comportent pas de mesures d'évaluation.
13. Goodstadt et Mitchell (1990) ont examiné, par l'entremise d'une recension des écrits, les fondements théoriques et les recherches empiriques à la base des stratégies de prévention américaines non coercitives et coercitives visant les jeunes à risque de toxicomanie. Ces auteurs ne précisent pas leur démarche en vue de choisir les études et les programmes recensés. Goodstadt et Mitchell (1990) affirment que les programmes de prévention les plus efficaces ont la particularité de cibler les groupes appropriés, d'être intensifs et de toucher un large éventail de facteurs de risque et de comportements associés à l'abus de drogues.
14. Gorman (1995) a d'abord focalisé sa revue de littérature sur la prévention de l'abus d'alcool et d'autres drogues (l'efficacité des programmes de prévention); ensuite, il a considéré seulement les études qui incluaient des groupes de comparaison et qui vérifiaient l'utilisation de l'alcool plutôt que seulement l'attitude envers l'alcool (seize études ont été revues).
15. Hansen (1992) fait une recension des études évaluant cinq catégories de programmes de prévention : information et clarification des valeurs, stratégies d'éducation affectives, influence sociale, stratégies globales, stratégies de remplacement. Il a recueilli des informations sur le degré d'impact de 46 programmes américains et canadiens relativement à l'usage d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Hansen (1992) estime qu'il est difficile, sinon impossible, de dresser des conclusions quant à l'efficacité des programmes de prévention, plusieurs d'entre eux n'ayant pas été évalués rigoureusement. Il recommande l'utilisation de stratégies multiples et souligne l'importance du rôle de l'information dans le domaine de la prévention des toxicomanies.
16. Dans leur recension des écrits cherchant à fournir un portrait actuel de la situation en matière de prévention, Hansen et O'Malley (1996) rapportent plus particulièrement les résultats de Hansen (1992) et de Tobler (1995), deux métaanalyses portant sur l'efficacité des programmes de prévention. Hansen et O'Malley (1996) indiquent le degré d'efficacité des différents programmes selon les catégories suivantes : information, stratégies affectives, influence sociale, stratégies multiples. Ces auteurs concluent en soulignant l'importance de l'école, des parents et de la communauté dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes.
17. Montagne et Scott (1993) ont présenté une revue de la littérature américaine traitant de neuf stratégies préventives : information, influence sur les attitudes, habiletés personnelles et sociales, stratégies de remplacement, résistance à la pression des pairs, formation de personnes clés, campagnes médiatiques, stratégies axées sur la communauté et approche systémique. Les auteurs, qui ne précisent pas la démarche suivie dans le choix des études rapportées, font part des résultats de ces programmes à l'égard des connaissances sur les drogues, des attitudes face à ces substances

et de l'usage de drogues. Montagne et Scott (1993) considèrent que plusieurs programmes ne spécifient pas quelle est la théorie ainsi quels sont les appuis conceptuels qui les guident, ne parviennent pas à joindre les jeunes à risque et ne sont pas suffisamment fondés sur des stratégies multiples.

18. Perry et Kelder (1992) ont cherché à déterminer quels sont les modèles de prévention de la toxicomanie efficaces chez les adolescents. Ces auteurs traitent des stratégies axées sur l'information, des stratégies affectives, des stratégies axées sur l'influence sociale et axées sur les habiletés personnelles et sociales. Perry et Kelder (1992) démontrent sur quelles théories sont fondées ces stratégies, quelles sont leurs composantes et quel est leur impact. Ceux-ci ne précisent pas de quelle façon ils ont sélectionné les programmes discutés et bien qu'on note une prépondérance d'études américaines, une attention est également accordée aux actions instaurées dans d'autres pays. Les auteurs concluent que les modèles axés sur l'influence sociale sont prometteurs. Perry et Kelder (1992) sont d'avis que les programmes de prévention sont plus efficaces lorsqu'ils ciblent des comportements désapprouvés socialement, lorsqu'ils sont implantés à long terme et impliquent la communauté et les médias.
19. Tobler (1992) a cherché à démontrer la nature et le contenu des programmes de prévention de la toxicomanie qui sont efficaces pour les jeunes. Les quatre-vingt-onze programmes de prévention américains analysés par l'auteure ont été sélectionnés selon quatre variables : présence de mesures d'impact quantitatives, présence d'un groupe contrôle ou de comparaison, programmes ciblant les jeunes de la sixième à la douzième année, présence d'un objectif de prévention. Les stratégies préventives ont été classées selon cinq catégories : information, information et transmission de valeurs, stratégies affectives, influence sociale, stratégies de remplacement. Tobler (1992) suggère en outre que les programmes de prévention incluent des mesures d'évaluation à long terme et soient adaptés aux jeunes en fonction de leur âge.
20. Dans leur monographie portant sur les problèmes d'inadaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent, Vitaro *et al.* (1994) portent une attention particulière aux programmes de prévention des toxicomanies. Les auteurs précisent qu'il est difficile de faire un résumé des écrits sur la prévention de la toxicomanie puisqu'ils sont nombreux, variés et disparates. Vitaro *et al.* (1994) font état dans un premier temps de l'efficacité, des avantages et des inconvénients des programmes axés sur la transmission de connaissances, sur les stratégies affectives, sur la transmission de connaissances et les stratégies affectives, sur le rôle des pairs, sur les stratégies alternatives. Cet examen des programmes de prévention par Vitaro *et al.* (1994) se fonde sur les catégories et les conclusions de Tobler (1986), qui ont été mises à jour par l'entremise d'études plus récentes. Le principal constat provenant des études recensées par Vitaro *et al.* (1994) est que les variables déterminant le succès d'un programme de prévention proviennent du programme en soi. Les auteurs nuancent cette proposition en affirmant que les études longitudinales mettent en évidence des facteurs d'ordre personnel dont le rôle serait égal, sinon plus important. Vitaro *et al.* (1994) soulignent que la grande majorité des programmes de prévention évalués ont pris naissance aux États-Unis, alors que ceux qui ont été réalisés au Québec et au Canada ont peu fait l'objet de publications. Enfin, les auteurs recommandent que les programmes de prévention débutent tôt, qu'ils mettent l'accent sur plusieurs types de substances, qu'ils comprennent des mesures

d'évaluation, qu'ils soient dirigés par des animateurs correctement formés et qu'ils soient à volets multiples et à modalités variées.

21. Bailey (1990) a procédé à une recension des écrits portant sur l'abus de substances chez l'enfant et l'adolescent en vue de mettre à jour les données disponibles à cet effet, de définir les besoins en recherche et d'encourager les psychiatres à devenir plus actifs en ce domaine. Bailey (1990) traite entre autres du contenu et de l'impact des approches préventives axées sur les stratégies affectives et sur les habiletés personnelles et sociales. L'auteur ne précise cependant pas sa démarche quant au choix des stratégies et études examinées. Nous notons une prépondérance d'études américaines. L'auteur conclut en soulignant les lacunes présentes dans les recherches portant sur la prévention des toxicomanies.
22. La conception de l'action communautaire telle que définie par Lamoureux *et al.* (1996) soutient que cette pratique doit « apporter une réponse collective et solidaire à des problèmes sociaux vécus par des individus. [Elle] s'actualise par la mise en place de ressources communautaires, la réalisation d'activités d'éducation populaire, par le développement social et économique des communautés, l'établissement de nouveaux rapports de pouvoir en faveur des personnes victimes d'exclusion ou d'oppression et par la revendication de changements sociaux, économiques et politiques favorisant une plus grande justice sociale » (Lamoureux *et al.*, 1996 : 3).

## **IV – LES POLITIQUES**

## L'ALCOOL

Les politiques publiques devraient être rédigées à la lumière des plus récentes découvertes scientifiques sur les toxicomanies. Quant aux problèmes reliés à l'alcool, nous avons vu qu'ils peuvent prendre plusieurs formes et dépassent largement le cadre médical habituellement associé à l'alcoolisme. De tels problèmes existent à l'intérieur des dimensions physique, psychologique et sociale; ils sont de nature aiguë (par exemple, un accident de voiture) ou chronique (par exemple, une maladie); ils touchent à la fois le buveur lui-même et son entourage (Edwards, 1997).

Habituellement, ce sont les méfaits sociaux qui font l'objet des politiques (à l'exception des revenus générés par la vente de produits alcoolisés) (Room, 1997). Ces méfaits comprennent l'agitation publique, la réduction de la productivité au travail, les problèmes de comportement familiaux ainsi que la conduite en état d'ébriété.

Comme nous allons le voir dans cette section, il existe un grand nombre de politiques qui peuvent être utilisées pour venir en aide à des communautés déjà aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou à celles qui veulent prévenir des désordres sociaux et personnels associés à l'alcool.

### Accès et disponibilité de l'alcool

The form and level of alcohol availability suggest its social acceptability or appropriateness, especially to young people. If alcohol is readily available and convenient to purchase, then one is hard pressed to conclude that the young will not accept the normality of drinking (Edwards et al., 1994 : 127).

Dans la plupart des pays, la disponibilité de l'alcool est gérée de différentes façons. Des recherches finlandaises ont démontré que lorsqu'il y a eu une réduction subite dans la disponibilité de l'alcool, les problèmes associés à la prise d'alcool ont diminué également (Mäkelä, 1980; Österberg et Säilä, 1991, dans Edwards *et al.*, 1994). Par exemple, en 1972, pendant un conflit de travail dans les établissements gouvernementaux de vente de produits alcoolisés, les arrestations pour méfait public ont diminué de 50 %, les arrestations pour conduite en état d'ébriété ont diminué de 10 à 15 % et les cas de violence ont été réduits d'au moins 25 % (Mäkelä, 1980, dans Edwards *et al.*, 1994). En Pologne, en 1980, à la suite de grèves générales à travers le pays, il y a eu une baisse de consommation de 24 %; les recherches de Morawski (sous presse, dans Edwards *et al.*, 1994) révélèrent également des diminutions dans les arrestations pour conduite en état d'ébriété (40 % de moins) et dans le nombre des accidents de la route (diminution de 10 %). Signalons que Edwards *et al.* (1994) nous avisent d'interpréter ces exemples extrêmes avec précaution. Ils avancent que lorsqu'il y a une réduction subite de la disponibilité d'alcool, les problèmes associés à la prise d'alcool diminuent et que lorsque cette disponibilité est rétablie, les problèmes augmentent.

### Densité des points d'achat

Des études internationales récentes nous indiquent que la densité des points d'achat a un effet significatif sur la vente des produits alcoolisés (Godfrey, 1988; McGuinness, 1983; Walsh, 1982; Wilkinson, 1987, au Royaume-Uni; Lehtonen, 1978; Mäkelä *et al.*, 1991, en Finlande; Gruenewald *et*

*al.*, 1993; Watts et Rabow, 1983; Wilkinson, 1987, aux Etats-Unis; tous dans Edwards *et al.*, 1994). Il y aurait une relation positive entre le nombre de points d'achat et la vente d'alcool.

### Disponibilité selon la vente au détail

Des études américaines<sup>1</sup>, finlandaises<sup>2</sup>, islandaises<sup>3</sup>, norvégiennes<sup>4</sup> et suédoises<sup>5</sup> (toutes dans Edwards *et al.*, 1994) démontrent la relation entre l'augmentation de la consommation d'alcool et l'accroissement correspondant des problèmes reliés à cette consommation (violence et accidents de la route). Par exemple, l'introduction dans les bars et les restaurants de la vente de spiritueux à l'unité en Caroline du Nord, pour la première fois depuis la prohibition, a provoqué une hausse de la consommation de 6 à 8 % et une hausse de 16 à 24 % des accidents de la route.

Par ailleurs, une étude réalisée au Québec a établi qu'après l'instauration du projet de loi 21 (L.Q., 1978), le taux de consommation *per capita* n'a pas changé de façon significative (Lamarche, 1987). La loi qui a découlé de ce projet a permis la vente de bière et de vin dans toutes les petites épiceries de la province, faisant ainsi passer le nombre de points de vente de 350 à 12 500, et l'augmentation du nombre d'heures d'ouverture par semaine (40 heures de plus). L'auteur nous avise tout de même sur l'universalité des résultats de son étude. En effet, les mêmes réglementations pourraient engendrer d'autres résultats dans un autre contexte. Moskalewicz (1997 : S100) ajoute :

Alcohol control measures are not autonomous tools which may be used with disregard of the whole legislative system, economic situation, level of societal development and lack of consideration of peculiarities of the drinking culture. All these factors are crucial for alcohol policy. Any policy which neglects them is very likely to be followed by undesirable side effects.

