

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

# PRÉVENTION EN TOXICOMANIE

Orientations  
et stratégie

*État détaillé de la situation*

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

*État détaillé de la situation*

DOCUMENT DE SOUTIEN AU CHOIX DES ORIENTATIONS ET STRATÉGIES

Novembre 1998

00-801-1



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<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 2-550-36248-9

© Gouvernement du Québec

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CHAPITRE 1 — BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE : FAITS ET TENDANCES .....</b>	<b>1</b>
L'ampleur du phénomène .....	3
Les coûts associés à l'usage inapproprié de psychotropes .....	7
<b>CHAPITRE 2 — ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>9</b>
Phénomène multidimensionnel .....	11
Phénomène multifactoriel .....	12
Les facteurs de risque liés à l'individu .....	12
Les facteurs de risque liés au contexte .....	13
Les facteurs de risque liés à la substance.....	16
Un phénomène en expansion : la polyconsommation.....	17
Phénomène à conséquences multiples .....	17
<b>CHAPITRE 3 — BILAN DES ACTIONS PRÉVENTIVES AU QUÉBEC.....</b>	<b>21</b>
Une expertise de pointe .....	23
Un partenariat amorcé.....	23
Des actions massives auprès des jeunes.....	24
Des stratégies diversifiées.....	24
Un virage à souligner : la réduction des risques et des méfaits.....	25
<b>CHAPITRE 4 — NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LES EFFORTS .....</b>	<b>27</b>
Un partenariat qui tend à s'effriter.....	29
Des projets insuffisamment financées et continus.....	29
Les grands oubliés .....	30
La nécessité d'évaluer reconnue, mais absente des actions .....	31
<b>CHAPITRE 5 — PISTES D'ACTION .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>

## **CHAPITRE 1**

### **BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE : FAITS ET TENDANCES**

L'ampleur d'un problème ainsi que les coûts sociaux et économiques qui s'y rattachent constituent la raison première des efforts préventifs en matière de substances psychotropes. De fait, les enquêtes épidémiologiques, malgré leurs limites, représentent un outil important pour évaluer l'ampleur d'une problématique sociale au sein d'une population. Or, une analyse récente des données recueillies par les grandes enquêtes sociales et de santé réalisées depuis 1978 a permis de dégager l'évolution et les tendances de consommation et des modes de consommation de substances psychotropes au sein de la population québécoise<sup>1</sup>. Les résultats de cette analyse, ainsi que ceux des études menées auprès de groupes particuliers, permettent de préciser les éléments les plus préoccupants, les groupes les plus à risque, et de déterminer des objectifs précis quant aux actions à envisager.

## L'ampleur du phénomène

- L'alcool

La consommation d'alcool fait partie des habitudes de vie de la majorité des Québécois et des Québécoises. Selon les données les plus récentes, 79 % de la population québécoise en consomme régulièrement ou occasionnellement et la très grande majorité sont des buveurs modérés<sup>2</sup>.

De façon générale, depuis vingt ans, la consommation d'alcool des Québécois a substantiellement diminué. De 1978 à 1994, la consommation par personne, établie à partir des ventes, est passée de 9,9 litres d'alcool pur à 6,8 litres, ce qui représente une réduction de plus de 30 %. Seulement depuis 1989, cette réduction a été de 13 %, ce qui est près de l'objectif de réduire la consommation d'alcool de 15 % fixé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa Politique de la santé et du bien-être de 1992. Cependant, les données d'enquêtes recueillies auprès d'individus présentent un portrait plus nuancé : de 1989 à 1994, le volume d'alcool consommé par les buveurs a uniquement diminué pour les hommes<sup>3</sup>. En 1994, la consommation hebdomadaire moyenne s'établit à cinq consommations pour les hommes et à deux consommations pour les femmes. Cependant, une certaine proportion de la population continue de boire beaucoup ou fréquemment, et parfois jusqu'à l'intoxication. Or, les études récentes démontrent que la fréquence d'une forte consommation d'alcool par occasion ou la fréquence d'intoxication est au moins un aussi puissant indicateur de problèmes au sein d'une population que le volume d'alcool consommé<sup>4</sup>.

Des données sur la fréquence d'intoxication de la population québécoise sont disponibles depuis 1989. L'indicateur utilisé est la fréquence de consommation de cinq verres ou plus en une occasion. Ces données indiquent que, de 1989 à 1994, le phénomène est demeuré stable<sup>5</sup>. Bien que 52 % des Québécoises et des Québécois ne consomment jamais cinq verres ou plus en une occasion, 13 % le font au moins une fois par mois (19 % pour les hommes et 5 % pour les femmes). Ce type de consommation diminue progressivement avec l'âge et est nettement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Outre les facteurs d'âge et de sexe, les raisons pour lesquelles les gens boivent constituent des

---

1. KUZMINSKI et DEMERS (1998), p. 3.

2. SANTÉ QUÉBEC (1995), p. 51.

3. KUZMINSKI et DEMERS (1998), p. 17.

4. ROOM, BONDY et FERRIS (1995) et STOCKWELL, HAWKS, LANG et RYDON (1996).

5. KUZMINSKI et DEMERS (1998), p. xi.

prédicteurs importants de la consommation de cinq verres ou plus en une occasion. Lorsque les gens boivent pour se détendre ou se sentir bien, ou encore pour être moins timides ou pour être sociables, la probabilité relative de consommer cinq verres ou plus augmente d'environ 50 %.

Le problème de l'intoxication est particulièrement marqué chez les jeunes et il s'est accentué pour ce groupe de 1989 à 1994. En 1989, plus de 60 % des 15 à 24 ans disaient qu'ils pouvaient consommer cinq verres ou plus en une occasion. En 1994, cette proportion atteint presque les 80 %. Par ailleurs, en 1989, 17 % adoptaient ce type de comportement au moins une fois par mois, alors qu'en 1994 cette proportion atteignait 27 %. Plus encore, une enquête menée auprès des buveurs et buveuses de la région de Montréal révèle que parmi les 15 à 24 ans, il y a consommation de cinq verres ou plus dans une occasion de consommation sur deux pour les hommes et dans une sur cinq pour les femmes<sup>6</sup>. Ces données sont d'autant plus inquiétantes qu'il semble que la consommation d'alcool commence de plus en plus précocement<sup>7</sup>. Il est donc impératif d'agir pour modifier cette situation ou, à tout le moins, pour éviter qu'elle entraîne des problèmes de santé, de bien-être ou de sécurité publique.

Il est important de noter que la probabilité de consommer de l'alcool et la fréquence de consommation augmentent avec le niveau de revenu et avec le niveau de scolarité. Cependant, lorsqu'on considère l'ensemble de la population adulte (15 ans et plus, incluant les abstinentes), la fréquence de consommation de cinq verres ou plus par occasion ou la fréquence d'intoxication n'est plus associée au revenu ni à l'éducation. Par ailleurs, si on regarde uniquement les buveurs et les buveuses, la fréquence de consommation en grande quantité par occasion est plus grande parmi les plus pauvres et cette fréquence a augmenté entre 1989 et 1994. En fait, les plus pauvres sont plus souvent abstinentes; lorsqu'ils consomment, ils le font moins souvent; mais lorsqu'ils boivent, ils boivent davantage. Ces données nous indiquent que, pour réduire la consommation par occasion, c'est l'ensemble de la population qu'il faut cibler et non exclusivement les milieux pauvres.

- Les drogues illicites

Il est beaucoup plus difficile de tracer un bilan épidémiologique de la consommation de drogues illicites. Les données d'enquête nous amènent à sous-estimer la prévalence de ce phénomène. Malgré tout, selon les données les plus récentes, un Québécois sur trois aurait consommé des drogues illicites au cours de sa vie et 9,2 % des Québécois seraient actuellement des consommateurs; parmi ceux-ci, 6,6 % ne consommeraient que des drogues douces telles que la marijuana ou le haschisch, alors que 2,6 % seraient des consommateurs de drogues dures<sup>8</sup>.

Tout comme pour l'intoxication à l'alcool, le phénomène de la consommation de drogues illicites est concentré chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Dans ce groupe d'âge, 32 % seraient actuellement des consommateurs comparativement à 5 % pour les plus âgés, et ces taux sont excessivement prudents. Vraisemblablement, la prévalence réelle de ce phénomène est beaucoup plus élevée que ces chiffres le laissent croire. En fonction des sexes, la prévalence est deux fois plus élevée pour les hommes que pour les femmes.

---

6. DEMERS (1997).

7. DESCHESNE (1996).

8. KUZMINSKI et DEMERS (1998), p. xv.

L'adolescence est marquée par une série de comportements exploratoires, par une recherche d'expériences nouvelles, sortant de l'ordinaire. Des enquêtes auprès des jeunes révèlent que 52 % de ceux qui ont consommé des drogues l'ont fait pour « les essayer »<sup>9</sup>. Tout en reconnaissant qu'un mode de consommation exploratoire comporte également des risques, il est toutefois important de distinguer ce mode de consommation de l'usage régulier. Les données des enquêtes de santé ne permettent pas de départager ces deux types de consommateurs. Les études faites en milieu scolaire sont, par contre, plus explicites. Chez les élèves âgés entre 12 et 18 ans, on note que 15 % des garçons et 19 % des filles ont consommé des drogues illicites au cours de leur vie. La proportion d'élèves consommant régulièrement des drogues est cependant moindre, soit 7 % chez les garçons et 6 % chez les filles<sup>10</sup>. Ces études mettent également en évidence l'augmentation graduelle du nombre d'élèves qui essaient des drogues entre la 1<sup>re</sup> et la 5<sup>e</sup> année du secondaire. Du début à la fin du secondaire, la consommation de drogues chez ces jeunes passe graduellement de 1,1 % à 15,3 % pour les filles et de 1,7 % à 10,7 % pour les garçons<sup>11</sup>. En 5<sup>e</sup> secondaire, presque le tiers des élèves déclarent avoir consommé des drogues au cours de leur vie, proportion qui se rapproche des données des enquêtes nationales<sup>12</sup>. Une proportion significative des consommateurs de drogues illicites et des consommateurs d'alcool, disent qu'ils consomment pour oublier leurs problèmes.

