

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

Prévention EN TOXICOMANIE

Orientations
et stratégie

*Les actions préventives en toxicomanie au Québec :
faits et tendances à partir d'études, de bilans,
de répertoires et d'inventaires*

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

*Les actions préventives en toxicomanie au Québec :
faits et tendances à partir d'études, de bilans,
de répertoires et d'inventaires*

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

Aimé Lebeau

Cadre-conseil en promotion de la santé, en prévention et en évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Juin 1997

00-801-3



Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

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^e 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**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-35892-9

© Gouvernement du Québec

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

REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la participation des personnes suivantes qui ont réalisé les recherches bibliographiques informatisées afin de repérer les documents pertinents pour ce travail. Il s'agit de mesdames :

- Linda Bairstoy, du Centre de documentation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie;
- Lucie Bériault, du Centre SANTÉCOM de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des sociaux de la Montérégie;
- Marie Dallaire, du Centre de documentation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie;
- Monique Gauthier, du Centre de documentation en toxicomanie du Québec.

Nos remerciements s'adressent également à monsieur Nelson Charrette, répondant du sous-groupe de travail « Actions », ainsi que les membres de ce sous-groupe : mesdames Nicole Desjardins, Dorothée Leblanc et Brigitte Tardif, et messieurs Jacques Couillard et Jean Sylvestre, pour leur soutien constant, leurs suggestions et leurs commentaires judicieux.

Nous tenons à souligner la contribution de notre collègue Christian Viens, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, pour ses commentaires et suggestions sur la version manuscrite de ce rapport. Soulignons également le travail de mise en pages et d'infographie de madame Sylvie Pichette, de cette même Direction.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
MANDAT	1
ÉLÉMENTS DE MÉTHODE.....	2
Définition de l'objet d'analyse	2
Cadre de référence et unités d'analyse	2
Repérage des documents et leur classement.....	4
FAITS ET TENDANCES OBSERVÉS DANS LA LITTÉRATURE.....	4
Les jeunes et leur réseau d'influence (adultes significatifs et parents, pairs aidants) : études de projets et programmes.....	4
Les promoteurs, les types d'action et les modalités de financement	5
La perception des besoins et les objectifs poursuivis	6
Les substances, les populations et les milieux ciblés	7
Les stratégies d'intervention et les types d'activités réalisés.....	8
Les conditions de succès, les moyens d'évaluation et les retombées de l'action.....	9
Les jeunes et leur réseau d'influence : répertoires d'outils.....	11
Les clientèles visées	11
Les stratégies d'intervention	14
D'autres tendances observées.....	14
Les adultes au travail : étude des programmes d'aide aux employés (P.A.E.)	15
Les personnes âgées : projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés....	17
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	27
ANNEXE 1	29
Cadre conceptuel.....	31
ANNEXE 2	33
Tableaux complémentaires.....	35

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Synthèse des données disponibles selon le cadre conceptuel et autres données pertinentes.....	12
TABLEAU 2	Certaines caractéristiques associées à la prévention dans les P.A.E. selon les types d'intervenants.....	16
TABLEAU 3	Synthèse des actions préventives portant sur l'usage des médicaments	19

MANDAT

Ce rapport présente une synthèse de la littérature sur les actions promotionnelles et préventives en toxicomanie au Québec. Il s'inscrit dans le cadre des travaux du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies au Québec ayant pour mandat de réviser et de préciser le cadre ministériel des orientations et des actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

Après une brève présentation du mandat confié par ce groupe de travail, on traitera les aspects méthodologiques utiles à la compréhension des résultats qui seront présentés.

Une synthèse des actions préventives réalisées au Québec est requise pour compléter la revue de la littérature scientifique ainsi que le traitement des données épidémiologiques et socioéconomiques disponibles concernant les problématiques en toxicomanie.

Cette synthèse est liée également à l'élaboration d'un cadre de référence (recension et synthèse des éléments méthodologiques et concepts clés) confiée au sous-groupe de travail sur les actions préventives. Par conséquent, le bilan descriptif des actions préventives menées au Québec a, dans la mesure du possible, pris en considération des composantes de ce cadre de référence.

Le mandat spécifique consiste à produire une métasynthèse des actions des dernières années au Québec. Cette synthèse vise à mettre en évidence certaines tendances convergentes ou divergentes selon des paramètres structurants de cette action, notamment ceux qui sont disponibles dans un corpus de travaux de bilan, de revue ou de synthèse existants à ce jour au Québec (répertoires, inventaires, études descriptives portant sur les expériences préventives en toxicomanie) dans l'ensemble des secteurs (publics, privés, communautaires).

Ce travail vise à décrire des actions préventives appliquées en toxicomanie au Québec depuis ces dernières années. Les résultats observés seront mis en relation par les membres du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies au Québec avec les données épidémiologiques et socioéconomiques des enquêtes québécoises et avec l'état des connaissances sur l'alcool, les drogues et les médicaments psychotropes dans une perspective nationale et internationale.

Dans ce contexte, la question centrale qui oriente ce travail est la suivante : Quelles sont les tendances récentes, sur le plan des processus et des contenus, dans le déploiement des actions préventives en toxicomanie au Québec? Les réponses à cette question permettront de dégager des orientations à la lumière d'une analyse des pratiques selon leurs forces, limites et possibilités de développement.

À cette question centrale, d'autres questions plus spécifiques s'ajoutent pour chacune des unités d'analyse du cadre conceptuel adopté. Par exemple, quelle est la nature des problématiques ciblées? Quels sont les objectifs poursuivis par les actions préventives (facteurs de risques et déterminants)? Quelles sont les cibles? etc.

ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Le mandat décrit précédemment comporte les étapes complémentaires suivantes : un repérage des documents pertinents, le classement selon des unités d'analyse et, dans le cas des répertoires, des analyses secondaires des données présentées.

Le travail consiste donc à réaliser un bilan descriptif à partir d'un nombre limité de travaux publiés. Un critère s'impose : il doit s'agir d'ouvrages ayant un caractère de bilan ou de synthèse d'une analyse de plusieurs actions préventives en toxicomanie au Québec et qui apportent des informations multiples sur ce sujet.

Examinons donc brièvement les éléments de méthode se rapportant à la définition de l'objet d'analyse, le cadre conceptuel proposé et ses unités d'analyse, ainsi que le repérage des documents, leur sélection et leur classement.

Définition de l'objet d'analyse

Par « actions préventives », nous entendons des outils, des activités, des projets et des programmes susceptibles de refléter la pratique existante dans un domaine agissant en amont des problèmes, par des interventions sur les facteurs de risque ou de vulnérabilité, ou encore visant à rendre les individus et la collectivité aptes à exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé et du bien-être et, de ce fait, à améliorer la santé.

Ces actions préventives s'inscrivent dans une pratique anticipatrice qui détermine ainsi l'orientation des actions à réaliser pour l'atteinte des objectifs visés. La représentation des actions à mener par les acteurs interpelle des conceptions et des valeurs qui orientent également les pratiques, qui sont aussi des manières d'exercer l'action et d'arriver à ses fins. La nature de l'action préventive présente donc une variabilité quant aux représentations sociales qui guident ces pratiques, notamment selon les approches et les stratégies déployées, et d'une manière plus tangible, selon le type d'actions menées.

Les outils ont un statut particulier comparativement aux autres types d'action préventive. En effet, ces derniers sont mis à contribution dans le cadre précisément des activités d'un projet ponctuel ou répétitif mais limité dans le temps, ou encore dans des activités d'un programme ayant une permanence relative dans le temps. Dans la mesure où ces outils sont utilisés, sans pour autant pouvoir ici démontrer l'importance relative de leur utilisation, nous considérons qu'ils intègrent des éléments d'une certaine représentation de l'action préventive.

Cadre de référence et unités d'analyse

Le mandat porte sur l'étude de l'action préventive et sur les paramètres structurants de son application dans le domaine de la toxicomanie au Québec. La détermination de ces paramètres suppose un cadre de référence souple susceptible d'intégrer la variabilité des devis de recherche et leur méthodologie, des objets de recherche, des expertises de collecte et d'interprétation des données, etc.

Dans le cas qui nous préoccupe, le cadre de référence ou le modèle conceptuel, permettant d'identifier les paramètres structurants ou les unités d'analyse de la pratique préventive en ce domaine, a comme point de départ l'étude de Lebeau et collab. (1996) portant sur la description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec, qui est suivie d'une analyse critique. Cette étude avait précisément comme objectif de produire une connaissance quant aux interventions existantes. Elle comble ainsi une lacune constatée à l'époque, soit le peu de données disponibles sur les pratiques préventives en ce domaine. De plus, ce cadre conceptuel a fait l'objet d'un prétest quant à sa pertinence et à son efficacité pour l'obtention des informations recherchées.