### Consommations à faible teneur en alcool

Lorsqu'elles sont disponibles, les consommations à faible teneur en alcool (moins de 2 % d'alcool par volume) peuvent être utilisées comme stratégie préventive puisque les taux d'alcoolémie demeurent en deçà des limites permises (Denney, 1993, dans Edwards *et al.*, 1994).

### Vente selon le jour et l'heure

La plupart des études qui ont analysé les jours ouvrables et les heures d'ouverture des établissements de vente de produits alcoolisés ont démontré qu'une augmentation de la consommation était associée à un accroissement des heures ouvrables et qu'une réduction de la consommation était associée à l'élimination de certains jours ouvrables (Edwards *et al.*, 1994; à noter l'exception pour le Québec – voir plus haut l'étude de Lamarche [1987]). Par exemple, Olsson et Wikström (1982, dans Edwards *et al.*, 1994) ont observé les effets de la fermeture temporaire des établissements de vente de produits alcoolisés les samedis en Suède. Bien que le taux de consommation n'ait pas changé, les arrestations pour état d'ébriété avaient diminué de 10 % et le nombre de cas de violence conjugale et d'agressions avait également diminué. La même expérience a été essayée en Finlande avec les résultats suivants : la consommation totale a été réduite de 3 % et les méfaits publics ainsi que la violence, tous deux associés à une consommation d'alcool, ont diminué (Säilä, 1978, dans Edwards *et al.*, 1994).

## Âge minimal légal

Ici, plusieurs études demeurent sans équivoque quant aux résultats obtenus. Le US General Accounting Office (GAO, 1987, dans Edwards *et al.*, 1994) utilise même les termes *solid scientific evidence*. Le GAO a analysé quatorze études traitant d'accidents mortels de la route aux États-Unis. Il en est venu à la conclusion que l'augmentation de l'âge minimal légal pour se procurer de l'alcool réduisait le nombre d'accidents de la route chez les jeunes de moins de 21 ans – de 5 à 28 %, selon les études<sup>6</sup>.

Il existe également de nombreuses études canadiennes<sup>7</sup> qui présentent des résultats semblables. Ainsi, tout comme le courant américain de l'époque, l'Ontario abaissa l'âge minimal légal pour se procurer des boissons alcoolisées de 21 ans à 18 ans. Peu de temps après, cette province a connu un accroissement des accidents de la route chez les jeunes (Whitehead *et al.*, 1975, Williams *et al.*, 1975, dans Edwards *et al.*, 1994). Edwards *et al.* (1994) illustrent à partir de l'étude de Bako *et al.* (1976) que l'Alberta a connu le même sort avec une augmentation de 100 % dans l'incidence des accidents de la route mortels à la suite de l'abaissement de l'âge minimal légal.

## Responsabilité des établissements

Encore ici, des recherches internationales<sup>8</sup> ont démontré que la formation du personnel dans les bars (sensibilisation à l'état d'ébriété des clients) peut contribuer à faire baisser le taux d'alcoolémie et, par conséquent, à diminuer les risques d'un accident de la route. Des auteurs (Saltz, 1988; Saltz et Hennessy, 1990a, b, dans Edwards *et al.*, 1994) ajoutent que l'efficacité de ces mesures est bonifiée si elles sont jumelées à des pratiques de vente modifiées, à une formation des gérants d'établissement et, enfin, selon Holder et Wagenaar (1994), si au moins 50 % des serveurs ont aussi reçu une formation.

## Effet du changement de la disponibilité sur les grands buveurs

Selon Edwards *et al.* (1994), diverses mesures écologiques sur la disponibilité de l'alcool influencent le comportement des grands buveurs (ces mesures peuvent comprendre l'adoption d'un âge minimal légal, des restrictions sur les heures d'ouverture, le nombre ou le type d'établissements servant de l'alcool, etc.). Toutefois, l'hypothèse qui veut qu'une limitation à l'accès de l'alcool incommode seulement le buveur moyen et non le grand buveur est fautive; les études démontrent même le contraire<sup>9</sup>. Comme nous l'avons mentionné dans la section traitant des jours ouvrables et des heures d'ouverture, même un petit changement comme la fermeture des établissements les samedis provoque un effet sur les grands buveurs ayant des moyens limités (diminution des arrestations pour état d'ébriété, du nombre cas de violence conjugale et d'agressions). Une explication probable est que les grands buveurs, marginalisés socialement, éprouvent des difficultés à planifier adéquatement les occasions de boire et à faire des réserves d'alcool en cas d'interruption.

## Des politiques à considérer

Edwards et ses collaborateurs (1994) proposent deux types de politiques. D'abord, il faut établir des politiques capables de répondre aux niveaux de la consommation d'alcool. Il s'agit de créer un environnement où les gens pourront faire des choix axés sur la santé plus facilement et, inversement, où des choix potentiellement dommageables seront plus difficiles à faire ou plus dispendieux. Le second

type de politiques concerne les mesures précises à prendre selon les contextes et les comportements à haut risque. Il faut trouver un équilibre entre ces deux types de politiques puisque ni l'une ni l'autre ne pourront résoudre les problèmes si elles sont utilisées séparément.

Edwards (1997) (sauf en cas d'indication contraire) résume en douze points les dimensions devant être retenues dans les politiques :

- 1) Plus un individu consomme d'alcool, plus ce dernier risque d'avoir des problèmes. (Il ne faut pas oublier qu'il existe un lien entre la consommation d'alcool individuelle et des tragédies telles que les accidents de la route, la violence, le suicide, etc.)
- 2) Plus une population donnée consomme, plus elle risque d'éprouver des problèmes à grande échelle.
- 3) Sans égard à tous les détails qui entourent la consommation d'alcool, il existe de forts et multiples liens entre la consommation d'alcool et les problèmes reliés à cette consommation; ainsi, les politiques devraient être élaborées avec l'idée que plus un individu consomme, plus il risque de rencontrer des problèmes. Cela se reflétera à plus grande échelle sur la population (notons l'exception que constitue une consommation modérée d'alcool sur les maladies cardiovasculaires).
- 4) Tous les consommateurs d'alcool devraient être visés par les politiques de santé. D'une part, les mesures préventives qui affectent les buveurs modérés agissent également sur les grands buveurs; d'autre part, un grand nombre des problèmes associés à la prise d'alcool sont largement distribués parmi tous les consommateurs d'alcool plutôt que d'être concentrés parmi les grands buveurs.
- 5) La réduction de l'occurrence des problèmes associés à l'alcool doit être le but intrinsèque des politiques.
- 6) Les taxes sur les produits alcoolisés constituent un moyen efficace de réduire, à grande échelle, les problèmes associés à l'alcool.
- 7) Des mesures écologiques qui ont pour objet de limiter l'accès physique à l'alcool peuvent contribuer de façon significative à la prévention des problèmes associés à l'alcool.
- 8) L'efficacité à long terme des programmes de prévention axés sur la formation en milieu scolaire, sur l'information dans les médias ou sur la restriction de la publicité de produits alcoolisés est difficile à mesurer. Cependant, l'utilité indirecte de ces programmes repose sur l'effet d'une plus grande sensibilisation politique et publique, car aucun résultat de recherche ne permet de nous dire que ce sont des programmes efficaces.
- 9) Il existe un lien entre une consommation modérée d'alcool et la réduction des risques de maladies cardiovasculaires. (Les données sont concluantes s'il s'agit d'une association et très probables s'il s'agit d'une relation cause à effet.)
- 10) Puisque les problèmes reliés à la consommation d'alcool ont plusieurs causes, les politiques devraient refléter ce constat en ayant recours à une combinaison de mesures préventives.

- 11) Les politiques et les programmes de prévention optant pour des mesures de prévention, leur faisabilité politique et leur acceptation par le public constituent des éléments importants à considérer. L'éducation du public en ce qui a trait à la nature des politiques devient alors un aspect à ne pas négliger.
- 12) Les risques populationnels et les risques individuels devraient être considérés ensemble en ce qui a trait à l'élaboration des politiques et des programmes de prévention (Rehm *et al.*, 1997).

Les études de Michael Marmot (1997) font ressortir une autre dimension à considérer dans les politiques, soit la dimension socio-économique. Par exemple, cet auteur explique que, parmi les travailleurs et les travailleuses, la prévalence de l'abstinence est inversement proportionnelle à leur statut de travailleurs ou de travailleuses : la consommation modérée est plus commune parmi les gens de statut socio-économique supérieur tandis que la consommation abusive varie peu. Marmot (1997) soutient donc qu'il est important de tenir compte de la distribution sociale de la consommation d'alcool dans l'élaboration des politiques. Selon son bilan de la littérature, Marmot (1997) rajoute que les données que nous possédons suggèrent que les changements de prix des produits alcoolisés touchent davantage les jeunes hommes et les personnes ayant de faibles revenus.

## LES DROGUES ILLICITES

Dans sa recension des écrits, Brochu (1995) distingue trois stratégies politiques préconisées en vue de lutter contre les drogues et leurs méfaits : élimination de l'offre, élimination de la demande et réduction des méfaits.

### L'élimination de l'offre

Le modèle de l'élimination de l'offre cherche à couper l'approvisionnement en drogues à sa source et vise soit les cultures au sein des pays producteurs, soit l'importation dans les pays consommateurs (Brochu, 1995). Cette stratégie politique est plus particulièrement préconisée aux États-Unis (Beauchesne, 1991; Brochu, 1995; Reuter, MacCoun et Falco, 1993). En effet, comme le souligne le U.S. General Accounting Office (1993), la priorité du gouvernement américain est de réduire l'offre en drogues illicites provenant des pays producteurs, principalement des Andes, et de développer des projets diversifiant l'économie licite de ces pays. En 1991, 71 % du budget fédéral américain consacré à la guerre à la drogue était relié à la réduction de l'offre comparativement à 29 % pour la réduction de la demande (Goldstein et Kalant, 1993).

D'une part, l'élimination des cultures dans les pays producteurs se traduit par la suppression de la production de drogues illicites et son remplacement par une culture de substitution (Brochu, 1995). Cependant, ces stratégies de remplacement sont problématiques en raison du maintien des autres produits agricoles à des prix très bas (Beauchesne, 1991; Brackelaire, 1992; Brochu, 1995). L'interception et la saisie des drogues illicites au sein du pays consommateur constituent une seconde stratégie de l'élimination de l'offre (Brochu, 1995). L'impact de cette tactique demeure également limité puisque plusieurs auteurs estiment que seule une proportion de 1 à 20 % des drogues circulant sur le marché noir est effectivement saisie (Beauchesne, 1991; Brochu, 1995; Choiseul-Praslin, 1991; Reuter, 1990). Aux États-Unis, après dix ans d'efforts pour réduire l'offre de drogues illicites, il n'y a aucune raison de croire que les actions menées aient atteint leur objectif; les programmes mis en place auraient davantage eu de conséquences non désirées, telles que l'augmentation des productions illicites, le développement de nouvelles technologies permettant d'éviter la détection de drogues, et la création de groupes organisés plus puissants dont l'étendue des marchés prend une expansion grandissante (Ryan, 1994).

En fait, le faible impact des actions policières relève en outre de l'impossibilité de contrôler un marché où tous les moyens sont imaginés en raison de son caractère extrêmement lucratif (Beauchesne, 1991). Ainsi que concluent Solomon et Green (1988 : 108) : « The relatively uninterrupted success of the illicit traffic, in the face of concerted enforcement efforts, attests to its economic vitality. »

## L'élimination de la demande

En relation avec la stratégie précédente, le modèle de l'élimination de la demande vise à augmenter les coûts associés à la demande de drogues en ciblant plus particulièrement les barons de la drogue et les petits trafiquants (Brochu, 1995). Par l'arrestation de ces acteurs clés dans le marché des drogues illicites, on considère que la demande pour ces produits en sera affectée. Ainsi, on cherche à réduire les points de vente et à augmenter les difficultés de se procurer des drogues (méfiance des petits trafiquants, marchés plus fermés). Cette approche est notamment préconisée au Canada, où les lois sur les drogues, permettant le renvoi des accusés vers le système de justice criminelle, constituent les principaux outils de la stratégie de l'élimination de la demande<sup>10</sup> (Brochu, 1995). Plusieurs difficultés de cette approche rendent l'évaluation de son impact particulièrement difficile.