Certaines données indiquent aussi que, tout comme pour l'alcool, le phénomène de la consommation de drogues serait de plus en plus précoce<sup>13</sup>. De plus, le nombre d'élèves qui consomment régulièrement des drogues a augmenté entre 1991 et 1994, passant de 0,5 à 2,6 %<sup>14</sup>. Environ 1 % des jeunes du secondaire se seraient injecté des drogues<sup>15</sup>. En ce qui a trait aux stéroïdes anabolisants une étude pancanadienne menée auprès des élèves du secondaire révèle que, au Québec, 1,5 % des élèves ont eu recours aux stéroïdes anabolisants, au cours des douze mois précédant l'enquête<sup>16</sup>. Selon la même enquête, un peu moins du tiers des utilisateurs ont procédé par injection à la seringue, et un tiers de ceux-ci ont partagé la même seringue. La proportion des utilisateurs qui ont partagé la même seringue est plus forte chez les élèves âgés entre 11 et 13 ans, soit 58 %, alors qu'elle se situe autour de 18 % chez les 16 ans et plus.

Pour tous les groupes d'âge, le phénomène de l'intoxication à l'alcool et de l'usage de drogues illicites caractérise davantage les hommes. Toutefois, il est plus marqué pour certains groupes de jeunes. Ainsi, presque tous les jeunes de la rue ont fait usage d'une drogue illicite au cours de leur vie. De plus, une proportion importante de ces jeunes ont eu recours à des drogues par injection (36 %)<sup>17</sup>. Pour ces jeunes, l'âge moyen où ils se sont intoxiqués aux drogues pour la première fois est de 14 ans. Parmi les jeunes en difficulté des centres jeunesse du Québec, la prévalence à vie, en ce qui a trait à l'usage de drogues illicites, se situe autour de 65 %, et 14 % de cette population sont des usagers réguliers. Dès l'âge de 13 ans, on observe qu'ils sont deux fois plus nombreux à avoir fait usage de drogues que les élèves du même âge<sup>18</sup>.

---

9. GUYON et GEOFFRION (1997).

10. CLOUTIER et LEGAULT (1991), p. 16.

11. GIROUX et LEGAULT (1994).

12. CLOUTIER et LEGAULT (1991).

13. GUYON et GEOFFRION (1997).

14. GIROUX et LEGAULT (1994).

15. OTIS (1996), p. 11.

16. CENTRE CANADIEN SUR LE DOPAGE SPORTIF (1993), p. 31.

17. ROY et collaborateurs (1996), p. 12-14.

18. ROY et collaborateurs (1996).

- Alcool et drogues

Les consommateurs de drogues illicites sont également de plus grands consommateurs d'alcool : 93 % des usagers de drogues illicites comparativement à 72% des non-usagers sont des buveurs; ils boivent aussi plus régulièrement et, surtout, plus fréquemment en grande quantité par occasion. Près d'un usager de drogues illicites sur deux consomme au moins une fois par mois plus de cinq verres en une occasion, ce qui est une prévalence deux fois plus élevée que chez les non-usagers.

- Les médicaments psychotropes

Près de 19 % de la population québécoise a consommé, au cours de l'année 1995, au moins un des médicaments prescrits suivants : analgésiques, tranquillisants mineurs, somnifères, antidépresseurs, produits amaigrissants ou stimulants<sup>19</sup>. Les somnifères et les tranquillisants mineurs occupent le premier rang parmi les catégories de médicaments consommés; ils le sont par près de 13 % de la population. Or, les benzodiazépines, dont le potentiel d'abus et de dépendance est bien connu et attesté, constituent 80 % de ces médicaments<sup>20</sup>.

Les femmes et les personnes âgées comptent parmi les plus grands consommateurs de médicaments. Le rapport consommatrices/consommateurs est presque de 2 pour 1 et, chez les personnes âgées, il est quasiment de 3 pour 1. Les prestataires de la sécurité du revenu sont également nombreux dans cette catégorie de consommateurs. Presque 70 % des consommateurs de médicaments psychotropes les utilisent depuis plus d'un an. Environ 60 % des personnes âgées qui prennent de ces médicaments en consomment depuis plus de trois ans, ce que plusieurs considèrent comme inapproprié, tout comme on estime que 40 % des prescriptions ne seraient pas nécessaires<sup>21</sup>.

Toutefois, on note une baisse importante de 25 % en cinq ans dans le nombre d'ordonnances de tranquillisants mineurs, de somnifères et d'antidépresseurs faites aux prestataires de la sécurité du revenu. Or, ces médicaments constituent la classe la plus importante de psychotropes prescrits à cette population. Une diminution similaire a également pu être observée dans le nombre de prescriptions de cette même catégorie de psychotropes faites aux personnes âgées.

Pour les enfants, la prescription de stimulants, plus particulièrement le méthylphénidate, ou Ritalin, a connu aux États-Unis et au Canada une augmentation spectaculaire, soit de plus de 250 % en cinq ans<sup>22</sup>. Dans les années 70, les benzodiazépines constituaient les psychotropes les plus souvent prescrits aux enfants. Aujourd'hui, la première place revient de loin aux stimulants et plus particulièrement au méthylphénidate. La prescription de ce médicament aux enfants d'âge scolaire semble être un phénomène propre aux États-Unis et au Canada. En effet, il y a consensus pour affirmer que les stimulants sont très fréquemment prescrits aux États-Unis, fréquemment prescrits au Canada, mais rarement prescrits dans tous les autres pays<sup>23</sup>. De même, le diagnostic d'hyperactivité ou de déficit

---

19. COHEN et COLLIN (1997), p. 44.

20. COHEN et COLLIN (1997), p. 45.

21. COHEN et COLLIN (1997), p. 44.

22. COHEN et COLLIN (1997), p. 95-96.

23. COHEN et COLLIN (1997), p. 97.

d'attention qui sous-tend généralement la prescription de stimulants est très rarement posé (moins de 0,5 % des cas répertoriés) dans les pays occidentaux autres que ceux de l'Amérique du Nord.

### **Les coûts associés à l'usage inapproprié de psychotropes**

Outre les données des enquêtes sociales, les coûts liés aux conséquences de l'usage inapproprié de substances psychotropes fournissent un indicateur puissant de l'ampleur du phénomène. Malgré ses limites, une analyse récente révèle que, pour l'année 1992<sup>24</sup>, l'usage inapproprié de substances psychotropes aurait coûté 2 milliards de dollars, soit 290 dollars par habitant, incluant les coûts directs (soins de santé, application et respect des règles de justice, intervention en milieu de travail, dommages matériels, recherche et prévention) et les coûts indirects (décès ou invalidité permanente). Une part importante des coûts directs a été consacrée à l'application et au respect des règles de justice (31 % pour l'alcool, 72 % pour les drogues). Les soins de santé ont absorbé une autre part importante de ces coûts (44 % pour l'alcool, 17 % pour les drogues). Cependant, les coûts indirects liés à la valeur de production perdue en raison d'invalidité ou de mortalité prématurée ont représenté la plus grande proportion des coûts, soit 64 %. Les trois principales causes de décès liés à l'alcool ont été attribuables aux accidents de la route, aux cirrhoses du foie et aux suicides. Quant aux décès liés aux drogues, le suicide a été la première cause mise en évidence, alors que le sida comptait pour 12 % des décès liés à l'utilisation de drogues illicites.

---

24. DESJARDINS (1996), p. 3.

## **CHAPITRE 2**

### **ÉTAT DES CONNAISSANCES**

La recherche en matière de substances psychotropes a donné lieu à un cumul impressionnant de connaissances. On comprend mieux, aujourd'hui, les multiples facettes et facteurs en cause dans le développement des problèmes liés à un usage inapproprié de substances psychotropes. On reconnaît que tous les usagers ne sont pas à risque au même degré et n'éprouvent pas tous les mêmes difficultés. Les risques de problèmes sont fonction de l'interrelation entre les caractéristiques du contexte, de l'individu et de la substance. Pour être efficaces, les actions préventives doivent tenir compte des recherches les mieux documentées et des données les plus à jour qui déterminent en grande partie la compréhension actuelle du phénomène de l'usage inapproprié de substances psychotropes. Des recensions récentes des études dans le domaine ont permis de dégager les éléments essentiels à la compréhension du phénomène ainsi que les enjeux sur lesquels repose le choix des actions préventives en matière de substances psychotropes<sup>25</sup>.

### Phénomène multidimensionnel

L'usage et l'abus de substances psychotropes constituent un phénomène complexe qui se présente sous de nombreuses facettes : usage récréationnel ou exploratoire, usage régulier, surconsommation, intoxication, abus chronique et dépendance. On connaît relativement bien l'abus chronique et la dépendance, ainsi que les problèmes d'ordre physique, émotionnel, social et économique qu'ils peuvent entraîner pour l'individu, son entourage et la société. Des critères cliniques précis permettent de déceler leur présence<sup>26</sup>. Il en va autrement des autres formes d'usage, notamment l'usage exploratoire ou récréationnel, ou l'intoxication. Alors qu'il est possible de constater que la majorité des consommateurs de substances psychotropes n'éprouvent aucun problème particulier, il est également vrai qu'il est impossible de déterminer un seuil en deçà duquel la consommation est sans danger pour tous les individus, dans toutes les circonstances.

En ce qui concerne l'alcool, les recherches menées au cours de la dernière décennie ont montré que l'intoxication, même occasionnelle, peut être source de multiples problèmes. Ce ne sont donc pas que les buveurs dépendants ou les grands buveurs qui sont à risque. En fait, si le risque d'avoir des problèmes croît avec l'usage, il n'en demeure pas moins que la majorité des problèmes surviennent chez des buveurs généralement modérés, qui boivent occasionnellement à l'excès. Ce paradoxe provient du fait que les buveurs dépendants et les grands buveurs ne constituent qu'une faible proportion de l'ensemble des buveurs. Ce constat a donné lieu au « paradoxe préventif »<sup>27</sup> qui met en évidence l'importance d'accorder une attention à toute la population susceptible de consommer de l'alcool.

Pour ce qui est des drogues illicites, les études actuelles ne permettent pas de distinguer entre les différentes formes d'usage et les problèmes qui leur sont associés.

Pourtant, toute forme d'usage ne conduit pas nécessairement à l'intoxication, à l'abus ou à la dépendance. Des modes de consommation en trop grande quantité, trop souvent, au mauvais endroit ou tout simplement pour la mauvaise raison peuvent également mettre en danger la santé et la sécurité de

---

25. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997); NADEAU et BIRON (1997); HAWKINS, CATALANO et MILLER (1992); VITARO, DOBKIN, JANOSZ et PELLETIER (1992).

26. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994).

27. KREITMAN (1986).

l'individu ou de son entourage<sup>28</sup>, d'où l'importance de la notion d'usage inapproprié qui se définit essentiellement à partir du trio indissociable : substance, individu, contexte.

### **Phénomène multifactoriel**

Aujourd'hui, l'usage inapproprié, l'abus ou la dépendance sont considérés comme la résultante de l'interaction entre une substance psychotrope, un individu et un contexte. On reconnaît que les caractéristiques de ces trois éléments agissent en synergie et que leurs effets sont cumulatifs. Ces effets cumulatifs et interactifs représentent des facteurs de risque.

Cependant, la présence de ces facteurs de risque ne signifie pas qu'une personne développe automatiquement des problèmes liés à un usage inapproprié de substances psychotropes. Plusieurs facteurs de protection favorisant une bonne adaptation sociale malgré un contexte et des expériences de vie difficiles ont été mis en évidence notamment pour l'individu. On observe ainsi que l'attitude positive d'un enfant, au bon répertoire de compétences sociales, l'habileté à résoudre des problèmes et un sentiment d'efficacité personnelle figurent parmi les facteurs de protection relativement bien répertoriés dans la documentation<sup>29</sup>. La présence d'un adulte significatif ou d'un pair aidant au cours du développement d'un enfant peut également faire la différence entre un jeune qui se développe et qui fonctionne adéquatement et un autre qui connaît des problèmes de plus en plus graves<sup>30</sup>.

### ***Les facteurs de risque liés à l'individu***

Les facteurs de risque liés aux caractéristiques individuelles ont été, jusqu'à présent, les plus étudiés. Parmi ceux-ci, on note qu'un tempérament difficile durant l'enfance semble prédisposer à l'abus de psychotropes à l'adolescence et aux problèmes liés aux psychotropes à l'âge adulte. Ce tempérament difficile se caractérise par l'hyperactivité, l'agressivité, les comportements antisociaux, les crises de colère, l'impulsivité et les problèmes de concentration<sup>31</sup>. De tous ces aspects, les comportements antisociaux ou les troubles de conduite sont les plus fortement associés à une conduite antisociale à l'adolescence, et celle-ci est à son tour associée à un usage inapproprié de drogues. Les troubles de conduite constituent donc l'élément prédictif le plus sûr<sup>32</sup>. Par ailleurs, l'âge d'initiation semble être un facteur important. Plus une personne commence à consommer tôt (13 ans, au Québec), plus les risques qu'elle adopte un mode de consommation inappropriée sont grands.

---

28. HELLER et ROBINSON (1994).

29. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997), p. 60.

30. FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1996).

31. NADEAU et BIRON (1997); HAWKINS, CATALANO et MILLER (1992); VITARO, DOBKIN, JANOSZ et PELLETIER (1992).

32. MCCAULEY-OHAMNESSIAN, STABENAU et HESSELBROCK (1995).

Quoiqu'il soit difficile de départager les caractéristiques héréditaires de transmission inter-générationnelle, les études chez les jumeaux séparés dès la naissance laissent à penser que les enfants de père alcoolique sont nettement plus susceptibles de présenter des problèmes liés à l'usage de substances psychotropes à l'adolescence et à l'âge adulte<sup>33</sup>.

### ***Les facteurs de risque liés au contexte***

#### *Le milieu familial*

La famille est considérée comme le principal véhicule des valeurs et des normes sociales. En plus de remplir sa fonction éducative, par laquelle elle transmet explicitement les comportements acceptables et inacceptables, la famille est un modèle pour les enfants. La présence dans la famille d'un membre qui fait un usage inapproprié de substances psychotropes est associée à une plus forte probabilité qu'un plus jeune, ayant déjà des prédispositions, s'initie à ces produits, perpétuant ainsi le cycle des problèmes intergénérationnels liés à l'usage de substances psychotropes.

Par ailleurs, la présence de conflits familiaux, d'un climat dysfonctionnel et de conduites parentales inadéquates au sein de certaines familles peut prédisposer à un usage inapproprié de psychotropes. Un examen attentif de cette association révèle qu'un climat dysfonctionnel, au même titre que des attitudes parentales inadéquates et l'absence d'un lien d'attachement avec les parents, peut entraîner le désengagement de l'enfant par rapport à sa famille et faciliter son affiliation à des pairs déviants qui, eux, l'initieront à la consommation de psychotropes.

#### *L'influence des pairs*

À l'adolescence, l'influence des parents perd sa prépondérance au profit de celle des pairs. Les adolescents ayant des amis qui consomment de l'alcool ou de la drogue sont plus susceptibles de consommer eux-mêmes. C'est souvent un ami, un frère ou une sœur qui initie un jeune à l'alcool, au cannabis ou aux drogues dites dures. Par ailleurs, l'affiliation à des pairs qui consomment des drogues illégales précède l'initiation à ces substances.

À cela s'ajoute l'isolement causé par le rejet des pairs au cours de l'enfance. Cet isolement semble associé à une plus forte probabilité de consommer des drogues à l'adolescence. Le processus qui relie ces deux phénomènes n'est pas encore bien compris. D'une part, on soupçonne que le rejet intervient à la suite de comportements agressifs du jeune et que ce sont ces comportements agressifs qui déterminent le cheminement du jeune vers des conduites antisociales et l'usage inapproprié de psychotropes. D'autre part, on fait l'hypothèse que le rejet provient de pairs « normaux » entraînant l'isolement et la marginalisation des jeunes rejetés. Le seul recours possible pour ceux-ci consiste à s'affilier à un groupe de pairs déviants auxquels ils s'identifient le mieux. Ce sont plus particulièrement les jeunes contrevenants et les jeunes de la rue qui constituent les groupes à risque de faire usage et abus de drogues illicites.

---

33. NADEAU et BIRON (1997); ALTMAN, J., et collaborateurs (1996).

### *Le milieu du travail*

Le contexte du travail, pourtant central dans la vie de la plupart des gens, est malgré tout occulté dans la plupart des études qui visent à déterminer les facteurs de risque. Pourtant, la grande majorité de la population adulte québécoise consacre une bonne part de ses activités quotidiennes au travail. Il semble donc raisonnable de penser que des facteurs organisationnels ou structurels du travail soient en cause dans l'usage inapproprié de substances psychotropes. De fait, certains postes ou types de travail sont considérés « à risque » en ce qui a trait à l'abus de substances psychotropes (ex. : le travail sur un chantier isolé ou dans certaines conditions physiques – chaleur, poussière, bruit –, un rythme de travail accéléré, le stress et des horaires longs et irréguliers)<sup>34</sup>. Cependant, à l'heure actuelle, la relation entre certaines caractéristiques du travail et l'usage inapproprié ne fait pas consensus. On tend tout de même à concevoir l'usage inapproprié de substances psychotropes par les travailleurs comme étant lié à la conjugaison des caractéristiques du travail, des caractéristiques personnelles et des situations de vie. Le travail devient alors un élément déclencheur au même titre que toute autre situation de vie difficile à gérer<sup>35</sup>.

### *Les prescriptions médicales*

Pour ce qui est de la prescription de médicaments psychotropes pour les enfants, particulièrement le Ritalin, les facteurs de risque sont un sujet peu documenté, principalement à cause de la nouveauté relative du phénomène. D'une part, les études portent à croire que la prescription de méthylphénidate est liée à la facilité avec laquelle les diagnostics d'hyperactivité et de déficit de l'attention peuvent être posés. Comme on le mentionne précédemment, il y aurait une augmentation dans la proportion d'enfants qui sont reconnus comme hyperactifs ou comme ayant un déficit de l'attention. Actuellement, au Canada, ces taux se situent autour de 5 % (entre 10 et 12 % chez les garçons âgés entre 5 et 14 ans)<sup>36</sup>. Par ailleurs, les enseignants et les parents exercent de fortes pressions lorsqu'ils ont de la difficulté à gérer les comportements des enfants. Le Ritalin peut alors paraître la solution acceptable. Finalement, l'influence qu'ont les industries pharmaceutiques sur les pratiques de prescription doit également être prise en considération.

Par ailleurs, des facteurs tels l'isolement, la perte d'un être cher, un grand stress, la marginalisation favoriseraient la propension des personnes âgées à consommer des médicaments psychotropes. À ces facteurs s'ajoutent les valeurs sociales. Les femmes seraient culturellement encouragées à avoir davantage recours au système de santé et à exprimer leur détresse, ouvrant ainsi la voie à la prescription de psychotropes. On remarque qu'il serait socialement plus acceptable pour les femmes de gérer leur stress ou leur anxiété en prenant des médicaments qu'en consommant de l'alcool et des drogues illicites<sup>37</sup>.

---

34. HELLER et ROBINSON (1994).

35. MARANDA, MORISSETTE et DE MONTIGNY (1997).

36. COHEN et COLLIN (1997), p. 121.

37. COHEN et COLLIN (1997), p. 54.

Les facteurs de risque liés à la prescription s'inscrivent aussi dans la dynamique de la relation entre le patient et son médecin<sup>38</sup>. Dans plusieurs cas, les attentes et les pressions exercées par les patients sur les prescripteurs pourraient expliquer en partie la surconsommation de médicaments. Ainsi, les études rapportent qu'entre 17 et 35 % des médicaments prescrits aux personnes âgées seraient jugés non nécessaires<sup>39</sup>. On note également que certaines caractéristiques du médecin (plus âgé, ayant un volume de pratique élevé, revoyant ses patients souvent ou ayant de fréquents contacts avec les industries pharmaceutiques) sont associées à une plus grande propension à prescrire des médicaments psychotropes.

### *Le contexte socioculturel*

La plupart des sociétés émettent des lois et des règlements pour gérer l'usage de substances psychotropes. Ces lois et ces règlements sont indissociables des normes et des valeurs qui dictent en partie la quantité, les lieux et les circonstances d'une consommation acceptable ou appropriée. Il faut comprendre que les normes ou les valeurs, tout comme les lois ou les règlements, font rarement consensus au sein d'une population. Elles ne sont pas statiques, elles changent, se transforment au même titre que la culture qui les véhicule. Ainsi, l'adoption de mesures plus restrictives comporte également ses propres limites : expansion du marché noir, qualité variable des produits, constitution d'une infrastructure du crime organisé, engorgement des tribunaux, etc.