Ainsi, les variables retenues dans ce cadre conceptuel sont les suivantes :

- les besoins et objectifs poursuivis (facteurs de risque et déterminants de la santé : individu, rapports interpersonnels, environnement social);
- les cibles (populations, substances);
- le milieu ciblé par l'action préventive (communauté, famille, école, travail);
- la nature de l'action (outil, projet, programme);
- les stratégies d'intervention (influence, contrôle, développement des compétences, aménagement du milieu);
- les approches utilisées (éducation, communication, marketing social, développement communautaire, action politique, changement organisationnel);
- les moyens et activités proprement dites;
- l'implication des partenaires et les caractéristiques du partenariat (facteurs organisationnels, professionnels et humains);
- les moyens d'évaluation, les conditions de succès et les retombées de l'action.

Par ailleurs, d'autres informations ont été recueillies et traitées pour décrire l'environnement interne et externe du promoteur (ex. : sources de financement, modalités de priorisation et choix des activités, partenaires privilégiés, etc.).

La comparaison entre les variables de ce cadre de référence et les paramètres structurants proposés par le Groupe de travail pour ce mandat spécifique montre une grande convergence. Toutefois, ce cadre conceptuel a été enrichi d'informations nouvelles pertinentes par une démarche inductive (voir le résumé du cadre conceptuel présenté à l'annexe 1).

Repérage des documents et leur classement

Le repérage des documents les plus pertinents pour ce mandat a été réalisé à l'aide d'une recherche bibliographique informatisée. Celle-ci a été confiée à des centres spécialisés dans le domaine, à savoir : le Centre québécois de documentation en toxicomanie ainsi que SANTÉCOM, banque de données bibliographiques en santé publique. De plus, nous avons examiné les titres et sujets des documents de la Bibliothèque nationale du Québec, la banque de données des Universités du Québec (BABADUQ) ainsi que celles des autres universités québécoises, et finalement l'*Addiction Research Foundation* (ARF). Cette recherche documentaire couvre les cinq dernières années, pour des travaux portant sur les expériences au Québec (les mots-clés pour cette recherche ont été : prévention, promotion de la santé, *promotion health*, toxicomanie).

Au total, plus d'un millier de documents ont été examinés. La sélection des études à retenir s'est faite à partir des titres et sujets répertoriés et, dans certains cas, à la suite d'un examen des contenus exposés. Nous avons été particulièrement intéressés par des travaux tels que ceux qui ont été décrits plus haut (répertoires, bilans, synthèses).

Neuf textes ont été retenus pour la plupart des études du Comité avisé sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Dans la catégorie des études de projets et programmes, il s'agit des travaux de Saint-Laurent et collab. (1993) qui traitent des programmes d'intervention sociale et communautaire en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes à risque; de Lebeau et collab. (1996) portant sur la description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec; de Rhéaume (1996) sur l'analyse des programmes d'aide aux employés; et de Vermette (1996) qui analyse des projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés. Dans la catégorie des outils, deux répertoires sont mis à contribution dans la présente étude. Il s'agit des travaux de Tardif et collab. (1992) et de Brisson et collab. (1996).

Les principaux documents retenus sont présentés dans la bibliographie sous la rubrique : « Les principaux documents du corpus ».

FAITS ET TENDANCES OBSERVÉS DANS LA LITTÉRATURE

Dans les pages qui suivent, nous présentons les principaux résultats susceptibles d'alimenter la réflexion sur les actions préventives en toxicomanie au Québec. Cette analyse révèle des faits et des tendances qui sont livrés à partir du cadre conceptuel présenté à l'annexe 1. De plus, nous avons organisé cette analyse en respectant les types d'action (projets, programmes et outils) et selon les populations ciblées : les jeunes et leur réseau d'influence, les adultes en milieu de travail et les personnes âgées.

Les jeunes et leur réseau d'influence (adultes significatifs et parents, pairs aidants) : études de projets et programmes

Les documents les plus complets pour décrire et saisir des tendances récentes dans les actions relatives à des projets et programmes en prévention des toxicomanies au Québec, surtout auprès des jeunes et de

leur réseau d'influence, sont ceux produits dans le cadre du mandat confié par le Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie. Ce constat n'est pas surprenant puisque ces travaux visaient précisément à produire une connaissance des actions existantes en ce domaine considérant le peu d'information disponible sur celles-ci.

Ces travaux n'ont pas la prétention d'être exhaustifs et de considérer tous les projets et programmes en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec. Ils ont, croyons-nous, le mérite de recenser un ensemble d'actions qui, entre 1991 et 1994, ont été financées principalement par les programmes régionaux en ce domaine dans chacune des régions du Québec. De plus, ces travaux prennent en compte certains programmes et projets en dehors du réseau de la santé et des services sociaux.

Mentionnons que, grâce à une exploration extensive et à l'application de critères de sélection, l'étude de Lebeau et collab. (1996) a permis de recenser 304 projets et programmes dont 165 (54 %) ont fait l'objet d'une analyse descriptive et critique à partir d'informations obtenues à l'aide d'un questionnaire autoadministré.

Les critères de sélection retenus sont les suivants : actions en promotion de la santé et en prévention, d'une durée de 12 mois, qui ont fait l'objet d'une évaluation qui est disponible. Par la suite, d'autres critères ont été pris en considération : cohérence des contenus (problématique, objectifs et moyens), reconnaissance par les instances décisionnelles et le milieu (pertinence par rapport aux besoins), continuité dans l'application des activités (faisabilité), diversité des clientèles et des milieux, et originalité.

Les promoteurs, les types d'action et les modalités de financement

Selon l'étude de Lebeau et collab. (1996), les organismes promoteurs qui gèrent, financent, conçoivent ou réalisent les actions, sont près de 3 fois sur 5 (57 %) des organismes communautaires, comparativement à 36 % pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. La structure de réalisation de leur action s'appuie davantage sur le bénévolat. Par ailleurs, près de 50 % des revenus de ces organismes sont non récurrents.

Une analyse secondaire montre que 91 % des actions ont été réalisées en partenariat. De ce nombre, 36 % l'ont été avec deux partenaires de secteurs différents et 52 % avec plus de deux partenaires. Bien que ce partenariat soit identifié, sa nature sur le terrain reste à élucider.

L'étude citée plus haut révèle également l'importance relative des catégories d'action. Ainsi, seulement 10 % de celles-ci correspondent à la définition d'un programme alors que près de 3 actions sur 5 (57 %) sont des projets avec activités structurées sur une période limitée dans le temps et que le tiers (33 %) sont des projets ayant des activités encore plus éphémères puisque ponctuelles. Précisons que les programmes proviennent davantage des établissements publics que des organismes communautaires (50 % vs 37 %).

Les deux résultats mentionnés ici sont des indicateurs interdépendants d'une tendance actuelle des actions préventives. Il s'agit du maintien de la précarité de celles-ci par un financement non récurrent qui rend difficiles, voire impossibles la permanence des actions et le respect des conditions de succès, notamment l'intensité et la continuité dans ces actions. De plus, ces modalités de financement conditionnent des choix d'actions préventives ayant une stratégie unique telle que l'information et la sensibilisation, et des projets ayant des activités ponctuelles plutôt que des programmes à stratégies multiples et variées.

Les travaux récents de Lebeau et collab. (1997), dans le cadre du bilan de l'action intersectorielle en ce domaine, indiquent que des régions du Québec ont décidé de financer, à partir des programmes régionaux, des plans d'action sous-régionaux sur une période de trois ans. Cette décision est la conséquence d'un changement récent dans le processus d'allocation des budgets. En effet, elle s'applique à des projets de programmes qui ne sont pas encore considérés comme des programmes courants des établissements et des organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux. Cette tendance vers une extension de la période de financement permet d'assurer une plus grande stabilité et durée de l'action préventive. Cependant, le piège du saupoudrage des budgets disponibles entre plusieurs acteurs peut compromettre l'intensité nécessaire et suffisante aux actions préventives.

Comme nous le verrons plus loin dans ce texte, d'autres conditions de succès méritent également une attention particulière. Pour l'instant, poursuivons la présentation des faits saillants.

