

PORTRAIT DE L'ENVIRONNEMENT AU QUÉBEC

***En matière de consommation
et abus d'alcool et de drogues***

Novembre 2011



**Santé
Canada**

**Health
Canada**



Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés.

© 2011 Centre québécois de lutte aux dépendances

PORTRAIT DE L'ENVIRONNEMENT AU QUÉBEC
En matière de consommation et abus d'alcool et de drogues

Pour information

Cette publication a été produite grâce à la contribution financière de Santé Canada

Recherche : Caroline Dion, MBSI, *bibl. prof.*, spécialiste de l'information
Eve Paquette, professionnelle de recherche, CQLD

Rédaction : Robert Faulkner, consultant externe
Renée Latulippe, M.A., directrice générale, CQLD
Eve Paquette, professionnelle de recherche, CQLD
Rodrigue Paré, directeur général, Maison Jean Lapointe

Révision : Sophie Bellefeuille, conseillère en programme, Santé Canada
Françoise Lavoie, gestionnaire régionale, Santé Canada

Révision linguistique : Monic Bleau, adjointe administrative, CQLD

Table des matières

Note au lecteur	8
Faits saillants	9
Introduction	12
Chapitre I Portrait de la consommation d'alcool et de drogues au Québec	
1. Consommation d'alcool	16
2. Consommation de drogues	19
2.1. Cannabis	21
2.2. Autres drogues illicites	22
3. Consommation de médicaments psychoactifs	26
4. Autres substances	26
4.1. Consommation de stéroïdes	26
4.2. Consommation de boissons énergisantes	27
5. Portrait de la consommation des jeunes	27
5.1. Consommation d'alcool	28
5.2. Consommation de drogues	29
5.3. Le DEP-ADO et la consommation des jeunes	31
6. Les populations à risque	32
6.1. Les femmes enceintes	33
6.2. Les jeunes en difficultés	33
6.2.1. Jeunes en centres jeunesse	33
6.2.2. Jeunes de la rue	34
6.3. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale	34
6.4. Les jeunes gais	35
6.5. Les Premières nations	36
6.6. Les personnes en situation d'itinérance	36
6.7. Les personnes utilisant des drogues injectables	37
6.8. Les personnes incarcérées	38
6.9. Les membres des gangs de rue	38
6.10. Les personnes âgées	40
7. L'opinion publique en matière de consommation	40
8. Les principales approches utilisées au Québec	42
8.1. L'approche de réduction des méfaits	42
8.1.1. Programmes touchant l'alcool	43
8.1.2. Programmes touchant les drogues	43
8.1.3. Traitement de maintien à la méthadone	44
8.2. L'approche des communautés thérapeutiques	45
8.3. L'approche liée à la philosophie des Groupes d'entraide	46

Chapitre II Les gouvernements, la santé et les dépendances

9. Organismes gouvernementaux	49
9.1. Bureau des projets Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et Centre hospitalier (CHU) Sainte-Justine	49
9.2. Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles	49
9.3. Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise	49
9.4. Commissaire à la santé et au bien-être	50
9.5. Institut national de santé publique du Québec	50
9.6. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	50
9.7. Office des personnes handicapées du Québec	51
9.8. Régie de l'assurance maladie du Québec	51
9.9. Urgences-santé	51
10. Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013	51
11. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011	52
11.1. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	53
11.2. Ministère de la Justice et ministère de la Sécurité publique	54
11.2.1. La prévention de la criminalité	54
11.2.2. La réduction de la criminalité par la répression	55
11.3. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale	55
11.4. Les autres ministères	56
11.4.1. Ministère des Transports	56
11.4.2. Ministère de la Famille et des Aînés	56
11.4.3. Ministère du Conseil exécutif	56
11.4.4. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles	57
11.5. Clientèles visées	57
11.6. Quatre axes d'action	58
11.7. Milieux d'action privilégiés	62
12. Programme-services Dépendances 2007-2012 (MSSS)	62
12.1. Clientèle visée	62
12.2. Définition	62
12.3. Principaux constats et enjeux	63
12.4. Orientations du Programme-services Dépendances	64
12.5. Organisation des services	65
12.5.1. Au plan local	66
12.5.2. Au plan régional	66
12.5.3. Trajectoire de service du Programme-services Dépendances	67
12.6. Les services liés aux dépendances	69
12.6.1. Détection de cas (dépistage) et orientation vers les services appropriés (référence)	69
12.6.2. Intervention précoce	71
12.6.3. Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé	72
12.6.4. Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone	72
12.6.5. Désintoxication externe et interne avec suivi psychosocial	72
12.6.6. Programme régional d'évaluation spécialisée	73
12.6.7. Réadaptation externe et interne	74
12.6.8. Réinsertion sociale	74
12.6.9. Soutien à l'entourage	75

13. Le gouvernement fédéral	75
14. Les autres secteurs d'activités.....	76
14.1. La promotion de la santé	76
14.2. La prévention	77
14.2.1. Activités et programmes de prévention	78
14.3. La formation	78
14.3.1. Niveau collégial	78
14.3.2. Niveau universitaire	79
14.4. La recherche	79

Chapitre III Le réseau privé et communautaire

15. Organisation des services	84
15.1. La table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	84
15.2. Soutien aux organismes communautaires	85
16. Les services liés à la dépendance	86
16.1. Certification des organismes offrant des services en toxicomanie avec hébergement	86
16.2. Réadaptation externe et interne avec hébergement	86
16.3. Itinérance	87
16.4. Réinsertion sociale	87
17. Les autres secteurs d'activités.....	88
17.1. La prévention	88
17.2. Les groupes d'entraide	89

Chapitre IV Les ressources téléphoniques et Internet

18. Les services d'aide au téléphone	91
19. Les sites Internet	92

Liste des figures

Figure 1.	
Évolution de la consommation <i>per capita</i> (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, au Québec et au Canada, de 1986-1987 à 2007-2008	17
Figure 2.	
Évolution de la consommation <i>per capita</i> (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, selon le type de boissons alcoolisées, au Québec de 1986-1987 à 2007-2008	17
Figure 3.	
Usage de la drogue par les Québécois	19
Figure 4.	
Type de consommation de drogues de la population (15 ans et plus) selon l'âge au Québec en 2008	20
Figure 5.	
Nombre de drogues différentes expérimentées au cours de la vie selon l'âge, au Québec en 2008	20
Figure 6.	
Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation d'alcool chez les adolescents du Québec	28
Figure 7.	
Évolution biennale de 2000 à 2008 du type de consommateurs d'alcool chez les adolescents du Québec	28
Figure 8.	
Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation de drogues chez les adolescents du Québec	29
Figure 9.	
Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation de cannabis, d'hallucinogènes, d'amphétamines et de cocaïne chez les adolescents du Québec	31
Figure 10.	
Évolution biennale de 2000 à 2008 du boire excessif et du boire excessif Répétitif, chez les adolescents du Québec qui ont consommé de l'alcool	32
Figure 11.	
Répartition géographique des 18 agences de la santé et des services sociaux du Québec	65
Figure 12.	
Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux	67
Figure 13.	
Trajectoire de services du Programme-services Dépendances (MSSS)	68

Liste des tableaux

Tableau 1.	
Pourcentage de Canadiens ayant consommé de l'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois, selon les provinces	16
Tableau 2.	
Habitudes de consommation des Canadiens, selon les provinces	18
Tableau 3.	
Consommation de cannabis chez les Canadiens, comparaison entre 2004 et 2010	21
Tableau 4.	
Consommation de cannabis, comparaison entre les Québécois et les Canadiens en 2010	22
Tableau 5.	
Consommation de cocaïne/crack chez les Québécois et les Canadiens en 2010	23
Tableau 6.	
Consommation d'hallucinogènes chez les Québécois et les Canadiens en 2010	23
Tableau 7.	
Consommation d'amphétamines et de méthamphétamine chez les Québécois et les Canadiens en 2010	24
Tableau 8.	
Consommation d'ecstasy chez les Québécois et les Canadiens en 2010	25
Tableau 9.	
Évolution de la consommation chez les Canadiens	25
Tableau 10.	
Consommation de médicaments psychoactifs chez les Canadiens au cours des douze derniers mois (selon l'enquête)	26
Tableau 11.	
Indice de consommation problématique d'alcool et de drogues (DEP-ADO) en 2006 et en 2008 au Québec.	32
Tableau 12.	
Actions du « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 »	59



Note au lecteur

Le document suivant vise à dresser le portrait du Québec en matière de consommation d'alcool et de drogues et ce, tant en ce qui concerne l'ampleur de la problématique que les moyens mis en place par le gouvernement et le réseau privé pour l'adresser.

Pour assurer une bonne compréhension et une exhaustivité de l'information, certaines sections du document sont tirées de sites Internets ministériels et n'ont pas fait l'objet d'une réécriture. Les références complètes sont placées en *note de bas de page*.

Bonne lecture !

Faits saillants

Alcool

- En 2010, **92,6%** des Québécois âgés de 15 ans et plus ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie et **82,5%** en ont consommé au cours de 12 derniers mois précédant l'enquête.
- Le Québec est la province qui comporte le pourcentage le plus élevé de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois.
- Le Québec n'est pas la province qui consomme le plus et le plus souvent. Elle arrive à l'avant-dernier rang des provinces du Canada pour la consommation excessive fréquente. Les habitudes de consommation des Québécois tendent vers la consommation d'alcool fréquente et en moins grande quantité.

- Les Québécois âgés entre 15 et 24 ans sont les plus grands consommateurs actuels de drogues, comparativement aux autres tranches d'âge.
- La prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois (précédent l'enquête ESCCAD) chez les Canadiens de 15 ans et plus, est de **10,7%**; elle est demeurée inchangée par rapport à 2009 (10,6%), mais elle est significativement inférieure au taux de **14,1%** signalé en 2004.
- En comparant les taux de consommation de cannabis (2004 contre 2010) on constate que celle-ci a diminué de façon significative chez les hommes (**18,2%** contre **14,6%**), les femmes (**10,2%** contre **7,1%**) et chez les jeunes de 15 à 24 ans (**37,0%** contre **25,1%**).
- Seulement **36,6%** des Canadiens sont d'accord avec la légalisation de la marijuana. Parmi ceux qui approuvent cette légalisation, **37,9%** le sont parce qu'ils considèrent que la marijuana n'est pas une drogue dangereuse.
- On note une baisse significative de la prévalence de la consommation de cocaïne pour la population canadienne passant de **1,9%** en 2004 à **0,7%** en 2010.
- On constate que **3,7%** des Québécois de 15 ans et plus auraient consommé, au moins une fois, de l'ecstasy au cours de leur vie en 2004, contre **4,4%** en 2010.
- Parmi les mesures susceptibles d'enrayer les problèmes reliés à la drogue, la population canadienne préfère la prévention. En effet, elle préfère la prévention et le traitement (**78,0%**) à l'application des lois et à l'incarcération (**18,7%**) comme moyens de lutte contre la consommation de drogues. Les Canadiens considèrent à **82,8%** que le gouvernement devrait privilégier les programmes de traitement à la criminalisation de la consommation de drogues.
- **10%** des cas d'intoxication causés par la consommation de boissons énergisantes concernaient des jeunes âgés de 11 ans et moins.

Drogues

Les jeunes

- Les résultats recueillis à l'aide du questionnaire DEP-ADO (2008), démontrent que **88%** des élèves du secondaire n'ont pas de problème évident de consommation d'alcool ou de drogues, alors que **12%** présentent des signes d'un problème de consommation en émergence ou déjà bien établis pour lesquels une intervention professionnelle est suggérée.
- Ces résultats sont très différents pour les jeunes en provenance des centres jeunesse du Québec. La majorité des jeunes qui entrent en centre jeunesse (**58,4%** des filles; **63,1%** des garçons) reçoivent une cote « feu rouge » au DEP-ADO, c'est-à-dire qu'ils ont un problème évident de consommation d'alcool ou de drogues.
- Chez les jeunes homosexuels montréalais (moins de 30 ans), **79,8%** ont consommé de l'alcool, **47,6%** du cannabis, **25,2%** de la cocaïne, **26,4%** de l'ecstasy, **26,2%** des amphétamines, **16,9%** du GHB, **15,7%** de la kétamine, **6,3%** des champignons magiques, **5,1%** de l'héroïne, **3,5%** d'autres opiacés et **3,5%** du LSD, deux heures avant leurs rapports sexuels et ce, au moins une fois au cours des six derniers mois.

- Ce n'est pas la dépendance à l'alcool qui cause problème chez les peuples des Premières nations, mais plutôt son mode de consommation. En effet, ceux qui consomment, le font jusqu'à l'intoxication, ce qui entraîne de sérieuses conséquences sur le plan social.
- La situation est aussi problématique chez les jeunes des Premières nations vivant en milieu urbain. En effet, ils seraient de deux à six fois plus susceptibles d'éprouver un problème d'alcool que leurs pairs des communautés urbaines. Ils sont aussi plus nombreux à consommer de la marijuana ou des solvants.
- Selon une enquête menée dans les régions de Québec et de Montréal-Centre, près de la moitié (**46%**) des personnes en situation d'itinérance présentent un trouble actuel ou récent lié à la consommation d'alcool ou de drogues.

Les clientèles à risque



L'organisation des services

- Plusieurs approches se partagent le champ de la toxicomanie au Québec. Entre autres l'approche par la réduction des méfaits, des communautés thérapeutiques ainsi que celle liée à la philosophie des Groupes d'entraide.
- Le « Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 » résulte de la volonté de plusieurs ministères et organismes gouvernementaux d'harmoniser et de concerter leur engagement pour prévenir et contrer l'itinérance au Québec.
- Le « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 » a été développé en concertation avec huit ministères et aura comme objectif de mettre en œuvre des actions aux niveaux provincial, régional et local.
- Ce plan s'adresse à la population en général et porte une attention particulière à certains groupes aux besoins particuliers (jeunes; jeunes en difficulté; femmes enceintes; personnes âgées; membres des communautés culturelles et des Premières Nations; personnes contrevenantes; personnes ayant un problème de santé mentale; utilisateurs de drogues par injection et personnes itinérantes).
- Le Programme-services Dépendances regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque en regard de la consommation de psychotropes ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.
- Le but de ce programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois.
- Il existe au Québec plus de **4 116** organismes communautaires et privés dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Dans le domaine de la toxicomanie, les organismes communautaires et privés sont en mesure de déterminer eux-mêmes leur mission et leurs pratiques. Leur champ d'activités peut être, par conséquent, très diversifié. Certains vont offrir des activités de prévention, des services d'aide, de soutien, des programmes de traitement et de la réinsertion sociale.
- Le MSSS est responsable du « Programme de soutien aux organismes communautaires » et a pris une série d'engagements pour aider les milieux communautaires à consolider ses actions et son rayonnement (tout en respectant l'autonomie des organismes), à déterminer leurs missions, leurs orientations, leurs approches d'intervention et leurs modes de gestion.
- Finalement, au Québec, il existe un grand nombre de ressources privées ou communautaires qui offrent une gamme élargie de services en toxicomanie. Ces services peuvent être dispensés à l'interne ou sur une base externe, à court ou à plus long terme, selon la philosophie et la structure qui leur est propre. Ces ressources peuvent exiger une contribution financière plus ou moins importante des personnes qui utilisent leurs services.

Introduction

Le Québec en bref...

Le Québec couvre un territoire de 1 667 441 km² et constitue, par le fait même, la plus vaste des dix provinces canadiennes. Au Canada, seul le territoire du Nunavut est plus grand. Le Québec est délimité par plus de 10 000 km de frontières terrestres, fluviales et maritimes soit avec l'Ontario, Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick et quatre états américains (Maine, New Hampshire, Vermont et New York).

La population du Québec est estimée à 7,83 millions de personnes au 1^{er} juillet 2009¹ et forme une société majoritairement francophone. En projetant les tendances actuelles, la population du Québec devrait atteindre huit millions en 2012. Une grande partie des francophones québécois sont les descendants des premiers colons venus de France au cours du 17^e et du 18^e siècle. À ce groupe central s'ajoutent les nombreux immigrants dont la langue maternelle n'est pas forcément le français et qui, au fil des ans, ont adopté la langue de la majorité québécoise. Les anglophones du Québec sont les descendants des immigrants surtout britanniques, mais aussi d'autres souches qui cherchaient un meilleur sort en Amérique ou qui, par fidélité à la mère patrie, ont quitté les États-Unis après la guerre de l'Indépendance américaine. Les lois québécoises leur reconnaissent différents droits, tels celui de fréquenter un système public d'enseignement en anglais, de la maternelle à l'université, et celui de se faire soigner dans leur langue. Ils disposent aussi d'un vaste réseau d'institutions culturelles. De plus, les deux tiers des anglophones du Québec connaissent le français.

Le territoire québécois est divisé en 104 municipalités régionales de comté (MRC) réparties dans 17 régions administratives. Ces MRC regroupent 1 135 municipalités locales, 96 territoires non organisés et 57 territoires des premières nations. La densité de population au Québec varie de 0,03 hab./km² (Kativik) à 3 808,5 hab./km² à Montréal. En 2009², près de six millions de personnes, soit un peu plus de trois Québécois sur quatre, vivaient dans une municipalité de 10 000 habitants ou plus. Les dix municipalités les plus peuplées du Québec (100 000 habitants ou plus) rassemblent 3,7 millions d'habitants, soit 48% de la population québécoise.

Comme dans la plupart des pays industrialisés, le Québec connaît un phénomène de vieillissement de sa population et il se caractérise par la rapidité avec laquelle s'effectue ce changement. En 2009³, un Québécois sur deux était âgé de 41 ans et plus. En 1971, l'âge médian des Québécois s'établissait à 25,6 ans. Cet âge médian a constamment grimpé, dépassant 30 ans en 1982 et 40 ans en 2005. Il devrait atteindre 45 ans autour de l'an 2030. Toujours en 2009, 15% de la population québécoise était âgée de 65 ans et plus (cette proportion devrait dépasser les 25% en 2031), 69% étaient âgés de 15 à 64 ans, alors que les 0-14 ans étaient stables à 16%.

¹ Institut de la statistique du Québec. (2010). Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/accueil.htm

² Ibid

³ Ibid

Toujours en 2009⁴, le nombre de personnes entrant au Québec est supérieur de 39 400 à celui du nombre de sortants. De 1991 à 2010, le Québec a accueilli 787 256 immigrants. La moyenne la plus élevée a été observée durant la période 2006-2010, soit 47 711 admissions.

En 2010, retenant une part de 19,2% de l'immigration canadienne, le Québec se situe au deuxième rang des provinces canadiennes, après l'Ontario (42,1%). Le nombre des admissions au Québec se partage à peu près également entre les femmes et les hommes. La population immigrante est jeune. Les immigrants ayant moins de 35 ans représentent environ 71% de la population totale immigrante. Plus de la moitié (61,7%) des immigrants admis de 2006-2010 connaissent le français. L'Afrique représente environ le tiers (32,7%) des admissions des cinq dernières années, suivie de l'Asie avec 27,0%, de l'Amérique du Sud (21,3%) et de l'Europe (18,9%)⁵.

Le Québec compte quelques 81 864 personnes des Premières nations, les descendants des premiers habitants qui ont foulé le sol de l'Amérique du Nord. Ils sont plus de 71 840 Amérindiens et 10 024 Inuits et représentent environ 1% de la population du Québec.⁶



⁴ Institut de la statistique du Québec. (2010). Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/accueil.htm

⁵ Ibid

⁶ Immigration et Communautés culturelles. (2007). Survol historique.