Mais pour beaucoup de personnes, ce sont le contexte et les conditions de vie qui déterminent le mode de consommation. Le contexte est en effet, au niveau sociétal, le prédicteur le plus fiable des modèles de consommation d'un groupe et des variations dans les comportements de consommation. Ce contexte, largement déterminé par les lois, les normes et les valeurs d'un groupe, se caractérise à la fois par la situation (modèle de consommation, occasion, sens et événement), les caractéristiques du lieu physique où s'effectue la consommation, le type et le nombre de partenaires ainsi que le moment du premier épisode de consommation<sup>40</sup>. La documentation épidémiologique montre que, pour l'alcool par exemple, on ne boit généralement pas à n'importe quel moment de la journée, de la semaine ou même de l'année. Il existe des variations importantes selon le lieu et les partenaires de consommation. Bien que la consommation d'alcool à domicile représente le mode de consommation le plus fréquent, la consommation dans les établissements licenciés compte pour environ 25 % des modes de consommation et elle est associée à des niveaux de consommation plus élevés et comportant plus de problèmes. Par ailleurs, il est possible de constater un élargissement dans l'éventail des contextes à risque. La consommation inappropriée ne se produit pas uniquement dans les bars ou les endroits publics, mais aussi, entre autres, dans les gymnases ou les centres d'entraînement sportif, lorsqu'il s'agit de stéroïdes anabolisants.

---

38. COHEN et COLLIN (1997), p. 56-57.

39. COHEN et COLLIN (1997), p. 56-57.

40. SIMPURA (1991).

### ***Les facteurs de risque liés à la substance***

Chaque substance exerce des effets particuliers sur le plan tant neurologique que comportemental. Meyer (1996) soutient que plus l'effet est direct, plus un abus ou une dépendance risque de s'installer rapidement, comme dans le cas des substances opiacées administrées par voie intraveineuse<sup>41</sup>. Il soutient également qu'il faut maintenir une consommation d'alcool très élevée pendant plus de dix ans pour que s'installe une dépendance, puisque les effets de l'alcool sont lents à se produire, en raison du mode d'absorption de ce produit.

Les médicaments psychotropes présentent, pour leur part, des caractéristiques qui leur sont propres. Des symptômes de sevrage et de tolérance aux médicaments, même pris sous ordonnance médicale, peuvent être fréquemment observés, en plus des effets secondaires sérieux, lorsqu'ils sont utilisés pendant une longue période continue. Ainsi, une utilisation prolongée de benzodiazépines est associée à des troubles de mémoire, à des problèmes psychomoteurs pouvant entraîner des chutes ou des accidents, à de la dépression ou à de l'anxiété<sup>42</sup>. Or, même si une forte proportion de consommateurs de ces médicaments se considèrent dépendants et incapables d'arrêter leur consommation, les prescripteurs sont malgré tout réticents à reconnaître les signes d'abus ou de dépendance. D'une part, la présence de comorbidité, la complexité de la médication consommée et de l'interaction entre les différents médicaments rendent l'établissement d'un diagnostic d'abus ou de dépendance difficile. D'autre part, chez les personnes âgées plus particulièrement, les signes d'abus ou d'effets liés à l'usage inapproprié de médicaments psychotropes peuvent souvent se confondre avec des signes de vieillissement.

Par ailleurs, le caractère illicite des drogues de rue rend impossible le contrôle de la qualité et de la quantité d'ingrédients actifs contenus dans les substances psychotropes vendues sur le marché noir. Les effets de ces substances pour une personne donnée ne peuvent être prédits et l'expérience représente toujours un risque.

Les fluctuations dans le degré de pureté d'une substance illicite, incluant l'alcool frelaté, contribuent à l'incidence de surdoses et de divers problèmes associés<sup>43</sup>. De plus, on note actuellement une augmentation de la concentration de plusieurs substances, dont l'héroïne, le cannabis et le PCP. Il est également courant d'ajouter à la substance offerte des produits aux effets plus prononcés pour augmenter les effets de celle-ci. Par exemple, on peut parfois retrouver du PCP dans l'Ecstasy<sup>44</sup>, ou de l'héroïne dans du PCP<sup>45</sup>.

L'arrivée d'une nouvelle drogue suscite souvent un engouement, malgré le manque de connaissances objectives sur son niveau de risque. Par exemple, l'Ecstasy qui, au départ, était jugé inoffensif produit des effets secondaires (insomnie, humeur dépressive, désinhibition sexuelle, déshydratation pouvant causer la mort) et présente un danger pour la santé qui suscite beaucoup d'inquiétudes. Il en est de même pour les stéroïdes anabolisants dont les effets d'une consommation prolongée demeurent encore obscurs. Plus inquiétant encore, les consommateurs de ces nouveaux produits hésitent à reconnaître leur

---

41. MEYER (1996).

42. COHEN et COLLIN (1997), p. 60-62.

43. CHEVALIER et CHARLAND (1997).

44. PETERSON (1996).

45. CHEVALIER et CHARLAND (1997).

potentiel dangereux. Au contraire, plusieurs justifient leur consommation à partir d'une évaluation subjective et non documentée de l'innocuité de ces substances. La plupart des usagers croient, et véhiculent à tort cette perception, que ces substances ne peuvent entraîner la dépendance<sup>46</sup>.

Outre l'incertitude quant à la qualité et au contenu des drogues vendues sur le marché noir, les risques liés à leur usage sont également accrus par les conditions dans lesquelles elles sont consommées. Puisqu'elles sont prohibées, les usagers qui veulent les utiliser doivent le faire clandestinement, souvent dans des conditions malsaines (recours au partage de seringues usagées, absence de mesures pour désinfecter le matériel ou les plaies, etc.) qui augmentent les risques pour la santé des usagers, voire de leurs partenaires sexuels et éventuellement de leurs enfants.

### ***Un phénomène en expansion : la polyconsommation***

Alors qu'en 1940, l'alcool était la substance privilégiée, il existe aujourd'hui une panoplie de substances qui influent sur l'humeur et les comportements. Cette augmentation de la quantité et de la variété de produits sur les marchés, autant licites qu'illicites, ont des conséquences à long terme encore peu discutées dans la littérature. En plus, l'usage de drogues s'accompagne souvent de consommation d'alcool. Dans les programmes d'échange de seringues, on constate qu'un peu plus du tiers des usagers se sont injecté plus d'une drogue. Parmi ceux qui se sont injecté plus d'une drogue, 62,5 % s'en sont injecté deux, tandis que 27,4 %, 7,2 % et 2,2 % s'en sont injecté respectivement trois, quatre ou cinq, la cocaïne étant la drogue la plus injectée, suivie de l'héroïne, du *speedball*, du PCP et de l'alcool<sup>47</sup>. De plus, parmi la clientèle des centres de réadaptation, les personnes qui font usage de multiples substances simultanément présentent un profil psychologique et social nettement plus détérioré que les autres usagers. En plus d'être associée à une plus grande gravité des symptômes, la polytoxicomanie est un facteur de difficulté et d'échec dans le processus de réadaptation. Le pronostic est sombre et l'espoir précaire. Plus dramatique encore, les centres publics de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies notent une prédominance de la polytoxicomanie partout au Québec<sup>48</sup>.

### **Phénomène à conséquences multiples**

Outre la complexité liée à ses nombreuses manifestations et aux facteurs de risque, le phénomène de l'usage inapproprié de substances psychotropes se caractérise également par la diversité des conséquences susceptibles de survenir chez les usagers. Certains méfaits sont attribuables à l'alcool, mais ceux occasionnés par les autres substances psychotropes sont un sujet peu documenté. D'autres méfaits sont associés davantage à l'usage inapproprié de drogues illicites qu'à la consommation d'alcool. Une personne n'éprouve pas immédiatement, ni même nécessairement, l'ensemble des conséquences négatives attribuables à un mode de consommation à risque. La gravité et la nature des conséquences néfastes, tant sur le plan de la santé que sur celui du fonctionnement psychologique et social, varient d'une personne à une autre en fonction, du mode de consommation, de la substance consommée, du contexte de consommation et des caractéristiques de la personne.

---

46. PETERSON (1996); CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997).

47. PARENT (1998).

48. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996).

En ce qui concerne l'alcool, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie estime que les buveurs excessifs sont impliqués dans 33 % des meurtres, 54 % des homicides involontaires, 42 % des délits sexuels et 51 % des voies de fait<sup>49</sup>. De plus, l'alcool est mis en cause dans 45 % des accidents automobiles ayant provoqué la mort. Sans toutefois être en mesure de conclure que l'alcool est directement responsable de ces méfaits violents, on sait que son usage vient souvent les exacerber lorsque le contexte social y prédispose, que la provocation est forte et que l'individu a déjà une propension aux comportements violents.

Si les méfaits violents associés à l'alcool sont un sujet relativement bien documenté, ceux reliés aux drogues illicites sont moins bien recensés. Toutefois, la criminalité représente un méfait connu important lié à l'usage de drogues illicites. Que ce soit pour obtenir de la drogue ou de l'argent, les délits contre les biens, le trafic de drogues ou la prostitution constituent les activités illégales les plus courantes chez les usagers de drogues illicites. Au centre de réadaptation Domrémy-Montréal, 70 % des 984 usagers de drogues admis en 1991-1992 avaient été inculpés et condamnés pour activités criminelles<sup>50</sup>. En contrepartie, plus des trois quarts des personnes incarcérées auraient été ou seraient des consommateurs de substances psychotropes, dont entre 33 % et 64 % présenteraient des troubles graves liés aux substances psychotropes<sup>51</sup>. L'implication dans des activités illégales est plus importante chez les usagers dont la dépendance aux substances psychotropes est prononcée, dont les revenus sont nettement insuffisants pour subvenir à leurs besoins en drogues et qui ont déjà des antécédents délinquants.