La perception des besoins et les objectifs poursuivis

L'étude descriptive de Lebeau et collab. (1996) permet également de comparer la perception des besoins aux objectifs poursuivis par les actions en cours. Ainsi, des écarts ou incohérences ont été observés. Ces écarts entre l'importance relative du besoin et sa place lors de la formulation des objectifs sont les suivants : l'estime de soi prend une moins grande importance dans la formulation des objectifs (21 %) comparativement à la perception d'un tel besoin (32 %). Il en est de même pour l'isolement et la pauvreté, les activités de loisirs et l'intégration à un groupe qui sont des besoins perçus comme relativement importants mais nettement sous-représentés lors de la formulation des objectifs poursuivis. À l'inverse, la responsabilisation des jeunes fait l'objet d'une plus grande proportion de mentions d'objectifs (26 %) alors que les besoins perçus en ce sens sont moindres (12 %).

Ces écarts s'expliquent par le financement disponible, l'absence de récurrence pour la réalisation de ces actions et, surtout, par la complexité des actions à mener pour renforcer le tissu social.

Précisons également que près d'un objectif sur 4 (23 %) est énoncé d'une manière trop générale pour permettre une mesure des résultats. Une seconde catégorie d'objectifs se rapporte aux connaissances préalables et au processus même d'intervention (20 %). Plus d'un objectif sur 2 (52 %) a une formulation plus spécifique et mesurable qui se rapporte à l'individu, aux rapports interpersonnels et au renforcement du soutien social.

Par rapport à l'individu, on retrouve par ordre d'importance des objectifs sur le développement des compétences (33 %), la responsabilisation (25 %), l'estime de soi (23 %), la résolution des problèmes (11 %) et la connaissance de soi (8 %). En ce qui concerne les rapports interpersonnels, la communication occupe près de la moitié (48 %) des mentions, les habiletés parentales 23 %, etc. Enfin, le renforcement du tissu social constitue en soi le quart (25 %) des mentions de cette modalité de réponse, la mobilisation du milieu 15 %, l'absence d'implication des pairs 13 %, l'absence de loisirs 11 %, l'isolement 7 %, etc.

La nature des objectifs poursuivis est cohérente avec l'identification des principaux déterminants de la santé qui, selon les répondants de cette étude, sont centrés sur la personne dans près de la moitié des mentions (45 %), sur le milieu de vie dans plus du tiers (36 %) et sur l'environnement physique, économique et psychosocial (19 %).

Les substances, les populations et les milieux ciblés

Selon la même étude de référence, les principales substances ciblées sont dans des proportions équivalentes l'alcool (41 %) et les drogues de rue (40 %). Les médicaments sont l'objet de mention une fois sur 5 (19 %).

En ce qui concerne l'alcool et les drogues, les projets et programmes étudiés ne font pas de distinction quant à des activités spécifiques à chacune de ces substances.

Les adolescents de 12 à 17 ans (27 %), les adultes significatifs — dont les parents (19 %) et les intervenants (11 %) — et les pairs aidants (16 %) sont parmi les populations ciblées par les actions préventives mises en application. Les moins de 11 ans sont l'objet d'actions dans 8 % des cas.

La majorité des projets et programmes débutent tardivement lorsqu'ils s'adressent aux enfants à risque chez qui la consommation de psychotropes est plutôt précoce.

Des données régionales récentes tirées du rapport à paraître de Lebeau et collab. (1997) sont présentées à l'annexe 2 au tableau 5. Ce tableau apporte une information différente dans la mesure où il révèle l'importance relative des clientèles ciblées dans le cadre des documents officiels de planification selon les régions régionales du Québec.

Un constat se dégage de ces données, à savoir : la grande variété des groupes d'âge ciblés, notamment chez les moins de 25 ans, et par conséquent l'utilisation probable de plusieurs rationnels d'allocations budgétaires (ex. : la couverture actuelle de ces clientèles par l'existence ou non d'autres programmes de financement, l'orientation de l'action vers les plus jeunes, la mise à profit des périodes de transition, etc.).

Les principaux milieux ciblés sont la communauté (38 %) et l'école (35 %). La famille occupe une place relativement importante 1 fois sur 4 (25 %). Par contre, le milieu de travail est peu ou pas rejoint (2 %). Notons ici que les programmes d'aide aux employés (P.A.E.) n'ont pas été pris en considération dans l'étude de Lebeau et collab. (1996) dont on présente ici les faits saillants. Nous y reviendrons plus loin dans ce rapport.

Les stratégies d'intervention et les types d'activités réalisés

En ce qui concerne les stratégies d'intervention, on constate que l'éducation sanitaire (32 %), le développement communautaire (21 %), le changement organisationnel (13 %) et la communication (13 %) sont les stratégies les plus utilisées. Le marketing social et l'action politique sont des stratégies moins mises à contribution avec respectivement 7 % et 3 % des mentions.

L'action politique et le marketing social sont peu utilisés parmi les méthodes d'intervention. L'implication des mass media dans la réalisation des programmes est négligeable.

La stratégie de développement des compétences correspond à 2 stratégies sur 5 (39 %), l'information et la sensibilisation représentent le tiers (33 %) des stratégies utilisées alors que l'aménagement du milieu représente moins du quart (22 %) des stratégies déployées.

Les données obtenues de chacune des régions du Québec à partir des rapports financiers des activités (Lebeau et collab., 1997) qui ont été validés auprès des coordonnateurs régionaux montrent des tendances quant à l'importance relative de ces stratégies sur le plan budgétaire. L'analyse des types d'activités financées est basée sur des données plus récentes qui sont issues d'une analyse secondaire des données recueillies dans chacune des régions du Québec. Elles sont présentées au tableau 5, à l'annexe 2.

On constate certaines tendances à partir de deux points de repère dans le temps (1992-1993 et 1995-1996), dont une diminution de l'importance relative des budgets alloués pour des activités d'information et de sensibilisation (influence), qui passent de 18 % à 13 % du financement pour l'ensemble des régions du Québec.

Par contre, on assiste à une augmentation de l'ordre de 18 % des budgets pour des activités d'aménagement du milieu entre 1992-1993 et 1995-1996, soit de 13 % à 31 % du financement dans l'ensemble des régions. Il en est de même pour le travail de rue (qui s'inscrit parmi les activités d'aménagement du milieu); l'augmentation est de 10 % et passe de 6 % à 16 % des budgets entre les deux périodes. Dans une moindre mesure, on observe une augmentation de 5 % pour les budgets alloués à des actions de développement des compétences (de 17 % à 22 % entre les deux périodes). Cet accroissement des ressources investies dans le travail de rue suscite cependant des interrogations quant à l'utilisation que l'on fait de celles-ci. En effet, le travail de rue est susceptible de couvrir plusieurs secteurs d'intervention : prévention primaire, intervention précoce, réduction des méfaits et intervention clinique.

Les tendances observées quant aux types de stratégies déployées dans le cadre du programme régional de financement dépendent également des représentations de l'action préventive en ce domaine. En prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies, comme dans bien d'autres domaines, il existe plusieurs modèles sous-jacents aux actions concrètes.

Les enjeux qui entourent les écoles de pensée sont souvent aussi importants que les débats entourant la définition des concepts de prévention et de la promotion de la santé. Dans un cas comme dans l'autre, on constate sur le terrain de l'action une forte tendance à la polarisation. Ainsi, en ce qui concerne les définitions, certains pensent que la prévention secondaire est diluée dans la promotion de la santé; d'autres constatent que la prévention primaire est érodée par l'intégration de l'intervention aux services. De la même manière, pour les stratégies déployées, certaines remettent en question les actions qui utilisent l'information, la sensibilisation et l'éducation sanitaire (en partageant des valeurs de tolérance, en faisant appel aux capacités de la personne, à son autonomie) au profit des stratégies qui utilisent le marketing social, l'action politique et législative (tolérance zéro ; croyance aux mérites du contrôle, de la coercition et de la répression).

Bref, la diversité et la confusion des langages ainsi que la polarisation des enjeux autour des acteurs dans l'action préventive sont des tendances déstabilisatrices lourdes de conséquences à plusieurs égards. La reconnaissance de la contribution des divers points de vue et de l'importance des différentes stratégies déployées par les acteurs concernés serait une orientation à privilégier pour une action préventive commune.

Les conditions de succès, les moyens d'évaluation et les retombées de l'action

Les travaux consultés mettent en évidence certains acquis de l'expertise développée en toxicomanie au Québec. Premièrement, on constate un travail de partenariat intersectoriel qui mérite d'être davantage évalué puisqu'il constitue un contexte singulier des pratiques régionales et locales en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies. Deuxièmement, on privilégie généralement une

programmation à volets multiples et à modalités variées par l'utilisation de diverses stratégies (influence, développement des compétences, contrôle et aménagement du milieu). Troisièmement, il s'avère que les projets et les programmes évalués agissent précocement et sont accessibles, que les interventions réalisées sont pertinentes, que les ressources humaines ont acquis un niveau de compétence reconnu et que les usagers sont attirés par ces activités et y participent.