Chapitre I

Portrait de la consommation d'alcool et de drogues au Québec



Afin de dresser le portrait de la consommation d'alcool et de drogues des Québécois, les résultats de plusieurs enquêtes ont été consultés, dont :

- Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2004, 2005, 2006 et 2007, menée par Santé Canada.
- Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, 2008, menée par l'Institut de la statistique du Québec.
- Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 2009, menée par Santé Canada.
- Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2009, menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).
- Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada, 2009, mené par la Gendarmerie royale du Canada (GRC).
- Rapport sur la consommation d'alcool et la santé publique, 2010, menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2010, menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Rapport sur les boissons énergisantes : risques liés à la consommation et perspectives de santé publique, 2010, mené par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Rapport sur l'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois, portrait épidémiologique, 2009, mené par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

1. Consommation d'alcool

Le Québec est la province qui comporte le pourcentage le plus élevé de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois.

Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)⁷ de Santé Canada menée en 2010, 92,6% des Québécois âgés de 15 ans et plus ont déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie et 82,5% en ont consommé au cours des

12 derniers mois précédant l'enquête. Le Québec est la province qui comporte le pourcentage le plus élevé de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois. Tel qu'indiqué au tableau 1, ces pourcentages sont supérieurs (statistiquement significatif) à ceux de la moyenne canadienne.

Tableau 1. Pourcentage de Canadiens ayant consommé de l'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois, selon les provinces⁸.

	n	Consommation au cours de la vie (%)	Consommation au cours des 12 derniers mois (%)
Qc	1 426	92,6*	82,5*
Ont.	1 407	87,3	75,1
N.-B.	1 383	87,5	73,1*
Alb.	1 377	86,9	73,8*
Sask.	1 357	89,2	74,1
T.-N.-L.	1 353	88,8	76,7
C.-B.	1 336	89,5	77,3
Man.	1 332	87,1	76,6
N.-É.	1 328	88,6	72,3*
Î.-P.-É.	1 316	87,4	72,2*
Canada	13 615	88,9	77,0

* Différence statistiquement significative entre l'estimation provinciale et l'estimation nationale.

La consommation d'alcool *per capita* désigne la consommation moyenne, par personne âgée de 15 ans et plus, établie selon le volume des ventes d'alcool. En 2007-2008, les Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé en moyenne 8,1 litres d'alcool par année. Tel que présenté à la figure 1, la consommation d'alcool *per capita* des Québécois correspond à celle de la moyenne canadienne pour la même période, soit 8,2 litres⁹.

En 2007-2008, la bière comptait pour 56,8% de la consommation d'alcool *per capita*. Tandis que la consommation de bière et de spiritueux est demeurée relativement stable, la consommation de vin *per capita* des Québécois s'est accentuée depuis 1997-1998¹⁰ (voir figure 2).

⁷ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

⁸ Ibid

⁹ April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf

¹⁰ Ibid

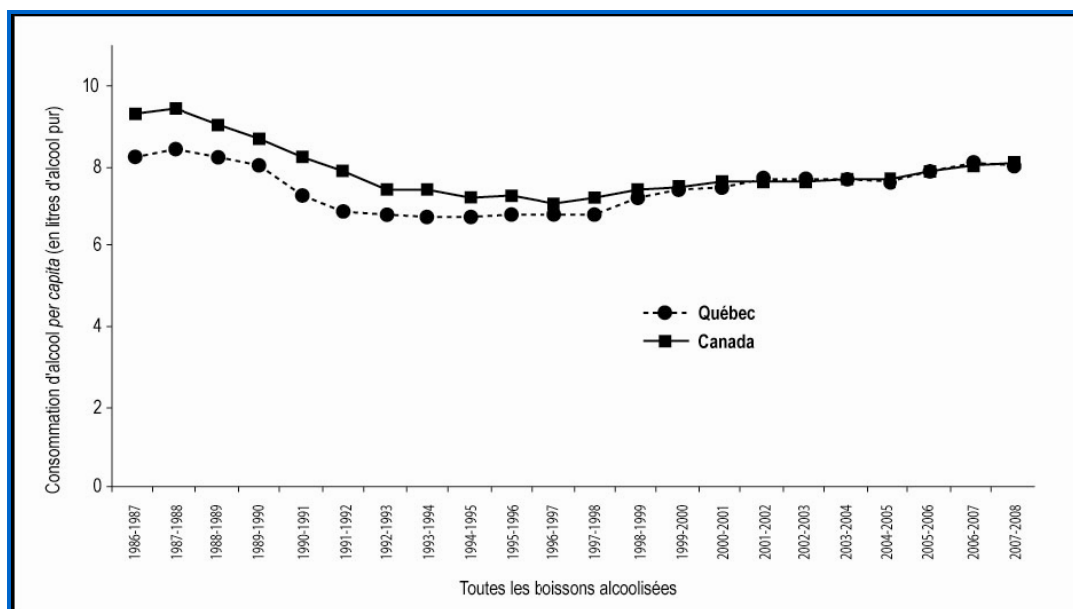


Figure 1. Évolution de la consommation *per capita* (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, au Québec et au Canada, de 1986-1987 à 2007-2008¹¹.

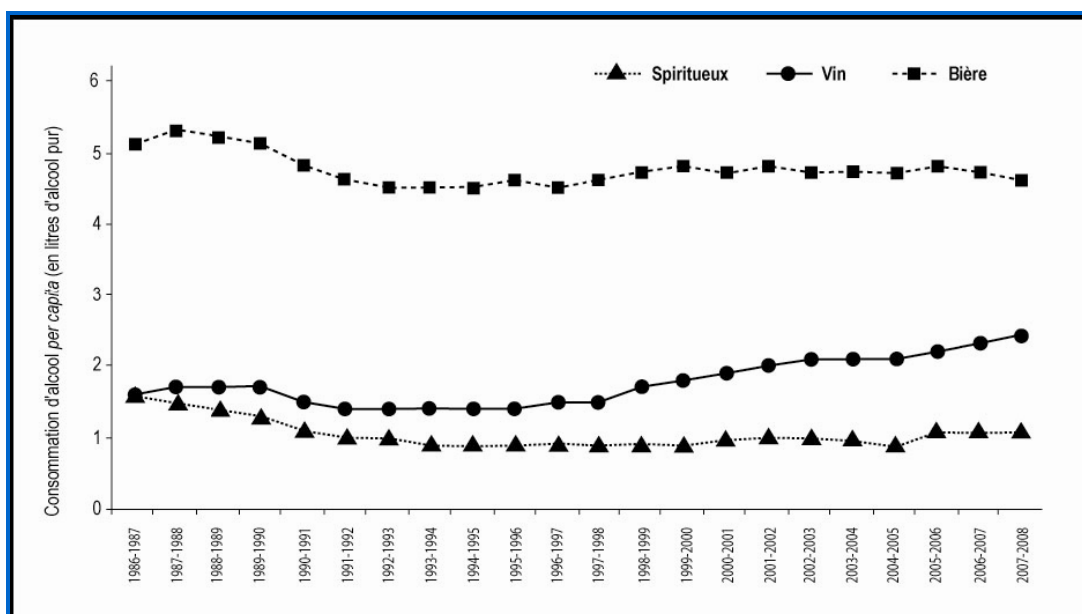


Figure 2. Évolution de la consommation *per capita* (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, selon le type de boissons alcoolisées au Québec, de 1986-1987 à 2007-2008¹².

¹¹ April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf

¹² Ibid

Selon l'INSPQ, en 2005, 29,5% des hommes et 11,9% des femmes reconnaissent avoir eu une consommation excessive d'alcool¹³. C'est-à-dire, ils ont consommé au moins cinq consommations ou plus d'alcool, en une même occasion, au cours de la dernière année précédant l'enquête. Ce type de consommation (excessive) est particulièrement présente chez les personnes de 15 à 24 ans. En effet, 35% des répondants de ce groupe d'âge affirment avoir consommé de manière excessive, au moins une fois par mois, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Selon l'ESCCAD¹⁴, les Québécois ne sont cependant pas ceux qui consomment le plus et le plus souvent. Tel que présenté au tableau 2, le Québec arrive à l'avant-dernier rang des provinces du Canada pour la consommation excessive fréquente (beaucoup, souvent). Les habitudes de consommation des Québécois tendent vers la consommation d'alcool fréquente et en moins grande quantité (peu, souvent).

Tableau 2. Habitudes de consommation des Canadiens, selon les provinces¹⁵.

	n	Peu, rarement (%)	Peu, souvent (%)	Beaucoup, rarement (%)	Beaucoup, souvent (%)
T.-N.-L.	1 353	36,4	23,0*	8,7*	8,4*
N.-B.	1 383	38,0	20,1*	7,8*	7,0*
N.-É.	1 328	35,6	22,8*	7,2*	6,5*
Man.	1 332	35,8	28,8	5,8	5,9
Î.-P.-É.	1 316	36,8	23,1*	6,5*	5,7
Sask.	1 357	40,0*	23,0*	5,7	5,0
Ont.	1 407	36,8	28,7*	5,0	4,2 ^Q
C.-B.	1 336	34,2	34,4	4,1 ^Q	4,2
Qc	1 426	32,4*	42,7*	3,5	4,0
Alb.	1 377	39,6*	28,4*	3,0 ^{Q*}	2,6 ^{Q*}
Canada	13 615	35,7	32,2	4,6	4,3

Peu, rarement : Personne qui consomme de l'alcool moins d'une fois par semaine en moyenne par année, généralement moins de cinq consommations par occasion.

Peu, souvent : Personne qui consomme de l'alcool une fois par semaine ou plus en moyenne par année, généralement moins de cinq consommations par occasion.

Beaucoup, rarement : Personne qui consomme de l'alcool moins d'une fois par semaine en moyenne par année, généralement cinq consommations ou plus par occasion.

Beaucoup, souvent : Personne qui consomme de l'alcool une fois par semaine ou plus en moyenne par année, généralement cinq consommations ou plus par occasion.

** Différence statistiquement significative entre l'estimation provinciale et l'estimation nationale.

^Q Estimation qualifiée en raison de la forte variabilité d'échantillonnage; interpréter avec prudence.

¹³ April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf

¹⁴ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

¹⁵ Ibid

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)¹⁶, la prévalence de la dépendance à l'alcool était de 1,8% en 2002. Il est à noter que la prévalence au Québec est inférieure à celle du Canada (2,6%)^{17,18} et que les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter ce diagnostic (2,7% contre 0,9%).

Chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool, 45% évaluent leur santé mentale comme étant bonne ou excellente, alors que 48% mentionnent ressentir un niveau élevé de détresse psychologique.¹⁹

2. Consommation de drogues

L'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)²⁰, menée par l'ISQ indique que 54% des Québécois, de 15 ans et plus, n'ont jamais consommé de drogues au cours de leur vie, 33% en ont déjà fait usage (anciens consommateurs) et 13% en ont consommé durant la période de référence de douze mois (consommateurs actuels) (voir figure 3).

Les Québécois âgés entre 15 et 24 ans qui sont les plus grands consommateurs actuels de drogues.

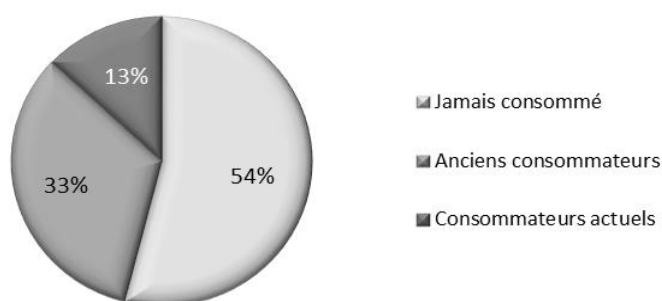


Figure 3. Usage de la drogue par les Québécois²¹.

La figure 4 présente les résultats obtenus en divisant, par tranche d'âge, les types de consommateurs. On constate que ce sont les Québécois âgés entre 15 et 24 ans qui sont les plus grands consommateurs actuels de drogues, comparativement aux autres tranches d'âge. De plus, 92% des aînés (65 ans et plus) mentionnent n'avoir jamais consommé de drogues.

¹⁶ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. (2010). Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/sante_mentale_synthese.pdf

¹⁷ April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf

¹⁸ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. (2010). Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/sante_mentale_synthese.pdf

¹⁹ Ibid

²⁰ Enquête québécoise sur la santé de la population : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/Rapport_EQSP.pdf

²¹ Ibid

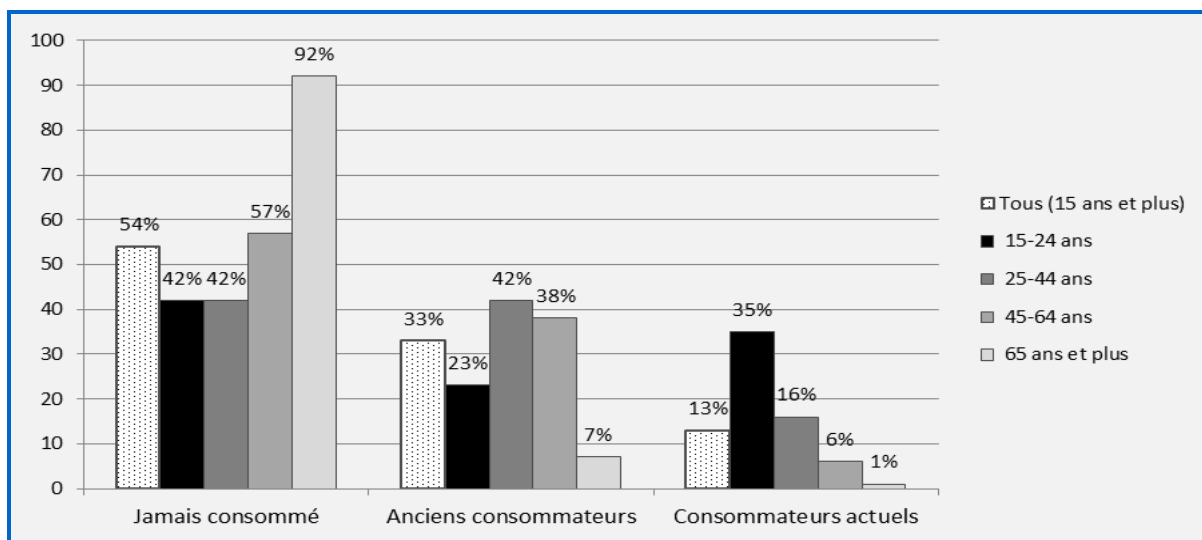


Figure 4. Type de consommateurs de drogues de la population (15 ans et plus) selon l'âge au Québec en 2008²².

La figure 5 présente les résultats obtenus lorsqu'on a demandé aux gens « combien de types de drogues différentes ont-ils expérimentés au cours de leur vie ».

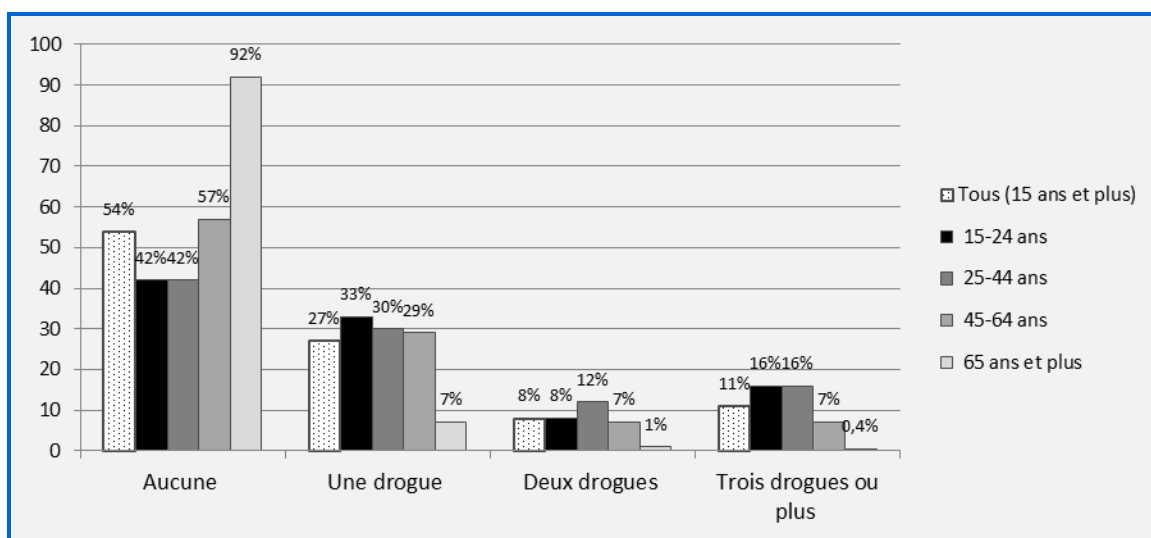


Figure 5. Nombre de drogues différentes expérimentées au cours de la vie, selon l'âge, au Québec en 2008²³.

²² Enquête québécoise sur la santé de la population: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/Rapport_EQSP.pdf

²³ Ibid

Les drogues peuvent être classées en **5** grandes catégories selon l'impact qu'elles ont sur les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et les diverses fonctions physiques et psychologiques. On retrouve :

- **Les déprimeurs** : qui ralentissent les fonctions psychiques tels l'alcool, les anesthésiques, les anxiolytiques, le GHB, les opiacés et les substances volatiles;
- **Les stimulants** : qui stimulent les fonctions psychiques telles les amphétamines et la cocaïne;
- **Les perturbateurs** : qui perturbent les fonctions psychiques tels les hallucinogènes et le cannabis;
- **Les médicaments psychoactifs** : substances psychoactives prescrites pour la thérapie des troubles mentaux tels les anxiolytiques, les sédatifs, les somnifères, les antidépresseurs, les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur;
- **Les androgènes et les stéroïdes anabolisants** : qui augmentent la performance sportives tels la testostérone, le danazol et le nandolone.

2.1 Cannabis

**Le cannabis est le produit
illicite le plus consommé
au Québec.**

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé au Québec, au Canada et dans le monde²⁴. La marijuana produite au Canada est encore la drogue illicite la plus saisie (nombre de saisies et quantité) au pays²⁵. Il se présente sous trois formes 1) la marijuana, 2) le haschich et 3) l'huile et sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit. De plus, bien que ses propriétés pharmacologiques soient bien connues, sa réglementation fait l'objet de nombreuses discussions.

D'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) menée en 2004²⁶, 44,5% des Canadiens de 15 ans et plus auraient consommé, au moins une fois, du cannabis au cours de leur vie. Toujours dans cette enquête, 14,1% des Canadiens de 15 ans et plus auraient consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête.

Les résultats de l'ESCCAD 2010²⁷ démontre que la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois (précédent l'enquête) chez les Canadiens de 15 ans et plus est de 10,7%; elle est demeurée inchangée par rapport à 2009 (10,6%), mais elle est significativement inférieure au taux de 14,1% signalé en 2004 (voir tableau 3).

Tableau 3. Consommation de cannabis chez les Canadiens, comparaison entre 2004 et 2010

	12 derniers mois	À vie
2004	14,1%	44,5%
2010	10,7%	41,5%

²⁴ Drogues : Savoir plus, Risquer moins. (2006). CQLD, Montréal.

²⁵ Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada. (2009). Gendarmerie royale du Canada (GRC). Disponible en ligne : <http://www.rcmp-grc.gc.ca/drugs-drogues/drg-2007-fra.htm>

²⁶ Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Eds.). (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

²⁷ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-escad-fra.php>

Au Québec, la prévalence de consommation de cannabis à vie est plus élevée que pour le reste du Canada (voir le tableau 4).