Choiseul-Praslin (1991) souligne en ce sens l'effet régulateur de la répression dans l'entreprise clandestine de la drogue. D'une part, la répression offre une régulation interne en permettant à ce marché de se séparer des petits revendeurs les moins performants, ceux-ci étant la principale source d'arrestations, et elle se charge d'assurer la publicité de ce marché, les policiers fournissant des informations sur les produits, les endroits et les moments où ils sont disponibles (Choiseul-Praslin, 1991). En ce qui a trait à la régulation externe, Choiseul-Praslin (1991) considère que la répression rétablit la concurrence par l'arrestation des groupes les plus faciles à trouver auxquels vont se substituer des groupes plus organisés cherchant à satisfaire la même clientèle. De plus, non seulement la répression élimine les groupes peu organisés, mais la justice et la police traquent les grosses entreprises régnant seules sur un marché important et étant connues de l'opinion publique; ainsi, le marché clandestin des drogues s'homogénéise progressivement pour ne comporter que des filières bien organisées mais n'exerçant pas de monopoles (Choiseul-Praslin, 1991).

Brochu (1995) explique pour sa part que l'arrestation des barons de la drogue en vue de priver de drogues les distributeurs comporte des problèmes conceptuels : cette logique suppose que les organisations faisant l'objet de répression ne remplaceront pas les personnes qui en sont temporairement exclues ou que les organisations concurrentes ne remplaceront pas les organisations traduites en justice. De plus, dans le même sens que Choiseul-Praslin (1991), Brochu (1995) souligne la possibilité de création d'organisations plus puissantes par l'élimination des concurrents.

Erickson et Cheung (1992), qui traitent de l'impact dissuasif des sanctions pénales chez les revendeurs de marijuana, concluent que celles-ci peuvent conduire les revendeurs à une plus grande prudence et à une réduction de la fréquence des ventes, mais non pas à un arrêt complet de leurs activités. Quant aux effets de lois criminelles sur l'usage de drogues, Erickson et Cheung (1992) affirment que les facteurs extralégaux jouent un rôle nettement plus important quant à la décision de consommer du cannabis.

Les effets de l'action policière sur la demande en drogues semblent donc limités. Les drogues illicites ne s'avèrent pas moins disponibles et leur prix demeure stable, comme le souligne la Gendarmerie royale du Canada (1994 : 14), principal organisme canadien chargé de faire la répression en matière de drogues illicites :

Le commerce de la cocaïne a continué de prospérer tout au long de l'année 1993. Dans la plupart des régions du pays, on pouvait se procurer et consommer de la cocaïne en abondance comme par le passé, et les prix de gros et de détail sont demeurés relativement stables.

La réduction de la demande se traduit également par la mise en place de programmes de prévention ayant comme objectif de fournir des outils aux individus afin qu'ils évitent de faire usage de drogues ou s'adressant à des groupes à risque en vue de permettre une réduction de l'usage et des problèmes reliés aux drogues (Erickson, 1990). Cependant, comme le souligne Erickson (1990), les données disponibles au regard des programmes de prévention centrés sur la réduction de la demande précisent davantage ce qui ne fonctionne pas<sup>11</sup>.

### **La réduction des méfaits**

Dans le cadre d'une stratégie politique, la réduction des méfaits offre une approche alternative aux modèles traditionnels qui criminalisent les problèmes reliés aux drogues illicites; on reconnaît que l'usage de drogues est une réalité, que cette réalité engage des comportements à risque, alors que la vision idéaliste d'une société sans drogue est loin de devenir une réalité (Marlatt, 1996). La réduction des méfaits vise donc, en matière de santé publique, à poursuivre un objectif plus réaliste de diminution des risques plutôt que de viser l'élimination de la consommation en soi. Puisque la consommation de drogues est présente et qu'il semble impossible de l'éliminer totalement, le modèle de la réduction de méfaits adopte une approche pragmatique consistant à limiter les dégâts de ces comportements lorsque ceux-ci deviennent excessifs et sources de problèmes.

Cette approche est soutenue par le gouvernement des Pays-Bas, dont la politique sur les drogues vise la sauvegarde de la santé en ayant pour objectif « de réduire au maximum les risques que l'abus de drogues présente pour les usagers de drogues eux-mêmes, pour leur environnement immédiat et pour la société en général » (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Culture des Pays-Bas, 1991 : 7). Contrairement aux approches traditionnelles, la politique préconisée aux Pays-Bas n'implique pas l'interdiction de consommer de drogues (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Culture des Pays-Bas, 1991). Le gouvernement néerlandais conserve néanmoins le recours à la justice criminelle, principalement dans les cas de possession et de trafic d'opiacés, de cocaïne, de LSD et d'amphétamines, alors qu'en ce qui concerne le cannabis, seule la possession de plus de cinq grammes est passible d'une sanction criminelle (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Culture des Pays-Bas, 1991). Les mesures pénales, au lieu d'être utilisées comme une fin en soi, sont préconisées pour véhiculer une politique de santé et d'éducation (Reuter *et al.*, 1993). Selon Beauchesne (1991), si les Pays-Bas ont mis la priorité sur la promotion de la santé tout en conservant le recours à la justice criminelle, c'est qu'ils ne peuvent faire abstraction de leurs voisins ayant des politiques plus répressives; la légalisation des drogues aurait signifié recevoir tous les trafiquants des pays européens sur leur territoire.

Le remplacement d'une partie des politiques pénales aux Pays-Bas se traduit par des politiques sociosanitaires telles que la distribution de méthadone aux héroïnomanes, qui se fait notamment par l'entremise d'autobus qui parcourent les quartiers pauvres, et les programmes d'échange de seringues

(Brochu, 1995). Comme le souligne Brochu (1995), bien que d'autres pays aient également implanté des programmes visant la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues, seuls les Pays-Bas ont remplacé en partie les sanctions pénales par ces mesures. Les programmes de distribution de méthadone et d'échange de seringues instaurés tant aux Pays-Bas que dans d'autres pays européens et nord-américains se sont avérés efficaces pour réduire la prévalence de la séropositivité chez les usagers de drogues par injection (Reuter *et al.*, 1993; Riley, 1994). Cependant, s'ils sont bien intégrés aux politiques néerlandaises et européennes, ces programmes de réduction des méfaits demeurent critiqués aux États-Unis – et dans une moindre mesure au Canada – en raison de leur prétendue immoralité (Reuter *et al.*, 1993). Riley (1994) estime qu'en Amérique du Nord, la mentalité guerrière envers les drogues est une barrière importante à l'approche de la réduction des méfaits. Ainsi, l'aide aux usagers de drogues est vue comme un encouragement à la consommation (Riley, 1994).

Le Canada se distancie cependant de la politique répressive des États-Unis en s'orientant vers des politiques sociosanitaires avec le rapport *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (1986)<sup>12</sup>. Selon Beauchesne (1996), bien que cette politique de promotion de la santé constitue une excellente orientation pour le choix des stratégies canadiennes en matière de drogues, elle entre cependant en contradiction avec les tendances récentes des lois sur les drogues. En effet, Beauchesne (1996) considère que la réduction de la demande et la réduction des méfaits dans une perspective de promotion de la santé constituent deux objectifs différents. Afin qu'il n'y ait plus cette contradiction entre la politique canadienne de promotion de la santé et les lois sur les drogues, Beauchesne (1996) suggère qu'il faut appuyer les stratégies d'intervention privilégiant l'aide à la répression tout en favorisant l'accessibilité des services visant à réduire les méfaits des drogues. En ce sens, cette auteure recommande que le gouvernement fédéral manifeste clairement son appui aux lois et législations favorisant la diminution de la circulation de drogues sans contrôle de qualité ou des lieux de distribution.

Erickson (1990) considère pour sa part qu'au Canada, les fonds gouvernementaux en matière de drogues sont davantage dirigés vers le système de justice criminelle que vers des programmes de prévention relevant de politiques de promotion de la santé. Beauchesne (1991) poursuit cette réflexion en soutenant que les lois prohibitives actuelles ne s'accordent pas avec une véritable stratégie de promotion de la santé puisqu'elles dissimulent les méfaits des drogues licites telles que l'alcool, la nicotine, la caféine et les médicaments qui, selon l'auteure, sont pourtant responsables de la grande majorité des problèmes de santé.

En somme, ainsi que le constate Beauchesne (1991 : 244) à l'égard des approches actuellement privilégiées : « Aux États-Unis, dans les politiques en matière de drogues, la répression est encore la priorité. Aux Pays-Bas, la promotion de la santé est la priorité. Le Canada flotte entre les deux. »

## Les options proposées

Devant les diverses critiques formulées à l'égard des stratégies politiques en matière de drogues illicites, un certain nombre de propositions ont été avancées; puisqu'il s'agit de propositions, leur évaluation demeure impossible. Toutefois, voyons brièvement quelles sont les alternatives proposées dans les écrits scientifiques en vue de cerner les enjeux mis en évidence au regard des politiques sur les drogues.

Comme il a été possible de le constater, peu d'écrits concluent en l'efficacité des mesures de guerre à la drogue. Les partisans du prohibitionnisme utilisent cet argument pour demander plus d'argent en plaidant le peu de moyens que les autorités policières possèdent comparativement aux narco-trafiquants. Ainsi, le gouvernement américain considère qu'en raison du fait que le problème de la drogue n'est pas apparu du jour au lendemain, un certain nombre d'années et d'efforts supplémentaires seront requis afin de l'éliminer (Drug Enforcement Administration, 1995). Les anti-prohibitionnistes prétendent pour leur part que le faible impact des mesures répressives démontre que la guerre à la drogue est vouée à l'échec et qu'il faut entreprendre un changement radical de politique face aux drogues actuellement illicites; ceux-ci proposent des mesures plus libérales telles que la décriminalisation de facto, la décriminalisation officielle et la légalisation des drogues (Brochu, 1995). Divers arguments soutiennent cette position. Cormier, Brochu et Bergevin (1991 : 146-147) dressent un tableau des bénéfices invoqués par les tenants de la légalisation des drogues actuellement illicites :

### 1. Bénéfices pratiques :

- élimination de l'encouragement que fournit la prohibition aux trafiquants et aux revendeurs de créer la dépendance afin de s'assurer un marché permanent;
- élimination de la nécessité chez les habitués de voler en vue de s'alimenter en drogue;
- élimination de la violence accompagnant tout le commerce des drogues prohibées de la part des individus, de la police et des gouvernements;
- conversion dans l'économie légale d'une grande partie de l'économie illicite.

### 2. Bénéfices humanitaires :

- élimination de l'encouragement à enfreindre la loi et baisse chez les jeunes de l'attrait du fruit défendu;
- par la surveillance de la qualité des produits légaux, diminution des souffrances physiques et morales et du nombre de mortalités liées à la mauvaise qualité des drogues de rue;
- brisure du style de vie constitué par la préoccupation constante de trouver l'argent nécessaire, de rechercher la drogue et d'atteindre l'euphorie;

- élimination du besoin d'intrusion dans la vie des gens, dans leurs activités et dans leur organisme physique et mental que la prohibition accorde aux corps policiers et médicaux;
- élimination des mesures ultra-répressives décrétées par Washington en septembre 1989 visant les personnes et leurs biens et élimination de la nécessité de régler le problème de la drogue en dehors de ses propres frontières.

### **3. Bénéfice éthique :**

- rétablissement des droits et libertés de la personne, de sorte qu'elle puisse diriger sa vie de façon responsable, sans interférence avec les droits et libertés d'autrui, dans une société également libre.

Différents scénarios visant des politiques plus libérales en matière de drogues ont été proposés : le modèle de l'ordonnance médicale, le modèle de droit privé, le modèle des rationnements et le modèle de taxation (Beauchesne, 1991).

Si le débat sur les politiques en matière de drogues illicites touche davantage la prohibition et la légalisation, Erickson et Ottaway (1993) constatent que dans plusieurs pays, ce débat se déplace actuellement vers le développement d'approches centrées sur la promotion de la santé. Les expériences des Pays-Bas et, plus récemment, de l'Australie, de la Suisse, de l'Espagne et de l'Allemagne démontrent qu'il est possible d'orienter les politiques sur les drogues vers la réduction des méfaits malgré la présence de lois prohibitives (Fisher, sous presse).