Le point de vue des promoteurs eux-mêmes montre qu'ils sont relativement satisfaits des réalisations et de la participation des clientèles rejointes. Cependant, ils nous indiquent également leur difficulté à rejoindre la clientèle visée, notamment les parents, et ils font état de la précarité financière dans laquelle ils exercent leur action.

L'analyse descriptive des actions montre que le processus de priorisation des interventions est basé sur l'expérience antérieure jugée efficace et l'expérience des intervenants (1 fois sur 2), et sur le point de vue de la clientèle (1 fois sur 3), alors que la littérature scientifique est utilisée à peine plus d'une fois sur 10 (13 %). Cependant, la littérature est deux fois plus souvent utilisée pour prioriser des programmes comparativement aux projets avec activités structurées et ponctuelles (32 % vs 29 % et 23 %).

La préoccupation d'évaluation est aussi présente. Toutefois, on observe que la qualité méthodologique des évaluations réalisées est variable et qu'elle dépend surtout des ressources spécialisées mises à contribution dans un contexte où les programmes de financement régionaux en prévention des toxicomanies excluent le financement des activités d'évaluation.

Le transfert des connaissances techniques et scientifiques vers et pour l'action pose problème. À la lumière de l'indice du peu d'utilisation de la littérature scientifique pour préciser les actions à mener, nous devons accentuer les efforts pour faire connaître et utiliser ces connaissances (synthèses thématiques, vulgarisation, etc.). Les connaissances actuelles doivent mieux alimenter la pertinence des interventions proposées. De plus, nous devons mieux organiser la production de nouvelles connaissances en assurant aux intervenants un soutien technique et scientifique lors de la mise en œuvre de leur action et de la démonstration de son utilité (l'atteinte des objectifs et de l'impact obtenu). L'argumentation de l'évaluation de la pertinence des actions est une condition nécessaire à la présomption d'efficacité et à l'accès à un financement intégré à une programmation à long terme.

Ce transfert des connaissances s'inscrit également dans le contexte d'une division du travail souhaitée par les orientations ministérielles. Ces orientations actuelles soutiennent que les établissements publics doivent appuyer les organismes communautaires. Par conséquent, le transfert des connaissances devra également composer avec la culture des organismes communautaires afin de faire en sorte que plus de programmes soient mis en application par ceux-ci dans le respect de leur spécificité.

Le tableau 1 ci-après présente certaines des variables disponibles selon les études retenues pour cette synthèse des actions préventives au Québec. Nous présentons également à l'annexe 1, tableau 7, des résultats de l'étude de Saint-Laurent (1993) qui ne peuvent être intégrés ici à cause des différences quant aux variables étudiées.

Deux répertoires d'outils fournissent des indications utiles pour décrire les actions préventives en toxicomanie au Québec. Bien que ces répertoires ne prétendent pas être exhaustifs, ils regroupent un nombre important et significatif d'outils d'intervention. Cependant, ces répertoires se distinguent quant

à leur contenu. Le premier intègre une bonne proportion de projets et programmes alors que le second considère uniquement des outils en prévention des toxicomanies.

Les jeunes et leur réseau d'influence : répertoires d'outils

Le répertoire d'outils d'intervention de Brigitte Tardif, Denis Astell et Robert Baril (1992) comprend une variété de catégories incluant les outils éducatifs écrits dont plusieurs sont des projets et programmes (ex. : « Partons du bon pied », « Pavot », « Prisme », « Jade », « Trans-formation », etc.), les jeux d'animation, les vidéos, les films, les logiciels, les dépliants et les autres documents de référence.

Ce répertoire comblait une lacune observée lors de l'élaboration des programmes cadres régionaux en prévention des toxicomanies. Les intervenants jeunesse de différentes régions avaient également manifesté leur intérêt pour un tel répertoire. L'objectif poursuivi par les auteurs de ce répertoire était donc « d'outiller les intervenants jeunesse de différents milieux (communautaire, santé et services sociaux, scolaire, municipal, policier...) afin de les supporter dans la tenue d'activités de prévention primaire en toxicomanie et de promotion de la santé » auprès des jeunes et leurs parents.

Le second répertoire retenu est essentiellement centré sur des outils en prévention. Il a été réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (1996) sous la direction de Pierre Brisson et collab. Ce répertoire est également destiné aux intervenants des divers milieux et il offre une perspective plus globale en considérant toutes les clientèles et différentes substances : les médicaments, l'alcool ou les drogues de la rue.

À partir de ces deux répertoires, nous sommes en mesure d'analyser l'information disponible pour des rubriques semblables, notamment les clientèles visées et l'importance relative des stratégies d'intervention. Ces informations, ainsi que d'autres plus spécifiques à chacun des répertoires, sont résumées au tableau synthèse présenté plus haut.

Les clientèles visées

Le répertoire de 1992 indique que près de la moitié (46 %) des outils s'appliquent à la clientèle du secondaire (on précise peu le niveau). Près du quart (23 %) sont destinés aux jeunes du primaire, surtout de la fin du premier cycle. Le quart (25 %) des outils identifiés dans ce répertoire s'adressent aux parents, particulièrement aux parents d'adolescents. Les adolescents (indépendamment de leur lien avec l'école secondaire) sont visés dans 3 % des cas et les intervenants dans la même proportion (3 %).

Le répertoire de 1996 présente un portrait plus complet. Ainsi, on observe la segmentation du marché selon les clientèles ciblées pour la production des outils. On constate une répartition relativement équivalente entre trois clientèles. En effet, les outils à l'intention des jeunes représentent plus du tiers (35 %) des cas, dont la majorité est dans la catégorie « jeunes et consommation » ; d'autres s'adressent aux intervenants dans également plus du tiers (37 %) des cas et aux adultes dans des proportions semblables (35 %). De plus, 13 % sont à l'intention des adolescents et 14 % ont des applications pour l'ensemble de la population.

TABLEAU 1
Synthèse des données disponibles selon le cadre conceptuel
et autres données pertinentes

	Projets / programmes		Projets / programmes / outils	Outils
	Lebeau, Sirois, Viens (1996)	Sirois (1996)	Tardif, Astell, Baril (1992)	Brisson, Lafontaine, Paquin (1996)
	%	%	%	%
Nature de l'action				
• projets	90	89	22	0
• programmes	10	11		0
• outils	NA	1	78	100
Population ciblée				
• jeunes (0-11 ans)	8	10	23	2
• adolescents (12-17 ans)	31	27	49	29 (1)
• jeunes adultes (18-24 ans)	10	9	0	2
• adultes (25-64 ans)	6	6	0	2
• personnes âgées (65 ans et plus)	2	2	0	2
• parents	17	18	25	21 (2)
• intervenants	8	9	3	23
• pairs aidants	14	14	0	0
• femmes	3	3	0	2
• population en général	0	0	0.5	8
• autres spécifiques	0	2	0	8
Substances ciblées (3)				
• alcool	41	40	ND	18
• drogues	40	41	ND	18
• médicaments	19	19	ND	5
• alcool, médicaments, drogues	0	ND	ND	39
• alcool et drogues de la rue	0	ND	ND	17
Milieus ciblés				
• communauté	38	38	ND	ND
• famille	25	23	ND	ND
• école	35	36	ND	ND
• travail	2	3	ND	ND

TABLEAU 1 (suite)
Synthèse des données disponibles selon le cadre conceptuel
et autres données pertinentes

	Projets / programmes		Projets / programmes / outils	Outils
	Lebeau, Sirois, Viens (1996)	Sirois (1996)	Tardif, Astell, Baril (1992)	Brisson, Lafontaine, Paquin (1996)
	%	%	%	%
Objectifs poursuivis				
• individu	23	ND	ND	ND
• rapports interpersonnels	15	ND	ND	ND
• soutien social	14	ND	ND	ND
• stratégies	17	ND	ND	ND
• connaissances préétablies	10	ND	ND	ND
• processus	10	ND	ND	ND
• promotion-prévention	6	ND	ND	ND
• interventions précoces, UDI	1	ND	ND	ND
• usage	ND	ND	ND	19
• abus	ND	ND	ND	55
• usage inapproprié	ND	ND	ND	26
Déterminants de la santé ou facteurs de risque				
• facteurs individuels (la personne)	45	ND	53	ND
• facteurs socioculturels				
– le milieu de vie	36	ND	27	ND
– l'environnement	19			
Stratégies déployées				
• influence	33	35	17	77
• développement des compétences	39	38	79	18
• aménagement du milieu	22	21	4	0
• contrôle	4	5	0	0
• formation et autodépistage	0	0	0	5
Méthodes utilisées				
• éducation sanitaire	32	ND	ND	ND
• communication	13	ND	ND	ND
• marketing social	7	ND	ND	ND
• développement communautaire	21	ND	ND	ND
• action politique	3	ND	ND	ND
• changement organisationnel	13	ND	ND	ND
• thérapeutique	9	ND	ND	ND
	(n : 164)	(n : 201)	(n : 158)	(n : 162)

Les stratégies d'intervention

En ce qui concerne les stratégies d'intervention qui reposent sur ces outils, on constate que le répertoire de 1996 indique que la stratégie préventive dominante (77 %) est l'influence alors que 18 % des outils mentionnés font appel au développement des compétences. Par contre, la stratégie d'aménagement du milieu ne semble pas avoir d'outil spécifique. Cependant, deux stratégies nouvelles, soit la formation (3 %) et l'autodépigstige (2 %) sont en émergence du point de vue du développement des outils.