Tableau 4. Consommation de cannabis, comparaison entre les Québécois et les Canadiens en 2010²⁸

	12 derniers mois	A vie
Québec	10,1%	44,5%
Canada	10,7%	41,5%

En comparant les taux de consommation de cannabis dans la dernière année de 2004 et de 2010, celle-ci a diminué de façon significative chez les hommes (18,2% par rapport à 14,6%), les femmes (10,2% par rapport à 7,1%), et chez les jeunes de 15 à 24 ans (37,0% par rapport à 25,1%). La consommation de cannabis chez les adultes de 25 ans et plus n'a pas changé de façon significative (10,0% par rapport à 7,6%).

2.2 Autres drogues illicites

Les résultats de l'ESCCAD 2010²⁹ révèlent que le taux de consommation de drogues les plus fréquemment mentionnées, après le cannabis, était estimé à moins de 1%. Il s'agit des drogues suivantes : 1) la cocaïne ou *crack*; 2) les hallucinogènes; 3) les amphétamines, la méthamphétamine, le cristal meth, l'ecstasy, les drogues de synthèse et 4) l'héroïne.

- *Cocaïne ou crack*

La cocaïne peut se présenter sous les trois formes suivantes, la pâte, le sel et la *cocaine-base* (aussi appelé *crack* ou *rock*). En comparant les résultats de l'ETC 2004³⁰ à ceux de l'ESCCAD 2010³¹, on constate que 12,2% des Québécois de 15 ans et plus en 2004, contre 7,8% en 2010 auraient consommé au moins une fois de la cocaïne au cours de leur vie.

En 2010, 7,8% des québécois auraient consommé au moins une fois de la cocaïne au cours de leur vie.

Toujours d'après ces enquêtes, 2,5% des Québécois de 15 ans et plus auraient consommé de la cocaïne au cours de l'année précédant l'enquête en 2004 contre 0,9% en 2010. Une baisse similaire et significative est notée pour la population canadienne passant de 1,9% en 2004 à 0,7% en 2010.

Le tableau 5 présente les résultats de l'ESCCAD³² quant à la consommation de cocaïne (*crack*) pour la population québécoise en la comparant à la population canadienne.

²⁸ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

²⁹ Ibid

³⁰ Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Eds.). (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

³¹ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

³² Ibid

Tableau 5. Consommation de cocaïne/*crack* chez les Québécois et les Canadiens en 2010

	12 derniers mois	À vie
Québec	0,9%	7,8%
Canada	0,7%	7,0%

- *Hallucinogènes*

Un hallucinogène induit des hallucinations soit des altérations des perceptions, de la cohérence de la pensée et de la régularité de l'humeur, mais sans causer de confusion mentale persistante ou de troubles de la mémoire. On y retrouve des substances comme la kétamine, le LSD, les champignons magiques et la mescaline. Le tableau 6 présente les résultats de l'ESCCAD³³ quant à la consommation d'hallucinogènes pour la population québécoise en la comparant à la population canadienne.

Tableau 6. Consommation d'hallucinogène chez les Québécois et les Canadiens en 2010

	12 derniers mois	À vie
Québec	0,8%	11,5%
Canada	0,9%	11,9%

- *Amphétamines, métamphétamine, cristal meth, ecstasy, drogues de synthèse*

Les amphétamines (*Speed, Ice* ou *Crystal*) sont des stimulants majeurs qui se présentent sous forme de comprimés, de cristaux ou de poudre³⁴. La méthamphétamine est un psychostimulant de la famille des amphétamines. Elle est deux fois plus active que l'amphétamine³⁵. Elle fait partie d'un ensemble de substances appelées « drogues de club » parmi lesquelles on retrouve également l'ecstasy, le GHB, le PCP et la kétamine.

Ces drogues sont associées en grande partie au phénomène des soirées *raves* et des clubs *After Hours*. En effet, d'après une étude-terrain menée dans le milieu festif montréalais en 2004, les amphétamines étaient le type de substances les plus souvent consommées (70,4% des cas) dans les parties *raves*³⁶.

Le cristal meth (*Ice, Crystal* ou *Glass*) est de la méthamphétamine sous forme de cristaux pouvant être fumés de la même manière que la cocaïne sous forme de *crack*. Il peut aussi être injecté (poudre) ou ingéré (comprimé).

En comparant les résultats de l'ETC 2004³⁷ à ceux de l'ESCCAD 2010³⁸, on constate que

³³ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

³⁶ Ibid

³⁷ Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Eds.). (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

³⁸ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

8,9% des Québécois de 15 ans et plus en 2004 contre 7,5% en 2010 auraient consommé au moins une fois de l'amphétamine au cours de leur vie. Toujours d'après ces enquêtes, 2,3% des Québécois de 15 ans et plus auraient consommé de l'amphétamine au cours de l'année précédant l'enquête en 2004 contre 1,6% en 2010. Une baisse similaire, mais non significative est notée pour la population canadienne passant de 0,8% en 2004 à 0,5% en 2010.

Le tableau 7 présente les résultats de l'ESCCAD 2010³⁹ quant à la consommation d'amphétamines et de méthamphétamine pour la population québécoise et canadienne.

Tableau 7. Consommation d'amphétamine et de méthamphétamines des Québécois et Canadiens en 2010

	Amphétamines		Métamphétamines	
	12 derniers mois	À vie	12 derniers mois	À vie
Québec	1,6%	7,5%	§	1,2%
Canada	0,5%	3,9%	§	1,0%

§ : estimation supprimée en raison de la forte variabilité d'échantillonnage

La composition d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertaine.

L'ecstasy (comprimé, gélule, poudre) produit des effets à la fois stimulants et hallucinogènes. Cependant, la composition d'un comprimé présenté comme étant de l'ecstasy est souvent incertaine⁴⁰. Certaines autres substances peuvent y être présentes (amphétamines, hallucinogènes, autres stimulants, anabolisants ou analgésiques).

Les drogues de synthèse, appelées *designer drugs*, dont fait partie l'ecstasy, sont fabriquées par des chimistes dans des laboratoires clandestins. Pour éviter de tomber sous le coup de la loi, ces trafiquants créent des nouveaux produits en modifiant les molécules, d'où l'arrivée sur le marché de ces nouvelles drogues.

En comparant les résultats de l'ETC 2004⁴¹ à ceux de l'ESCCAD 2010⁴², on constate que 3,7% des Québécois de 15 ans et plus en 2004 contre 4,4% en 2010 auraient consommé au moins une fois de l'ecstasy au cours de leur vie.

Toujours d'après ces enquêtes, 1,1% des Québécois de 15 ans et plus auraient consommé de l'ecstasy au cours de l'année précédant l'enquête en 2004, tout comme en 2010. Une baisse non significative est notée pour la population canadienne passant de 1,1% en 2004 à 0,7% en 2010.

Le tableau 8 présente les résultats de l'ESCCAD 2010⁴³ quant à la consommation d'ecstasy pour la population québécoise et canadienne.

³⁹ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-droguess/cadums-escad-fra.php>

⁴⁰ Drogues : Savoir plus, Risquer moins. (2006). CQLD, Montréal.

⁴¹ Adlaf, E.M., Begin, P., et Sawka, E. (Eds.). (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

⁴² Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-droguess/cadums-escad-fra.php>

⁴³ Ibid

Tableau 8. Consommation d'ecstasy chez les Québécois et les Canadiens en 2010

	12 derniers mois	À vie
Québec	1,1%	4,4%
Canada	0,7%	3,9%

D'après une étude effectuée en 2002 auprès de Montréalais participant à des parties *raves*, 65,2% de ces derniers ont consommé de l'ecstasy au cours de leur vie et 59,3% au cours de l'année précédente⁴⁴.

• *Héroïne*

L'héroïne est un opiacé puissant obtenu à partir de la morphine. Elle est la plupart du temps injectée par voie intraveineuse, après l'avoir diluée et chauffée. L'héroïne peut également être prise ou fumée⁴⁵. Selon les résultats de l'ESCCAD⁴⁶ 0,7% de la population canadienne aurait consommé de l'héroïne au moins une fois au cours de leur vie. Ce chiffre est à la baisse puisque qu'en 2004, on notait une prévalence de consommation de 0,9%.

Fait intéressant, à Montréal, les analyses toxicologiques menées entre 1999 et 2002 révèlent la présence d'héroïne chez 52,9% des 121 personnes décédées par intoxications accidentelles mortelles, ce qui la place en deuxième lieu après la cocaïne parmi les substances identifiées⁴⁷.

Évolution de la consommation

Le tableau 9 permet d'observer, à travers les résultats de l'ESCCAD⁴⁸, une certaine variabilité dans la prévalence de consommation de drogues pour la population canadienne. On constate en effet, une différence significative (à la baisse) de la consommation de cannabis entre 2008 et 2004 et de la cocaïne/crack entre 2010 et 2004.

Tableau 9. Évolution de la consommation des Canadiens⁴⁹

	12 derniers mois (%)		
	2004	2008	2010
Cannabis	14,1 ¹	11,4 ¹	10,7
Cocaïne/crack	1,9 ²	1,6	0,7 ²
Amphétamines	0,8	1,1	0,5
Ecstasy	1,1	1,4	0,7

^{1,2} : différence significative

⁴⁴ Drogues : Savoir plus, Risquer moins. (2006). CQLD, Montréal.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-escad-fra.php>

⁴⁷ Drogues : Savoir plus, Risquer moins. (2006). CQLD, Montréal.

⁴⁸ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-escad-fra.php>

⁴⁹ Ibid

3. Consommation de médicaments psychoactifs

Les médicaments psychoactifs sont les médicaments les plus prescrits aux participants au régime public d'assurance médicaments du Québec (environ 2 200 000 personnes) en 2001 (12,9% de toutes les ordonnances) et en 2005 (15,5% de toutes les ordonnances). Prescrit et utilisé avec discernement, ce médicament permet d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance psychologique : anxiété, angoisse, insomnie, dépression, psychoses, maladie affective bipolaire, etc.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation médicale et de prescription de médicaments psychoactifs.

Un grand nombre de personnes utilisent, avec ou sans ordonnance, des médicaments psychoactifs pour faire face à des troubles provoqués par leurs difficultés quotidiennes (voir tableau 10). Parmi elles, on peut citer les personnes âgées confrontées à la solitude, ainsi que les personnes exposées à une surcharge de responsabilités, au stress ou à un événement éprouvant.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation médicale et de prescription de médicaments psychoactifs. Ces troubles peuvent être passagers ou occasionnels et peuvent parfois devenir chroniques. Les causes peuvent être physiques, psychologiques, psychiatriques ou dues, tout simplement, à des conditions peu propices au sommeil.

Tableau 10. Consommation de médicaments psychoactifs chez les canadiens⁵⁰ au cours des 12 derniers mois

	2010
Antidouleurs	20,6
<i>Pour effets euphoriques</i>	1,1
Stimulants	1,0
<i>Pour effets euphoriques</i>	S
Sédatifs	8,7
<i>Pour effets euphoriques</i>	0,5

S : Estimation supprimée en raison de la forte variabilité d'échantillonnage

4. Autres substances

4.1 Consommation de stéroïdes

Les stéroïdes anabolisants sont des analogues synthétiques de la testostérone modifiés chimiquement afin de diminuer les effets androgènes (propres aux caractères sexuels masculins), augmenter les effets anaboliques (permettent la synthèse de substances favorisant notamment l'augmentation de la masse musculaire) et réduire l'incidence d'effets indésirables. Les stéroïdes ont plusieurs applications thérapeutiques licites, mais sont aussi utilisés illégalement par les sportifs comme substances dopantes. Leur administration se fait par voie orale ou intramusculaire. L'ETC 2004⁵¹ révèle que 0,6% des Canadiens ont déjà consommé des stéroïdes anabolisants.

⁵⁰ Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. (2010). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/cadums-escad-fra.php>

⁵¹ Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits. (2005). Santé Canada. Disponible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Fra/Priorities/Research/CanadianAddiction/Pages/default.aspx>

4.2 Consommation de boissons énergisantes

La boisson énergisante prétend contenir un mélange d'ingrédients ayant la propriété de rehausser les niveaux d'énergie et de vivacité⁵². Elles sont considérées comme des produits de santé naturels. Les principaux ingrédients de ces boissons sont généralement de l'eau, du sucre et de la caféine synthétique ou de source naturelle (ex. : guarana, herba mate). La caféine est le principal ingrédient actif qui contribue à leur effet stimulant⁵³.

Il existe aussi les boissons énergisantes prémélangées avec de l'alcool. Ces consommations sont déconseillées, car certaines études suggèrent que la caféine pourrait réduire la sensation d'ébriété, sans toutefois diminuer l'affaiblissement de certaines facultés par l'alcool⁵⁴. Il existe peu d'étude sur ce phénomène ainsi que sur l'ampleur de la consommation de ces boissons.

On observe par contre, selon les statistiques du Centre antipoison du Québec (CAPQ), une forte progression du nombre d'appels à propos des boissons énergisantes au cours des dernières années; le nombre d'appels est en effet passé de 4, en 2003, à environ une centaine en 2008 et en 2009⁵⁵.

Bien que la majorité des cas rapportés n'ait pas nécessité de suivi médical, 33% des appels reçus ont dû être orientés vers un service d'urgence en raison de la nature et de la gravité des symptômes ressentis

10% des cas d'intoxication aux boissons énergisantes concernaient des jeunes âgés de 11 ans et moins.

(principalement cardiovasculaires) au moment où ces appels étaient effectués⁵⁶. Près de 75% des cas d'intoxication concernaient des personnes âgées de 12 à 30 ans. Il s'agit du groupe d'âge qui consomme le plus les boissons énergisantes ou qui est le plus susceptible de présenter des symptômes d'intoxication à la suite de leur consommation. De plus, malgré le fait que Santé Canada déconseille la consommation de boissons énergisantes chez les enfants, on observe que près de 10% des cas d'intoxication concernaient des jeunes âgés de 11 ans et moins, ce qui indique que des enfants en bas âge ont consommé ce type de boisson⁵⁷.

5. Portrait de la consommation des jeunes

À tous les deux ans, depuis 1998, l'Institut de la statistique du Québec réalise l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire. Cette enquête permet de suivre l'évolution de ces thématiques chez les élèves du secondaire au Québec. La dernière enquête a été réalisée en 2008⁵⁸, auprès de 4 736 élèves du secondaire (de la 1^{re} à la 5^e secondaire) répartis dans 144 écoles francophones et anglophones, publiques et privées de la province. Toutes les données reposent sur des auto-évaluations issues d'un questionnaire anonyme administré en classe.

⁵² Les boissons énergisantes : entre menace et banalisation. (2011). Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : <http://www.inspq.qc.ca/>

⁵³ Ibid

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Rapport sur les boissons énergisantes : risques liés à la consommation et perspectives de santé publique, 2010, mené par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

5.1 Consommation d'alcool

L'enquête démontre qu'environ 60% des élèves du secondaire ont consommé de l'alcool, au moins une fois, au cours d'une période de douze mois. Cette proportion ne diffère pas significativement de celle de l'enquête précédente (2006), mais est en baisse par rapport aux enquêtes précédentes. En effet, les chiffres sont passés de 71,3% en 2000 à 59,7% en 2008 (voir la figure 6).

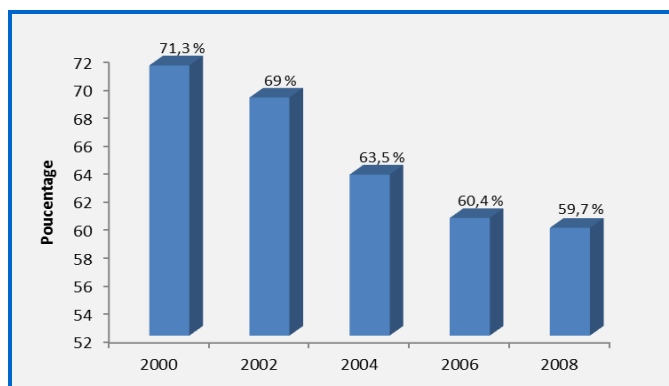


Figure 6. Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation d'alcool chez les adolescents du Québec⁵⁹.

De ces élèves du secondaire qui ont consommé de l'alcool (60%), au moins une fois, au cours d'une période de douze mois (voir la figure 7):

- 8% ont consommé de l'alcool de façon expérimentale;
- 37% de façon occasionnelle;
- 14% de façon régulière;
- 0,2% de façon quotidienne.

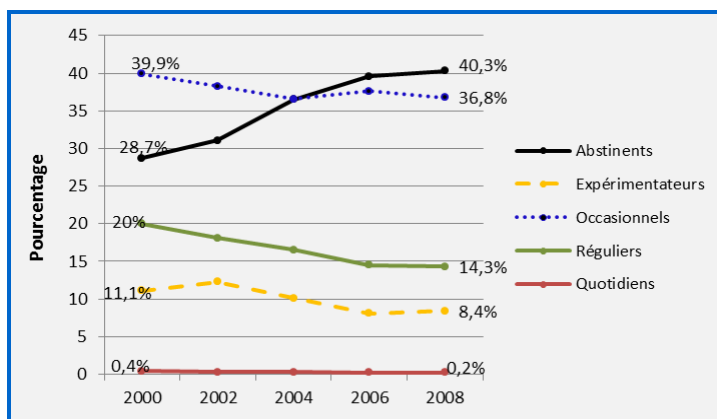


Figure 7. Évolution biennale de 2000 à 2008 du type de consommateurs d'alcool chez les adolescents du Québec⁶⁰.

⁵⁹ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

⁶⁰ Ibid

En 2008, 85,6% des jeunes de 5^e secondaire était des consommateurs d'alcool.

Il est à noter que le nombre de consommateurs d'alcool augmente graduellement selon le niveau de scolarité. En effet, en 2008, 27% des jeunes de 1^{re} secondaire était des consommateurs d'alcool (expérimentateur, occasionnel, régulier ou quotidien), contre 47% en 2^e secondaire, 65% en 3^e secondaire, 79% en 4^e secondaire et 85,6% en 5^e secondaire. Tout comme en 2006, l'âge moyen de la première consommation d'alcool se situe à 12,6 ans. Il s'agit d'une légère amélioration, puisqu'en 2004, il se situait à 12,4 ans.

Certaines caractéristiques ont été remarquées chez les élèves qui disent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de douze mois. Ainsi, la proportion d'élèves qui ont consommé de l'alcool est plus élevée :

- chez les élèves qui ont un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (69% vs 49%);
- chez les élèves qui disposent d'une allocation hebdomadaire importante :
 - 50\$ et plus : 83%
 - 31-50\$: 72%
 - 11-30\$: 62%
 - 10\$ ou moins : 40%
- chez les élèves qui vivent dans un milieu familial autre (73%) et monoparental (68%) que ceux dans un milieu familial biparental (57%);
- chez les élèves qui évaluent leur performance scolaire sous la moyenne de leur classe plutôt qu'au-dessus de la moyenne (69% vs 56%).

5.2 Consommation de drogues

Toujours selon l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec⁶¹, 27,8% des élèves du secondaire ont consommé de la drogue, au moins une fois, au cours d'une période de douze mois. Ce pourcentage était de 36,4% en 2004 et représente une baisse statistiquement significative (voir la figure 8). Cette baisse de consommation (entre 2004 et 2008) se constate à tous les niveaux d'études, sauf au 3^e secondaire.