Pour l'ensemble des substances psychotropes, il est possible d'observer des méfaits importants sur le plan de la santé physique et mentale ainsi que sur le plan social. Par exemple, certaines maladies ou certains problèmes respiratoires découlent d'un usage prolongé de drogues inhalées; l'usage élevé et chronique d'alcool peut entraîner une cirrhose du foie ou, chez les bébés des femmes enceintes, le syndrome d'alcoolisme fœtal<sup>52</sup>. De plus, les modes de consommation par injection accroissent les risques d'infection grave et de transmission de l'hépatite B et C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). De fait, les usagers de drogues par injection constituent le deuxième groupe le plus à risque de contracter le VIH<sup>53</sup> et de propager davantage le virus dans la population hétérosexuelle. Or, il est admis que l'usage de drogues par injection ne constitue pas en soi la principale menace de manifestation de ces troubles graves de santé. Ce sont plutôt le contexte de consommation et les conditions hygiéniques malsaines (partage de seringues usagées, absence de mesures pour désinfecter le matériel ou les plaies, changement fréquent de partenaires sexuels, relations sexuelles non protégées, etc.) qui en sont responsables. En fait, plusieurs experts croient que le contexte légal qui prohibe la consommation de ces substances contribuerait à exacerber ces conditions malsaines de consommation, de sorte que celle-ci a souvent lieu clandestinement et dans des endroits peu propices à de saines habitudes hygiéniques<sup>54</sup>.

---

49. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996).

50. GUYON et LANDRY (1996).

51. NADEAU et BIRON (1997).

52. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE.(1996).

53. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994).

54. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997). p. 94-95.

Sur le plan de la santé mentale, l'usage inapproprié d'alcool et de drogues est souvent associé à des troubles psychiatriques sérieux, que ceux-ci aient été présents ou non avant le début de la consommation de substances psychotropes. Les études indiquent qu'environ 50 % des personnes hospitalisées en psychiatrie présentent également un trouble lié aux substances psychotropes et, inversement, jusqu'à 50 % des personnes admises en traitement pour des troubles liés aux substances psychotropes souffrent d'un trouble psychiatrique<sup>55</sup>. Les taux de suicide ou de tentative de suicide sont également élevés chez les usagers de substances psychotropes. En fait, on estime que de l'alcool et des substances psychotropes ont été consommés avant au moins 50 % des suicides<sup>56</sup>.

Les méfaits sur le plan social peuvent être tout aussi dévastateurs. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie rapporte ceci : « De nombreuses études indiquent que la consommation de psychotropes est directement reliée à des phénomènes comme la violence, les accidents, les problèmes de relations familiales et communautaires, la négligence, le décrochage scolaire, la criminalité et la corruption. Dans l'ensemble, le style de vie des toxicomanes compromet leur équilibre psychologique et social. Ils perdent leurs liens avec leurs proches et leur famille pour s'enfoncer dans la marginalité et l'isolement social. De plus, la toxicomanie, par la criminalité qui y est rattachée, affecte la qualité de vie des communautés à cause du climat de peur et d'insécurité qu'elle y fait régner.<sup>57</sup> » Ainsi, près des trois quarts des itinérants ont connu dans leur vie des problèmes liés à l'usage d'alcool ou de drogues. La consommation de substances psychotropes constitue la raison la plus souvent évoquée pour expliquer leur situation actuelle<sup>58</sup>.

L'adolescence est plus particulièrement caractérisée par une éclosion de comportements à risque ou de prises de risque, et ce, de manière encore plus marquée chez les jeunes en difficulté. Outre la curiosité qu'elle comporte face à toute nouvelle expérience, cette période de la vie constitue une forme de mise à l'épreuve des interdits qui peut avoir de lourdes conséquences. Ainsi, comparativement aux jeunes qui ne consomment pas de substances psychotropes, ceux qui en font un usage inapproprié sont plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles non protégées et, de surcroît, avec des partenaires multiples, de contracter des maladies transmises sexuellement, voire le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de faire des tentatives de suicide, de quitter l'école prématurément et de manifester des comportements délinquants<sup>59</sup>. Ces conduites apparaissent souvent simultanément, de sorte qu'il est difficile d'établir des liens causaux. Néanmoins, il semble raisonnable de croire que l'usage inapproprié de substances psychotropes joue un rôle de catalyseur qui vient exacerber un malaise sous-jacent chez plusieurs jeunes, ce qui peut provoquer pour eux des lendemains difficiles<sup>60</sup>.

Pour plusieurs des méfaits mentionnés ci-dessus, il est impossible de déterminer ce qui relève de l'intoxication, de l'abus chronique, de la dépendance ou d'autres usages inappropriés. Tout au plus peut-on suggérer que les risques de méfaits croissent avec l'usage.

---

55. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996).

56. PAYETTE et TOUSIGNANT (1997).

57. PAYETTE et TOUSIGNANT (1997), p. 8.

58. MERCIER (1993).

59. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997), 29-40.

60. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996).

## **CHAPITRE 3**

### **BILAN DES ACTIONS PRÉVENTIVES AU QUÉBEC**

Au cours des vingt dernières années, des progrès considérables ont été accomplis sur le plan des connaissances et de la recherche en matière de substances psychotropes. Comme il a été possible de le constater dans la précédente section, on possède des données solides quant aux déterminants de la santé et aux facteurs de risque associés à l'apparition de problèmes découlant d'un usage inapproprié de ces substances. Au Québec, la volonté d'agir sur ces déterminants et ces facteurs de risque a donné lieu à un virage préventif, appuyé par un financement, amorcé en 1987 à la suite d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux qui demandait aux régions de concevoir un programme en prévention des toxicomanies. L'importance de la prévention fut soulignée de nouveau dans les orientations ministérielles de 1990 en matière de substances psychotropes. Elles précisaient l'importance de promouvoir de saines habitudes de vie et d'agir auprès des jeunes avant que ne surviennent un usage inapproprié et les problèmes qui en découlent.

### **Une expertise de pointe**

Les efforts investis dans les actions préventives ont abouti à l'expertise solide d'une grande variété d'intervenants sociaux, particulièrement dans le réseau communautaire. En plus d'avoir favorisé l'implantation d'actions diversifiées et novatrices, cette expertise s'est manifestée par la création d'une gamme impressionnante d'outils disponibles dans chaque région du Québec et qui se révèlent fort utiles pour tous les acteurs engagés en promotion de la santé et en prévention en matière de substances psychotropes<sup>61</sup>.

### **Un partenariat amorcé**

Dans les problématiques sociales complexes, les acteurs sociaux ont réalisé que le succès des interventions repose sur la mise en commun des efforts et s'appuie sur le partenariat. De fait, plus de 90 % des actions préventives en toxicomanie sont menées en partenariat, principalement avec les CLSC, les établissements scolaires, les organismes communautaires, mais aussi en collaboration avec la sécurité publique et les services municipaux<sup>62</sup>. Il n'en demeure pas moins que les organismes promoteurs qui gèrent, financent, conçoivent ou réalisent les actions sont, près de trois fois sur cinq, des organismes communautaires. Ces organismes sont aussi présents dans les communautés et dans les écoles que dans les familles. Or, leurs ressources financières et matérielles sont souvent des plus précaires et le bénévolat est l'assise de leurs structures de réalisation<sup>63</sup>.

---

61. LEBEAU (1997).

62. LEBEAU, SIROIS et VIENS (1996).

63. LEBEAU (1997), p. 6.

## **Des actions massives auprès des jeunes**

Au cours des dernières années, on a constaté que plus des trois quarts des actions préventives du réseau sociosanitaire ont ciblé directement ou indirectement les jeunes de 12 à 17 ans et, dans une moindre mesure, les jeunes adultes jusqu'à 25 ans. Si 30 % de ces actions se sont adressées directement aux adolescents, l'autre proportion des actions ont été menées auprès des intervenants, des pairs aidants et des parents, également dans le but de rejoindre ces mêmes jeunes.

Par ailleurs, alors que les parents sont les personnes les plus significatives dans la vie de nos jeunes, leur influence étant prépondérante, que ce soit par leurs attitudes face aux substances psychotropes, par leurs habitudes de consommation ou par le climat familial qu'ils inspirent, très peu d'actions préventives visent directement à les aider ou à les soutenir dans leurs fonctions parentales. Par exemple, les stratégies visant les habiletés parentales représentent moins de 1 % des actions préventives en matière de substances psychotropes.

## **Des stratégies diversifiées**

Que ce soit par l'entremise des personnes ou des milieux significatifs pour les jeunes, les deux tiers des stratégies utilisées à l'intérieur des programmes ou des projets en prévention des réseaux sociosanitaires et communautaires avaient comme objectifs d'augmenter les compétences des personnes (incluant l'estime de soi) et, plus particulièrement, d'informer et de sensibiliser les individus. De fait, la moitié de ces stratégies ont consisté à informer ou à sensibiliser les individus sur les risques ou les dangers liés à l'usage d'alcool ou de drogues.

Cependant, depuis 1990, les programmes et les projets en prévention ont connu une évolution importante quant aux actions menées. Alors qu'au début, donner de l'information représentait le principal moyen préventif, aujourd'hui, une variété d'actions plus diversifiées sont apparues, incluant le développement des compétences et l'aménagement des milieux. Les tendances dans l'allocation des budgets dont dépendent les programmes ou les projets en font foi. Ainsi, entre 1993 et 1996, le financement des activités liées à l'aménagement du milieu a connu une augmentation de l'ordre de 18 %, alors que les budgets alloués pour des activités d'information et de sensibilisation (influence) sont passés de 18 % à 13 % du budget total pour la même période.

Pour leur part, le marketing social et le contrôle de l'accessibilité et de la disponibilité des produits demeurent des stratégies utilisées marginalement par les intervenants du réseau sociosanitaire; ces stratégies représentent moins de 10 % de leurs actions<sup>64</sup>. Toutefois, il est nécessaire de prendre en considération les actions d'Educ'Alcool et de la Société d'assurance automobile du Québec qui reposent principalement sur le marketing social. Les campagnes, la publicité et les actions de ces organismes, même si elles n'ont pas été évaluées, ont sans doute contribué à renforcer les attitudes en faveur d'une consommation modérée et de la conduite automobile sans alcool.

---

64. LEBEAU (1997), p. 8-9.

L'aménagement du milieu (travail de rue, activités récréo-éducatives) représente tout de même une proportion non négligeable des actions préventives (près de 22 %), même si cette forte proportion provient principalement du fait que certaines régions du Québec ont massivement privilégié ce type d'action. On note toutefois que les actions dans les milieux prennent de plus en plus d'importance.