Le répertoire de 1992 faisait également peu état d'outils relatifs à l'aménagement du milieu (4 % des cas). Une telle situation est peu surprenante puisqu'il s'agit généralement d'actions occupationnelles de nature sportive, récréative ou culturelle. Par contre, la stratégie d'intervention dominante est le développement des compétences 4 fois sur 5 (79 %) alors que la stratégie d'influence correspond à 17 % des outils répertoriés. On constate donc un renversement de perspective quant aux stratégies dominantes entre les deux répertoires dont l'un vise essentiellement les jeunes et leurs parents et l'autre, tout en ne négligeant pas ces mêmes clientèles, couvre les autres clientèles.

Ces différences s'expliquent par la nature même de ces répertoires. En effet, dans le répertoire de 1992, l'analyse du contenu montre que plus de la moitié (53 %) des outils sont centrés sur des facteurs de risque individuel, d'où l'importance de la stratégie de développement des compétences. De plus, plusieurs des outils éducatifs écrits sont des programmes et projets alors que le répertoire de 1996 est centré exclusivement sur des outils qui, par définition, servent surtout à sensibiliser et informer (influence) et à développer des compétences.

Un fait attire particulièrement notre attention : dans les deux répertoires, il n'est fait aucune mention des outils relatifs à des stratégies de contrôle de l'accessibilité aux substances. Cette stratégie est peu fréquente dans les actions préventives conduites au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, les projets et programmes qui déploient la stratégie de l'aménagement du milieu (des activités récréatives, culturelles et occupationnelles) semblent en expansion dans l'ensemble du Québec, et plus particulièrement dans certaines régions sociosanitaires.

D'autres tendances observées

Le répertoire de 1996 montre trois tendances intéressantes à relever. Premièrement, la prévention primaire est une préoccupation dominante (77 %) dans le contenu des outils et la prévention secondaire, incluant ou non l'intervention précoce, est envisagée dans plus d'un outil sur 5 (23 %).

Deuxièmement, parmi les psychotropes ciblés, les outils qui s'intéressent à l'alcool seul ou avec les médicaments ou drogues de la rue représentent près de 4 outils sur 5 (77 %). Les drogues de la rue seules représentent 18 % des outils et les médicaments seuls 5 %.

Troisièmement, l'objectif de prévention est présent dans plus de la moitié (55 %) des cas l'abus; dans plus d'un cas sur 5 (26 %) au regard de l'usage inapproprié et dans moins d'un cas sur 5 (19 %) face à l'usage.

Les adultes au travail : étude des programmes d'aide aux employés (P.A.E.)

Les actions de prévention secondaire en alcoolisme et toxicomanie chez les adultes au travail se retrouvent à travers des programmes d'aide aux employés (P.A.E.). Précisons qu'un P.A.E. désigne selon Savoie *in* Rhéaume (1996) « Tout programme systématique et planifié en vue d'assurer une assistance professionnelle aux employés qui éprouvent des problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de drogues, qui sont affectés par des troubles d'ordre émotif ou qui traversent une période de crise (matrimoniale, familiale, financière ou légale) dont l'effet est de perturber leur rendement au travail ».

La mise en place de ces programmes en milieu de travail montre notamment que l'on reconnaît que l'abus d'alcool et de drogues a un impact important sur l'absentéisme, le rendement, la qualité de vie au travail, le risque d'accidents, etc. Cependant, à l'inverse, la démonstration du lien entre l'alcoolisme et les autres toxicomanies — voire même la santé mentale des travailleurs — et l'organisation du travail reste à établir.

Les travaux récents de Rhéaume (1996) présentent, pour la première fois au Québec, une analyse exploratoire des caractéristiques organisationnelles (orientations, contenus, clientèles) des P.A.E. en montrant entre autres comment ils s'insèrent dans le cadre plus global d'une promotion de la santé et de la qualité de vie au travail. Les P.A.E. ne sont pas présents dans toutes les entreprises. En effet, ils sont absents du secteur de la petite et moyenne entreprise. Ils se concentrent surtout dans les grandes entreprises, soit un secteur spécifique de la main-d'œuvre québécoise.

L'étude mentionnée précédemment est basée sur une enquête par entrevue structurée auprès de 129 intervenants provenant de trois groupes différents : les cadres et professionnel internes, les professionnels externes des firmes-conseils ou des centres spécialisés qui interviennent sur demande dans le cadre du P.A.E. et les délégués sociaux qui agissent dans un cadre syndical pour venir en aide aux employés de l'entreprise.

TABLEAU 2
Principales caractéristiques associées à la prévention dans
les P.A.E. selon les types d'intervenants

Caractéristiques	Cadres n : 28 %	Professionnels internes n : 28 %	Professionnels externes n : 35 %	Délégués sociaux n : 38 %	Total n : 129 %
Motifs de consultation					
• information	54	39	14	100	53
• aide psychologique	57	86	94	24	64
• aide externe	57	57	49	87	64
Problèmes de la clientèle					
• toxicomanie	36	16	25	66	39
• émotifs (stress)	25	48	46	27	37
• familiaux	21	23	36	13	23
• ennuis financiers	9	5	12	13	11
• reliés au travail	11	22	15	1	11
Buts de l'intervention					
• promotion de la santé	61	79	86	95	81
• prévention de la maladie	54	71	83	5	51
• dépistage précoce	54	64	77	5	48
• aide de court et moyen terme	32	89	29	5	35
• référence pour traitement de court et moyen terme	68	75	43	84	67
• suivi et réinsertion au travail	64	61	60	97	72
Modes d'intervention					
• centrées sur l'individu	36	82	74	39	57
• sociales et communautaires	14	25	23	95	43
Types d'effets de l'intervention					
• information, promotion ou prévention	54	61	60	87	67
• identification des problèmes (et services)	68	93	97	3	62
• références adéquates	68	93	83	3	58
• aide	68	96	97	3	63
• résolution du problème	50	82	94	5	56

Source : Jacques Rhéaume (1996), *Travail et santé mentale : une analyse des programmes d'aide aux employés (P.A.E.)*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Le tableau 2 présente certaines des caractéristiques étudiées dans ce rapport qui nous semblent illustrer l'action préventive au sein des P.A.E. Ainsi, les principaux motifs de consultation sont dans les mêmes proportions l'aide psychologique (64 %) et l'aide externe (64 %) et l'information (53 %). On constate que les demandes adressées aux professionnels externes sont de l'ordre du soutien psychologique et de référence, alors que les délégués sociaux reçoivent surtout des demandes d'information et de référence.

La toxicomanie représente en moyenne 39 % des problèmes de la clientèle. Par contre, les problèmes émotifs (37 %) ainsi que les difficultés familiales (23 %) sont également des problèmes importants pour lesquels la clientèle utilise les services des P.A.E. Les délégués sociaux sont davantage interpellés par les problèmes de toxicomanie.

Le tableau 2 montre également que les buts visés qui sont les plus mentionnés sont ceux de la promotion de la santé (81 %) et de la réinsertion au travail (72 %) plutôt que la prévention de la maladie ou le dépistage.

La répartition des modes d'intervention montre que près de 3 interventions sur 5 (57 %) sont centrées sur l'individu et que plus de 2 interventions sur 5 (43 %) sont des actions ayant une portée sociale et communautaire. Les délégués sociaux sont nettement plus préoccupés par cette dernière modalité d'intervention qui se traduit par des interventions auprès des groupes de travail, la création de réseaux d'entraide, de groupes de support, etc.