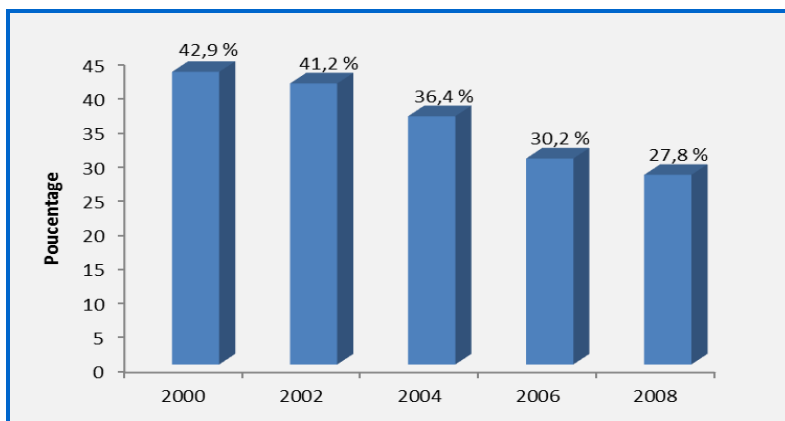


Figure 8. Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation de drogues chez les adolescents du Québec ⁶².

⁶¹ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

⁶² Ibid

Tout comme pour l'alcool, le nombre de consommateurs de drogues augmente graduellement selon l'âge⁶³ :

- 4,9% chez les élèves de 12 ans et moins;
- 13% chez les 13 ans;
- 28% chez les 14 ans;
- 37% chez les 15 ans;
- 44% chez les 16 ans;
- 52% chez les 17 ans et plus.

L'âge d'incitation à la consommation de drogues était de 13,4 ans en 2008. On constate que l'âge d'initiation augmente significativement d'une année à l'autre (13,0 ans en 2004; 13,2 ans en 2006 et 13,4 ans en 2008).

La substance psychoactive la plus consommée par les adolescents est le cannabis. En effet, environ le quart d'entre eux (27,2%) en ont consommé, au moins une fois, au cours d'une période de douze mois. Le nombre de consommateurs de cannabis augmente graduellement selon le niveau de scolarité des jeunes :

- 7,6% en 1^{re} secondaire;
- 18,5% en 2^e secondaire;
- 28,9% en 3^e secondaire;
- 38,2% en 4^e secondaire;
- 46,6% en 5^e secondaire.

En 2008⁶⁴, 17,5% des élèves ont consommé du cannabis de façon expérimentale ou occasionnelle, alors que 9,6% ont des habitudes régulières ou quotidiennes de consommation. Ces proportions représentent une diminution depuis 2004.

Après le cannabis, ce sont les hallucinogènes (LSD, PCP, *Mess*, champignons, acide, mescaline, ecstasy, buvard, etc.) et les amphétamines (*Speed*, *Upper*) qui sont les drogues les plus consommées. En 2008, 7,6% des jeunes du secondaire affirmaient avoir consommé des hallucinogènes et 7,3% des amphétamines, au moins une fois, au cours d'une période de douze mois. Les autres substances consommées par les jeunes sont la cocaïne (3,4%), les solvants (0,8%) et l'héroïne (0,9%) ainsi que les autres types de drogues (incluant les médicaments sans ordonnance) (2,2%).

Les proportions de jeunes ayant consommé ces différentes substances en 2008, sont comparables à celles de 2006. D'un point de vue statistique, seule la consommation d'amphétamines a vu sa prévalence baissée de manière significative entre 2006 (9%) et 2008 (7%). Cependant, des baisses significatives du nombre de consommateurs ont été observées entre l'enquête de 2004 et celle de 2008⁶⁵ (voir figure 9) :

- le cannabis : de 36% à 27%;
- les hallucinogènes : de 11 % à 8%;
- la cocaïne : de 5% à 3,4%;
- les solvants : de 1,9 % à 0,8%.

⁶³ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne :

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

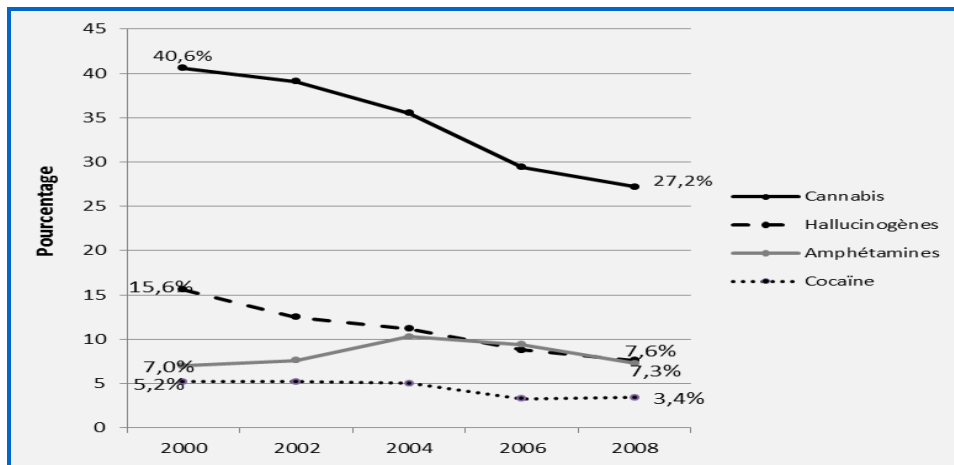


Figure 9. Évolution biennale de 2000 à 2008 de la consommation de cannabis, d'hallucinogènes, d'amphétamines et de cocaïne chez les adolescents au Québec⁶⁶.

Certaines caractéristiques ont été remarquées chez les élèves qui disent avoir consommé de la drogue au cours d'une période de douze mois. Ainsi en 2008, la proportion d'élèves qui ont consommé de la drogue est plus élevée :

- chez les élèves qui ont un emploi que chez ceux qui n'en ont pas (33% vs 23%);
- chez les élèves qui disposent d'une allocation hebdomadaire importante :
 - 51\$ et plus : 47%
 - 31-50\$: 38%
 - 11-30\$: 27%
 - 10\$ et moins : 14%
- chez les élèves qui parlent le français à la maison comparativement à ceux qui y parlent une autre langue (29% vs 15%);
- chez les élèves vivants dans un milieu familial autre (42%) et monoparental (39%) que ceux dans un milieu familial biparental (24%);
- chez les élèves s'évaluant comme ayant une performance scolaire sous la moyenne de leur classe, plutôt qu'au-dessus de la moyenne (41% vs 23%).

5.3 Le DEP-ADO et la consommation des jeunes

88% des élèves du secondaire n'ont pas de problème évident de consommation d'alcool ou de drogues (DEP-ADO).

En 2008⁶⁷, les résultats recueillis à l'aide du questionnaire DEP-ADO, démontrent que 88% des élèves du secondaire n'ont pas de problème évident de consommation d'alcool ou de drogues (feu vert). Cependant, 6% présentent des signes d'un problème de consommation en émergence (feu jaune) et environ la même proportion présente des problèmes déjà bien établis pour lesquels une intervention professionnelle est suggérée (feu rouge) (voir le tableau 11).

⁶⁶ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

⁶⁷ Ibid

Tableau 11. Indice de consommation problématique d'alcool et de drogues (DEP-ADO) en 2006 et en 2008 au Québec⁶⁸.

DEP-ADO	2006	2008
Feu vert	87%	88,2%
Feu jaune	7%	5,9%
Feu rouge	7%	6,0%

Parmi les jeunes consommateurs d'alcool, 67% mentionnent boire de façon excessive (5 consommations d'alcool ou plus, lors d'une même occasion) et 22% disent boire de façon excessive de manière répétitive. Ces proportions se maintiennent depuis déjà quelques années (voir la figure 10).

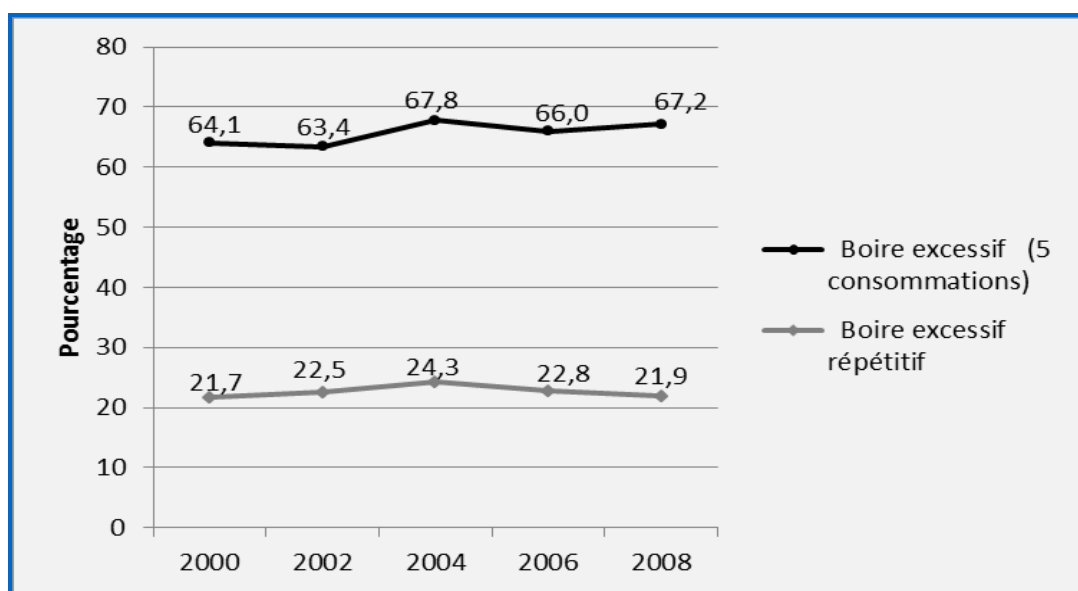


Figure 10. Évolution biennale de 2000 à 2008 du boire excessif et du boire excessif répétitif, chez les adolescents québécois qui ont consommé de l'alcool⁶⁹.

6. Les populations à risque

Bien que les hommes adultes demeurent le groupe cible dans le champ de la toxicomanie, il faut accorder une attention particulière à certains groupes de la population dont les besoins spécifiques doivent être pris en compte, que ce soit en matière de prévention, d'intervention précoce, de traitement ou de réinsertion sociale.

⁶⁸ Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (2008). Institut de la statistique du Québec. Disponible en ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf

⁶⁹ Ibid

6.1 Les femmes enceintes

Une étude canadienne réalisée en 2006 montre que pour 4 Canadiens sur 10, les effets de la consommation d'alcool sur le développement du fœtus ne sont pas clairs, une réalité d'autant plus répandue au Québec qu'ailleurs au Canada. Dans la même lignée, les Québécoises, qui connaissent les termes « syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) » et « ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) » sont en proportion beaucoup plus élevée qu'auparavant (hausse de 25 points par rapport à 2002 et de 41 points depuis 2001), connaissent tout de même ces termes en proportion beaucoup moins élevée que dans les autres provinces canadiennes. De plus, les femmes québécoises, de façon générale, ont moins tendance à se dire sensibilisées aux malformations congénitales liées à l'alcool et à détenir des connaissances détaillées au sujet de ces malformations. Au Canada, 72% des femmes prétendent qu'elles ne consommeraient pas d'alcool si elles devenaient enceintes, une proportion, encore une fois, plus faible chez les Québécoises qui disent plutôt qu'elles réduiraient simplement leur consommation d'alcool⁷⁰.

6.2 Les jeunes en difficulté

La consommation de psychotropes conduit certains jeunes à une dépendance. Cette dépendance entraîne, chez les plus touchés, des problèmes majeurs, incluant la détresse.

6.2.1 Jeunes en centres jeunesse

Une étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes de 14 ans et plus hébergés dans les centres jeunesse du Québec a été effectuée par la Direction de santé publique entre juillet 2008 et mai 2009⁷¹. Cette étude révèle que :

- L'histoire familiale des jeunes hébergés en centre jeunesse est souvent marquée par une consommation problématique d'alcool ou de drogues;
- Une forte proportion de ces jeunes font usage du cannabis sur une base quotidienne;
- Plus de la moitié présente déjà un problème évident de consommation abusive d'alcool ou de drogues nécessitant une intervention spécialisée (selon la grille de dépistage DEP-ADO).

Plus précisément, les résultats démontrent que, dans les douze derniers mois avant leur admission en centre jeunesse, 5,9% des filles et presque 10% des garçons (9,2%) consommaient de l'alcool à tous les jours. De plus, environ 30% des jeunes avaient consommé de l'alcool de façon excessive (prise de 8 consommations d'alcool et plus pour des garçons ou de 5 consommations et plus, pour des filles lors d'une même occasion). 18,5% des filles et 24,5% des garçons ont même eu une consommation excessive à plus de 52 reprises dans les douze derniers mois précédant leur admission.

⁷⁰ Consommation d'alcool pendant la grossesse et sensibilisation au syndrome d'alcoolisme fœtal et à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. (2006). Agence de santé publique du Canada.

⁷¹ Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Frappier, J.-Y., Otis, J. et Roy, E. (2011). Sexe, drogues et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Rapport de recherche. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec. Direction de santé publique.

Quant à la consommation de drogues, les résultats démontrent que, dans les douze derniers mois avant leur admission en centre jeunesse, la grande majorité des jeunes ont déjà consommé de la drogue au moins une fois dans leur vie (filles : 91,4%; garçons : 89,9%). Parmi les jeunes ayant consommé une drogue au moins une fois dans leur vie, la majorité des filles vivent cette première initiation entre 12 et 13 ans (54,5%) alors que la majorité des garçons vivent cette première initiation avant 12 ans (39,5%).

Dans les douze derniers mois avant leur admission en centre jeunesse, entre 39% et 57% des jeunes consommaient quotidiennement du cannabis.

Toujours dans les douze derniers mois avant leur admission en centre jeunesse, 39% des filles et 57% des garçons consommaient quotidiennement du cannabis. Parmi les autres drogues, les amphétamines et l'ecstasy sont les plus consommées, surtout chez les filles. Vient ensuite la consommation de :

- Cocaïne (filles : 37,1%; garçons : 35,2%);
- Médicaments sans ordonnance (filles : 38,5%; garçons : 27,9%);
- Salvia (filles : 27,4%; garçons : 39,7%);
- Héroïne (filles : 6,8%; garçons : 1%).

La majorité des jeunes qui entrent en centre jeunesse (58,4% des filles; 63,1% des garçons) reçoivent une cote « feu rouge » au DEP-ADO, c'est-à-dire qu'ils ont un problème évident de consommation d'alcool ou de drogues.

6.2.2. Jeunes de la rue

Entre juillet 2001 et décembre 2005, la Direction de santé publique de Montréal a poursuivi une étude de cohorte prospective auprès des jeunes de la rue à Montréal. Roy et ses collaborateurs indiquent que, parmi les 858 jeunes (de 14 à 23 ans) recrutés dans leur étude, près de la moitié de ces jeunes (46,6%) se seraient injectés, au moins une fois, des drogues avant leur participation à l'étude. Chez les jeunes de la rue, l'initiation à l'injection est un phénomène important, avec environ 5% des jeunes qui s'initient chaque année. La consommation quotidienne d'alcool, d'héroïne, de cocaïne ou de *crack* et la prostitution augmentent les risques d'initiation. Les jeunes de la rue ont un taux de mortalité 11 fois supérieur à celui des jeunes de leur âge⁷².

6.3 Les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses parmi la population toxicomane. Ce phénomène en croissance est peu dépisté et, conséquemment, mal traité. On estime qu'entre le tiers et la moitié des patients traités en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie et qu'entre la moitié et les deux tiers (65%) des personnes en traitement pour la toxicomanie souffrent de troubles mentaux⁷³.

⁷² Roy, É., Haley, N., Godin, G., Boivin, J.-F., Claessens, C., Vincelette, J., Leclerc, P. et Boudreau, J.-F. (2008). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Direction de santé publique de Montréal.

⁷³ Mercier, C. et Beaucage, B. (1997). Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

On estime qu'entre le tiers et la moitié des patients traités en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie

Le taux de succès du traitement de la toxicomanie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale s'avère généralement faible, et le taux de rechute et de réhospitalisation est élevé. Ces personnes présentent une plus grande résistance au traitement que celui-ci, soit médicamenteux ou

autres. L'intégration des services de première ligne et des services spécialisés permet d'aider plus adéquatement les personnes souffrant à la fois de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Aussi, plusieurs facteurs propices à cette intégration figurent dans les recommandations de meilleures pratiques pour le traitement de la santé mentale⁷⁴ ou de l'alcoolisme et de la toxicomanie. L'intégration de spécialistes en alcoolisme et toxicomanie aux services de santé mentale et l'établissement d'équipes mixtes constituent deux des stratégies proposées à cette fin.

Au Québec, il existe peu de programmes spécialisés pour les personnes présentant un double problème de toxicomanie et de santé mentale. Une évaluation précoce de l'usage des psychotropes permet de leur offrir des services mieux adaptés et de prévenir le dédoublement de services ou le recours à des services inappropriés. En plus de promouvoir l'adoption de meilleures pratiques dans les centres de réadaptation et dans les services psychiatriques, il faut soutenir les programmes existants et élaborer des programmes de traitement spécialisés dans une perspective intersectorielle. Un suivi intensif et coordonné dans le milieu permet une prise en charge efficace des patients. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada propose plusieurs lignes directrices propices à l'instauration de cette coordination⁷⁵.

Les services aux personnes utilisant des drogues par injection sont offerts par des organisations publiques et communautaires. Cependant, on signale un manque d'effectifs médicaux et de services à proximité des milieux de vie des personnes toxicomanes. Cette situation crée de nombreuses difficultés lorsqu'il s'agit d'aider adéquatement ces personnes : restriction de l'accès aux services, absence de services adaptés, exclusion des utilisateurs actifs, manque de continuité dans les services, pénurie de services médicaux de traitement, difficultés de partenariat, etc. Dans une perspective de réduction des méfaits, l'amélioration de l'organisation et de l'intégration des services à l'intention des personnes utilisant des drogues par injection exige des projets novateurs favorisant leur accueil et leur réinsertion sociale.

6.4 Les jeunes gais

Selon certains auteurs, les jeunes hommes gais sont plus susceptibles que leurs pairs hétérosexuels d'avoir des problèmes de consommation et d'abus de substances⁷⁶. Une étude portant sur l'usage de drogues, le sexe et les risques dans la communauté gaie séronégative montréalaise⁷⁷, rapportent une augmentation de la consommation de cocaïne, d'ecstasy, d'hallucinogènes, de *Speed* et de GHB, entre 1997 et 2003, chez cette clientèle. Cette étude laisse entrevoir une problématique de consommation plus importante chez les hommes gais plus jeunes, comparativement aux plus âgés. En fait, les hommes de moins de 30 ans

⁷⁴ Review of Best Practices in Mental Health Reform. (1997). Advisory Network on Mental Health, Ottawa, Clarke Institute of Psychiatry.

⁷⁵ Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. (2002). Santé Canada.

⁷⁶ Lampinen, T, McGhee, D, et Martin, I. (2006). Use of crystal methamphetamine and other club drugs among high school students in Vancouver and Victoria. 48(1):22-7.

⁷⁷ Otis et coll. (2006). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise 1997-2003. Drogue, santé et société, vol.5, no. 2, pp. 161-197

étaient plus nombreux que les hommes plus âgés à rapporter avoir consommé différentes substances, dans les six mois précédant l'étude. La prévalence de consommation de chacune de ces drogues serait de deux à dix fois plus élevée, comparativement aux répondants masculins de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada.