Notes ( de 1 à 9, dans Edwards *et al.*, 1994)

---

1. Blose et Holder, 1987; Holder et Blose, 1987; Hoadley *et al.*, 1984.
2. Bruun *et al.*, 1975; Kuusi, 1957; Mäkelä, 1970; Österberg, 1991.
3. Olafsdottir, 1990.
4. Ahlström-Laakso, 1975; Amundsen, 1967; Nordlund, 1974.
5. Lenke, 1990; Noval et Nilsson, 1984; Government Commission on Alcohol Policy, 1977.
6. Klein, 1981; Maxwell, 1981; Wagenaar *et al.*, 1981; Emery, 1983; Florida Department of Community Affairs, 1983; Hingson *et al.*, 1983; Schroeder et Meyer, 1983; Williams *et al.*, 1983; Lillis *et al.*, 1984; Anorid, 1985; DuMouchel *et al.*, 1985; Hoskin *et al.*, 1986; Wagenaar, 1987; GAO, 1987.
7. Bako *et al.*, 1976; Schmidt et Kornaczewski, 1975; Shattuck et Whitehead, 1976; Smart et Fejer, 1975; Smart et White, 1972; Whitehead, 1977; Whitehead *et al.*, 1975; Williams *et al.*, 1975.
8. En Amérique du Nord, en Australie et aux Pays-Bas. Russ et Geller, 1986; Saltz, 1987, 1989, 1993; Gliksman et Single, 1988; McKnight, 1988; Saltz, 1988; Saltz et Hennessy, 1990a, b; Holder et Wagenaar, 1994.
9. Lenke, 1990; Nordlund, 1985; Norström, 1987; Olssen et Wikstrom, 1982; Österberg et Säilä, 1991; Medical Research Council, 1965; Wald et Moskalewicz, 1986.
10. Ces lois en matière de drogues au Canada sont, d'une part, la Loi sur les stupéfiants qui contrôle la possession simple, la possession en vue de trafic, l'importation, l'exportation, la culture et le délit d'ordonnance d'une centaine de substances dont le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et la morphine et, d'autre part, la Loi sur les aliments et drogues qui contrôle les psychotropes stimulants et sédatifs utilisés à des fins médicales de même que les hallucinogènes.
11. Puisque la section « Les actions évaluées » du présent rapport fournit les principaux éléments soulignés dans les écrits scientifiques concernant l'efficacité des programmes de prévention des toxicomanies, nous ne répéterons pas cet exercice. Le lecteur est donc prié de s'y référer.
12. L'annexe 1 définissant le concept de la promotion de la santé présente les principales conclusions de ce rapport.

## **V – LES ANABOLISANTS**

## NATURE DU PROBLÈME

Comme le spécifiait notre mandat, le présent chapitre est consacré aux anabolisants. Les thèmes traités y sont les mêmes que ceux présentés par rapport à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues illicites, soit la nature du problème, les facteurs de risques, les groupes à risque, les actions évaluées et les politiques.

### Prévalence

Les stéroïdes anabolisants sont des drogues fabriquées chimiquement et qui sont des dérivés d'une hormone mâle, la testostérone. Principalement utilisés dans le but d'améliorer l'apparence physique ou la performance sportive, les anabolisants sont devenus une source d'intérêt depuis la Commission d'enquête sur le recours aux drogues et aux pratiques interdites pour améliorer la performance athlétique (1990). Cette commission d'enquête a permis la création du Centre canadien sur le dopage sportif, principal organisme permettant de connaître la nature de ce problème. En fait, peu de données canadiennes ou québécoises sont disponibles concernant la prévalence de l'usage de ces produits comparativement aux statistiques portant sur la prévalence de consommation d'alcool et de drogues illicites.

Dans cet objectif, une étude récente a été menée par Price Waterhouse and Associates pour le Centre canadien sur le dopage sportif (1993). Des questionnaires ont été distribués à 16 000 étudiants âgés de 11 à 18 ans en vue de découvrir diverses informations quant au dopage chez des athlètes canadiens. Cette étude révèle qu'au cours des douze mois précédant l'entrevue, une proportion de 2,8 % des jeunes Canadiens, majoritairement âgés entre 14 et 18 ans et de sexe masculin, ont fait usage de stéroïdes anabolisants (CCDS, 1993). Les principales raisons invoquées par ceux-ci pour justifier cet usage ont été l'amélioration de la performance athlétique, le changement de l'apparence physique et le développement de muscles ou l'amélioration de la force musculaire (CCDS, 1993).

On note que l'incidence d'utilisation de stéroïdes anabolisants chez les garçons augmente graduellement avec l'âge : le niveau d'utilisation chez les garçons de 11 ans est de 2,5 % alors que chez les étudiants de 18 ans et plus, ce taux s'élève à 7 % (CCDS, 1993). De plus, l'usage de stéroïdes est appelé à croître chez les étudiants s'adonnant à une activité physique régulière (3 % de ceux-ci ont déjà utilisé des stéroïdes anabolisants comparativement à 2,3 % pour les étudiants ne pratiquant pas d'activité physique régulière), chez les étudiants inscrits à un programme d'haltérophilie (4,9 % vs 1,7 %) de même que chez les étudiants membres d'une équipe de compétition sportive (7 % des membres des équipes provinciales consomment des stéroïdes anabolisants) (CCDS, 1993).

Une étude menée aux États-Unis en 1988 présente une proportion plus élevée de jeunes consommateurs de stéroïdes anabolisants, 6,6 % des 3 403 étudiants de sexe masculin de 12<sup>e</sup> année rencontrés par Buckley *et al.* (1988, cités dans Masson, 1994) ont déclaré avoir fait usage de stéroïdes anabolisants au cours de leur vie. Cette plus forte proportion peut cependant s'expliquer par la plus grande période couverte par l'étude de Buckley *et al.* (1998, cités dans Masson, 1994), comparativement aux données recueillies par l'étude du CCDS (1993) qui s'est uniquement intéressée aux douze mois précédant

l'entrevue. Toujours aux États-Unis, le nombre de consommateurs de stéroïdes est évalué à 1 000 000 de personnes (Durant *et al.*, 1993).

## Coûts

Si, auparavant, les médecins utilisaient les stéroïdes anabolisants pour certains traitements, ces produits ne sont actuellement à peu près plus utilisés en médecine traditionnelle (Masson, 1994). D'autre part, si certains médecins ont prescrit des stéroïdes à des athlètes dans le but d'améliorer leur performance, ces pratiques sont maintenant interdites par la profession médicale (ARF, 1991). Les usagers de stéroïdes font donc appel aux marchés clandestins pour s'approvisionner, marchés dont les ventes sont évaluées aux États-Unis à environ 300 à 500 millions de dollars annuellement selon la U.S. Food and Drug Administration; le marché noir des stéroïdes serait en expansion puisqu'en 1986, cette estimation était de 100 millions de dollars (Do It Now Foundation, 1992). Selon la U.S. Food and Drug Administration, la clandestinité de ce marché fait en sorte que certains produits ne contiennent pas les stéroïdes qu'ils sont réputés renfermer et que de plus, certaines versions illégales de stéroïdes ne sont pas stérilisées, augmentant de ce fait les risques d'infections (U.S. FDA, 1987).

Outre les coûts financiers en cause dans la vente de stéroïdes sur le marché noir et les risques pour la santé qui sont reliés à l'illégalité de l'approvisionnement, on retrouve les coûts relevant de problèmes sanitaires associés à l'usage d'anabolisants en soi. Actuellement, aucune donnée ne permet d'estimer les frais pouvant être engendrés par les problèmes de santé des usagers de ces substances.

Un des coûts sociaux de l'utilisation de stéroïdes anabolisants est lié au contexte de la compétition sportive. En effet, on considère que les drogues augmentant la performance sont contraires à la nature même du sport et que leur utilisation par certains athlètes oblige les autres à en faire usage afin de demeurer compétitifs (Strauss, 1987).

## Conséquences

Les effets sur la santé de l'usage de stéroïdes à long terme demeurent partiellement inconnus (McKenzie et Greenberg, 1995). Parmi les principaux effets secondaires liés à l'usage de stéroïdes anabolisants, nous retrouvons les suivants :

- altération de la fonction hépatique;
  - problèmes cardiovasculaires : hypertension, hypercholestérolémie, etc.;
  - troubles endocrinologiques : atrophie testiculaire, stérilité, gynécomastie, virilisation chez la femme (hirsutisme, atrophie des seins), etc.;
  - altération du système immunitaire : baisse de la production des immunoglobines A, G, M.;
  - manifestations psychologiques : troubles du sommeil, irritabilité, agressivité, syndrome affectif, etc.;
  - troubles de la croissance chez l'adolescent : soudure prématurée des épiphyses;
  - tumeurs du foie, des reins et de la prostate;
  - alopecie, acné, etc.
- (Masson, 1994).

Outre les troubles liés à la santé de l'utilisateur, la consommation d'anabolisants impliquerait également des effets comportementaux et psychologiques tels que la dépression, les idées suicidaires, l'euphorie, l'irritabilité et, à l'occasion, une extrême agressivité (Walder et Zemper, 1995). De plus, bien qu'il demeure du domaine des spéculations de déterminer si l'usage régulier de stéroïdes peut conduire à la dépendance, il y aurait de plus en plus de certitudes à cet effet (Dugal, 1991; Walder et Zemper, 1995).

## **LES GRANDS FACTEURS DE RISQUE**

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'usage d'anabolisants est intimement lié à l'augmentation de la performance sportive. McKenzie et Greenberg (1995) ont cherché à déterminer plus spécifiquement quel est le profil de l'utilisateur de stéroïdes, profil permettant de connaître davantage quels sont les facteurs de risque associés à l'usage de cette substance. Voici le tableau présenté par ces auteurs :

## Profil de l'utilisateur de stéroïdes

### Caractéristiques démographiques

Plus nombreux :

- chez les 14 ans et plus;
- chez les hommes.

### Opinions

Plus nombreux :

- à croire que les stéroïdes anabolisants les aideront à améliorer leur performance ou leur apparence;
- à croire que l'usage de stéroïdes anabolisants est une question strictement personnelle.

Moins nombreux :

- à penser que les stéroïdes anabolisants leur causeront du tort;
- à croire qu'il n'y a pas de tricheries à recourir aux stéroïdes anabolisants pour améliorer sa performance.

### Influences

Plus nombreux :

- à connaître quelqu'un qui utilise des stéroïdes anabolisants;
- à s'être fait proposer d'essayer des substances de ce type.

### Participation aux activités physiques

Plus nombreux :

- à participer à un club de sport ou de formation physique régulièrement;
- à faire partie d'une équipe, surtout provinciale.

Source : McKenzie et Greenberg (1995).

Les facteurs de risque présentés par McKenzie et Greenberg (1995) sont associés à l'usage d'anabolisants au sein de la population en général. Une étude du Centre canadien sur le dopage sportif (1992) permet de déterminer plus spécifiquement quels sont les facteurs de risque ayant incité des individus participant à des programmes de musculation à essayer et à maintenir l'usage de stéroïdes. Les résultats de cette étude qualitative seront présentés selon deux catégories : incitation à la première utilisation et incitation à une utilisation continue.

### **Incitation à une première consommation**

#### **Facteurs incitatifs :**

- curiosité;
- impatience (de constater des résultats sur le plan de la musculation);
- avoir le dessus (vouloir progresser aussi rapidement que les autres);
- aller au-delà de ses limites;
- préparer le terrain (vouloir déclencher le progrès pour qu'il se produise plus rapidement);
- appartenance;
- attrait du danger;
- conformité au stéréotype;
- perte de poids.

#### **Influences personnelles :**

- culturistes professionnels;
- revues;
- héros de bandes dessinées;
- publicité;
- vidéoclips.

#### **Influences sociales :**

- pression exercée par les pairs;
- exemple donné par les autres;
- attentes des pairs;
- entraîneurs.

Source : Centre canadien sur le dopage sportif (1992).

### **Incitation à une utilisation continue**

#### **Facteurs incitatifs :**

- perte apparente (les augmentations musculaires disparaissent lorsque cesse l'usage);
- absence d'effets secondaires;
- atteindre à tout prix son but;
- renforcement positif.

Source : Centre canadien sur le dopage sportif (1992).

Les facteurs de risque associés à l'usage et à l'abus de stéroïdes se retrouvent donc à plusieurs niveaux, soit aux niveaux individuel, interpersonnel et contextuel.