En ce qui concerne la perception des effets des interventions les plus souvent constatés, la promotion et la prévention au moyen de l'information sont au premier rang. Ce sont particulièrement les délégués sociaux qui signalent l'importance de la promotion et de la prévention.

Cette étude présente également des pistes d'orientations futures pour les P.A.E. Il ressort de cette analyse que les problèmes de santé mentale se feront plus fréquents parmi la clientèle rejointe des P.A.E.

Par ailleurs, les délégués sociaux ne croient pas, contrairement aux autres intervenants, que la prévention et la promotion de la santé vont occuper une place plus importante dans les P.A.E. Cette perception est surprenante mais, comme le souligne Rhéaume en conclusion de son rapport, les délégués sociaux « expriment ainsi la spécificité de leur rôle d'aidant : ils sont centrés sur le support immédiat aux individus en difficulté, se sentent peu compétents pour traiter des causes de ces problèmes et des solutions plus globales ».

La réflexion par rapport au futur indique un fort consensus pour le maintien de l'aide psychologique aux individus.

Les personnes âgées : projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés

L'étude conduite par Vermette (1996) dans le cadre de l'application de la stratégie d'action sur l'usage rationnel des médicaments chez les personnes âgées analyse plus de 70 projets communautaires classés

selon des catégories distinctives : programmes d'inspiration (3 %), (qui sont des projets structurés, expérimentés, largement diffusés ayant donné lieu à la production d'outils d'intervention pour entreprendre de nouveaux projets), programmes de reproduction de ces programmes d'inspiration (33 %), projets d'éducation sanitaire (35 %), projets de communication (20 %) projets de développement communautaire (9 %) et projets thérapeutiques (3 %). Cette dernière catégorie de projets ne sera ici prise en considération puisqu'elle déborde le cadre du présent mandat. Le tableau 3 présente une synthèse des données extraites des fiches descriptives pour chacune de ces catégories et pour l'ensemble.

On constate au tableau 3 que la clientèle rejointe par ces projets est surtout constituée de femmes (81 %) dont 77 % sont âgées de 65 ans et plus. Les programmes d'éducation sanitaire, qui présentent une formation spécifique à un auditoire (des petits groupes ou des individus) de façon à augmenter des connaissances et modifier favorablement des attitudes et comportements à l'égard de la santé, rejoignent davantage les personnes âgées de 54 à 64 ans (30 %).

Les médicaments prescrits et non prescrits sont les deux types de médicaments traités (94 % et 84 % des projets répertoriés). Les produits naturels sont abordés dans plus de la moitié (55 %) des projets. Ils sont l'objet d'un traitement particulier dans 53 % des programmes de reproduction issus de deux programmes d'inspiration, c'est-à-dire des projets reproduisant intégralement « Les Médicaments Oui... Non... Mais! » (de la Direction de la santé publique de l'Outaouais) et le « Programme d'auto-administration de médicaments » (DSC de Verdun, Centre hospitalier Saint-Augustin et Centre hospitalier Champlain), qui sont des projets structurés, expérimentés, largement diffusés et qui ont été légèrement adaptés aux besoins des participants.

Par ordre relatif d'importance, les médicaments spécifiques qui sont l'objet de ces projets et programmes sont les médicaments pour dormir (78 %), pour les nerfs (65 %), pour la douleur (58 %), pour l'appareil digestif (54 %) et pour le cœur (41 %). Les principaux thèmes abordés pour ces médicaments sont les suivants : la surutilisation (93 %), le respect de la posologie (87 %), les effets secondaires (78 %), les interactions dangereuses (75 %), la conservation (71 %) et la sous-utilisation (43 %).

Du point de vue des thèmes reliés aux habitudes de vie, on constate que les principaux sont : les alternatives aux médicaments (93 %), la relation patients-médecins-pharmaciens (88 %), l'alimentation (84 %), l'exercice (78 %), le sommeil (75 %), la connaissance et l'utilisation des ressources du milieu (68 %) et les comportements d'affirmation (46 %).

Une analyse des objectifs poursuivis par ces programmes et projets montre que 3 fois sur 5 (60 %) ceux-ci visent le développement des compétences, plus d'une fois sur 5 (21 %) le développement de solidarité et moins d'une fois sur 5 (19 %) la réduction des méfaits ou l'évitement des risques.

TABLEAU 3
Synthèse des actions préventives portant sur l'usage des médicaments

		Catégories de projets répertoriés												Total		
Programmes d'inspiration		Programmes de reproduction des programmes d'inspiration			Projets d'éducation sanitaire			Projets de communication			Projets de développement communautaire			Total		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Profil des clientèles rejointes																
<i>sexe :</i>																
• homme	ND	5	—	—	15	—	17	—	—	19	—	—	31	ND	18	
• femme	ND	95	—	—	85	—	83	—	—	71	—	—	69	—	81	
<i>âge :</i>																
• moins de 55 ans	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	17	
• 54-64 ans	—	14	—	—	22	—	30	—	—	—	—	—	—	—	22	
• 65 ans et plus	—	85	—	—	75	—	73	—	—	75	—	—	—	—	77	
Types de médicaments visés																
• prescrits	(1) 2	(2) 3	23	35	21	32	13	20	6	9	65	94				
• non prescrits	2	2	21	38	19	33	11	19	5	8	58	84				
• produits naturels	2	3	20	53	10	26	3	8	3	8	38	55				
Médicaments spécifiques																
• pour dormir	2	4	20	37	16	30	10	18	6	11	54	78				
• pour les nerfs	2	5	19	42	14	31	5	11	5	11	45	65				
• pour la douleur	2	4	17	43	12	30	4	10	5	13	40	58				
• pour l'appareil digestif	2	5	16	43	11	30	3	8	5	13	37	54				
• pour le cœur	2	7	11	39	9	32	1	4	5	18	28	41				
Thèmes abordés reliés aux médicaments																
• respect de la posologie	2	3	23	38	18	30	12	20	5	8	60	87				
• surutilisation	2	3	22	24	22	34	12	19	6	9	64	93				
• effets secondaires	2	4	22	41	17	31	7	13	6	11	54	78				
• interactions dangereuses	2	4	19	37	17	33	9	17	5	10	52	75				
• conservation	2	4	18	37	15	31	9	18	5	10	49	71				
• sous-utilisation	2	7	10	33	10	33	4	13	4	13	30	43				

TABEAU 3 (suite)
Synthèse des actions préventives portant sur l'usage des médicaments

	Catégories de projets répertoriés												Total	
	Programmes d'inspiration		Programmes de reproduction des programmes d'inspiration		Projets d'éducation sanitaire		Projets de communication		Projets de développement communautaire		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thèmes abordés reliés aux habitudes de vie														
• relation patient-médecin-pharmacien	2	3	23	38	31	31	11	18	6	10	61	88		
• alternatives à la consommation	2	3	23	36	33	33	12	19	6	9	64	93		
• sommeil	2	4	22	42	31	31	8	15	4	8	52	75		
• alimentation	2	3	22	38	34	34	9	16	5	9	58	84		
• exercice	2	4	20	37	37	37	8	15	4	7	54	78		
• connaissance et utilisation des ressources du milieu	2	4	19	38	32	32	8	16	5	10	50	72		
• gestion du stress	2	4	18	38	36	36	7	15	3	6	47	68		
• comportements d'affirmation	2	6	12	38	34	34	3	9	4	13	32	46		
Types d'objectifs poursuivis														
• développement de compétences	—	—	(3) 40	35	(4) 45	40	14	12	15	13	114	NA		
• réduction des méfaits ou évitement des risques	—	—	16	44	12	33	8	22	—	0	36	NA		
• développement de solidarité	—	—	12	30	5	13	10	25	13	32	40	NA		
Évaluation														
• oui (5)	2	10	10	48	5	24	3	14	1	4	21	33		
• non	—	—	13	30	17	39	8	19	5	12	43	67		
Total n	2		23		24		14		6		69			

Source : Guy Vermette (1996). *Veillir en santé : répertoire de projets communautaires visant l'usage des médicaments chez les aînés*.
(1) Le chiffre correspond au nombre de projets.
(2) Les pourcentages sont calculés horizontalement.

(3) Le chiffre correspond au nombre de mentions des types d'objectifs.
(4) Parmi ces mentions, 15 sur 45 concernent des objectifs d'acquisition de connaissances spécifiques.

(5) Excluant les projets qui ont conduit une évaluation d'appréciation après la tenue de leurs actions.