Les résultats de l'enquête ARGUS⁷⁸, réalisée auprès de 1 957 hommes gais montréalais, indiquent que chez les moins de 30 ans, 79,8% avaient consommé de l'alcool, 47,6% du cannabis, 25,2% de la cocaïne, 26,4% de l'ecstasy, 26,2% des amphétamines, 16,9% du GHB, 15,7% de la kétamine, 6,3% des champignons magiques, 5,1% de l'héroïne, 3,5% d'autres opiacés et 3,5% du LSD, deux heures avant leurs rapports sexuels et ce, au moins une fois au cours des six derniers mois.

6.5 Les Premières nations

Il est difficile de présenter de façon précise l'ampleur de la toxicomanie chez les peuples des Premières nations du Canada. Cependant certains indicateurs confirment que le problème est bien présent⁷⁹. Des enquêtes québécoises semblent fournir des informations similaires^{80, 81}.

L'inhalation de solvants est répandue chez ces jeunes et débiterait vers l'âge de 12-13 ans.

L'alcool est une substance de choix chez ces peuples. Ceux qui consomment, le font jusqu'à l'intoxication, ce qui entraîne de sérieuses conséquences sur le plan social. Cependant, ce type de consommation et les conséquences

qui y sont associées sont tolérées au sein de certaines communautés et même jugées habituelles⁸². Par ailleurs, l'inhalation de solvants est répandue chez ces jeunes et débiterait vers l'âge de 12-13 ans⁸³.

La situation est aussi problématique chez ces jeunes vivants en milieu urbain. En effet, ils seraient de deux à six fois plus susceptibles d'éprouver un problème d'alcool que leurs pairs des communautés urbaines. Ils sont aussi plus nombreux à consommer de la marijuana ou des solvants. Par exemple, les statistiques montrent qu'au Canada environ un jeune des Premières nations sur cinq a déjà inhalé des solvants, et qu'au Québec 9% en font un usage habituel.

Finalement, les femmes aussi consomment de l'alcool et ce, pendant la grossesse. Cette consommation peut engendrer un syndrome chez l'enfant : le syndrome d'alcoolisation fœtale. Et malheureusement, ce problème serait plus fréquent encore au sein de certaines communautés des Premières nations⁸⁴.

⁷⁸ Enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement (ITS) ainsi que les comportements à risque associés chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes au Québec. 2008. Disponible en ligne : <http://www.argusquebec.ca/argus.html>

⁷⁹ Pour chacun de ces indicateurs, le pourcentage d'Autochtones est considérablement supérieur par rapport au reste de la population canadienne.

⁸⁰ Daoust, G. (1995). Centre de réadaptation au Nunavik, Kuujuaq. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

⁸¹ Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris (1997). Ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁸² Korhonen, M. (2004). Alcohol Problems and Approaches : Theories, Evidence and Northern Practice. Ajunnginiq Centre, National Aboriginal Health Organization

⁸³ Three-year consolidation Plan (1999-2001). (1999). Kuujuaq, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

⁸⁴ April, N. et Nourret, A. (2004). État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec, Montréal, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique.

6.6 Les personnes en situation d'itinérance

Les personnes itinérantes ont fréquemment des problèmes de toxicomanie et les problèmes de dépendance sont souvent un facteur explicatif ou aggravant de l'itinérance⁸⁵. Selon une enquête^{86,87} menée dans les régions de Québec et de Montréal-Centre, près de la moitié (46%) de ces personnes présentent un trouble actuel ou récent lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Les hommes et les moins de 30 ans sont les plus représentés.

Les drogues seraient consommées de façon abusive et dans des conditions insalubres. De plus, ceux qui utilisent des drogues injectables sont plus à risque de contracter des maladies infectieuses (VIH/sida, hépatite C ou des infections transmissibles sexuellement). Le VIH/sida et l'hépatite C sont deux maladies importantes chez les personnes en situation d'itinérance. Cette situation est préoccupante chez les jeunes, car ils sont les plus grands utilisateurs de drogues injectables.

Une attention particulière doit être portée aux itinérants vivants une double problématique de santé mentale et de toxicomanie. Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie se combinent fréquemment à d'autres problèmes, ce qui complexifie l'organisation des services. Les services offerts doivent être adaptés, intégrés et continus. Certaines initiatives démontrent des résultats prometteurs, telles les équipes de liaison dans les urgences.

6.7 Les personnes utilisant des drogues injectables

Les utilisateurs de drogues par injection sont un groupe hétérogène d'hommes et de femmes, de provenance et d'âges variés, qui s'injectent différentes substances illicites dont les plus courantes sont la cocaïne, l'héroïne et certains opioïdes. Il y aurait près de vingt-trois mille personnes qui s'injectent de la drogue au Québec (1/3 héroïne; 2/3 cocaïne).

Selon les différents travaux réalisés auprès de groupes de personnes utilisatrices de drogues injectables, on note des prévalences pour le VIH d'environ 15% au Québec (de 5% à 20% selon les régions). Par contre, certaines régions comme Montréal peuvent voir ce chiffre grimper à environ 19% en 2006, soit au-dessus du seuil épidémique de 10%, tandis que dans la région de Québec ce pourcentage serait de 11%.

Plusieurs jeunes s'injectent des drogues. C'est le cas notamment d'une proportion importante des jeunes fréquentant la rue (il y a 27% à 29% d'injecteurs réguliers dans cette population). Les données provenant d'une étude longitudinale⁸⁸ (1995-2004) sur les jeunes de la rue de Montréal indiquent que, 45,9% d'entre eux se sont injectés des drogues, au moins une fois, avant leur entrée dans l'étude, que ceux qui recourent à l'injection le font en moyenne vers l'âge de 16,7 ans et que, 60% des jeunes de la rue qui se sont injectés des drogues au cours du mois précédant l'étude, l'ont fait avec une seringue usagée.

**20,5% de ceux qui
s'injectent des drogues
ont l'hépatite C.**

Les jeunes de la rue ont un risque élevé d'infections au VIH et à l'hépatite C : en 2000,

⁸⁵ Fournier, L. (2001). Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. Institut de la statistique du Québec.

⁸⁶ Ibid

⁸⁷ Enquête a joint les clientèles touchées par vingt-quatre centres à Montréal (dont onze centres d'hébergement) et quinze centres à Québec (dont six centres d'hébergement). Tous les centres accueillant exclusivement des jeunes de moins de 18 ans et certains centres accueillant des jeunes plus âgés ont été exclus de l'enquête. Au total, 757 personnes ont été interviewées : 509 à Montréal et 248 à Québec.

⁸⁸ Roy, E. et coll. (2004). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Direction de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal-Centre.

20,5% de ceux qui s'injectent des drogues ont l'hépatite C et moins de 2%, le VIH⁸⁹. L'utilisation de drogues par injection entraîne de lourdes conséquences, tant sur le plan physique que sur le plan social :

- Infections transmissibles par le sang;
- Surdoses;
- Hospitalisations;
- Décès;
- Syndrome du sevrage du nouveau-né après l'accouchement;
- Marginalisation;
- Exclusion;
- Augmentation de la criminalité.

Au Québec, la distribution de matériel d'injection sécuritaire contribue à prévenir la propagation du sida et des hépatites. Cette initiative, en plus de fournir du matériel d'injection sécuritaire, offre l'occasion d'atteindre les utilisateurs de drogues par injection et de les orienter vers d'autres types de services, comme la désintoxication, la réadaptation et le dépistage de l'infection au VIH. Ces services sont offerts par des organisations publiques et communautaires.

6.8 Les personnes incarcérées

Les drogues les plus souvent consommées, en milieu carcéral, sont le cannabis et la cocaïne. Les problèmes de santé des personnes ayant un double problème de toxicomanie et de délinquance sont importants. Les données révèlent une prévalence élevée du VIH et de l'hépatite C⁹⁰.

Par ailleurs, plusieurs femmes en milieu carcéral consomment des psychotropes de façon problématique. Les femmes détenues toxicomanes seraient, comparativement aux hommes, dans une situation plus grave : elles consomment plus souvent, sont plus susceptibles de consommer plusieurs psychotropes et de consommer des drogues dures comme l'héroïne et la cocaïne. Ces problèmes de toxicomanie chez ces femmes étaient habituellement présents avant leur incarcération. La plupart auraient grandi dans des foyers où la consommation était courante et où elles étaient plus susceptibles d'être victimes de violence physique ou sexuelle. Leurs besoins s'avèrent donc importants et différents de ceux des hommes détenus⁹¹.

6.9 Les membres des gangs de rue

Selon le ministère de la Sécurité publique du Canada⁹², il y avait en 2002 environ 25 gangs de rue au Québec. Quant au nombre de membres de gangs de rue, il était alors évalué à 533, représentant ainsi 0,07 membre de gangs de rue par 1 000 habitants.

Le ministère remarque par ailleurs, que les jeunes les plus susceptibles de se joindre à un

⁸⁹ Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC. (2007). INSPQ.

⁹⁰ Alary, M., Godin, G et Lambert, G. (2004). Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et piste pour l'intervention. Direction générale des services correctionnels et l'Institut national de santé publique.

⁹¹ Langan, N.P. et Pelissier, B (2001). Gender differences among prisoners in drug treatment, Journal of Substance Abuse, vol. 13, novembre 2001, p. 291-301.

⁹² Les gangs de jeunes au Canada : Qu'en savons-nous? (2008). Sécurité publique du Canada. Disponible en ligne : <http://www.securitepublique.gc.ca/prg/cp/bldngevd/2007-yg-1-fr.asp>

gang ou qui en sont déjà membres proviennent le plus souvent de groupes vivant des inégalités sociales et qui sont le plus désavantagés sur le plan social. De plus, la plus grande proportion des membres de gangs de rue est représentée par les Afro-Canadiens (25%), suivis des Premières nations (21%) et des jeunes de race blanche (18%). Parmi les raisons rapportées pour adhérer à un gang de rue, se retrouvent la quête d'émotions fortes, le prestige/la protection, le désir de faire de l'argent et le sentiment d'appartenance.

La visibilité et la diversité de la manifestation du phénomène s'accroissent à mesure qu'on se rapproche des grandes villes. Les petites municipalités ne sont pas pour autant toujours épargnées. Outre le fait que les regroupements de jeunes ont des répercussions sur la qualité de vie des citoyens dans toutes les régions du Québec, certains faits liés aux gangs de rue sont alarmants.

11% des élèves fréquentant des écoles montréalaises disent avoir déjà participé à une bataille de gangs.

Ainsi, une étude récente, réalisée par le Centre international de criminologie comparée (CICC) de l'Université de Montréal, indique que 11% des élèves fréquentant des écoles montréalaises disent avoir déjà participé à une bataille de gangs.

Dans le même ordre d'idées, 20% des membres de gangs de rue sont âgés entre 11 et 16 ans. Ils ont entre 17 et 28 ans dans une proportion de 60% et entre 29 et 35 ans, dans une proportion de 20%⁹³. De plus, les données du ministère de la Sécurité publique du Canada révèlent qu'un nombre important de jeunes qui se joignent à un gang constituent déjà des consommateurs de drogues et commettent déjà des actes de violence et des crimes graves.

Tout aussi alarmant, une étude⁹⁴ réalisée conjointement par le Canada et les États-Unis, montre qu'il y a certains liens évidents entre les gangs, les armes et la drogue, notamment chez les jeunes de Montréal. Ainsi, une nette corrélation existe entre la présence de gangs et la facilité à se procurer des armes à feu et de la drogue dans les écoles. Cette même étude révèle qu'à Montréal, 18,7% des garçons de 14 à 17 ans ont déjà apporté une arme à feu à l'école. Enfin, les jeunes décrocheurs qui font du trafic de drogues sont plus à risque de devenir impliqués dans des actes de violence armée. Les gangs de rue deviennent d'ailleurs de plus en plus incontournables dans le trafic de drogues.

Au sein des gangs, la consommation de stupéfiants s'inscrit dans un processus social tout à fait normal. Les membres de gangs de rue adoptent, en effet, la consommation beaucoup plus que les non-membres. L'alcool ainsi que le cannabis et ses dérivés seraient les drogues les plus consommées par les membres de gangs de rue.⁹⁵

Selon une étude internationale réalisée en 2004 auprès de 251 villes, Montréal se situe au 18^e rang sur le plan international et parmi les cinq villes les plus sûres sur le territoire nord-américain. Les gangs de rue arrivent toutefois premiers parmi les aspects de la criminalité qui ont le plus d'impacts sur le sentiment de sécurité de la population. Ainsi, en décembre 2007, le ministre de la Justice et le ministre de la Sécurité publique du Québec annonçaient l'investissement le plus important jamais effectué par le gouvernement du Québec pour prévenir la criminalité.⁹⁶ 17,6 millions de dollars sur trois ans sont injectés pour agir en prévention sur différents fronts dans la lutte contre les gangs de rue et serviront à :

⁹³ Barbeau, D. (2005). Actualités GDR. SPVM.

⁹⁴ Erickson, P., Butters, J., Cousineau, M.M., Harrison, L. et Korf, D. (2006). Drugs, Alcohol and Violence International (DAVI). J Urban Health. 2006 September; 83(5): 788-801.

⁹⁵ L'Écho-Toxico (2005). Vol.15, No.25. Université de Sherbrooke.

⁹⁶ Sécurité publique. (2008). Disponible en ligne

<http://www.msp.gouv.qc.ca/msp/communiqués/communiqués.asp?c=1447&theme=police>

- Soutenir financièrement des projets communautaires adaptés aux réalités des divers milieux et visant la prévention de l'adhésion des jeunes aux gangs de rue;
- Créer des actions pour prévenir le recrutement de jeunes aux fins d'exploitation sexuelle sur l'ensemble du territoire québécois;
- Implanter un programme de suivi intensif des contrevenants à haut risque de récidive ciblés en fonction de leur potentiel de délinquance;
- Effectuer un soutien auprès des parents et des communautés culturelles.

6.10 Les personnes âgées⁹⁷

Les personnes âgées sont susceptibles de connaître des problèmes de toxicomanie. Bien que les personnes du troisième âge boivent moins que les autres groupes de la population, l'alcool est le psychotrope qu'elles utilisent le plus fréquemment. Leur consommation d'alcool tend à augmenter depuis une quinzaine d'années. Au Canada, 11% à 14% des aînés dépassent la limite recommandée par les directives de consommation d'alcool à faible risque. *Éduc'alcool* signale que les outils de dépistage des problèmes d'alcool chez les aînés sont souvent inadéquats et qu'il y a très peu de programmes de désintoxication et de traitement adaptés à la réalité particulière de ces personnes.

7. L'opinion publique en matière de consommation

Les Québécois, en général, considèrent que le tabagisme est le problème social ou de santé qui engendre les coûts les plus élevés aux niveaux social, économique et de santé devant l'usage des drogues, le virus du sida, l'abus de médicaments et l'abus d'alcool. Par contre, chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez les gens non initiés aux drogues douces, c'est l'usage des drogues qui représente le problème le plus coûteux pour la société.⁹⁸

Pour la majorité des Canadiens, la consommation d'alcool et d'autres drogues pose un problème grave ou très grave au Canada, au sein de leur province et de leur collectivité. Ils jugent que les problèmes suivants sont graves (dans l'ordre)⁹⁹ :

En ordre décroissant de gravité.

- consommation de drogues illicites;
- consommation de drogues injectables;
- consommation d'alcool;
- consommation de médicaments d'ordonnance;
- consommation de médicaments en vente libre;
- consommation de substances inhalées.

Cette intensité est stable à travers le Canada, les provinces et les villes, sauf pour la consommation de drogues injectables, dont la gravité perçue est plus faible dans les villes. Plus précisément, au Québec, 70% de la population considère que la drogue est une préoccupation importante ou très importante. Les femmes se disent plus préoccupées que les hommes à 78% contre 63%.¹⁰⁰

⁹⁷ L'alcool et les personnes âgées. (2006). *Éduc'alcool*.

⁹⁸ Hamel, D. (2001). Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/036-Sondage_toxico-VIH.pdf

⁹⁹ Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : opinions, attitudes et connaissances. (2006). Santé Canada, 2006. Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/cas_opinions-etc/opin_att_connaissances.pdf

¹⁰⁰ Hamel, D. (2001). Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/036-Sondage_toxico-VIH.pdf

En matière d'alcool, 59,1% des Canadiens s'opposent à l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées. Les hommes (32,7%) y sont d'ailleurs moins favorables que les femmes (47,4%) et il y va de même pour les résidents du Québec (33,3%) et de l'Alberta (31,9%). Ce sont les résidents de l'Ontario qui sont les plus favorables à une augmentation des taxes (46,7%). Plus de 80% des Canadiens se disent « tout à fait d'accord » avec les contrôles aléatoires de l'alcoolémie au volant¹⁰¹.

**Le cannabis est considéré
moins nocif que le tabac.**

En ce qui a trait au cannabis, il est considéré comme moins nocif que le tabac. Cependant, 61,4% des canadiens estiment que les consommateurs de marijuana finissent par consommer d'autres drogues. Ils estiment (57,7%) qu'il faut interdire la culture de cannabis pour usage personnel. Et seulement 36,6% des Canadiens sont d'accord avec la légalisation de la marijuana. Parmi ceux qui approuvent cette légalisation, 37,9% le sont parce qu'ils considèrent que la marijuana n'est pas une drogue dangereuse¹⁰².

On constate que les hommes sont plus favorables à la légalisation de la marijuana que les femmes (43,8% contre 32,2%) tout comme les habitants de la Colombie-Britannique (44,0%), du Manitoba (39,5%) et de l'Ontario (41,5%) par rapport aux habitants du reste du Canada. Le Québec (31,3%) et la Saskatchewan (29,2%) sont les moins favorables.

L'héroïne et la cocaïne sont considérées comme les drogues les plus dangereuses, car la majorité des Québécois croient qu'elles causent des dommages immédiats pour la santé et entraînent une dépendance dès la première consommation¹⁰³. Les Canadiens pensent que la disponibilité des drogues est la principale raison qui mène à leur consommation (28,4%) et que la consommation de drogues est un danger en premier pour tous (52,3%), mais aussi pour les jeunes (23,5%)¹⁰⁴.

Parmi les mesures susceptibles d'enrayer les problèmes reliés à la drogue, la population préfère la prévention. En effet, les Canadiens préfèrent la prévention et le traitement (78,0%) à l'application des lois et à l'incarcération (18,7%) comme moyens de lutte contre la consommation de drogues. Ils considèrent à 82,8% que le gouvernement devrait privilégier les programmes de traitement à la criminalisation de la consommation de drogues¹⁰⁵.

Les programmes d'éducation dans les écoles, dispensés par les policiers ou les intervenants, et les programmes d'amélioration des conditions de vie des jeunes sont plus aptes, selon eux, à réduire les problèmes causés par la consommation de drogues que les solutions de répression telles que la désintoxication obligatoire pour tous les toxicomanes et la tolérance zéro dans les écoles¹⁰⁶. Pour les Québécois, les diverses raisons pouvant pousser les gens à devenir toxicomanes sont les suivantes¹⁰⁷ :

¹⁰¹ Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : opinions, attitudes et connaissances. (2006). Santé Canada. Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/cas_opinions-etc/opin_att_connaissances.pdf

¹⁰² Ibid

¹⁰³ Hamel, D. (2001). Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/036-Sondage_toxico-VIH.pdf

¹⁰⁴ Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : opinions, attitudes et connaissances. (2006). Santé Canada, Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/cas_opinions-etc/opin_att_connaissances.pdf

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Hamel, D. (2001). Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/036-Sondage_toxico-VIH.pdf

¹⁰⁷ Ibid

- le manque de confiance en eux (72%);
- le peu de place que leur accorde la société (61%);
- une société dure et compétitive (59%);
- une crise familiale (54%).