### **Un virage à souligner : la réduction des risques et des méfaits**

Au cours de la dernière décennie, un virage important s'est effectué quant aux objectifs de prévention en matière de substances psychotropes. Traditionnellement, l'accent portait principalement sur la prévention de l'usage, particulièrement lorsqu'il était question des drogues illicites. Pour l'alcool, les approches se sont centrées sur l'évitement des problèmes, telle la conduite automobile en état d'ébriété.

Or, une meilleure connaissance du sida et des autres maladies transmissibles par le sang a favorisé la reconnaissance du lien entre l'usage de drogues par injection dans des conditions peu hygiéniques et la transmission de ces maladies, et a attiré l'attention vers une population à risque, jusque-là mieux connue du système judiciaire que du réseau de la santé<sup>65</sup>. Les préoccupations des intervenants en santé publique et l'évidence des besoins des usagers de drogues par injection ont donc milité en faveur de l'implantation de programmes de réduction des méfaits afin de contrer l'épidémie du sida. L'application de ces programmes de réduction des méfaits représente une coupure radicale par rapport aux conceptions antérieures qui privilégiaient l'abstinence et la prohibition. En conséquence, l'accent n'est plus mis sur l'usage en soi, mais sur les conséquences négatives ou les problèmes de santé et les problèmes sociaux ou légaux qui découlent de cet usage<sup>66</sup>. Ainsi, en 1997, on dénombrait 501 centres offrant un accès aux seringues, incluant les centres spécialisés (CACTUS-Montréal, Pré-fixe et Point de Repères), des points de service en CLSC, des centres hospitaliers, des pharmacies, des cliniques médicales, des organismes communautaires et un centre de réadaptation pour personnes toxicomanes<sup>67</sup>. De plus, le Centre québécois de coordination sur le sida révèle qu'en mars 1997, il y a eu plus de 70 000 contacts avec les utilisateurs de drogues par injection, dont une forte proportion avec de nouveaux usagers; il y a eu plus de 440 000 seringues neuves distribuées, dont 80 % ont été récupérées après utilisation. De plus, 1 500 personnes ont été envoyées en consultation, notamment dans les services de réadaptation en toxicomanie et de dépistage des MTS/sida<sup>68</sup>. Plus globalement, dans une perspective de réduction des méfaits, des programmes de maintien à la méthadone, notamment à bas seuil, sont progressivement mis sur pied au Québec, afin de réduire les incidences d'injection ou les activités criminelles, ou pour faciliter la réinsertion sociale des usagers de drogues par injection. Les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec indiquent qu'en 1997, 675 personnes différentes avaient bénéficié d'un programme de maintien à la méthadone, alors qu'il y en avait 227 en 1992<sup>69</sup>.

C'est dans ce contexte dynamique en constante évolution, où les progrès s'accomplissent de petits pas en petits pas, que s'est exprimée la volonté d'unir les efforts afin de prévenir non seulement l'usage, mais davantage les problèmes ou les méfaits de l'usage de substances psychotropes. Une volonté de

---

65. MORISSETTE (1997).

66. BRISSON (1997).

67. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1998).

68. NOËL et ANTIL (1998).

69. COLLÈGE DES MÉDECINS et ORDRE DES PHARMACIENS. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie de l'assurance maladie du Québec (1997), p. 4.

travailler en concertation s'est également exprimée. Elle demande la participation d'acteurs de secteurs variés ou de domaines connexes, souvent étanches, mais qui interviennent auprès d'une même population. Pour ces raisons, le partenariat devient un mode d'action primordial afin d'offrir un continuum de services à tous les niveaux.

## **CHAPITRE 4**

### **NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LES EFFORTS**

Pendant les dix dernières années, les efforts ont été concentrés principalement sur les jeunes. Le bilan épidémiologique indique que le phénomène lié à l'usage d'alcool et de drogues persiste et s'accroît dans cette population. Les jeunes Québécois et Québécoises manifestent en plus des comportements qui les exposent à des conséquences graves liées à leur mode de consommation.

Une analyse critique des actions menées par les réseaux sociosanitaire et communautaire met en lumière plusieurs faiblesses et limites qui ont pu restreindre la portée ou l'efficacité des efforts faits en promotion de la santé et en prévention au Québec<sup>70</sup>.

### **Un partenariat qui tend à s'effriter**

Bien qu'ayant pris un certain envol, le partenariat et la concertation intersectorielle exigent encore de grands efforts pour être maintenus. Le partenariat entre les différents secteurs d'activité se bute à des difficultés à concilier des objectifs différents, à s'entendre sur un langage commun, à harmoniser les messages et les actions. L'implication de partenaires d'un même réseau ou d'autres secteurs varie d'une région à l'autre. Il en est ainsi de certains CLSC dont les objectifs en promotion de la santé et en prévention demeurent limités.

Alors que le recours au partenariat est un gage de succès en matière d'actions préventives, on assiste actuellement à un effritement et à un désinvestissement du réseau des partenaires et à la difficulté d'en faire reconnaître l'expertise. À titre d'exemple, la pertinence de la présence d'éducateurs en prévention des toxicomanies dans le milieu scolaire est actuellement remise en question et leur survie est en danger<sup>71</sup>, bien qu'ils jouent un rôle déterminant en ce qui a trait à la mobilisation et à l'animation auprès des jeunes. La diminution de l'engagement des partenaires s'accompagne d'un mouvement de recul qui se caractérise par le recours à des approches plus répressives et au contrôle policier, comme si les acteurs avaient perdu foi dans les bienfaits des actions préventives, de l'aide et du soutien. Les contraintes budgétaires et la restructuration de différents ministères ont donné l'impression d'un repli vers des actions qui visent à éviter le pire plutôt qu'à investir en amont des problèmes<sup>72</sup>. Cette tendance risque d'accroître les conséquences négatives liées à l'usage de substances psychotropes si souvent observées, notamment la marginalisation des consommateurs, même lorsque leur mode de consommation n'est essentiellement qu'exploratoire. Ce désintérêt des partenaires met en évidence la difficulté d'obtenir un équilibre entre les interventions policières ou judiciaires et les interventions psychosociales, entre la concertation, la collaboration et l'isolement ou la compétition.

### **Des projets insuffisamment financés et continus**

Il existe une difficulté quant à la continuité et à la pérennité des actions. Elles sont le plus souvent à caractère unique et ponctuel. Elles sont morcelées, non récurrentes et variables d'une région à l'autre et sont moins structurées lorsqu'elles sont sous forme de projets. Il y a également une tendance au saupoudrage des fonds pour permettre la survie d'un plus grand nombre d'organismes, entraînant une

---

70. LEBEAU (1997).

71. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. (1996).

72. LEBEAU (1997), p. 23.

difficulté à conjuguer les efforts, une compétition plutôt qu'une collaboration entre les acteurs et une difficulté à mobiliser les intervenants de différents milieux vers un objectif commun. Ainsi, les ressources humaines et financières en matière de promotion de la santé et de prévention demeurent marginales, variables d'une région à l'autre. Dans ce contexte de financement non récurrent, le respect des conditions de succès, soit l'intensité et la continuité des actions, pose problème. Par ailleurs, les actions ou les interventions sont encore soumises au cloisonnement institutionnel, rendant difficilement applicables les notions de services intégrés, complémentaires et continus. Ce cloisonnement nuit également à l'implication des personnes cibles des différents milieux dans la définition de leurs besoins et la mise au point d'actions nécessaires. Cette absence de continuité, de complémentarité et de financement récurrent conditionne souvent des choix d'actions préventives à stratégie unique, telles l'information et la sensibilisation, qui se sont révélées peu efficaces en soi<sup>73</sup>. Enfin, encore trop peu d'efforts sont investis dans la réduction directe des méfaits.

### **Les grands oubliés**

Les actions préventives du réseau sociosanitaire rejoignent principalement les adolescents en milieu scolaire. Or, malgré certains efforts pour rejoindre des groupes vulnérables, en marge ou non de la société (les jeunes de la rue, les contrevenants, les femmes, les personnes âgées ou les enfants), notamment par le travail de rue, ces groupes demeurent trop souvent exclus en tant que cible lorsqu'il s'agit d'actions en promotion et en prévention. La population criminalisée constitue un exemple frappant de ce phénomène. Alors que la proportion des criminels aux prises avec des problèmes de consommation est fort inquiétante, il y a actuellement très peu de services d'aide qui leur soient offerts, autant en milieu carcéral qu'à l'extérieur de ce milieu. Plus souvent qu'autrement, l'approche privilégiée avec cette population demeure les mesures répressives et les sanctions.

Ce déséquilibre entre les actions répressives, qui consistent à punir et à exclure les usagers de drogues illicites, et les actions préventives risque d'accroître la marginalisation et d'ouvrir la voie à la criminalité ou de la perpétuer (poursuites judiciaires, emprisonnement, dossier criminel), ce qui constitue des méfaits importants liés à l'usage de drogues. L'arrestation pour possession simple de cannabis pour usage personnel, ou l'exclusion de l'école des jeunes faisant usage de drogues illicites, ou encore la mise à pied de travailleurs qui consomment des substances psychotropes peuvent paraître démesurées par rapport au geste initial. En outre, la rigueur avec laquelle les lois sont effectivement appliquées varie d'une région à l'autre et les mesures prises sont souvent laissées aux considérations arbitraires d'un juge, d'un policier ou d'un procureur.

Par ailleurs, les dangers liés à l'usage inapproprié des médicaments psychotropes prescrits risquent de s'accroître dans la population à cause du phénomène de vieillissement. Les risques de conséquences dangereuses liées à l'interaction entre les différents médicaments ou entre les médicaments et l'alcool ne peuvent être sous-estimés, particulièrement chez les personnes âgées, qui forment la plus forte proportion des consommateurs de médicaments psychotropes<sup>74</sup>. Pourtant, les personnes âgées sont la

---

73. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997); et FOXCROFT, LISTER-SHARP et LOWE.

74. COHEN et COLLIN (1997), p. 67.

cible d'actions préventives dans moins de 2 % des cas<sup>75</sup>. Il en est de même pour les femmes, qui constituent moins de 6 % des groupes auxquels s'adressent des actions préventives.