L'auteur de ce répertoire met en évidence quelques constats qui méritent d'être ici signalés. Premièrement, la très grande majorité des 70 projets répertoriés ont été mis en place au cours des deux dernières années. Ce fait traduit le dynamisme du milieu communautaire pour cette problématique. Deuxièmement, l'auteur met en évidence la capacité de récupération et d'appropriation des expériences lors du processus général par lequel ces projets sont mis sur pied. Troisièmement, il constate la présence des principaux obstacles à la réalisation de ces programmes, soit le manque de concertation du milieu ainsi que le manque de disponibilité, de ressources et de budget. Enfin, le dernier constat fait référence au caractère ponctuel de ces projets. Il suggère que le « dynamisme des initiatives communautaires puisse se maintenir dans le cadre de projets qui acquièrent une plus grande continuité et même un caractère permanent » (p. iii).

CONCLUSION

La question à l'origine de ce travail portait sur les tendances récentes quant au contenu et au processus dans le déploiement des actions préventives en toxicomanie au Québec. L'analyse des principaux documents qui font état de bilans, de revues ou de synthèses (à l'aide d'études, d'inventaires et de répertoires sur les expériences préventives en toxicomanie dans l'ensemble des secteurs québécois) a permis d'établir certains faits et d'observer certaines tendances importantes à considérer dans une réflexion conduisant à fixer des orientations en ce domaine.

Tout au long de ce rapport, nous avons encadré des éléments d'analyse relatifs à certains faits révélés par les travaux consultés. Nous ne reprendrons pas ici ces éléments dont l'étude devra se poursuivre par les membres du Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies au Québec.

En terminant, nous attirons l'attention sur des aspects préoccupants à notre point de vue pour l'action préventive en ce domaine. Il existe au Québec des chantiers régionaux de projets et de programmes en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies. Ces chantiers reposent surtout sur l'initiative et les ressources des organismes communautaires dans le cadre d'un partenariat dont la nature et la portée restent à documenter sur le plan des acteurs, des structures et des mécanismes de fonctionnement. Toutefois, ces ressources et leurs projets d'actions préventives sont dans une situation précaire tant au point de vue financier qu'en ce qui concerne le développement de l'expertise acquise. Par conséquent, ces projets ne parviendront pas à produire des programmes ayant le statut reconnu d'un programme avec financement récurrent.

Les conditions financières, techniques et scientifiques qui ont rendu possible le développement d'une infrastructure de base au sein des organismes communautaires et des établissements publics semblent maintenant insuffisantes pour assurer le passage vers le déploiement de programmes ayant une présomption d'efficacité à défaut d'une efficacité démontrée scientifiquement.

On constate que certaines conditions de succès restent à actualiser, notamment la planification à long terme, la continuité, l'intensité et la durée des activités, la qualité de l'évaluation, le fondement scientifique du contenu des actions, l'utilisation optimale des ressources existantes.

Par ailleurs, le virage préventif en ce domaine a tendance à vouloir s'inscrire davantage vers des actions qui visent à éviter que « le pire arrive » par opposition aux actions « en amont des problèmes ». Il serait pertinent d'obtenir les points de vue des acteurs, notamment sur les tendances de la pratique dans les organismes communautaires et dans les autres secteurs concernés.

BIBLIOGRAPHIE

Les principaux documents du corpus :

Projets et programmes en promotion de la santé et prévention des toxicomanies

LEBEAU, Aimé, SIROIS, Guylaine et VIENS, Christian (1997). « Portrait de l'expertise acquise au Québec en prévention des toxicomanies : une étude descriptive suivie d'une analyse critique », article accepté pour publication dans la revue internationale des toxicomanies : *Psychotropes* (à paraître).

LEBEAU, Aimé, VIENS, Christian et VERMETTE, Guy (1997). *Synthèse du contexte structurel des pratiques en intersectorialité*, MSSS (à paraître).

LEBEAU, Aimé, SIROIS, Guylaine et VIENS, Christian (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique*, Québec, Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanies, 99 p. et annexes en sus.

RHÉAUME, Jacques (1996). *Travail et santé mentale : une analyse de programmes d'aide aux employés (P.A.E.)*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 124 p.

SAINT-LAURENT, Roger et collab. (1993). *Inventaire des programmes d'intervention sociale et communautaire en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes à risque*, Rouyn-Noranda, Table de concertation jeunesse de la MRC d'Abitibi-Ouest, 125 p. et annexes en sus.

SIROIS, Guylaine (1996). *Répertoire des programmes et des projets en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies*, Québec, MSSS.

VERMETTE, Guy (1996). *Vieillir en santé : répertoire des projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments chez les aînés*, MSSS.

Projets, programmes et outils en prévention primaire de la toxicomanie et en promotion de la santé

TARDIF, Brigitte, ASTELL, Denis et BARIL, Robert (1992). *Outils d'intervention : prévention primaire et promotion de la santé*, Québec, Les Publications du Québec, 198 p.

Outils de prévention des toxicomanies

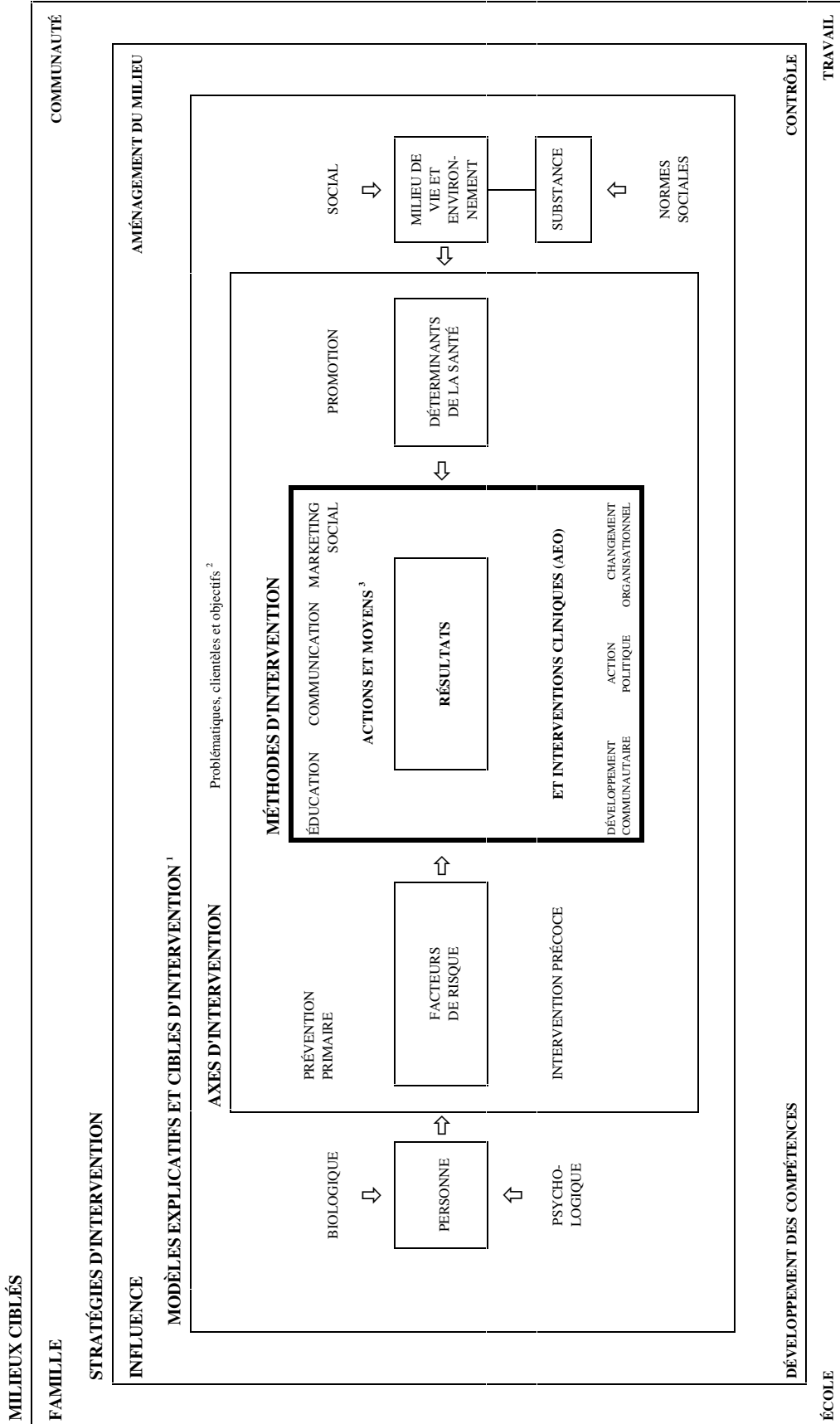
BRISSON, Pierre, LAFORTUNE, Michel et PAQUIN, Pierre (1996). *Répertoire des outils de prévention des toxicomanies* (imprimés et multimédias), Québec, MSSS.