## LES GROUPES À RISQUE

Le Centre canadien sur le dopage sportif (1992) estime que les jeunes hommes du secondaire et plus particulièrement ceux qui participent à des sports constituent un groupe à risque quant à l'usage de stéroïdes. En ce qui concerne les femmes, celles ayant « les mêmes caractéristiques que les victimes d'anorexie et de boulimie, notamment les femmes qui ont une phobie du gras et qui sont prêtes à mettre leur santé à risque pour atteindre les normes de beauté établies par la société » sont également considérées comme un groupe à risque (CCDS, 1992 : 31).

Les catégories d'activités sportives représentant des contextes plus à risque pour l'usage et l'abus de stéroïdes sont les sports tels que l'haltérophilie et le football, où les caractéristiques physiques sont d'importants attributs, de même que les sports pour lesquels une victoire implique une grande capacité d'accélération, tel le sprint (Wadler et Zemper, 1995).

## LES POLITIQUES ET LES ACTIONS ÉVALUÉES

Peu de données sont disponibles quant à l'évaluation des actions ayant pour objectif de prévenir spécifiquement l'usage d'anabolisants, que ce soit sur le plan de la prévention primaire, de la promotion de la santé ou de la réduction des méfaits.

Turblin (1994) explique que trois voies d'intervention pourraient améliorer le problème de l'usage d'anabolisants : l'interdiction, l'éducation et le changement des valeurs sociales associées au sport et à l'apparence corporelle.

### L'interdiction

Cette stratégie d'intervention a été adoptée par les législations de la majorité des gouvernements, qui ont réglementé la distribution, la possession et la prescription de stéroïdes anabolisants (Turblin, 1994). Aux États-Unis, la Drug Enforcement Administration se charge de la répression des importations, exportations et distributions des stéroïdes anabolisants depuis 1990; Turblin (1994) affirme que l'impact de ces actions n'a pas été évalué, l'obtention de stéroïdes semblant plus difficile bien qu'on note cependant une augmentation du taux d'utilisation, surtout chez les jeunes.

En ce qui a trait aux compétitions sportives en soi, l'interdiction se traduit par des tests antidopages. Schneider, Butcher et Lachance (1994) précisent qu'au Canada, ces tests relèvent du CCDS et sont soit effectués au hasard, soit annoncés. Les méthodes de dopage interdites sont définies par le Comité international olympique (Schneider *et al.*, 1994). Selon Dugal (1991), il est clair que les tests effectués hors compétition s'avèrent plus efficaces que les tests réalisés lors des compétitions sportives.

Le fait que certaines substances procurent un avantage injuste aux athlètes qui en font usage, de même que les dommages causés à ces athlètes, figurent parmi les principales raisons justifiant l'interdiction de drogues augmentant la performance sportive (Coomber, 1993; Schneider *et al.*, 1994). Cependant, Coomber (1993) dénonce l'inconsistance des politiques en ce qui a trait aux pratiques sportives

injustes : si l'usage de stéroïdes anabolisants en vue d'augmenter la performance et la force musculaire est interdit, l'usage sous supervision médicale de *corticosteroids*, qui éliminent la douleur, est pour sa part permis.

Enfin, selon Dugal (1991), il ne faut pas négliger les indications voulant que les mesures répressives auraient eu pour effet de diriger le marché des anabolisants vers la clandestinité. Cet auteur fonde cette argumentation sur le contrôle du marché des stéroïdes par le monde interlope et la mise sur pied d'usines de fabrication clandestine.

## **L'éducation**

Les programmes de prévention axés sur l'éducation semblent difficiles à appliquer lorsqu'ils sont élaborés dans une perspective de santé publique (Turblin, 1994). En fait, il demeure difficile de changer les croyances et les attitudes face à l'usage d'anabolisants puisque ces produits peuvent avoir des bénéfices réels sur la performance et l'apparence physique. De plus, puisque l'usage de stéroïdes à dose modérée et de façon intermittente semble avoir peu d'impact à court terme sur la santé de l'utilisateur et que les effets secondaires à long terme demeurent partiellement inconnus, Turblin (1994) estime que l'éducation axée sur les risques pour la santé est une voie à éviter. En ce sens, Turblin (1994) préconise davantage une stratégie préventive considérant l'usage d'anabolisants comme un problème éthique plutôt que comme un problème de santé publique.

La campagne préventive développée par le CCDS, « Esprit du sport », va dans cette direction puisqu'elle véhicule le message que la victoire soutenue par le dopage sportif n'est pas une victoire; l'objectif n'est pas d'informer sur les conséquences négatives du dopage, l'accent étant mis sur les valeurs essentielles du sport, qui sont incompatibles avec l'usage de drogues (Turblin, 1994).

Masson (1994) n'est cependant pas du même avis que Turblin (1994), considérant que la sensibilisation doit être plus particulièrement axée sur les effets secondaires reliés à l'usage de stéroïdes anabolisants.

## **Changement des valeurs sociales**

Turblin (1994) désigne sous cette catégorie une action préventive incluant les deux facettes précédentes, soit l'interdiction et l'éducation, auxquelles s'intègre le changement de valeurs sociales. Cette forme de programme a été proposée par Yesalis et Wright (1991, cités par Turblin, 1994) et repose sur les constats suivants, lesquels proviennent de la recension des écrits scientifiques réalisée par Yesalis et Wright (1991, cités par Turblin, 1994) :

- Un programme axé uniquement sur les effets secondaires et négatifs a peu de chances d'être crédible (Goldberg *et al.*, 1991).
- Il faut élaborer une stratégie d'intervention plutôt qu'un programme court (Carlson *et al.*, 1991; Goldberg *et al.*, 1991).

- Il faut proposer des alternatives (nutritives, techniques de musculation...) pour augmenter l'efficacité du programme préventif (Bents *et al.*, 1990).
- L'apport d'information doit être associé à une éducation comportementale basée sur des critères affectifs et des valeurs positives (Yesalis, 1990).
- L'action préventive doit être précoce; elle doit être dispensée dans le cadre scolaire; la participation de l'élève entraînera une meilleure conformité et une meilleure efficacité (Yesalis, 1990).
- La motivation intrinsèque est la ressource personnelle la plus puissante pour créer des changements d'attitudes et de croyances (Yesalis, 1990).

Source : Turblin (1994)

La pertinence d'un modèle de prévention axé sur le changement des valeurs sociales se voit appuyée par les propos de Coomber (1993), ce dernier considérant que la croyance voulant que les stéroïdes augmentent significativement la performance athlétique est l'aspect le plus important à considérer en matière d'intervention.

Bien que plusieurs types d'action soient possibles en ce qui concerne la prévention de l'usage de stéroïdes anabolisants, leur impact demeure cependant inconnu (Turblin, 1994). Les conclusions et les propositions émanant des études traitant de l'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie en général devraient en ce sens servir de base à l'élaboration de programmes de prévention propres aux anabolisants. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1990) considère de fait que les stratégies prévenant l'usage de substances augmentant la performance athlétique doivent être coordonnées et intégrées aux programmes et politiques de prévention des autres substances psychoactives.

## SYNTHÈSE

Si les écrits portant sur les anabolisants sont moins nombreux que ceux traitant de l'alcool et des autres drogues, nous avons néanmoins pu dégager un certain nombre d'aspects importants. Ainsi, les données de prévalence suggèrent que ce sont davantage les jeunes qui font usage de cette substance, principalement en vue d'améliorer la performance sportive ou l'apparence physique. Les compétitions sportives et les gymnases de musculation constituent en ce sens des contextes ou des lieux plus particulièrement risqués quant à l'usage d'anabolisants. En ce qui concerne les stratégies politiques visant à réduire l'incidence de l'usage d'anabolisants, les écrits scientifiques affirment que l'interdiction ne conduit pas aux effets attendus. Devant la nature incertaine des effets à long terme des anabolisants, certains auteurs considèrent d'autre part que la prévention axée sur l'éducation ne doit pas se centrer sur les conséquences négatives des anabolisants sur la santé des usagers, mais plutôt sur l'éthique et les valeurs associées au sport. Un modèle de prévention axé sur le changement des valeurs sociales est proposé en ce sens. Une question essentielle demeure cependant : Doit-on intégrer les programmes de prévention de l'usage et de l'abus d'anabolisants aux programmes prévenant l'usage et l'abus des autres substances psychoactives, et ce, compte tenu des résultats de ces derniers?

## **CONCLUSION**

## CONSTATS

- 1) La littérature traitant de **l'usage** et de **l'abus** d'alcool permet de voir que parmi les groupes d'adultes analysés, travailleurs, femmes et personnes âgées, les jeunes sont plus nombreux à avoir une consommation d'alcool plus élevée. Chez les adolescents, bien que les taux s'apparentent à un niveau de consommation inférieur, les garçons se démarquent significativement des filles avec des niveaux de consommation plus élevés.

Les données de prévalence actuelles permettent de croire qu'au regard des drogues illicites et parmi la population des 15 ans et plus, ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui doivent retenir l'attention. Les adolescents, et plus particulièrement les jeunes contrevenants et les jeunes de la rue, constituent les groupes les plus à risque de faire usage et abus de drogues illicites. Les femmes sont également moins touchées que les hommes par la consommation de drogues illicites. Toutefois, **un phénomène nouveau** apparaît : les jeunes filles des écoles secondaires semblent être plus nombreuses que les garçons à avoir consommé des drogues. Une attention particulière doit donc être portée à cette réalité. Enfin, l'augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes qui a été observée en 1995 et la prévalence d'une consommation élevée chez les jeunes montrent la nécessité de continuer à diriger des actions préventives vers ces groupes à risque.

- 2) Il ressort également de cette revue que les coûts et les conséquences associés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives peuvent affecter tant le consommateur, son entourage que la société. Tout comme Lebeau *et al.* (1996 : 87), nous pouvons dire que « la preuve n'est plus à faire quant aux impacts de l'usage abusif d'alcool sur les problèmes sociaux et de santé ». L'enquête canadienne de Single *et al.* (1996) illustre les coûts financiers exorbitants reliés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives. Rappelons-nous qu'ils s'élevaient en 1992 à 18,45 milliards de dollars, dont 7 522,1 millions étaient liés à l'alcool et 1 371 millions aux drogues illicites.

Les écrits consultés révèlent également que les conséquences psychosociales négatives peuvent être associées soit à **l'usage**, soit à **l'abus**. Par ailleurs, le nombre de verres d'alcool pris dans une même occasion (cinq verres ou plus) semble, à cet égard, particulièrement problématique. Plusieurs articles très récents permettent aussi de voir que le **contexte** dans lequel sont consommées les substances psychoactives peut être déterminant pour une consommation plus élevée et présente des risques singuliers (victimisation).

La prévention devrait non seulement tenir compte de la consommation individuelle, mais également de la consommation *per capita*. D'après la perspective populationnelle, la prévention devrait s'adresser à tous, sauf pour des problèmes particuliers de santé. Dans ce dernier cas, les stratégies préventives devraient viser davantage les gros buveurs d'alcool.

- 3) Quant aux facteurs de risque reliés à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues, ils apparaissent à plusieurs niveaux : **contextuel**, **individuel**, **interpersonnel** et **familial**. Par ailleurs, le nombre de ces facteurs serait plus important à considérer en relation avec l'usage ou l'abus de substances psychoactives que le facteur lui-même. L'accent mis sur les facteurs de risque en prévention des toxicomanies présenterait certaines limites. Des perspectives nouvelles sont maintenant proposées,

telles que l'étude des facteurs de protection, l'étude du ressort psychologique et, enfin, l'étude de l'enchaînement des risques.

- 4) Les conditions d'application des programmes de prévention et les faiblesses méthodologiques des recherches évaluatives en ce domaine, rapportées dans plusieurs revues de la documentation, nous empêchent de nous prononcer sans équivoque sur l'efficacité des programmes de prévention. Aucun type de programme ne semble être plus efficace que les autres. Les programmes communautaires sont novateurs et sont envisagés comme une voie prometteuse, mais ne semblent pas avoir été évalués à ce jour.

Plusieurs auteurs précisent que les programmes de prévention devraient intrinsèquement posséder les conditions nécessaires à une évaluation, notamment la définition d'**objectifs mesurables**, et que les chercheurs devraient, pour leur part, avoir recours à une méthodologie plus rigoureuse par l'**utilisation de groupes de contrôle**, de **séances de rappel** et d'**instruments de mesure validés**.