Un peu plus du tiers (36%) considère les abus sexuels comme une cause menant à la toxicomanie¹⁰⁸.

La population québécoise ne pense pas qu'il soit possible de mener une vie sociale normale en étant toxicomane. En effet, les Québécois ne croient pas qu'il soit possible¹⁰⁹ :

- de conserver son emploi (68%) et;
- de bien élever son enfant (81%) tout en étant toxicomane.

Les Canadiens sont aussi d'accord à 96,4% avec les programmes de désintoxication et avec les programmes de distribution de seringues propres (74,4%)¹¹⁰.

8. Les principales approches utilisées au Québec

Plusieurs approches se partagent le champ de la toxicomanie au Québec. Ces approches, même si elles peuvent présenter une dominante « Réduction des méfaits », ou « Abstinence », ou relevant d'une autre philosophie de traitement, font partie des approches qu'on peut regrouper sous l'appellation « Biopsychosociales » puisqu'elles s'adressent à la santé physique et mentale de l'individu, ainsi qu'à son environnement familial et social.

8.1 L'approche de réduction des méfaits

L'approche « réduction des méfaits » a été mise de l'avant, au cours des années 1980.

L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire leur consommation ainsi que les conséquences négatives liées à leurs

comportements. Cette approche a été mise de l'avant, au cours des années 1980, comme réponse au danger représenté par la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI). Elle vise la diminution des conséquences néfastes liées à l'usage d'alcool et des drogues tant licites qu'illicites et tente d'atténuer les répercussions négatives associées à cette consommation.

L'approche de réduction des méfaits ne cherche pas d'emblée à réduire ou à éliminer l'usage de drogues. L'objectif n'est donc pas l'abstinence de toute substance, mais plutôt la mise en place d'une série d'objectifs hiérarchisés visant à régler les problèmes les plus urgents d'abord (par exemple, la stabilisation de l'état de santé, la recherche d'un logement, etc.)¹¹¹. Le champ d'action de la réduction des méfaits couvre aujourd'hui l'ensemble du continuum de l'intervention.

¹⁰⁸ Hamel, D. (2001). Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Disponible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/036-Sondage_toxico-VIH.pdf

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : opinions, attitudes et connaissances. (2006). Santé Canada. Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/cas_opinions-etc/opin_att_connaissances.pdf

¹¹¹ www.reductiondesmefaits.aitq.com

8.1.1 Programmes touchant l'alcool

Il existe au Québec plusieurs programmes de réduction des méfaits touchant l'alcool. En voici quelques exemples :



- *Éduc'Alcool* – Organisme indépendant et sans but lucratif, qui regroupe des institutions parapubliques, des associations de l'industrie des boissons alcooliques et des personnes provenant de divers milieux (santé publique, universités, journalisme). Ces organismes, conscients de leur mission sociale, mettent sur pied des programmes de prévention, d'éducation et d'information pour aider les jeunes et les adultes à prendre des décisions responsables et éclairées face à la consommation de l'alcool.
- *Opération Nez Rouge* – Programme de raccompagnement pour les personnes ayant consommé. Ce programme est en service durant la période des fêtes et privilégie la neutralité face à la consommation d'alcool et l'abus de cette substance.
- *Action Serveurs* – Programme de formation pour les serveurs dans le domaine des bars et de la restauration, afin de les aider à mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool. Ces stratégies incluent des actions précises auprès de clients en état d'ébriété : convaincre le client de ne pas conduire, appeler un taxi, retarder le départ, enlever les clés, refuser de servir de l'alcool, offrir des boissons sans alcool, servir de la nourriture, faire passer un alcootest, aviser le patron, appeler la police, etc.



8.1.2 Programmes touchant les drogues

Il existe également plusieurs types de programmes de réduction des méfaits associés aux drogues. Certains sont liés à l'échange de seringues, d'autres visent la transmission des maladies sexuelles ou enseignent la modération ou l'usage sécuritaire des drogues. Ils sont apparus, avec la création de *Cactus* à Montréal, en 1989 et se sont multipliés et diversifiés depuis. Plusieurs d'entre eux sont organisés autour de la dispensation de matériel stérile, dont la distribution de seringues. Ils sont maintenant présents sur l'ensemble du territoire québécois, même s'ils demeurent beaucoup plus nombreux à Montréal et à Québec. On distingue trois grands types de programmes d'accès aux seringues :

- *Les centres spécialisés de prévention¹¹² (CSP)* – Sites fixes d'échange de seringues dans des quartiers urbains où se retrouve une forte concentration d'utilisateurs de drogues injectables (UDI); outre l'échange de seringues, ces centres offrent généralement, sur place, une large gamme de services (référence, dépistage, soins, etc.) et ils ont aussi développé des volets spécifiques tels que l'intervention en milieu carcéral et l'intervention auprès des personnes prostituées ou dans les lieux de consommation.
- *Les programmes avec approche communautaire (PAC)* – sites fixes ou unités mobiles, utilisant aussi, parfois, une approche d'*outreach* pour rejoindre les UDI dans la communauté, tels les parcs, les piqueries, dans la rue et dans tout autre milieu de vie; les programmes « Gens de la rue » et « Pic-Atouts » effectuent une intervention spécialisée en regard de la prévention du VIH chez les UDI, tandis que « Pact de rue » et

¹¹² Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs des drogues par injection du Québec (2004).MSSS.

« L'Anonyme » intègrent la prévention du VIH parmi les autres préoccupations lorsqu'ils interviennent auprès de leurs clientèles.

- *Les programmes avec sites multiples non spécialisés (PSM)* – implantés par les Directions régionales de santé publique, ils sont principalement situés dans des établissements de santé (CSSS, urgences des CH) et dans des pharmacies, et ce, afin d'assurer l'accessibilité à du matériel d'injection stérile en dehors des grands centres urbains, là où il n'y a pas de grande concentration de toxicomanes. Les autres services offerts aux toxicomanes (dépistage, soins médicaux, soutien psychosocial) varient beaucoup d'un site à l'autre, mais tous ces programmes déclarent fournir des services de base, telles l'information et l'éducation, l'écoute et le soutien psychosocial, la référence à des ressources de dépistage MTS/Sida et toxicomanie; une majorité d'entre eux dispense aussi des services sur place de counselling, de dépistage MTS/Sida et de soins de santé.

On recense 16 régions administratives sur 18 ayant un programme d'accès au matériel d'injection sous une forme ou sous une autre. En 2006-2007, ce sont 787 points de service qui ont offert un accès, soit une légère hausse par rapport à l'année précédente. Les organismes communautaires à vocation générale, de même que ceux spécialisés dans la prévention des ITSS auprès des UDI, sont ceux qui offrent le plus grand accès au matériel d'injection. En voici quelques exemples¹¹³ :

- *Cactus Montréal* – Premier centre d'échange de seringues en Amérique du Nord, CACTUS détient une expertise en réduction des méfaits, par le biais de multiples activités auprès des personnes UDI et travailleurs/travailleuses du sexe à Montréal.



- *Méta d'âme* – Centre de jour et d'entraide pour personnes ayant ou ayant eu une dépendance aux opioïdes et qui reçoit un traitement pour celle-ci.

- *Spectre de rue* – Cet organisme montréalais vient en aide aux personnes marginalisées et vivant avec la toxicomanie, l'itinérance, le travail du sexe ou les problèmes de santé mentale. Spectre de rue accueille les personnes par le biais de plusieurs projets et activités, dont TAPAJ (travail alternatif payé à la journée), le site fixe, le centre de jour, le travail de proximité et le travail de milieu.



- *Portail francophone d'appui aux professionnels, pour l'avancement du traitement de la dépendance aux opioïdes* – Résultat d'une collaboration entre le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) et le *International Center for the Advancement of Addiction Treatment* (ICAAT). Sur le site, vous trouverez les actualités nationales et internationales sur les traitements pour la dépendance aux opioïdes, guides de pratique et la possibilité de consulter un expert par courriel.

8.1.3 Traitement de maintien à la méthadone

Le recours aux produits de substitution pour remplacer certaines substances psychoactives compte parmi les mesures de réduction des méfaits les plus largement connues et préconisées, principalement en ce qui a trait à la méthadone pour le traitement des consommateurs d'opiacés.

¹¹³ <http://www.reductiondesmefaits.aitq.com>

Le CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes) est un organisme qui offre un programme d'intervention prolongée à exigences élevées. Les narcomanes sont traités en externe et reçoivent leur méthadone dans une des pharmacies communautaires affiliées. Ils bénéficient de rencontres régulières avec un intervenant psychosocial et ont accès à des services de santé. De plus, lorsque leur situation est jugée stable, ils peuvent être référés à l'un des médecins généralistes qui fait partie du réseau de partenaires thérapeutiques.

En 1992, un second programme s'est ajouté à Montréal, lequel est intégré à l'unité de désintoxication de l'hôpital Saint-Luc. Il s'agit d'un modèle d'intervention brève, offrant aux narcomanes la possibilité d'un sevrage assisté à la méthadone (dose décroissante), d'une durée de 14 jours en interne, et de 48 jours en services ambulatoires. Au cours du processus, les patients ont accès à des soins de santé, à des examens de dépistage et à diverses mesures préventives. Ils bénéficient de rencontres hebdomadaires avec un groupe de soutien et peuvent être référés dans un programme de réadaptation, une fois la désintoxication complétée.

Un programme de méthadone à exigences peu élevées, parrainé par le CRAN et *Cactus*, a également accueilli ses premiers clients à l'automne 1999. Ce projet, *Relais-Méthadone*, s'inscrit dans une optique de réduction des méfaits. Il accorde la priorité à la diminution des comportements à risque et à l'amélioration de l'état de santé plutôt qu'à l'abstinence de drogues. Le programme vise spécifiquement les clientèles qui ne se présentent pas spontanément dans les services existants. Les organismes communautaires qui font du travail de rue constituent la principale source de référence pour ce programme. Les services sont offerts par une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, travailleur social et travailleur de milieu).

8.2 L'approche des communautés thérapeutiques

La philosophie d'intervention de « l'approche des communautés thérapeutiques » repose sur le support des pairs et la construction d'un nouveau schème de références.

L'approche des communautés thérapeutiques se retrouve dans un certain nombre de centres de traitement, privés pour la plupart, disséminés à travers le Québec. Cette approche est inspirée du traitement dispensé au Centre Le Portage, le plus ancien et le plus important des centres utilisant cette

approche. Leur philosophie d'intervention repose sur le support des pairs et la construction d'un nouveau schème de références qui guidera désormais la vie des personnes dépendantes. Alors que certains de ces centres possèdent un encadrement professionnel, leur personnel est en majorité constitué d'ex-clients qui ont progressé dans la hiérarchie selon leur ancienneté et leur capacité d'agir comme *leader* dans la communauté thérapeutique. L'acceptation de la responsabilité individuelle, les rencontres de groupes et les techniques de modification des comportements sont des éléments centraux des programmes¹¹⁴ (Nadeau et Biron, 1998). Le traitement se fait à l'interne et dure, en général, de trois mois à un an, ce qui en fait une approche de choix pour ceux dont la condition requiert un programme à plus long terme ou comme alternative à l'incarcération. Le traitement est gratuit dans certains de ces centres, grâce aux subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'ententes avec le ministère de la Sécurité publique ou de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

¹¹⁴ Nadeau, L. et Biron, C. (1998) Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie. Québec : Collection Toxicomanies, Presses de l'Université Laval/De Boeck, 142 pages.

Le nouveau programme de certification obligatoire du MSSS viendra chambarder, en partie, ces programmes qui reposent sur une main-d'oeuvre non spécialisée. Les exigences de cette certification posent à la fois un défi et un fardeau financier supplémentaire pour les organismes qui utilisent cette approche.

8.3 L'approche liée à la philosophie des Groupes d'entraide

L'approche dite des *Groupes d'entraide*, inspirée de la philosophie des Alcooliques Anonymes (AA), se retrouve dans un bon nombre de centres privés au Québec, dont les plus connus sont la Maison Jean Lapointe et le Pavillon Pierre-Péladeau inc. qui doivent leur notoriété au nom qu'ils portent. Cette approche provient de l'utilisation de la philosophie des Groupes d'entraide comme élément central du traitement. L'alcoolisme et les autres toxicomanies sont considérés

L'alcoolisme et les autres toxicomanies sont considérés comme des maladies qui peuvent être tenues en échec par l'abstinence et l'adhésion au mode de vie de ces groupes.

comme des maladies qui peuvent être tenues en échec par l'abstinence et l'adhésion au mode de vie de ces groupes. Le personnel est composé, en majorité, de conseillers eux-mêmes alcooliques ou toxicomanes réadaptés. À cette équipe s'ajoute, dans certains centres, le support de professionnels de la santé (médecins, infirmières, psychologues, etc.). Dans la plupart des cas, le traitement est offert à l'interne pour des périodes variant de trois à six semaines et un suivi, plus ou moins intensif et structuré, est offert selon l'organisation des services propre à chacune des ressources. L'implication à long terme, dans les groupes d'entraide et d'abstinence de toutes substances psychotropes, constitue les éléments essentiels du traitement¹¹⁵ (Cook, 1988).

Tout comme pour les autres approches utilisées dans le réseau privé et communautaire, les exigences de la nouvelle certification obligatoire posent à la fois un défi et un fardeau financier supplémentaire pour les organismes qui utilisent cette approche et qui survivent avec des budgets restreints.

¹¹⁵ Cook, CCH. (1988). The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth. Part 1. The philosophy and the program. *British Journal of Addiction*. 83:625-634



Chapitre II

Les gouvernements, la santé et les dépendances

Afin de dresser un portrait complet sur l'environnement relatif aux questions de consommation d'alcool et de drogues, il est nécessaire de présenter, au préalable, une description des structures gouvernementales et paragouvernementales, ainsi que des principaux acteurs et de leurs orientations.

Il faut d'abord savoir que l'Acte constitutionnel de 1867, qui a donné naissance au Canada actuel, accorde aux provinces la compétence dans la plupart des domaines de services publics (santé, éducation, ressources naturelles, justice, affaires municipales, droits civils, sécurité publique, emploi, etc.). Ainsi, la santé et par conséquent l'ensemble des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues sont de compétence provinciale.

L'appareil administratif de l'État québécois se compose d'une vingtaine de ministères qui constituent la structure de base de l'organisation gouvernementale. Cependant, par souci d'autonomie, de spécialisation, d'efficacité et de visibilité, le législateur a décidé de transférer ou d'attribuer certaines fonctions administratives à des organismes autonomes plutôt qu'à des ministères. C'est ainsi qu'on dénombre environ 200¹¹⁶ organismes publics apparaissant dans l'organigramme du gouvernement (sociétés, conseils, offices, régies, commissions et tribunaux administratifs). Chacun de ces organismes est placé sous la responsabilité d'un ministère qui répond de leur gestion.

Au gouvernement du Québec, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a la responsabilité d'offrir à la population des services de prévention et de traitement en matière de toxicomanie. La mission du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. Le ministère est le seul responsable, au niveau gouvernemental, de l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il partage toutefois cette responsabilité avec plusieurs organisations et partenaires.¹¹⁷

Les orientations du MSSS se déploient à travers le réseau de la santé et des services sociaux et par le biais des réseaux des ministères qui accueillent, parmi leur clientèle, des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir. La mise en place de ces orientations se déploie aux plans national, régional et local. Au cours des dernières années, le MSSS a rendu publics deux documents d'orientation en regard de la toxicomanie. Le *premier document* a été élaboré en 2006, par le MSSS, en collaboration avec huit autres ministères. Il s'agit du « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 »¹¹⁸. Ce plan interministériel couvre l'ensemble des volets, de la prévention à la réinsertion sociale, incluant le volet « recherche ». Le *deuxième document* d'orientation intitulé « Offre de services 2007-2012 : Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience »¹¹⁹ vise plus spécifiquement les services que doivent offrir les organismes du réseau de la santé et des services sociaux.

¹¹⁶ Portail Québec. (2008) Ministères et organismes. Disponible en ligne :

<http://www.gouv.qc.ca/portail/quebec/pgs/commun/gouv/minorg?lang=fr>

¹¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Disponible en ligne :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/index.php>.

¹¹⁸ Le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

(2006). Disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

¹¹⁹ L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme-services Dépendances.(2007).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

9. Organismes gouvernementaux

Il existe neuf organismes qui relèvent directement du ministre du MSSS, soit :

- Le Bureau des projets Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine
- Le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles
- Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
- Le Commissariat à la santé et au bien-être
- L'Institut national de santé publique du Québec
- L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- L'Office des personnes handicapées du Québec
- La Régie de l'assurance maladie du Québec
- L'Urgences-santé

9.1 Bureau des projets Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

La mission du Bureau des projets est d'assurer le respect des balises réglementaires de programme, de budget et de temps, fixées par le gouvernement, tout en veillant à réduire les risques inhérents aux grands projets complexes. C'est ainsi qu'une dynamique intégratrice et participative auprès des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des partenaires sont favorisées. La synergie des efforts créera une « culture de gestion » propice à la réalisation des projets dans une perspective de développement durable.

9.2 Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

C'est à ce comité provincial qu'on a confié le mandat de fournir au ministre des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles du Québec. Le Comité peut procéder à des consultations, solliciter des opinions, recevoir et entendre des requêtes des personnes, organismes ou associations. Ainsi, il doit donner des avis, au ministre de la Santé et des Services sociaux favorisant une organisation des services de santé et des services sociaux, qui tiennent compte des diverses réalités culturelles.

9.3 Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Ce comité qui est chargé de donner son avis sur :

- La prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- L'approbation, l'évaluation et la modification, par le gouvernement, de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux.

Il peut aussi procéder à des consultations, solliciter des opinions, recevoir et entendre des requêtes des personnes, organismes ou associations.

9.4 Commissaire à la santé et au bien-être

Le Commissaire à la santé et au bien-être se substitue au Conseil médical du Québec et au Conseil de la santé et du bien-être. Il a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale, et ce, afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécois. Le commissaire évalue les résultats obtenus par le système de santé et de services sociaux, ainsi que l'ensemble des éléments, en se penchant sur la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services. Il rend publiques les informations qui permettront d'éclairer les débats et la prise de décision. Il recommande des changements qui doivent permettre d'accroître la performance globale du système.

9.5 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)¹²⁰ est un organisme gouvernemental mandaté par l'État. Créé en vertu de la *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec* en 1998, l'Institut soutient, de par son expertise, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements de santé, et ce, dans l'exercice de leurs responsabilités.

Le volet des dépendances fait partie des préoccupations de l'INSPQ principalement aux plans de la promotion de la santé et de la prévention des dépendances. Ces travaux consistent principalement à :

- Développer la connaissance et à contribuer à la surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population et de ses déterminants;
- Développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, prévention et protection de la santé;
- Favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique;
- Fournir des avis et des services d'assistance-conseil;
- Évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé de la population;
- Soutenir l'implantation du « Programme national de santé publique »;
- Soutenir des activités de recherche ou de développement de connaissances nouvelles;
- Soutenir des activités de formation et d'information;
- Soutenir des services de laboratoire spécialisés.