ANNEXES

ANNEXE 1

Cadre conceptuel

SCHÉMA I
Synthèse du cadre conceptuel
Pour l'observation et l'analyse des programmes promotionnels et préventifs en toxicomanie



1. La cible d'intervention est soit l'individu, ses milieux de vie et son environnement ou la substance elle-même. Dans le premier cas, les interventions sont organiques et/ou psychologiques. Dans le second, elles sont sociales et normatives. Les modèles explicatifs correspondants sont décrits dans le texte plus haut.
2. Les problématiques se rapportent à des facteurs de risque (ex. : pour des individus vulnérables : jeunes, femmes, personnes âgées, etc.) ou à des déterminants de la santé (ex. : pour la population en général : support social, formation, information, etc.). Dans le premier cas, il s'agit de prévention alors que la promotion est caractéristique du second.
3. Nous considérons ici les caractéristiques du distributeur (ressources humaines et financières, structure permanente ou pas, forces motrices et freinantes, etc.). De plus, les moyens intègrent le type de partenariat et les activités proprement dites ou les services rendus.

ANNEXE 2

Tableaux complémentaires

TABLEAU 5
Importance relative des budgets accordés (en %) aux types d'activités
en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie
selon les régions du Québec

Types d'activités financés	Année	Régions sociosanitaires																Total
		Bas-Saint-Laurent	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Québec	Mauricie-Bois-Francis	Estrée	Montréal-Centre	Outaouais	Abitibi-Témiscamingue	Côte-Nord	Nord-du-Québec	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Chaudière-Appalaches	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montréal	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Information/sensibilisation	1992-1993	37	14	21	—	24	—	—	25	53	—	2	74	12	18	—	5	18,0
	1995-1996	9	—	9	22	18	14	—	17	37	—	33	10	—	16	10	12	13,0
Développement compétences (jeunes/parents)	1992-1993	42	20	47	—	14	—	—	—	—	—	66	—	—	30	—	46	17,0
	1995-1996	37	22	28	20	33	—	—	17	15	16	—	23	28	56	—	57	22,0
Aménagement de milieu (activités récréoéducatives)	1992-1993	21	—	22	—	27	—	26	19	30	—	—	—	49	4	—	6	13,0
	1995-1996	18	4	14	17	38	63	40	54	41	84	17	7	52	26	—	20	31,0
Travail de rue	1992-1993	—	19	—	—	—	—	8	—	15	—	—	—	39	13	—	2	6,0
	1995-1996	38	29	20	—	—	—	35	—	7	—	34	39	—	—	56	2	16,0
Développement groupe entraide entre pairs	1992-1993	—	5	8	—	35	—	9	—	—	—	—	17	—	—	—	—	5,0
	1995-1996	—	44	3	25	10	—	—	—	—	—	—	12	20	—	34	—	9,0
Intervention précoce jeunes en difficulté	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0
	1995-1996	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,0
Formation des intervenants et adultes significatifs	1992-1993	—	—	—	—	—	—	57	—	—	—	—	—	—	8	—	19	5,0
	1995-1996	—	—	5	—	—	7	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,0
Soutien administratif des tables concertation et organismes	1992-1993	—	—	2	—	—	—	—	6	—	—	19	2	—	—	—	—	2,0
	1995-1996	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,3
Activités d'échange et de rapprochement interculturel	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0
	1995-1996	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4
Communication et marketing interculturel	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0
	1995-1996	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4
Étude de besoins	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0
	1995-1996	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,1
Soutien à l'implantation de regroupements de jeunes	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	—	3,0
	1995-1996	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8
Conception d'outils	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	7	—	—	—	6	0,8
	1995-1996	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	9	—	—	—	0	1,6
Agent de milieu	1992-1993	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	—	9	2,0
	1995-1996	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	0,6

Source : Aimé Lebeau, Christian Viens et Guy Vermette (1997). Synthèse du contexte structurel des pratiques en intersectorialité, MSSS (à paraître).

TABEAU 6
Tableau récapitulatif des caractéristiques des outils d'intervention : prévention primaire et promotion de la santé

Catégories d'outils d'intervention	Sujets				Clientèles cibles										Stratégies			Évaluation						
	Facteurs de risque		Facteurs de protection		Intervenants	Population générale	Jeunes primaire				Jeunes secondaire						Ados	Parents jeunes	Parents ados	Enfants, parents séparés	Influence	Développement compétences	Aménagement milieu	Oui
	individuels	socio-culturels	information produits	entraide entre pairs			formation drogues	soutien milieu communautaire	sans précision	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	sans précision	1 ^{er} niveau								
outils éducatifs écrits ⁽¹⁾	36	14	6	5	1	2	1	2	8	29	4	3	3	3	2	2	3	6	1	6	50	2	4	
%	54	21	9	7	1	3	13	3	11	39	5	4	4	4	3	3	4	8	1	10	86	4	6	
outils éducatifs audio-visuels ⁽²⁾	56	17	7	ND	ND	7	2	20	33	33	1	2	1	1	1	3	6	31		17	57	ND	ND	
%	67	20	8	ND	ND	6	2	18	30	30	1	2	1	1	1	3	6	28	ND	23	77	ND	ND	
outils complémentaires ⁽³⁾	17	15	25	ND	ND																			
%	30	26	44																					
ne s'applique pas																								
Total	109	46	38	5	8	1	9	2	4	28	62	5	5	4	4	3	5	9	37	1	107	6	4	
%	53	22	18	2	4	0,5	5	1	2	15	34	3	3	2	2	3	4	20	0,5	17	79	4	2	

Source : Brigitte Tardif, Denis Astell et Robert Baril (1992). *Outils d'intervention : prévention primaire et promotion de la santé*, Publications du Québec, 198 p.

(1) : Cette catégorie inclut des programmes, des activités et des jeux d'animation.

(2) : Cette catégorie inclut des vidéos et des films.

(3) : Cette catégorie inclut des brochures ou des dépliants, des documents de référence et de ressources.

TABLEAU 7
Tableau récapitulatif des caractéristiques des programmes d'intervention sociale et communautaire en alcoolisme et toxicomanie chez les jeunes à risque *

	n	%		n	%
Clientèles			Environnement		
– jeunes à risque	11	46	– milieu urbain	4	17
– jeunes en général	7	29	– milieu quartier	3	13
– jeunes (les deux clientèles)	6	25	– milieu rural	5	21
			– combinaison milieux	5	21
Groupes à risque (1)			– non spécifique	7	29
7-13 ans	1	4	Préoccupation centrale		
9-17 ans	1	4	– alcoolisme et toxicomanie	4	17
6-18 ans	1	4	– alcoolisme et toxicomanie	7	29
10-18 ans	1	4	insérés à l'intérieur d'un		
10-15 ans	1	4	programme plus global		
12-18 ans	1	4	– les deux dimensions	2	8
12-18 ans	13	54	à la fois		
combinaison d'âges	4	17	– sans prévision	11	46
non disponible	1	4	Évaluation		
adultes significatifs	12	50	– réalisée	8	33
Types d'activités			– en cours	2	8
– plusieurs types d'activités	15	63	– prévue	6	25
– travail de rue (principale)	6	25	– non disponible	8	33
– théâtre (principale)	2	8	Total	24	100
– autres	1	4			

Source : Roger Saint-Laurent et collab. (1993). Inventaire des programmes d'intervention sociale et communautaire en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes à risque, Table de concertation jeunesse de la MRC d'Abitibi-Ouest.

(1) Un programme peut viser plus d'un groupe d'âge. Par conséquent, le total est supérieur à 100 %.

* Il s'agit d'un inventaire qui repose sur les critères suivants : retrouver la notion de concertation, milieu hors scolaire, une combinaison de stratégies d'influence, de développement des compétences et d'aménagement de milieu (cette dernière stratégie était essentielle lors de la sélection et de la priorisation) et la clientèle jeunesse « en général » ou « à risque ».

Cette étude est basée sur l'analyse de 24 programmes. Près de la moitié (46 %) de la clientèle visée est les jeunes à risque exclusivement. Plus de la moitié (54 %) des programmes s'adresse au groupe d'âge des 12 à 18 ans. De plus, la moitié (50 %) de ceux-ci vise les adultes significatifs. Dans plus de 3 programmes sur 5 (63 %), plusieurs types d'activités sont envisagées.