- 5) Les écrits scientifiques suggèrent cependant un certain nombre d'éléments pouvant favoriser l'efficacité des programmes de prévention :
  - l'utilisation de **stratégies multiples** (Aiguire-Molina et Gorman, 1996; Dufour, 1996; Hansen, 1992; Montagne et Scott, 1993; Vitaro *et al.*, 1994);
  - les **interventions précoces** (Dryfoos, 1990; Dufour, 1996; Fraser et Vitaro, 1995; Vitaro *et al.*, 1994);
  - l'adaptation des programmes à des **populations cibles** (Cormier *et al.*, 1991; Dryfoos, 1990; Elmquist, 1995; Goodstadt et Mitchell, 1990; Hansen, 1992; Tobler, 1992, Vitaro *et al.*, 1994);
  - l'**arrimage des différentes ressources** disponibles : l'école, les parents, les médias, la communauté, les divers paliers de gouvernement (Aiguire-Molina et Gorman, 1996; Conyne, 1994; Cormier *et al.*, 1991; Hansen et O'Malley, 1996; Lebeau *et al.*, 1996; Perry et Kelder, 1992).
- 6) Au Canada et au Québec, peu de recherches évaluatives en matière de prévention ont fait l'objet d'une publication (Chamberland, 1990; Lebeau *et al.*, 1996; Vitaro *et al.*, 1994). Davantage de **ressources** doivent être allouées à la recherche en prévention des toxicomanies. Compte tenu des énormes coûts et conséquences associés à l'abus des substances psychoactives, la recherche dans le domaine de la prévention doit devenir une priorité afin de sauvegarder et de promouvoir le bien-être individuel et collectif.
- 7) L'examen des politiques sur l'alcool nous a permis de voir qu'il existe une multitude de mesures à considérer qui pourraient modifier les comportements des individus et de la population. Le lecteur peut se référer à la section « Politiques à considérer » pour avoir une liste de ces mesures. Quant à l'examen des politiques sur les drogues, nous avons remarqué le **faible impact des stratégies actuelles** quant à la réduction de l'usage et de l'abus de drogues. La stratégie de la réduction des méfaits réalisée dans une optique de promotion de la santé devient en ce sens une option de choix

face aux politiques canadiennes actuelles. Cependant, des questions demeurent quant à la possibilité de promouvoir une telle approche en matière de drogues, compte tenu du contexte prohibitif actuel.

- 8) Enfin, nous avons constaté que l'usage d'anabolisants constitue une problématique importante, plus particulièrement chez les personnes participant à des compétitions sportives ou à un programme de musculation. Bien que les effets de l'usage d'anabolisants sur la santé des usagers demeurent méconnus, **l'approvisionnement sur le marché noir** doit sans nul doute être considéré comme un risque supplémentaire à ne pas négliger dans l'évaluation des coûts associés à cette problématique. Peu de données sont cependant disponibles à l'égard de l'évaluation des programmes visant à prévenir l'usage et l'abus d'anabolisants. En raison du manque de connaissances scientifiques, la question de l'usage et de l'abus d'anabolisants mérite d'être approfondie davantage.

## **LISTE DES RÉFÉRENCES**

- ABEL, S., WYLLIE, A., et CASSWELL, S. (1992). *The Primary Prevention of Alcohol and Other Drug-Related Problems Amongst Women : A Literature Review*, University of Auckland, New Zealand, Alcohol and Public Health Research Unit, School of Medicine.
- ADLAF, M.E. (1993). « L'usage de l'alcool, des médicaments et des autres drogues », in T. Stephens et D. Fowler Graham (sous la direction de), *Enquête promotion de la santé Canada 1990 : Rapport Technique*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 109-139.
- AGUIRRE-MOLINA, M., et GORMAN, D.M. (1996). « Community-Based Approaches for the Prevention of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use », *Annual Review of Public Health* ,17, 337-358.
- BAILEY, G.W. (1990). Current Perspectives on Substance Abuse in Youth, *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 503-531.
- BEAUCHESNE, L. (1991). *La légalisation des drogues, pour mieux prévenir les abus*, Montréal, Éditions du Méridien.
- BEAUCHESNE, L. (1996). *Politique canadienne en matière de drogues, son cadre : la promotion de la santé, ses stratégies : la réduction des méfaits*, Ottawa, mémoire préparé pour le Comité permanent de la santé, Chambre des communes.
- BEMAN, D.S. (1995). « Risk Factors Leading to Adolescent Substance Abuse », *Adolescence*, 30 (117), 201-208.
- BENTLER, P.M. (1992). « Etiologies and Consequences of Adolescent Drug Use : Implications for Prevention », *Journal of Addictive Diseases*, 11 (3), 47-61.
- BERNARD, A. (1995). *Femmes et toxicomanie : synthèse de la littérature et portrait de la population toxicomane féminine montréalaise*, Montréal, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal, Préfontaine, Projet de planification.
- BLANCHET, L., LAURENDEAU, M.C., PAUL, D., et SAUCIER, J.F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- BONTA, J. (1997). *La réadaptation des délinquants : de la théorie à la pratique*, Ottawa, Solliciteur général, Canada.
- BOTVIN, G.J. (1990). « Substance Abuse Prevention : Theory, Practice, and Effectiveness », in M. Tonry et J.Q. Wilson (éd.), *Drug and Crime, Crime and Justice : A Review of Research*, 13, Chicago, The University of Chicago Press, 461-519.
- BOTVIN, G.J., et BOTVIN, E.M. (1992). « Adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse : Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13 (4), 290-301.

- BOURGAULT et DEMERS (1997). « Solitary Drinking : a Risk Factor for Alcohol-Related Problems? », *Addiction*, 92, (3), 303-312.
- BRACKELAIRE, V. (1992). « Les expériences de substitutions alternatives de production à la coca en Bolivie : Enseignements pour la coopération internationale », in M. Schiray, M.L. Cesoni, V. Brackelaire et G. Fonseca (éd.), *Penser la drogue, penser les drogues*, vol.2, *Les Marchés interdits de la drogue*, Paris, Descartes.
- BROCHU, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- BROCHU, S., et DOUYON, A. (1990). *La consommation de psychotropes chez des jeunes de 13 à 18 ans en centre de réadaptation*, Montréal, Association des intervenants en toxicomanie du Québec (Toxicomanie 3).
- BROCHU, S., THERRIEN, A., CHIOCCHIO, F., et DEVINAT, A. (soumis pour publication). « Consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire », texte soumis pour publication à la *Revue des sciences de l'éducation*.
- BROOK, J.S., BROOK, D.W., GORDON, A.S., WITHEMAN, M., et COHEN, P. (1990). « The Psychological Etiology of Adolescent Drug Use : A Family Interactional Approach », *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116(2), 110-127.
- BROWN, J.H., et HOROWITZ, J.E (1993). « Deviance and Deviants : Why Adolescent Substance Use Prevention Programs Do Not Work », *Evaluation Review*, 17 (5), 529-555.
- BRUNELLE, N., COUSINEAU, M.M., et BROCHU, S. (1997). « Comprendre le jeune délinquant à travers son histoire de vie », *Psychologie*, 14 (3), 19-22.
- CANADIAN CENTER ON SUBSTANCE ABUSE (1990). « Comments on the Report of the Dubin Inquiry », communiqué, 31 août.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1996a). *La politique antidrogue au Canada : Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, [http : //www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1996b). « La drogue remonte chez les jeunes en Amérique du Nord », *Actions Nouvelles*, VII (1), [http : //www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).
- CENTRE CANADIEN SUR LE DOPAGE SPORTIF (1992). *Étude sur l'image corporelle : Étude qualitative sur l'usage de drogues pour améliorer la performance athlétique par des non-athlètes*, Ottawa, CCDS.

- CENTRE CANADIEN SUR LE DOPAGE SPORTIF (1993). *Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport*, rapport final, Ottawa, CCDS.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION (1993). *Prevention Strategies Based on Individual Risk Factors for Alcohol and Other Drug Abuse*, Rockville, U.S. Department of Health and Human Services.
- CHACIN, S. (1996). « Women's Marijuana Problems: An Overview with Implications for Outreach, Intervention, Treatment and Research », in B.L. Underhill et D.G. Finnegan (éd.) *Chemical Dependency : Women at Risk*, Los Angeles, The Haworth Press, 129-167.
- CHAMBERLAND, C. (1990). *Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie. dossier 1 : la prévention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CHAMBERLAND, C., DALLAIRE, N., FRÉCHETTE, L., LINDSAY, J., HÉBERT, J., CAMERON, S., et BEAUDOIN, G. (1996). *Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leur famille : portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite*, Rapport final à la Division des subventions nationales au bien-être social, ministère du Développement des ressources humaines, Canada.
- CHARLAND, C., CHEVALIER, S., et BOIVIN, D. (1996). *La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits. Rapport de site*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- CHOISEUL-PRASLIN, C.H. de (1991). *La drogue, une économie dynamisée par la répression*, Paris, Presses du CNRS.
- CLAYTON, R.R., LEUKEFELD, C.G., DONOHEW, L., BARDO, M., et HARRINGTON, N.G. (1995). « Risk and Protective Factors : A Brief Review », in Leukefeld, C.G. ET Clayton, R.R. (éd.) *Prevention Practice in Substance Abuse*, New York, The Haworth Press, Inc., 7-14.
- CLOUTIER, R., CHAMPOUX, L., JACQUES, C., et LANCOP, C. (1994). « Nos ados et les autres » : *Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997). *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CONYNE, R.K. (1994). « Reviewing the Primary Prevention of Substance Abuse : Elements in Successful Approaches », in J.A. Lewis (éd.) *Addictions : Concepts and Strategies for Treatment*, Maryland, Aspen Publishers, 23-36.
- COOK, R.F., BACK, A., et TRUDEAU, J. (1996). « Substance Abuse Prevention in the Workplace : Recent Findings and an Expanded Conceptual Model », *Journal of Primary Prevention*, 16 ( 3), 319-339.

- COOMBER, R. (1993). « Drugs in Sport : Rhetoric or Pragmatism », *The International Journal of Drug Policy*, 4, 169-178.
- CORMIER, D., BROCHU, S., et BERGEVIN, J.P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*, Montréal, Éditions du Méridien.
- DENTON, R.E., et KAMPFE, C.M. (1994). « The Relationship Between Family Variables and Adolescent Substance Abuse : A Review », *Adolescence*, 29 (114), 475-495.
- DÉPELTEAU, L. (1993). « La prévention de la toxicomanie et de la délinquance des jeunes : vers une intégration des modèles », *Revue canadienne de psycho-éducation*, 22 (2), 105-118.
- DOBKIN, P.L. (1993). « The Problem in R.O. Pihl », P.L. Dobkin et F. Vitaro (sous la direction de), *Primary Prevention of Alcohol and other Substances Abuse in at-risk pre-and Early Adolescent Boys*, Montréal, Équipe de recherche sur la prévention et le traitement des toxicomanies et Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant.
- DOBKIN, P.L., BEAUDOIN, J., PARÉ, R., DAOUST, R., et CHIASSON, J.P. (1996). *Intervention familiale pour les enfants de parents (toxicomanes)*, rapport de recherche présenté au Conseil québécois de recherche sociale et au Secrétariat à la famille.
- DO IT NOW FOUNDATION (1992). *Anabolic Steroids : A Review of Current Issues and Research*, Tempe, DN Publications.
- DONOVAN, J.E. (1996). « Gender Differences in Alcohol Involvement in Children and Adolescents : A Review of the Literature », in *Women and Alcohol : Issues for Prevention Research*, J.M. Howard (éd.), National Institute of Health, NIAAA, Bethesda MD, 133-161.
- DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION (1995). *Speaking out Against Drug Legalization*, U.S. Department of Justice.
- DRYFOOS, J.G. (1990). *Adolescents at Risk*, Oxford, Oxford University Press.
- DUFOUR, M.H. (1996). *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, document de travail.
- DUGAL, R. (1991). « Tendances et développements récents dans la lutte contre le dopage athlétique sur le plan international », in F. Landry, M. Landry et M. Yerlès (éd.), *Sport : Le troisième millénaire*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 487-493.
- DURANT, R.H., RICKERT, V.I., SEYMORE ASHWORTH, C., NEWMAN, C., et SLAVENS, G. (1993). « Use of Multiple Drugs Among Adolescents Who Use Anabolic Steroids », *Journal of Medicine*, 328, 922-925.