9.6 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

C'est en janvier 2011 que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été créé. L'INESSS succéda alors au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Sa mission est de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux, et ce, en évaluant les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels. L'INESSS a aussi le mandat d'émettre des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et d'élaborer des guides de

¹²⁰ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Disponible en ligne : <http://www.inspq.qc.ca>

pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal.

L'INESSS conjugue les perspectives des professionnels et des gestionnaires du réseau, ainsi que celles des patients et des bénéficiaires. Cette collaboration permet de rassembler les savoirs et les savoir-faire de multiples sources. L'INESSS contribue aussi à la mobilisation des acteurs concernés pour l'amélioration des soins et des services à la population.

9.7 Office des personnes handicapées du Québec

L'Office a pour mission de faire respecter la *Loi* assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office doit s'assurer que, les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes, poursuivent leurs efforts en vue d'intégrer les personnes handicapées et de permettre à ces dernières de participer pleinement à la vie en société. L'Office joue également un rôle de coordination et d'évaluation des services offerts aux personnes handicapées et à leur famille. Il promeut les intérêts de celles-ci, les informe, les conseille, les assiste et les représente individuellement et collectivement.

9.8 Régie de l'assurance maladie du Québec

La Régie administre les régimes publics d'assurance maladie et de médicaments : elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.

9.9 Urgences-santé

La mission d'Urgences-santé consiste à assurer à la population de Montréal et de Laval des services préhospitaliers d'urgence de qualité, efficaces et appropriés, afin de réduire la mortalité et la morbidité associées aux conditions médicales urgentes de la clientèle. Ces services comprennent :

- Un centre de communication santé;
- Les soins préhospitaliers d'urgence, le transport par ambulance, ainsi que le transport interétablissements.

Urgences-santé a également la responsabilité de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les services de la chaîne d'intervention préhospitalière.

10. Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

À l'automne 2008, la Commission des affaires sociales du Québec tenait des audiences publiques sur le sujet de l'itinérance au Québec. L'objectif était de :

- Dresser le portrait actuel de l'itinérance;
- Faire le point sur les tendances observées dans les milieux d'intervention;
- Identifier les besoins prioritaires d'action.

Suite à ces audiences, *Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*¹²¹ a été élaboré. Ce plan résulte de la volonté de plusieurs ministères et organismes gouvernementaux d'harmoniser et de concerter leur engagement pour prévenir et contrer l'itinérance au Québec.

2

constats de base

- La situation de l'itinérance au Québec demeure préoccupante;
- La situation de l'itinérance requiert une harmonisation et une coordination des actions.

- Renforcer la prévention de l'itinérance;
- Favoriser la stabilité résidentielle;
- Améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes;
- Favoriser une cohabitation tolérante et sécuritaire entre les différents groupes de citoyens;
- Accroître la recherche.

5

priorités identifiées

Nous savons que vivre dans la rue comporte de nombreux risques, dont la dépendance. Près de la moitié des personnes itinérantes présentent un problème de dépendances. Ces problèmes peuvent constituer un facteur explicatif ou aggravant de l'itinérance. Par ailleurs, les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie se combinent fréquemment à d'autres problèmes et peuvent devenir très préoccupants, particulièrement chez les jeunes de la rue. Nous savons que la majorité d'entre eux présente une consommation d'alcool problématique ou des problèmes sérieux de consommation de drogues. Plus de la moitié ont également fait usage de drogues injectables (UDI).

C'est ainsi que la première priorité, *Renforcer la prévention de l'itinérance*, met l'accent sur la détection précoce de la toxicomanie et des problèmes de santé mentale. Un soutien est offert à ces personnes et on tente de les orienter vers les services appropriés. Les centres hospitaliers, les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation et les organismes communautaires occupent une position stratégique dans l'actualisation de cette priorité.

11. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011

Le MSSS a élaboré le « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 » en concertation avec les huit ministères suivants :

Les principaux sont :

- Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS);
- Le ministère de la Justice (MJQ) et le ministère de la Sécurité publique (MSP);
- Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS);

Les autres ministères sont :

- Le ministère des Transports (par le biais de la Société de l'assurance automobile du Québec -SAAQ);
- Le ministère de la Famille et des Aînés (autrefois ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFACF));

¹²¹ <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-846-01.pdf>

- Le ministère du Conseil exécutif (Secrétariat à la jeunesse et des affaires autochtones);
- Le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC).

C'est dans le cadre de la mise en place et de l'évaluation de ce plan, que le MSSS poursuivra son rôle rassembleur auprès de ses partenaires qui auront comme mandat, dans leur réseau respectif, de mettre en œuvre des actions aux niveaux provincial, régional et local, et ce, en tenant compte de leurs priorités respectives.

11.1 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)

Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS)¹²² a pour mission de s'assurer que les Québécoises et les Québécois aient accès à des services éducatifs de qualité et à un environnement d'apprentissage qui leurs permettent de développer pleinement leurs compétences et d'exploiter leur potentiel tout au long de leur vie. Le ministère confie au ministre le pouvoir d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives aux domaines précités en vue, notamment, de :

- Promouvoir l'éducation;
- Contribuer, par la promotion, le développement et le soutien de ces domaines, à l'élévation du niveau scientifique, culturel et professionnel de la population québécoise et des personnes qui la composent;
- Favoriser l'accès aux formes les plus élevées du savoir et de la culture à toute personne qui en a la volonté et l'aptitude;
- Contribuer à l'harmonisation des orientations et des activités éducatives avec l'ensemble des politiques gouvernementales et avec les besoins économiques, sociaux et culturels de la société québécoise.

L'intervention en milieu scolaire doit favoriser l'intégration de divers programmes et plans d'action qui ont pour objet la prévention.

Selon le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS), l'intervention en milieu scolaire, en matière de prévention de l'usage et l'abus de drogues, doit favoriser l'intégration de divers programmes et plans d'action qui ont pour objet la prévention et pour sujet, les jeunes et leur santé.

Au printemps 2003, les ministres québécois de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation signaient une nouvelle entente de complémentarité des services entre leurs réseaux respectifs autour d'un objectif commun : le développement des jeunes. Cette entente comporte plusieurs axes d'intervention, dont entre autres, la promotion de la santé et du bien-être ainsi que la prévention. Pour actualiser cet axe, l'entente mise sur le développement et le déploiement d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention, et ce, à partir de l'école. La prévention de la toxicomanie fait maintenant partie d'une approche plus vaste portant sur la santé nommée « *École en santé* ».

La prévention de la toxicomanie fait maintenant partie de l'approche nommée « École en santé ».

¹²² Rapport annuel de gestion 2006-2007 (2007). Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec.

Cette approche « *École en santé* »¹²³ s'inspire de principes reconnus et de résultats de recherches réalisées au niveau international. Elle est préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par le *Center for Disease Control (CDC)* des États-Unis, pour permettre d'accroître l'efficacité des mesures de promotion et de prévention visant les jeunes d'âge scolaire. De plus, elle met à profit les expériences fructueuses menées dans plusieurs milieux scolaires québécois depuis quelques années. L'approche « *École en santé* » sera abordée plus spécifiquement à la section « *Les autres secteurs d'activités* ».

11.2 Ministère de la Justice (MJQ) et ministère de la Sécurité publique (MSP)

Les actions du ministère de la Justice (MJQ) sont liées de près à celles du ministère de la Sécurité publique (MSP). Ces deux ministères travaillent en étroite collaboration, et ce, du fait que des consommateurs excessifs d'alcool et de drogues se retrouvent souvent mêlés aux différents processus liés à la fois à la justice et à la sécurité publique. Les interventions du MSP se situent, soient en amont du système de justice pénale (par ses services policiers) ou soient en aval (par ses services correctionnels). Ces interventions nécessitent donc un arrimage avec le ministère de la Justice (MJQ).

Les liens qui existent entre la justice et la consommation de substances psychotropes peuvent être envisagés sous deux angles différents, souvent interreliés. Tout d'abord, nous retrouvons les actes illégaux associés directement à l'alcool et aux drogues, dont la fabrication, la possession et le trafic. Par la suite, on peut penser aux actes et aux situations dont les liens avec la consommation sont plus indirects par exemple, la violence conjugale et familiale, la conduite avec facultés affaiblies, les conflits entre voisins, etc.

11.2.1 La prévention de la criminalité

Jusqu'à maintenant, la prévention de la toxicomanie effectuée par le ministère de la Sécurité publique (MSP), s'intéressait principalement aux efforts des policiers dans les écoles. Les différents corps policiers, provinciaux et municipaux, seuls ou en concertation avec des intervenants gouvernementaux, paragouvernementaux, communautaires ou privés, offraient des programmes d'informations sur les drogues, leurs effets et les lois. Certains intervenants ont peu à peu intégré des approches plus éducatives auprès des jeunes, mais aussi auprès de leurs parents et de la communauté. Ces approches visaient entre autres l'acquisition d'habiletés sociales permettant aux personnes interpellées d'être plus en mesure de résister à l'offre de consommer. Des efforts de collaboration ont aussi été établis en milieu scolaire entre les enseignants, le personnel non enseignant et les policiers, afin d'intervenir auprès des jeunes étudiants consommateurs ou auprès de ceux surpris à faire du commerce de drogues à l'école. Voici quelques programmes de prévention utilisés par la Sûreté du Québec¹²⁴ et qui retiennent particulièrement l'attention :

- *Vivre fièrement* – outil d'appui aux interventions policières en matière de prévention jeunesse, plus précisément destiné aux jeunes amérindiens du primaire et du secondaire. Il aborde un problème grandissant au sein des communautés autochtones soit, l'inhalation de solvants. Il offre un large éventail d'activités de rapprochement, de sensibilisation et d'éducation et met l'accent sur le partenariat avec les jeunes, la communauté et les ressources jeunesse disponibles.

¹²³ Approche École en santé. (2007). Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec. Disponible en ligne : <http://www.meq.gouv.qc.ca/sections/virageSante/index.asp?page=approche>

¹²⁴ Sûreté du Québec (2011). Site Web : <http://www.surete.qc.ca>

- *Cool pour vrai!* – trousse conçue pour les jeunes de 12 à 17 ans, dont l'objectif est la prévention des crimes et le désamorçage des conflits. Outre la violence et les méfaits, les drogues et l'alcool comptent parmi les problématiques ciblées. L'approche stratégique en résolution de problèmes est la méthode employée pour résoudre certaines problématiques.
- *Je réfléchis avant d'agir* – programme destiné aux élèves de 6 à 12 ans des écoles primaires et qui aborde le sujet de l'alcool et les drogues.

Plusieurs autres initiatives sont issues du ministère de la Sécurité publique (MSP), ou encouragées par ce dernier, en matière de prévention des méfaits reliés à la consommation d'alcool ou de drogues, tels des programmes de sensibilisation et de support aux tenanciers de bars, de sensibilisation de la population correctionnelle, etc.

11.2.2 La réduction de la criminalité par la répression

- *La gestion de l'offre en matière d'alcool* – En 1996, le ministère de la Sécurité publique, en collaboration avec de nombreux partenaires, dont la Sûreté du Québec, a mis sur pied le programme ACCES alcool. (Actions concertées pour contrer les économies souterraines). L'objectif de ce programme consiste à lutter contre le commerce illégal de boissons alcooliques. Plusieurs milliers d'inspections systématiques sont effectuées, sur une base annuelle, dans les établissements licenciés. Ces inspections contribuent à la détection de débits clandestins et d'importants réseaux d'approvisionnement illégaux d'alcool.
- *L'intervention en matière de production de marijuana* – La Sûreté du Québec a mis sur pied en 1999, le programme Cisaille, pour lutter contre l'expansion de la production et du trafic de marijuana. Ce programme vise principalement la déstabilisation des organisations criminelles qui dirigent les activités de production et de distribution de marijuana, en limitant l'expansion de la production de marijuana au Québec. Il vise aussi à sensibiliser le public, et plus particulièrement les groupes capables de fournir de l'information, en lien avec la production de marijuana. Ce programme s'adresse donc, plus particulièrement, aux associations d'agriculteurs, de pilotes et de pourvoyeurs, à qui il fait connaître les moyens concrets dont ils disposent, notamment la ligne Info-Crime Québec et le signalement au service de police local, les deux demeurant totalement anonymes.
- *La limite d'alcool permise au volant et barrages routiers* – La conduite avec les capacités affaiblies est l'une des principales causes de collision avec blessures corporelles au Québec. En 2009-2010, 5,1% des collisions avec blessures corporelles étaient dues à la consommation d'alcool.¹²⁵ Pour cette raison, la Sûreté du Québec met en place des barrages routiers et procède, au hasard, sur des conducteurs de véhicule, à des tests permettant de vérifier leur taux d'alcoolémie. En 2009-2010, 7 789 arrestations ont été effectuées pour « capacité de conduite affaiblie ».

11.3 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale a comme mission de contribuer au développement social et à la prospérité économique du Québec en favorisant le plein épanouissement des personnes, premièrement par la promotion de l'emploi, le

¹²⁵ Rapport d'activité 2009-2010. (2010). Sûreté du Québec. Disponible en ligne : <http://www.sq.gouv.qc.ca/mission-et-services/publications/rapport-activites-2009-2010.pdf>

développement de la main-d'œuvre et l'amélioration du fonctionnement du marché du travail et deuxièmement, par le soutien financier aux personnes démunies ainsi qu'à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Pour ce faire, le MESS offre les services en matière d'emploi et de la solidarité sociale qui se retrouvent dans la *Déclaration de services aux citoyennes et aux citoyens*. L'aide et les services offerts à la population peuvent être regroupés autour des services de base, des services spécialisés et de leviers d'intervention plus particuliers. Depuis 2010, le MESS, par voie de règlement législatif, exige que les organismes privés qui offrent des services en toxicomanie avec hébergement soient détenteur de la certification du MSSS pour que leurs clients puissent réclamer la prestation spéciale en toxicomanie.

11.4 Les autres ministères

Outre le MSSS, le MELS, le MJQ, le MSP et le MESS, quatre autres ministères sont impliqués dans l'implantation du plan d'action interministériel, soit : le ministère des Transports, le ministère de la Famille et des Aînés, le ministère du Conseil exécutif (Secrétariat aux affaires autochtones et Secrétariat à la jeunesse) et le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. De manière un peu plus indirecte, ces ministères, de par leur mission, s'assurent d'apporter leur collaboration aux différentes stratégies mises en place par les autres ministères. Voici brièvement les orientations de ces ministères :

11.4.1 Ministère des Transports¹²⁶

Le ministère des Transports a pour mission d'assurer, sur tout le territoire, la mobilité durable des personnes et des marchandises par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires qui contribuent au développement du Québec. Il agit comme un acteur de premier plan dans l'organisation des systèmes de transport au Québec. Il s'appuie sur une collaboration étroite avec ses partenaires pour optimiser les efforts de tous, dans le respect des responsabilités de chacun.

11.4.2 Ministère de la Famille et des Aînés¹²⁷

Le ministère de la Famille et des Aînés fournit de l'aide financière aux familles, aux organismes dont les responsabilités touchent la famille, les personnes âgées et les services de garde. Il organise et soutient l'offre de services de garde éducatifs. Il agit comme expert-conseil quant à la cohérence et à la coordination des interventions gouvernementales, à l'égard des personnes âgées et il fournit de l'information aux personnes et aux familles.

11.4.3 Ministère du Conseil exécutif

Secrétariat des affaires autochtones¹²⁸

- Assure le lien entre les peuples autochtones et le gouvernement du Québec;

¹²⁶ Ministère des Transports. (2011). Site Internet : http://www.mtq.gouv.qc.ca/portal/page/portal/ministere/ministere/plan_strategique

¹²⁷ Ministère de la Famille et des Aînés. (2011). Site Internet : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/ministere/Pages/index.aspx>

¹²⁸ Secrétariat des affaires autochtones. (2011). Site Internet : http://www.autochtones.gouv.qc.ca/secretariat/mission_secretariat.htm#mission

- Assure la négociation d'ententes, la diffusion d'information appropriée et appuie le développement social, économique et culturel des Amérindiens et des Inuits;
- Coordonne l'action gouvernementale en milieu autochtone et assure la cohérence dans les politiques, les interventions, les initiatives et les positions des divers ministères et organismes du Québec engagés dans cette action.
- Coordonne les activités de formation et de sensibilisation à la question autochtone, afin de répondre aux besoins des ministères et organismes gouvernementaux.

Secrétariat à la jeunesse¹²⁹

- Assure la cohérence des politiques et des initiatives gouvernementales en matière de jeunesse, notamment en effectuant une veille stratégique des enjeux d'importance pour la jeunesse, en sollicitant des avis et des opinions de personnes, groupes ou organisations concernant ces questions et en exerçant son leadership auprès des ministères et des organismes concernés.
- Soutient les actions jeunesse, de concert avec ses divers partenaires, notamment les organismes jeunesse œuvrant sur les plans national, régional et local.
- Fourni aux jeunes et à l'ensemble de la population de l'information concernant la jeunesse.
- Élabore et met en œuvre les politiques jeunesses gouvernementales, dont la Stratégie d'action jeunesse.

11.4.4 Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles¹³⁰

Le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles fait la promotion de l'immigration, sélectionne les personnes immigrantes et favorise leur intégration au sein de la société.

11.5 Clientèles visées

Le « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 » s'adresse à la population en général et porte une attention particulière à certains groupes aux besoins particuliers. Il est à noter que ces clientèles sont très semblables aux « Groupes à risques » identifiés au chapitre I :



- Les jeunes
- Les jeunes en difficulté
- Les femmes enceintes
- Les personnes âgées
- Les membres des communautés culturelles
- Les membres des Premières nations
- Les personnes contrevenantes
- Les personnes ayant un problème de santé mentale
- Les utilisateurs de drogues par injection
- Les personnes itinérantes

¹²⁹ Secrétariat à la jeunesse. (2011). Site internet : http://www.saj.gouv.qc.ca/ministre_et_secretariat/mandat.htm

¹³⁰ Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.
<http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/PlanStrategique2008.pdf>

11.6 Quatre axes d'action

Par ses actions, le plan vise à prévenir, à réduire et à traiter la toxicomanie au sein de la société québécoise. Il prévoit quatre axes d'intervention :

- Axe 1 : La prévention de la toxicomanie
- Axe 2 : L'intervention précoce
- Axe 3 : Le traitement et réinsertion sociale
- Axe 4 : La recherche

Les quatre axes¹³¹ visent des objectifs bien particuliers et sont associés à des actions précises :

Axe 1 : La prévention de la toxicomanie

- Objectif 1 : Améliorer l'accès à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes.
- Objectif 2 : Renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés.
- Objectif 3 : Réduire l'offre de psychotropes.

**19 actions concertées
ont été sélectionnées
afin d'atteindre
ces objectifs**

Axe 2 : L'intervention précoce

- Objectif : Accentuer la détection des toxicomanies et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles.

**6 actions concertées
ont été sélectionnées
afin d'atteindre
cet objectif**

Axe 3 : Le traitement et la réinsertion sociale

- Objectif : Assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions.

**11 actions concertées
ont été sélectionnées
afin d'atteindre
cet objectif**

Axe 4 : La recherche

- Objectif : Accroître la connaissance et la surveillance en matière de toxicomanie.

**5 actions concertées
ont été sélectionnées
afin d'atteindre
cet objectif**

Le tableau 12 présente l'ensemble des actions du « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 », les ministères responsables de chaque objectif, ainsi que ministères collaborateurs.