Les travailleurs et les milieux de travail sont parmi les grands oubliés de l'aventure préventive du réseau sociosanitaire. Pour eux, une des principales formes d'aide (lorsqu'elle est offerte) consiste en programmes d'aide aux employés qui se concentrent davantage sur l'information et la sensibilisation ainsi que sur l'aide aux personnes qui éprouvent des problèmes de consommation plutôt que sur la prévention, incluant la réduction des méfaits.

La prévention en milieu de travail se bute à un obstacle de taille, soit un triple déni :

- les consommateurs sont réticents à avouer leurs problèmes de consommation;
- les organisations se dégagent de toute responsabilité en véhiculant la croyance que les problèmes de consommation de substances psychotropes sont imputables uniquement aux individus;
- certains intervenants accordent eux-mêmes peu d'importance aux aspects préventifs, croyant qu'il faut d'abord agir auprès des personnes qui éprouvent le plus de difficulté<sup>76</sup>.

### **La nécessité d'évaluer reconnue, mais absente des actions**

L'absence d'évaluation rigoureuse des actions entreprises est marquée au Québec, de sorte qu'il est difficile de distinguer les actions efficaces de celles qui le sont moins et de déterminer à quoi tient leur efficacité ou leur inefficacité. Le financement accordé ne permet pas toujours d'intégrer le volet évaluation à l'ensemble du projet. Et lorsqu'il y a évaluation, la qualité méthodologique est variable et semble dépendre des ressources financières et spécialisées disponibles.

---

75. LEBEAU (1997), p. 12.

76. MORISSETTE, MARANDA et DE MONTIGNY (1997).

## **CHAPITRE 5**

### **PISTES D'ACTION**

Afin de réduire les problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes, plusieurs stratégies d'action visant l'individu, le contexte ou la substance peuvent être envisagées. Certaines sont bien documentées dans les études québécoises et internationales. Cependant, il existe un consensus voulant qu'il n'existe pas de solution unique ni de solution miracle pour prévenir l'usage inapproprié de substances psychotropes et les problèmes que cet usage peut entraîner. Le recours à des actions variées qui agissent de façon complémentaire et concomitante sur plusieurs facteurs de risque constitue un élément de base des plus prometteurs. On reconnaît également que, pour être efficaces, les actions doivent être continues, intégrer un processus de rappel et viser des groupes bien ciblés.

Lorsqu'ils sont conjugués, les programmes d'information, de sensibilisation, de développement des aptitudes personnelles et sociales ou de l'estime de soi, ainsi que toutes les techniques qui visent l'augmentation de la capacité à résister à la pression négative des pairs contribuent à des degrés divers à retarder le début de la consommation et à prévenir l'usage inapproprié des substances psychotropes. D'autres actions, dont celles axées sur la famille ou la communauté, semblent également prometteuses.

Des actions sur le contexte, comme l'aménagement de certains milieux, la transformation des lieux de consommation afin de les rendre plus sécuritaires, la formation des serveurs, le service de raccompagnement, les programmes d'échange de seringues se révèlent également des mesures efficaces pour réduire plusieurs problèmes associés à l'usage inapproprié d'alcool ou de drogues.

Toutes les sociétés industrialisées, incluant le Québec, ont adopté des mesures pour gérer, au sein de leur population, la consommation des substances psychotropes et les problèmes qui lui sont associés. Ces mesures imposent, à divers degrés, des restrictions qui visent à limiter l'accessibilité à ces substances. Globalement, les sociétés occidentales favorisent des mesures de restriction sélective ou partielle dans le cas de l'alcool et des médicaments psychotropes, et des mesures de restriction absolue en ce qui concerne la plupart des substances psychotropes qui ne sont pas destinées à un usage médical. L'usage de ces dernières, qui sont déclarées illicites, est carrément banni.

Pour l'alcool, les mesures visent à restreindre plus ou moins son accessibilité en délimitant les points d'achat, les prix et l'âge minimal requis pour l'achat ou la consommation de produits alcoolisés. On veut, de la sorte, contrôler le volume d'alcool consommé par la population. De fait, il y a un consensus parmi les experts : toutes les politiques qui favorisent l'accès et la disponibilité des produits alcoolisés résultent généralement en une hausse de consommation parmi la population et en une hausse des problèmes associés à la consommation d'alcool (accidents de la route, violence, maladies), tout particulièrement lorsque ces hausses s'accompagnent d'une augmentation de l'incidence de l'usage inapproprié<sup>77</sup>.

Il faut cependant noter que l'adoption de mesures plus répressives, même si elles semblent généralement diminuer la consommation par personne, doit cependant s'inscrire à l'intérieur d'une tradition ou d'une culture de consommation<sup>78</sup>. Elle doit obtenir l'approbation et le soutien de la population, si non on risque de voir apparaître des réseaux illégaux de distribution, des réseaux de fabrication et de distribution clandestines de produits frelatés dont la qualité et la concentration variables peuvent constituer un sérieux danger pour la santé des usagers.

---

77. EDWARDS et collaborateurs (1994); STOCKWELL, HAWKS, LANG et RYDON (1996).

78. EDWARDS et collaborateurs (1994); STOCKWELL, HAWKS, LANG et RYDON (1996).

Pour les drogues illicites, les mesures préconisées par presque toutes les sociétés occidentales sont prohibitionnistes. On cherche à éliminer toute forme d'usage par un contrôle de l'offre et de la demande, soit par l'arrestation des trafiquants, petits ou importants, la saisie des produits illégaux ou les sanctions imposées aux usagers. Ce contrôle par la prohibition obtient un succès mitigé. La prohibition est d'ailleurs mise en cause dans la plupart des problèmes ou désordres sociaux liés aux drogues illicites (développement d'un marché noir, qualité variable des produits, criminalité, maladies infectueuses, surdoses, etc.)<sup>79</sup>. On note également que seule une proportion de 1 à 20 % des drogues circulant sur le marché noir sont effectivement saisies. L'expérience des États-Unis, grand défenseur de l'approche prohibitionniste, indique que les actions répressives n'ont pas atteint leurs objectifs. Au Canada, à l'instar de États-Unis, les drogues illicites se révèlent aussi disponibles qu'avant et les prix sont demeurés stables comme par le passé, malgré la vigueur des efforts répressifs déployés<sup>80</sup>.

Parallèlement à ces mesures de dissuasion, on observe des conséquences non désirées, soit une augmentation de la production illicite, la prolifération constante de nouvelles drogues, l'expansion de méthodes de vente attrayantes pour la clientèle, le développement de nouvelles technologies permettant d'éviter la détection de drogues et la création de groupes organisés plus puissants dont les marchés prennent une expansion grandissante<sup>81</sup>.

La Hollande se démarque par l'adoption d'une politique pragmatique de tolérance vis-à-vis de la consommation de cannabis, qui s'appuie sur la distinction entre les drogues dures et les drogues douces. Sans toutefois avoir modifié ses lois, la Hollande a permis la vente et la consommation de cannabis dans certains endroits désignés et sous certaines conditions (le consommateur doit avoir plus de 16 ans, le cannabis constitue le seul produit vendu et il est interdit d'en faire la publicité). Un rapport d'évaluation produit par quatre ministères du gouvernement néerlandais révèle que, vingt ans plus tard, la consommation de drogues douces est comparable à celle des autres pays occidentaux. Le rapport conclut également que la prévalence de la toxicomanie chez les jeunes et les taux de morbidité et de mortalité par surdose sont moins élevés en Hollande qu'ailleurs en Europe ou aux États-Unis<sup>82</sup>.

L'impossibilité d'enrayer la consommation de toutes les substances psychotropes et l'ampleur grandissante de certaines maladies associées à un usage inapproprié de ces substances ont donné lieu à la mise en application d'une nouvelle approche qui s'accroît dans plusieurs sociétés occidentales. Certaines expériences étrangères permettent de croire que s'il est impossible d'éliminer complètement l'usage des drogues illicites, il est tout de même possible de contrôler, voire de diminuer les méfaits qui peuvent en découler. L'approche basée sur la réduction des méfaits sous-tend que l'usage de psychotropes fait partie d'une réalité sociale qui ne peut, du moins à court terme, être modifiée. Il s'avère donc nécessaire d'agir afin de limiter les conséquences négatives ou les problèmes qu'entraîne un usage inapproprié de ces substances. Contrairement à l'approche prohibitionniste, la réduction des méfaits découle d'une vision pragmatique et humaniste du phénomène lié aux drogues<sup>83</sup>. Elle se distingue par les six caractéristiques suivantes :

---

79. BROCHU (1995).

80. GENDARMERIE ROYALE DU CANADA (1994).

81. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997), p. 90.

82. BRISSON (1997).

83. BRISSON (1997).

- une reconnaissance que l’usage des drogues (illicites) est une réalité sociale; c’est une expérience et un comportement parmi d’autres expériences et comportements sociaux à risque;
- des interventions qui visent à réduire les conséquences négatives de l’usage des drogues tout en prenant en considération ses conséquences positives (bienfaits);
- une hiérarchie d’objectifs de changement qui soient prioritaires socialement et réalistes pour l’usager;
- des actions dans le milieu même des usagers;
- une variété de ressources offertes aux usagers comme une « porte d’entrée » vers l’amélioration de leur condition et constituant des occasions de changement correspondant à leurs besoins;
- des actions qui favorisent l’engagement des usagers dans les démarches de changement, et ce, dans le respect de leurs droits et de leurs libertés, y compris à travers l’autogestion<sup>84</sup>.

Pour les drogues illicites, les mesures découlant de l’approche de réduction des méfaits, qui ont particulièrement été discutées dans la littérature internationale, sont les programmes de substitution (maintien à la méthadone ou prescription médicale de stupéfiants, par exemple) et les programmes d’échange de seringues. Les programmes de substitution se révèlent efficaces pour diminuer les comportements criminels associés à la toxicomanie, la prostitution et les comportements à risque liés à l’injection de drogues, en plus d’augmenter les taux d’adhésion au traitement. De plus, un rapport récent sur des essais de prescription médicale de stupéfiants (héroïne) en Suisse indique que ce programme a contribué à une baisse de 60 % des délits associés à l’usage de drogues et a permis la réinsertion sur le marché de l’emploi de plus de la moitié des participants<sup>85</sup>. De même, les programmes d’échange de seringues ont permis de stabiliser le nombre de cas infectés au VIH dans les pays qui les ont implantés à grande échelle<sup>86</sup>.