- EDWARDS, G. (1997). « Alcohol Policy and the Public Good », *Addiction*, 92 (Supplément 1), S73-S79.
- EDWARDS, G. (éd.) (1995). *Addiction – Alcohol Policy and the Public Good : An International Debate*, Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, Carfax Publishing Company.
- EDWARDS, G., *et al.* (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford Medical Publications – WHO Europe.
- EIGEN, L.D. (1996). « College Students », in R.H. Coombs et D. Ziedonis (éd.) *Handbook on Drug Abuse Prevention : A Comprehensive Strategy to Prevent the Abuse of Alcohol and Other Drugs*, Boston, Allyn Bacon, 267-297.
- ELIANY, M., et RUSH, B. (1992). *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies*, Santé Canada, ministère des Approvisionnement et Services.
- ELMQUIST, D.L. (1995). « A Systematic Review of Parent-Oriented Programs to Prevent Children's Use of Alcohol and Other Drugs », *Journal of Drug Education*, 25 (3), 251-279.
- ERICKSON, P.G. (1990). « A Public Health Approach to Demand Reduction », *The Journal of Drug Issues*, 20 (4), 563-575.
- ERICKSON, P., et CHEUNG, Y.W. (1992). « Drug Crime and the Legal Control : Lessons from the Canadian Experience », *Contemporary Drug Problems*, été, 247-277.
- ERICKSON, P., et OTTAWAY, C.A. (1993). « Policy-Alcohol and Other Drugs », *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, 3, 331-341.
- FISHER, B. (sous presse). « The Battle for a New Canadian Drug Law : A Legal Basis for Harm Reduction or New Rhetoric for Prohibition », in P. Erickson, D. Riley, Y. Cheung et Y.P. O'Hare (éd.) *Harm Reduction : A new Direction for drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press.
- FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE (1991). *Les stéroïdes*, dépliant d'information, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- FORGET, J. (1995). *Femmes enceintes et toxicomanie : synthèse et pistes de réflexion*, Montréal, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal, Préfontaine, Projet de planification.
- FOXCROFT, D.R., LISTER-SHARP, D., et LOWE, G. (1997). Alcohol Misuse Prevention for Young People : A Systematic Review Reveals Methodological Concerns and Lack of Reliable Evidence of Effectiveness, *Addiction*, 92 (5), 531-537.

- FRASER, J., et VITARO, F. (1995). « Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes : une recension critique des écrits », *Science et comportement*, 24 (1), 1-30.
- GENDARMERIE ROYALE DU CANADA (1993). *Rapport annuel national sur les drogues 1994*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- GERSTEIN, D.R., et GREEN, L.W. (1993). *Preventing Drug Abuse : What Do We Know?*, Washington, D.C., National Academy Press.
- GLANTZ , M.D., et SLOBODA, Z. (1995). « The Eldery », in R.H. Coombs et D. Ziedonis (éd.) *Hanbook on Drug Abuse Prevention: a Comprehensive Strategy to Prevent the Abuse of Alcohol and Other Drugs*, Boston, Allyn Bacon, 429-444.
- GOLDSTEIN, A., et KALANT, H. (1993). « Drug Policy : Striking the Right Balance », in R. Bayer et G.M. Oppenheimer (éd.), *Confronting Drug Policy : Illicit Drugs in a Free Society*, New York, Cambridge University Press, 78-114.
- GOMBERG, E.S.L. (1996). « Women's Drinking Practices and Problems From a Lifespan Perspective », in J. M. Howard (éd.), *Women and Alcohol : Issues for Prevention Research*, Bethesda MD, National Institute of Health, NIAAA, 185-214.
- GOMBERG, E.S.L. (1995). « Older Women and Alcohol : Use and Abuse », in M. Galanter (éd.), *Recent Developments in Alcoholism*, volume 12, *Women and Acoholism*, New York, Plenum Press, 61-79.
- GOODSTADT, M.S., et MITCHELL, E. (1990). « Prevention Theory and Research Related to High-Risk Youth », in E.N. Goplerud (éd.) *Breaking New Ground for Youth at Risk : Program Summaries*, Rockville : U.S. Department of Health and Human Services, 7-23.
- GORMAN, D.M. (1995). « Are School-based Resistance Skills Programs Effective in Preventing Alcohol Misuse? », *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41 (1), 74-98.
- GRAHAM, K., et SCHMIDT, G. (1995). *The Effects of Drinking on Health Among Older Adults*, document de recherche présenté à l'International Conference on Social and Health Effects of Different Drinking Patterns, a Thematic Meeting of the Kettil Bruun Society, Toronto, 13-17 Novembre, Addiction Research Foundation.
- GREENFIELD, T.K. (1986). « Quantity per Occasion and Consequences of Drinking : A Reconsideration and Recommendation », *The International Journal of the Addictions*, 21(9 et 10), 1059-1079.
- GUYON, L. (1996). *Derrière les apparences : santé et conditions de vie des femmes*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- HANSEN, W.B. (1992). « School-Based Substance Abuse Prevention : A Review of the State of the Art in Curriculum », 1980-1990, *Health Education Research, Theory & Practice*, 7 (3), 403-430.
- HANSEN, W.B., et O'MALLEY (1996). « Drug Use », in R.J. Di Clemente, W.B. Hansen et L.E. Ponton (éd.) *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, New York, Plenum Press, 161-192.
- HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F., et MILLER, J.Y. (1992). « Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood : Implications for Substance Abuse Prevention », *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- HAWKINS, J.D., GRAHAM, J.W., MAGUIN, E., ABBOTT, R., HILL, K.G., et CATALANO, R.F. (1997). « Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychological Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse », *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (3), 280-290.
- HEDGES, T.J., GERRARD, M., GIBBONS, F.X., et SMITH, G.E. (1995). « Psychosocial Factors Affecting Rural Adolescent Alcohol Use », in R.R. Watson (éd.), *Drug and Alcohol Abuse Reviews*, vol. 8, *Drug and Alcohol Abuse During Pregnancy and Childhood*, Totowa NJ, Humana Press Inc. 37-63.
- HELLER, D., et ROBINSON, A.E. (1994). *L'abus toxicomaniaque chez les travailleurs : guide de gestion des problèmes de l'abus toxicomaniaque chez les travailleurs*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- HENDERSON, M., HUTCHESON, G., et DAVIES, J. (1996). *Alcohol and the Workplace*, WHO Regional Publications, European Series, n° 67.
- HOLDER, H.D. (1997). « Alcohol Use and a Safe Environment », *Addiction*, 92 (Supplément 1), S117-S120.
- HOLDER, H., et EDWARDS, G. (1995). *Alcohol and Public Policy : Evidence and Issues*, Oxford, Oxford University Press.
- HOLDER, H., BOYD, G., HOWARD, J., FLAY, B., VOAS, R., et GROSSMAN, M. (1995). « Alcohol-Problem Prevention Research Policy : The Need for a Phases Research Model », *Journal of Public Health Policy*, 16 (3), 324-346
- HOWARD, J., BOYD, G.M., et ZUCKER, B.A. (1995). *Alcohol Problems among Adolescents : Current Directions in Preventive Research*, Hillsdale N.J., National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- KNUPFER, G. (1989). « The Prevalence in Various Social Groups of Eight Different Drinking Patterns, from Abstaining to Frequent Drunkenness : Analysis of 10 U.S. surveys combined », *British Journal of Addiction*, 84, 1305-1318.

- KREITMAN, N. (1986). « Alcohol Consumption and the Preventive Paradox », *British Journal of Addiction*, 81, 353-363.
- LAMARCHE, P. (1987). *The Impact of Increasing the Number of Off-Premise Outlets of Alcohol on Per Capita Consumption : the Québec Experience*, Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes (document obtenu au CQDT).
- LAMOUREUX, H., LAVOIE, J., MAYER, R., et PANET-RAYMOND, J. (1996). *La pratique de l'action communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LEBEAU, A., SIROIS, G., et VIENS, C. (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MANGHAM, C., REID, G., MCGARTH, P., et STEWART, M. (1995). *Ressort psychologique : pertinence dans le contexte de la promotion de la santé, analyse détaillée*, Ottawa, document présenté à l'Unité de l'alcool et des autres drogues, Santé Canada, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- MARANDA, M.F. (1995). « Processus d'individualisation des stratégies de défense : le cas d'une usine de pâtes et papier, plaisir et souffrance, dualité de la santé mentale au travail », *Les cahiers scientifiques de l'ACFAS*, 81.
- MARANDA, M.F., MORISSETTE, P., et DE MONTIGNY, M.J. (1997). *Relevé de la documentation : alcoolisme et toxicomanie*, document interne pour l'Équipe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail.
- MARLATT, G.A. (1996). « Harm Reduction : Come as you are », *Addictive Behaviors*, 21 (6), 1779-1788.
- MARLATT, G.A., BAER, J.S., et LARIMER, M. (1995). *Alcohol Problems among Adolescents : Current Directions in Preventive Research*, Hillsdale NJ, National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- MARMOT, M. (1997). « Inequality, deprivation and alcohol use », *Addiction*, 92 (Supplément 1), S13-S20.
- MASSON, P.A. (1994). *Les stéroïdes anabolisants : état de la question et risque d'infection au VIH chez les utilisateurs*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- MAY, P.A. (1996). « Research Issues in the Prevention of Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol Related Birth Defects », in J.M. Howard (éd.), *Women and Alcohol : Issues for Prevention Research*, Bethesda MD, National Institute of Health, NIAAA.

- McALLISTER, I. (1995). « Public Attitudes to the Regulation of Alcohol », *Drug and Alcohol Review*, 14, 179-186.
- McKENZIE, D., et GREENBERG, L. (1995). « Les stéroïdes », in Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie (éd.) *Profil Canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues 1995*, Ottawa, CCLAT et ARF, 252-254.
- McKENZIE, D., et WILLIAMS, B. (1995). « Les drogues licites et illicites », in Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie (éd.) *Profil Canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues, 1995*, Ottawa, CCLAT et ARF, 15-96.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1994). *La consommation de drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, Québec, Direction de la recherche.
- MINISTÈRE DU BIEN-ÊTRE, DE LA SANTÉ ET DE LA CULTURE et MINISTÈRE DE LA JUSTICE DES PAYS-BAS (1992). *La Politique en matière de drogue aux Pays-Bas*, Pays-Bas, ministère néerlandais de la Justice.
- MONTAGNE, M., et SCOTT, D.M. (1993). « Prevention of Substance Use Problems : Models, Factors, and Processes », *The International Journal of Addictions*, 28 (12), 1177-1208.
- MORISSETTE, P. (1989). *Les aspects psychosociaux du processus d'alcoolisation à risque chez les femmes au travail*, thèse de doctorat, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- MOSHER, J.F., et JERNIGAN, D.H. (1988). « Public Action and Awareness to Reduce Alcohol-Related Problems : A Plan of Action », *Journal of Public Health Policy*, 9 (1) 17-41.
- MOSKALEWICZ, J. (1997). « What Does Science Have to Say? », *Addiction*, 92, (Supplément 1), S97-S101.
- NADEAU, L. (1994). « Les femmes et l'alcool : état de la question », in P. Brisson (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 231-254.
- NEWCOMB, M.D, et BENTLER, P.M. (1988). *Consequences of Adolescent Drug Use : Impact on the Lives of Young Adults*, Newbury Park, CA, Sage.
- NEWCOMB, M.D., et FELIX-ORTIZ, M. (1992). « Multiple Protective and Risk Factors for Drug Use and Abuse : Cross-Sectional and Prospective Findings », *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (2), 280-296.