Pour l’alcool, les politiques qui se sont révélées efficaces sur le plan international sont celles qui agissent sur les méfaits causés par l’intoxication, tels la formation (sensibilisation à l’état d’ébriété) du personnel des établissements qui vendent de l’alcool afin d’éviter qu’une personne intoxiquée ne conduise une automobile, les services de raccompagnement, la surveillance routière et les boissons à faible teneur d’alcool<sup>87</sup>.

Il est important de répéter qu’il n’y a pas d’action ou d’approche unique pouvant nous permettre de faire face efficacement à la complexité du phénomène de l’usage inapproprié de substances psychotropes. Dans une perspective globale de santé, il faut préserver les acquis de la population et cibler les groupes les plus vulnérables ainsi que les comportements les plus à risque. D’une part, dans une perspective de promotion de la santé, on doit favoriser les actions en amont des problèmes, visant à renforcer la capacité des individus à opter pour des habitudes de vie saines et sécuritaires; la

---

84. BRISSON (1997), p. 43.

85. UCHTENHAGEN (1997).

86. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994).

87. CHAYER, LARKIN, MORISSETTE et BROCHU (1997); EDWARDS et coll. (1994).

reconnaissance des facteurs de protection et des facteurs de risque communs à plusieurs problématiques permet d'envisager des actions auprès de groupes cibles, qui non seulement peuvent agir sur la prévention de l'usage inapproprié, mais également sur un ensemble de problèmes d'adaptation sociale. D'autre part, compte tenu de l'importance du lien entre les méfaits et certains modes de consommation à risque, notamment l'intoxication à l'alcool et l'injection de drogues, la prévention s'adresse également à tous les usagers afin de réduire l'incidence de leurs modes de consommation à risque et des méfaits qui peuvent en découler. Plus largement, l'approche basée sur la réduction des méfaits, par une intégration des notions de risques et de méfaits, permet d'envisager des actions qui couvrent l'ensemble du continuum de services tant auprès des non-usagers que des usagers dépendants.

Pour la population, une réglementation visant uniquement les volumes de consommation rejoint de fait les grands buveurs, mais elle risque de ne pas cibler les buveurs modérés qui s'intoxiquent à l'occasion. Ainsi, le paradoxe préventif met en lumière l'importance d'agir non seulement auprès des grands buveurs, mais également auprès de l'ensemble des buveurs. La réduction du volume de consommation ne doit pas être le seul objectif en matière de prévention. Tout en préservant les acquis de la population, il faut également et tout particulièrement cibler les groupes qui ont des modes de consommation inappropriée.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ALTMAN, J., et collaborateurs (1996). « The biological, social and clinical bases of drug addiction, commentary and debate », *Psychopharmacology*, n° 125, p. 285-345.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic Statistical Manual, DSM-IV*, 4<sup>e</sup> éd., Washington, Psychiatric American Association, 886 p.
- BRISSON, P. (1997). *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 p.
- BROCHU, S. (1995). *Drogue et criminalité, une relation complexe*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 226 p.
- CENTRE CANADIEN SUR LE DOPAGE SPORTIF (1993). *Étude scolaire nationale sur la drogue et le sport*, Rapport final, Gloucester (Ontario), 42 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin, 43 p.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1998). *État de situation : projets de prévention du VIH auprès des utilisateurs de drogues par injection*, document présenté au Groupe de travail en prévention des toxicomanies, avril.
- CHAYER, L., J. LARKIN, P. MORISSETTE et S. BROCHU (1997). *La réduction des méfaits chez les usagers de substances psychoactives : les actions évaluées*, étude préparée pour le Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, Québec, novembre, 42 p.
- CHAYER, L., J. LARKIN, P. MORISSETTE et S. BROCHU (1997). *Prévenir les toxicomanies : De la nature du problème aux politiques à considérer*, document de travail commandé par le Groupe de travail en prévention des toxicomanies, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre, 132 p.
- CHEVALIER, S., et C. CHARLAND (1997). *La toxicomanie à Montréal-Centre : faits et méfaits*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, novembre, 80 p.
- CLOUTIER, R., et G. LEGAULT (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire, synthèse du rapport d'étude*, Québec, ministère de l'Éducation, 74 p.
- COHEN, D., et J. COLLIN (1997). *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*, document de travail commandé par le Groupe de travail en prévention des toxicomanies, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre, 145 p.

- COMITÉ PERMANENT DE LA LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996). *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*, rapport adressé au ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, gouvernement du Québec, 80 p.
- DEMERS, A. (1997). « When at risk ? Drinking contexts and heavy drinking in the Montreal adult population », *Contemporary Drug Problems*, n° 24, p. 449-471.
- DESCHESNE, M. (1996). *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 32 p.
- DESJARDINS, S. (1996). *Les coûts de l'abus des substances au Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 14 p.
- EDWARDS, G., P. ANDERSON, T.F. BABOR, S. CASSWELL, R. FERRENCE, N. GIESBRETCH, C. GODFREY, H.D. HOLDER, P. LEMMENS, K. MAKELA, L.T. MIDANIK, T. NORSTROM, E. OSTERBERG, A. ROMELSJO, R. ROOM, J. SIMPURA et O.-J. SKOG (1994). *Alcohol Policy and The Public Good*, Oxford, Oxford University Press, 226 p.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1996). *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier, rapport final du Forum national sur la santé*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 62 p.
- FOXCROFT, D.R., D. LISTER-SHARP et G. LOWE (1997). « Alcohol misuse prevention for young people : A systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness », *Addiction*, n° 92, p. 531-537.
- GENDARMERIE ROYALE DU CANADA. *Rapport annuel national sur les drogues 1994*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- GIROUX, L., et G. LEGAULT (1994). *La consommation de drogues licites et illicites chez les élèves du secondaire et conduites suicidaires*, Québec, ministère de l'Éducation.
- GUYON, L., et M. LANDRY (1996). « L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres ? Portrait d'une population en traitement », *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, n° 1, p. 61-81.
- GUYON, L., et Y. GEOFFRION (1997). *La toxicomanie au Québec, bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 130 p. (Collection Études et analyses, n° 34).
- HELLER, D., et A.E. ROBINSON (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, 134 p.

- HAWKINS, J.D., R.F. CATALANO et J.Y. MILLER (1992). « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood », *Psychological Bulletin*, n° 112, p. 64-105.
- KREITMAN, N. (1986). « Alcohol consumption and the preventive paradox », *British Journal of Addiction*, n° 81, p. 353-363.
- KUZMINSKI, F., et A. DEMERS (1998). *Évolution (1978-1994) et déterminants de la consommation d'alcool et de drogues au Québec, analyses secondaires des données d'enquêtes nationales*, document de travail commandé par le Groupe de travail en prévention des toxicomanies, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier, 86 p.
- LEBEAU, A. (1997). *Les actions préventives en toxicomanie au Québec : Faits et tendances à partir d'études de bilan, de répertoires et d'inventaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin, 38 p.
- LEBEAU, A., G. SIROIS et C. VIENS (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique*, tome 1, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99 p.
- MARANDA, M.F., P. MORISSETTE et M.J. DE MONTIGNY (1997). *Alcoolisme et toxicomanie en milieu de travail*, document de travail, Montréal, Université de Montréal.
- MCCAULEY-OHAMNESSIAN, C., J.R. STABENAU et V.M. HESSELBROCK (1995). « Childhood and adulthood temperament and problem behaviors and adulthood substance use », *Addictive Behaviors*, n° 20, p. 77-86.
- MERCIER, C. (1993). *Toxicomanie et itinérance, recension des écrits*, Montréal, Équipe de recherche sur les substances psychoactives, (Cahiers de recherche du RISQ).
- MEYER, R.E. (1996). « The disease called addiction : Emerging evidence in a 200-year debate », *Lancet*, n° 347, p. 162-166.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS et ORDRE DES PHARMACIENS (1997). *Compte rendu du comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone*, 2 décembre.
- MORISSETTE, C. (1997). *Vers une politique de santé publique en matière de toxicomanie, minimiser les risques et réduire les méfaits associés à l'usage des psychotropes au Québec*, document de travail inédit soumis au Comité permanent de la lutte à la toxicomanie pour usage interne.
- MORISSETTE, P., M.F. MARANDA et M.J. DE MONTIGNY (1997). *Promotion et prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail : Portrait et analyse de pratiques québécoises*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, octobre, 54 p.

- NADEAU, L., et C. BIRON (1997). *Cadre conceptuel pour une meilleur compréhension de la toxicomanie*, document de travail commandé par le Groupe de travail sur les politiques-clientèles, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet, 112 p.
- NOËL, L., et T. ANTIL (1998). *Les programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec : Une démarche collective d'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, février, 104 p.
- OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH, bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 164 p. (Collection Études et analyses, n° 28).
- PARENT, R. (1998). *SurUDI : trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*, Centre de santé publique de Québec, juin.
- PAYETTE, T., et M. TOUSIGNANT (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 45 p.
- PETERSON, R. (1996). *Ecstasy : synthèse documentaire et pistes de prévention*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, septembre, 67 p.
- ROOM, R., S.J. BONDY et J. FERRIS (1995). « The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989 », *Addiction*, n° 90, p. 499-513.
- ROY et collaborateurs (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH, études de prévalence*, Montréal, Direction de la santé publique, 36 p.
- SANTÉ QUÉBEC (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*, volume 1, Québec, Gouvernement du Québec, 412 p.
- SIMPURA, J. (1991). « Studying norms and contexts of drinking », *Contemporary Drug Problems*, n° 18, p. 477-498.
- STOCKWELL, T., D. HAWKS, E. LANG et P. RYDON (1996). « Unravelling the preventive paradox for acute alcohol problems », *Drug and Alcohol Review*, n° 15, p. 7-15.
- UCHTENHAGEN, A. (1997). *Essais de prescription médicale de stupéfiants, rapport final des mandataires de la recherche, résumé du rapport de synthèse*, document pour la conférence de presse à Berne, Zurich, Office fédéral de la santé publique, 12 p.
- VITARO, F., P. DOBKIN, M. JANOSZ et D. PELLETIER (1992). « Enfants et adolescents à risque de toxicomanies », *Apprentissage et socialisation*, n° 15, p. 109-120.