- NEWCOMB, M.D., MADDANIAN, E., et BENTLER, P.M. (1986). « Risk Factors for Drug Use among Adolescents : Concurrent and longitudinal Analyses », *American Journal of Public Health*, 76, 525-530.
- NEWCOMBE, R. (1992). « The Reduction of Drug-Related Harm: A Conceptual Framework for Theory, Praticte and Research », in P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, London, Routledge, 1-14.
- O'DOHERTY, F., et DAVIES, J.B. (1987). « Life Events and Addiction : A Critical Review », *British Journal of Addiction*, 82 (2), 127-137.
- ÖSTENBERG, E. (1992). « Effects of Alcohol Control Measures on Alcohol Consumption », *The International Journal of the Addictions*, 27 (2), 209-225.
- PADILLA, A.M., DURAN, D., et NOBLES, W.W. (1996). « Inner-City Youth », in R.H. Coombs et D.M. Ziedonis (éd.), *Handbook on Drug Abuse Prevention: A Comprehensive Strategy to Prevent the Abuse of Alcohol and Other Drugs*, Boston, Allyn Bacon, 411-427.
- PENTZ, M.A. (1995). « Local Government and Community Organization », in R.H. COOMBS, R.H. et D.M. ZIEDONIS (éd.), *Handbook on Drug Abuse Prevention : A Comprehensive Strategy to Prevent the Abuse of Alcohol and Other Drugs*, Boston, Allyn and Bacon, 69-92.
- PERRY, C.L., et KELDER, S.H. (1992). « Models for Effective Prevention », *Journal of Adolescent Health*, 13 (5), 355-363.
- PETERSON, R. (1996). « Ecstasy » : *Synthèse documentaire et pistes de prévention*, Saint-Charles-Borromée, Québec, Direction de la santé publique de Lanaudière.
- REHM, J., ASHLEY, M.J., et DUBOIS, G. (1997). « Alcohol and Health : Individual and Population Perspectives », *Addiction*, 92 (Supplément 1), S109-S115.
- REUTER, P. (1990). « Can the Borders Be Sealed? », in R.A. Weisheit (éd.), *Drugs, Crime and the Criminal Justice System*, Cincinnati, Anderson Publishers, 13-26.
- REUTER, P., FALCO, M., et MacCOUN, R. (1993). *Comparing Western European and North American Drug Policies: An International Conference Report*, Santa Monica, RAND.
- RESNICK, G., et BURT, M.R. (1996). « Youth at Risk : Definitions and Implications for Service Delivery », *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 172-188.
- RILEY, D. (1994). « La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques », in P. Brisson (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol.II, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 129-150.

- ROOM, R. (1997). « Alcohol, the Individual and Society : What History Teaches Us », *Addiction*, 92 (Supplément 1), S7-S11.
- ROSSOW, I. (1996). « Alcohol-Related Violence : The Impact of Drinking Pattern and Drinking Context », *Addiction*, 91 (11), 1651-1661.
- ROY, E. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH : étude de prévalence*, Montréal, Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH, Unité de santé publique – Division des maladies infectieuses.
- RYAN, K.F. (1994). « How We Lost the War : Explorations of U.S. Drug Policy and Its Consequences », *Criminal Justice Review*, 19 (1), 79-99.
- SANTÉ CANADA (1995). *Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues, 1994*, Ottawa, Publications Santé Canada.
- SANTÉ QUÉBEC (1995). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé, 1992-1993*, Québec, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SCHNEIDER, A., BUTCHER, R., et LACHANCE, V. (1994). « Les tests antidopage, la santé et le droit à l'intimité pour les athlètes », in P. Brisson (sous la direction de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II, Bourcherville, Gaëtan Morin éditeur, 151-174.
- SEGAL, B.M., et STEWART, J.C. (1996). « Substance Use and Abuse in Adolescence : An Overview », *Child Psychiatry and Human Development*, 26 (4), 193-210.
- SERVICES CORRECTIONNELS DU QUÉBEC (1996). *Le profil de la clientèle correctionnelle du Québec en matière de consommation d'alcool et de drogues*, gouvernement du Québec, Service de la planification, évaluation et recherche, ministère de la Sécurité publique.
- SINGLE, E. (1993). *Drinking in Various Settings : Towards a Harm Reduction Approach for Alcohol*, conférence présentée par Eric Single aux CRTI Lecture Series, Addiction Research Foundation.
- SINGLE, E., MACLENNAN, A., et MACNEIL, P. (1994). *Horizons 1994 : L'usage de l'alcool et des autres drogues au Canada*, Ottawa, CCLAT et Santé Canada.
- SINGLE, E., ROBSON, L., XIE, X., et REHM, J. (1996). *The Costs of Substance Abuse in Canada*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
- SOBOL, L. (1994). *An Overview of the Role of the Family in the Prevention of Substance Abuse*, Toronto, Addiction Research Foundation.
- SOLOMON, R., et GREEN, M. (1988). « The First Century : The History of Non-medical Opiate Use and Control Policies in Canada », 1870-1970, in J.C. Blackwell et P.G. Erickson (éd.), *Illicit Drugs in Canada : A Risky Business*, Ontario, Nelson Canada, 88-116.

- STOCKWELL, T. éd. (1995). *Alcohol Misuse & Violence : An Examination of the Appropriateness and Efficacy of Liquor Licensing Laws Across Australia*, Henley Beach, National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Professional Editing Services.
- STRAUSS, R.H. (1987). « Anabolic Steroids », in R.H. Strauss (sous la direction de), *Drugs & Performance in Sports*, Washington, W.B. Saunders Company, 59-68.
- TOBLER, N.S. (1992). « Drug Prevention Programs Can Work : Research Findings », *Journal of Addictive Diseases*, 11 (2), 1-28.
- TURBLIN, P. (1994). *Rapport final : 1<sup>re</sup> partie, La prévention*, Université de Montréal, Département d'éducation physique.
- U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (1987). « For Athletes and Dealers, Black Market Steroids Are Risky Business », *FDA Consumer*, septembre 1987.
- U.S. GENERAL ACCOUNTING OFFICE (1993). *Drugs, International Efforts to Attack a Global Problem*, Washington, D.C., Report to the Chairman and Ranking Minority Member, Comitee on Foreign Affairs, House of Representatives.
- VITARO, F., DOBKIN, P., JANOSZ, M., et PELLETIER, D. (1992). « Enfants et adolescents à risque de toxicomanies », *Apprentissage et Socialisation*, 15 (2), 109-120.
- VITARO, F., DOBKIN, P., GAGNON, C., et LeBLANC, M. (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- WADLER, G.I., et ZEMPER, E.D. (1995). « Sports Organizations », in R.H. Coombs et D. Ziedonis (éd.), *Handbook on Drug Abuse Prevention*, Boston, Allyn and Bacon, 197-216.
- WILSNACK, S.C. (1996). « Patterns and Trends in Women's Drinking : Recent Findings and Some Implications for Prevention », in J.M. Howard (éd.), *Women and Alcohol : Issues for Prevention Research*, Bethesda MD, National Institute of Health, NIAAA, Bethesda MD, 19-63.
- WINDLE, M., THATCHER SHOPE, J., et BUKSTEIN, O. (1996). « Alcohol Use », in R.J. DiClemente, W.B. Hansen et L.E. Ponton (éd.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*, New York, Plenum Press, 115-159.

**ANNEXE**

## **DÉFINITIONS DES CONCEPTS PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION**

### **Promotion de la santé**

Selon la charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé ou du bien-être.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

- élaborer une politique publique saine;
- créer des milieux favorables;
- renforcer l'action communautaire;
- acquérir des aptitudes individuelles;
- réorienter les services de santé.

### **Les trois défis**

On reconnaît généralement que l'état de santé de la population est influencé par plusieurs facteurs : la biologie humaine, le mode de vie, l'organisation des soins de santé et l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent. Ici, la prévention est considérée comme un sous-ensemble du concept de promotion. Selon Santé Canada, la promotion de la santé exige également un engagement à relever des défis, le premier étant de réduire les inégalités. En effet, la santé demeure directement liée à la situation économique des gens – les personnes âgées, les chômeurs, les assistés sociaux, les femmes seules (soutien de famille) et les minorités (autochtones et immigrants) demeurent particulièrement vulnérables.

Le second défi consiste à élargir le champ et à augmenter les efforts de prévention. La prévention suppose d'abord une reconnaissance des facteurs à la source d'un état pathologique, puis leur réduction ou leur élimination; l'effort préventif s'est étendu au mode de vie des individus (modification) et à leur comportement (lutte contre des comportements à risque).

Enfin, comme troisième défi, il faut augmenter la capacité des gens à se tirer d'affaire en fournissant les compétences et le soutien communautaire nécessaires.

Ces trois défis devraient être arrimés à trois mécanismes essentiels de la promotion de la santé. Ainsi, nous retrouvons :

- 1) les initiatives personnelles : les décisions et les mesures que les individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé;
- 2) l'entraide : les actes que les gens posent pour s'entraider;
- 3) un environnement sain : la création de conditions et d'un entourage favorables à la santé.

Pour ce qui est du Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention (1979), la promotion de la santé s'adresse aux personnes déjà en bonne santé. Elle vise le développement de mesures individuelles et collectives encourageant l'adoption de modes de vie sains qui favorisent le maintien et l'amélioration de l'état de bien-être.

Dans Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier (1993 : 15), nous pouvons voir que la prévention primaire « vise la réduction de l'incidence des problèmes [...] en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population générale ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions. Quant à la promotion de la santé, elle vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé [...]. Son action porte sur les déterminants de santé plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers. »

Ces deux concepts partagent des caractéristiques communes mais comportent aussi des différences. D'abord, et plus brièvement, ces concepts se rejoignent sur les points suivants :

- les interventions sont orientées vers les collectivités et elles demeurent proactives;
- les stratégies et les méthodes d'intervention sont multiples et complémentaires;
- le pouvoir d'action est partagé par les intervenants, les communautés et les décideurs publics.

Pour ce qui est des différences, nous nous sommes inspirés du tableau dans Blanchet *et al.* (1993) et des cadres conceptuels de Chamberland (1996) et de Lebeau *et al.* (1996).

### DISTINCTIONS

#### PRÉVENTION PRIMAIRE

#### PROMOTION

Réduire l'incidence des problèmes de santé ou empêcher l'usage et l'abus.

Objectif

Accroître le bien-être personnel et collectif.

Éliminer ou réduire les facteurs de risque et les conditions pathogènes (caractéristiques individuelles ou milieux de vie, événements subits ou imprévisibles, pauvreté, etc.).

Moyens

Développer les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé : les déterminants de la santé, l'individu en relation avec son environnement, ses valeurs sociales.

Population générale en santé. Sous-groupes exposés à des facteurs de risque ou à des conditions pathogènes.

Cibles

Population générale. Sous-groupes particuliers.

Avant l'apparition des symptômes.

Moment

En tout temps.

Épidémiologique. Clinique.

Modèles

Psychologie du développement. Écologique. Socioculturel.

Le modèle de prévention primaire attribue aussi un rôle important aux facteurs de protection présents chez l'individu et dans son contexte social.

Le modèle de promotion de la santé attribue un rôle prépondérant aux déterminants de la santé et les valeurs sociales sont reconnues.

Actions plus limitées aux milieux de vie des personnes, aux personnes, au produit (par exemple, réduire l'offre et l'accès).

Actions

Actions portant sur l'environnement familial, social, politique et économique.

Stratégies préconisées : de nature éducative axées sur le développement des compétences et la promotion du soutien social.

Stratégies

Stratégies préconisées : développement des compétences, amélioration des conditions de vie.

Dans les pays industrialisés, les milieux de santé publique s'entendent pour voir la prévention comme un **sous-ensemble** du concept de la promotion et pour voir les deux comme des **démarches complémentaires** devant être intégrées dans le même champ.

Prévention et promotion en toxicomanie font corps et portent sur l'usage et l'abus. Les deux visent des consommateurs actifs ou potentiels dans leur entourage immédiat et leurs milieux de vie. Dans l'esprit de l'approche « promotion de la santé » avec laquelle elle fait corps, la prévention de la toxicomanie se caractérise par une intervention précoce sur les causes ou les facteurs (de risque) prédisposant à l'usage ou à l'abus de psychotropes. Comme le définit la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, la prévention dans son sens large est une mesure d'anticipation qui vise à **réduire les risques de survenue** d'un événement fâcheux ou d'une situation. Appliquée à la toxicomanie, la prévention vise, avant toute indication de la présence de cette problématique, à **empêcher l'usage ou l'abus**, selon le cas, d'alcool, de médicaments et de drogues illégales.

Ainsi, la prévention vise les objectifs suivants :

- au regard de la personne, l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés individuelles susceptibles d'aider à la solution des problèmes prédisposant à l'alcoolisme et à la toxicomanie et d'augmenter la résistance à l'usage ou à l'abus des psychotropes;
- au regard du produit, l'adoption de mesures susceptibles de réduire l'offre ou l'accès aux substances psychoactives;
- au regard du milieu, l'intervention sur les conditions, les modes de vie et les pratiques qui induisent à l'usage ou à l'abus de psychotropes.