¹³¹ Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. (2006). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

Tableau 12. Actions du « Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 »

Axe 1 – Objectif 1		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
Renforcement des mécanismes de concertation afin d'assurer la cohérence et la crédibilité des messages de prévention de la toxicomanie émanant des ministères, des organismes d'État, ainsi que de leurs partenaires.	MSSS	MELS***, MJQ, MSP, MESS, SAAQ, SAJ, SAA, MFACF
Bonification et intensification des campagnes de prévention de la toxicomanie, notamment sur les phénomènes émergents de consommation (drogues de synthèse, calage d'alcool, produits dopants, GHB, etc.) et sur le phénomène de la banalisation de la consommation régulière d'alcool et de cannabis.	MSSS MELS*	MELS** SAAQ, SAA
Bonification et intensification de la promotion de la ligne d'aide téléphonique Drogue : aide et référence.	MSSS	MELS***, MJQ, MSP, MESS, SAAQ, SAA, MFACF
Bonification des sites web offrant de l'information et des outils sur la prévention de la toxicomanie (usage de produits dopants, de drogues de synthèse, calage d'alcool, etc.).	MSSS, MELS*	MELS**, SAAQ, MFACF
Mise en place d'un mécanisme de reconnaissance et d'échange d'information permettant une réaction rapide à l'arrivée sur le marché de nouvelles drogues et de nouveaux modes de consommation, et diffusion de l'information obtenue auprès des partenaires concernés.	MSSS	MELS***, MSP
Axe 1 – Objectif 2		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
En collaboration avec les intervenants concernés, élaboration et diffusion d'un cadre de référence et d'un guide de bonnes pratiques, afin de les soutenir dans leurs interventions auprès : • des adolescents et des jeunes adultes; • des jeunes sportifs; • des personnes délinquantes; • des personnes itinérantes.	MSSS	MELS** MELS*** MSP MSP
Sensibilisation des services des affaires étudiantes, des milieux d'enseignement collégial et universitaire, au phénomène de la toxicomanie.	MELS**	MSSS
Diffusion d'activités de formation adaptées aux milieux : • scolaire (jeunes et adultes); • correctionnel; • policier.	MSSS	MELS** MSP MSP
Bonification des stratégies d'information, de sensibilisation et d'éducation permettant d'intensifier les pratiques visant : • la sensibilisation des adolescents et des jeunes adultes aux conséquences du calage d'alcool, de la consommation du cannabis et de l'inhalation de solvants; • la sensibilisation des proches des jeunes sportifs aux effets nocifs de l'utilisation de produits dopants; • la prévention auprès des jeunes conducteurs sur la capacité de conduite affaiblie; • la sensibilisation des femmes aux conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool et à d'autres psychotropes.	MSSS MELS* SAAQ MSSS	MELS***, MSP, SAA MSSS MELS***, MSP, MSSS MELS**, SAA

Axe 1 – Objectif 3		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
Harmonisation des interventions visant à réduire l’accessibilité des substances licites et illicites.	MSP	MELS***, MSSS
Étude de la possibilité de modifier et de proposer des dispositions législatives et réglementaires appropriées, permettant un meilleur contrôle de la production illicite de drogues.	MJQ	
Facilitation de l’application de lois et de règlements visant à restreindre l’accessibilité à l’alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.	MJQ	MSP, MSSS
Conception et promotion des stratégies de prévention les plus prometteuses, pour réduire l’intoxication à l’alcool, en collaboration avec les réseaux concernés, les regroupements provinciaux de tenanciers de débits de boissons et le milieu de distribution.	MSSS, SAAQ	MSP
Sensibilisation des autorités à l’implantation d’activités obligatoires de formation à l’intention des tenanciers de débits de boissons et des milieux de distribution sur les risques et les conséquences liés à la consommation d’alcool et d’autres substances.	MSSS, SAAQ	MSP
Instauration d’une collaboration entre les intervenants des réseaux concernés et les organisateurs de manifestations festives d’envergure afin de prévenir ou de réduire les conséquences de la consommation (bal de finissants, fête <i>techno</i> , carnaval, etc.).	MSSS	MSP
Renforcement de la coordination et de la concertation de l’inspection au regard des lois et règlements interdisant aux mineurs l’accès à l’alcool.	MSSS	MSP
Réduction de l’offre illicite de drogues par la répression du crime organisé.	MSP	
Promotion du travail concerté des forces policières afin de réduire l’offre illicite de substances et d’améliorer tant la cohérence que la synergie des moyens utilisés pour lutter contre le crime organisé.	MSP	
Bonification et intensification des campagnes de sensibilisation du public aux conséquences de la production de drogues, notamment l’insécurité des communautés (milieux urbains et milieux ruraux).	MSP	MSSS
Axe 2		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
Élaboration et diffusion en collaboration avec les milieux concernés, d’un cadre de référence et d’un guide des meilleures pratiques de détection et d’intervention précoce.	MSSS	MELS***, MSP, MESS, SAA
Production et diffusion d’un coffre à outils de détection et d’intervention précoce en toxicomanie, en collaboration avec les milieux concernés.	MSSS	MELS***, MSP, MESS, SAA
Diffusion de formations en collaboration avec les réseaux suivants : • scolaire (jeunes et adultes); • correctionnel; • policier.	MSSS	MELS** MSP MSP
Détection systématique de la toxicomanie notamment chez : • les personnes contrevenantes en milieu carcéral.	MSP	MSSS
Intensification de la détection de la toxicomanie et de l’orientation vers les ressources appropriées, particulièrement pour les clientèles suivantes : • enfants de parents alcooliques ou toxicomanes; • adolescents et jeunes adultes; • aînés; • personnes en situation de pauvreté.	MSSS	MELS**, MESS

Axe 3		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
Élaboration et diffusion d'un cadre de référence et d'un guide de bonnes pratiques en matière de réadaptation et de réinsertion sociale, notamment pour le traitement des personnes contrevenantes.	MSSS	MSP
Élaboration et diffusion de programmes de formation mixtes en collaboration avec les réseaux relatifs à la toxicomanie (dont le milieu correctionnel) afin d'accroître l'expertise et de permettre des plans d'intervention concertés.	MSSS MSP	
Amélioration de l'accessibilité : - des services de proximité aux utilisateurs de drogues par injection, aux personnes itinérantes et aux jeunes de la rue; - des services de traitement aux personnes contrevenantes; - des services de suivi post-traitement et de soutien à la réinsertion dans la communauté; - des services de dégrisement (dépannage et hébergement temporaire) afin de diminuer le recours aux services hospitaliers d'urgence ou à l'incarcération.	MSSS MSSS MSSS MSSS	MSP MSP MSP, MESS MSP
Étude de faisabilité de la mise en oeuvre de projets pilotes visant l'implantation du programme de traitement de substitution à la méthadone dans les milieux correctionnels provinciaux.	MSSS	MSP
Détermination d'options de rechange à l'incarcération des personnes toxicomanes, notamment l'étude de la pertinence de l'implantation d'un tribunal de la toxicomanie.	MJQ	MSP, SAAQ, MSSS
Intensification du Programme de certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.	MSSS	MJQ, MSP MESS
Amélioration de l'accessibilité : des services de suivi post-traitement et de soutien à la réinsertion dans la communauté.	MESS	MESS, MSP
Mise à profit des mesures et services d'aide à l'emploi à l'intention des personnes toxicomanes.	MESS	MESS, MELS**, MSP
Intensification du Programme de certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.	MSSS	MESS, MSP, MJQ
Élaboration de programmes spécialisés de traitement adaptés aux besoins et aux particularités des communautés des Premières nations conventionnées (cries, inuites et naskapiés) en collaboration avec elles.	MESS	SAA
Axe 4		
Actions	Responsable(s)	Collaborateurs
Élaboration et coordination d'un programme de recherche thématique en toxicomanie mettant à contribution les différents partenaires.	MSSS	MELS*** MSP, MESS, MJQ
Développement de la surveillance de la toxicomanie.	MSSS	MELS*, MSP, MJQ, SAAQ, MESS
Mise à profit des résultats de la recherche pour l'amélioration des politiques, des programmes et des interventions intersectorielles.	MSSS, MSP, MELS***, MESS, MJQ, SAAQ	

* Mission loisir et sport

** Mission éducation

*** Missions éducation, loisir et sport

11.7 Milieux d'action privilégiés

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans chacun de ces axes, les ministères collaborateurs prévoient d'intervenir dans des milieux privilégiés soit dans :

- La communauté;
- La famille;
- Les milieux scolaires;
- Les milieux de travail;
- Les milieux du sport et du loisir;
- Les milieux correctionnels et pénaux communautaires;
- Les milieux de production et de distribution de produits psychotropes.

12. Programme-services Dépendances 2007-2012 (MSSS)¹³²

12.1 Clientèle visée

La clientèle du Programme-services Dépendances est constituée de personnes qui présentent des comportements à risque, des problèmes d'abus ou des problèmes de dépendance concernant l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent. Certaines clientèles sont spécialement ciblées par l'offre de service et doivent être systématiquement considérées.

Ces personnes doivent être orientées, de manière prioritaire, vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance.

Il s'agit :

- Des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants;
- Des jeunes en difficulté;
- Des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

12.2 Définition

Le but du programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance

Le programme-services Dépendances regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de psychotropes ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Ce

programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

Le but du programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois.

¹³² L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme services Dépendances. (2007). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

Dans la configuration des programmes du réseau de la santé et des services sociaux, le Programme-services Dépendances est, entre autres, constitué des services offerts par les CSSS dans les centres d'activités « services psychosociaux ». Ces services sont les suivants :

**Services offerts
en CSSS**

- Détection et intervention précoce;
- Désintoxication en milieu hospitalier;
- Désintoxication externe non intensive;
- Suivi psychosocial post-traitement;
- Suivi psychosocial et médical pour le maintien à la méthadone.

Il inclut également les services spécialisés de réadaptation et de réinsertion donnés par les CRD et est constitué par les centres d'activités « alcool, drogues et jeu ». Les services offerts sont les suivants :

**Services offerts
en CRD**

- Programme régional d'évaluation spécialisée;
- Désintoxication externe intensive;
- Désintoxication avec hébergement;
- Réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone);
- Réinsertion sociale;
- Soutien à l'entourage.

12.3 Principaux constats et enjeux

La population tantôt méconnaît, tantôt sous-estime, les risques associés à la consommation de psychotropes. Plusieurs semblent ignorer les risques importants qu'entraîne l'intoxication aiguë (notamment due à l'alcool, à l'occasion de séances de *calage*) ou le mélange de médicaments et d'alcool. La plupart des gens ne connaissent pas non plus la composition réelle des drogues et les risques auxquels ils s'exposent lorsqu'ils en font usage (ex. : ecstasy, PCP, GHB, etc.).

**Les gens semblent
ignorer les risques
associés à l'intoxication
aiguë due à l'alcool.**

**Les personnes présentant un
double diagnostic lancent des défis
majeurs aux intervenants.**

On remarque, notamment, une détérioration de la santé et du bien-être des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Il semble que, dans bien des cas, les personnes en traitement présentent une combinaison plus complexe qu'auparavant de troubles physiques, mentaux et sociaux. On signalait déjà, en 1996, une aggravation de la situation en matière d'abus de psychotropes et un alourdissement des clientèles en traitement spécialisé. Les personnes présentant un double diagnostic (toxicomanie et problèmes de santé mentale, d'itinérance, de délinquance ou d'utilisation de drogues par injection) et les femmes enceintes qui consomment, lancent des défis majeurs aux intervenants. Les personnes aux prises avec un double problème de toxicomanie et de délinquance ont généralement un profil psychosocial plus lourd. De même, près de la moitié des personnes itinérantes présentent un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues.

À Montréal en 2002, on a compté plus de trois mille hospitalisations en relation avec la consommation de psychotropes. Près des trois quarts (73%) de ces hospitalisations étaient dues à la surconsommation d'alcool. Les hospitalisations liées aux drogues sont le plus fréquemment dues à des tentatives de suicide et à des auto-intoxications, à la

pharmacodépendance et aux intoxications par tranquillisants ou par antidépresseurs. Les pratiques de consommation se diversifient et s'aggravent.

**Ainsi,
on observe :**

- Une consommation d'alcool et de drogues illicites à un âge précoce;
- L'accentuation du phénomène de la polyconsommation;
- La popularité des séances de calage, séances au cours desquelles la personne prend, à une même occasion, des consommations tellement nombreuses qu'elles peuvent conduire à une perte de conscience et même à la mort;
- L'émergence, depuis le milieu des années 90, d'un phénomène social, les fêtes *technos* (*raves*), propices à la consommation de produits qualifiés de « drogues de synthèse »;
- L'inhalation de vapeurs d'essence ou d'autres solvants par les jeunes, notamment au sein de certaines communautés des Premières nations.

Ces constats amènent à la conclusion qu'il faut poursuivre les efforts en vue de consolider les services accessibles à proximité des milieux de vie des personnes et des familles, et ainsi, éviter la détérioration des situations. Toutefois, pour que ces efforts donnent les résultats souhaités, ils devront notamment, s'accompagner d'actions qui permettront :

- De s'assurer que les services nécessaires pour prévenir et réduire la toxicomanie et le jeu pathologique sont offerts, de manière équitable, sur l'ensemble du territoire québécois;
- De s'assurer que les personnes et leurs proches éprouvant des problèmes liés aux drogues, à l'alcool ou aux jeux de hasard et d'argent peuvent accéder, de façon claire, simple et rapide, aux services généraux, spécifiques et spécialisés au moment où ils ont besoin de ces services;
- D'améliorer la cohésion et la continuité de l'intervention en resserrant sa coordination;
- De rehausser la qualité des services et des interventions cliniques, qualité basée sur le renforcement de la compétence des intervenants et des gestionnaires.

12.4 Orientations du Programme-services Dépendances

Le Programme-services Dépendances¹³³ du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. Il tient compte des rôles et des responsabilités de chaque partenaire concerné soit, les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, les centres hospitaliers et les groupes communautaires. Le programme :

**Vise le
déploiement de
services de :**

- Détection;
- Évaluation;
- Intervention brève;
- Désintoxication;
- Réadaptation;
- Réinsertion sociale destinée.

¹³³ L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme-services Dépendances. (2007). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

**Offre diverses
activités :**

- Campagne annuelle de prévention de la toxicomanie;
- Campagne annuelle sur la promotion de la santé et les saines habitudes de vie;
- Déploiement de la certification des organismes privés qui offrent des services en toxicomanie avec hébergement;
- Formation des intervenants en toxicomanie.

**Offre des services
généraux et
spécifiques :**

- Détection et intervention précoce;
- Désintoxication en milieu hospitalier;
- Désintoxication externe non intensive;
- Suivi psychosocial post-traitement;
- Suivi psychosocial et médical pour le maintien à la méthadone.

**Offre des services
spécialisés de
réadaptation :**

- Programme régional d'évaluation spécialisée;
- Désintoxication externe intensive;
- Désintoxication avec hébergement;
- Réadaptation interne et externe (incluant le maintien à la méthadone);
- Réinsertion sociale;
- Soutien à l'entourage.

On peut aussi compter sur un nombre important d'organismes privés et communautaires qui offre des services de prévention, de thérapie avec hébergement ou encore, de réinsertion sociale des personnes toxicomanes.

12.5 Organisation des services

L'ensemble des activités et des services sont dispensés tant au niveau local que régional. Il existe **18** agences de santé et de services au Québec réparties ainsi (voir figure 11) :

- 01-Bas St-Laurent;
- 02-Saguenay-Lac Saint-Jean;
- 03-Capitale-Nationale;
- 04-Mauricie-Centre-du-Québec;
- 05-Estrie;
- 06-Montréal;
- 07-Outaouais;
- 08-Abitibi-Témiscamingue;
- 09-Côte-Nord;
- 10-Nord-du-Québec;
- 11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- 12-Chaudières-Appalaches;
- 13-Laval;
- 14-Lanaudière;
- 15-Laurentides;
- 16-Montérégie;
- 17-Nunavik;
- 18-Terres-Cries-de-la-Baie-James.



Figure 11. Répartition géographique des 18 agences de la santé et de services sociaux du Québec.

12.5.1 Au plan local

Au plan local, il existe **95** Centres de santé et de services sociaux (CSSS) répartis dans les 18 agences mentionnées précédemment. Chacun de ces centres est né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la plupart des cas, d'un centre hospitalier (79 des 95 CSSS possèdent un centre hospitalier¹³⁴). Les CSSS travaillent en étroite collaboration avec :

- Des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés;
- Des centres hospitaliers universitaires;
- Des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- Des centres de réadaptation notamment en dépendance;
- Des pharmacies communautaires;
- Des partenaires de l'éducation et du milieu municipal;
- Des organismes communautaires et des établissements privés.

Les CSSS ont des responsabilités envers la population d'un territoire qu'ils concrétisent à l'aide de projets cliniques et organisationnels. Ainsi, les différents intervenants des CSSS sont en mesure de répondre à l'ensemble des besoins de sa population et d'aider à son cheminement dans le système.¹³⁵

12.5.2 Au plan régional

Au plan régional, la gestion respective des 18 agences est assumée par un conseil d'administration nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux¹³⁶. Ces agences sont responsables de :

- L'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- L'allocation et de la gestion des ressources financières disponibles;
- La planification de la répartition des ressources humaines;
- L'organisation des services médicaux;
- La coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région;
- La concertation des relations entre les régions;
- L'organisation et l'exercice des fonctions liées à la santé publique (promotion, prévention, surveillance et protection);
- La gestion du plan d'action régional de santé publique.

Finalement, les agences assument également des responsabilités particulières, notamment en ce qui a trait aux services préhospitaliers d'urgence et au financement du réseau communautaire (Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)). Il est important de noter que ce sont les Centres de réadaptation en dépendance (CRD) qui sont responsables de desservir, régionalement, la population présentant des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique, et ce, gratuitement. La figure 12 présente l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

¹³⁴ Rapport annuel de gestion 2009-2010. (2011). Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-102-02.pdf>

¹³⁵ En bref : *Le système de santé et des services sociaux au Québec*. (2008). Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>

¹³⁶ L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2004). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>



Figure 12. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux¹³⁷.

12.5.3 Trajectoire de services du Programme-services Dépendances

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a développé une trajectoire de services en matière de détection, de référence et de traitement des personnes aux prises avec une problématique de dépendance aux drogues ou à l'alcool (voir figure 13). Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les Centres de réadaptation en dépendance (CRD) constituent deux unités de services primordiales avec des rôles bien précis. Les CSSS réfèrent principalement la clientèle à des services de première ligne généraux et spécifiques alors que les CRD réfèrent à des services CSSS spécialisés de réadaptation.

Deux principes de base sont à l'origine de l'organisation des services de santé et des services sociaux, soit :

- *La responsabilité populationnelle* : les intervenants ont le devoir d'offrir les services à la population d'un territoire local et de partager la responsabilité à son endroit. Il faut donc s'assurer de :
 - L'accessibilité à l'ensemble des services le plus complet possible;

¹³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011). Disponible en ligne : www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/pdf/organisation.pdf

- La prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux;
- La convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.
- *La hiérarchisation des services* : des mécanismes de liaison entre les prestataires de services ont été créés dans le but de faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de service. Cette hiérarchisation des services définit, en fait, les degrés de responsabilité et d'imputabilité pour s'assurer que la personne soit dirigée au bon service, au bon moment et à l'endroit qui possède l'expertise nécessaire.

La figure 13 présente la trajectoire de services du Programme-services Dépendances telle que définie par le MSSS.

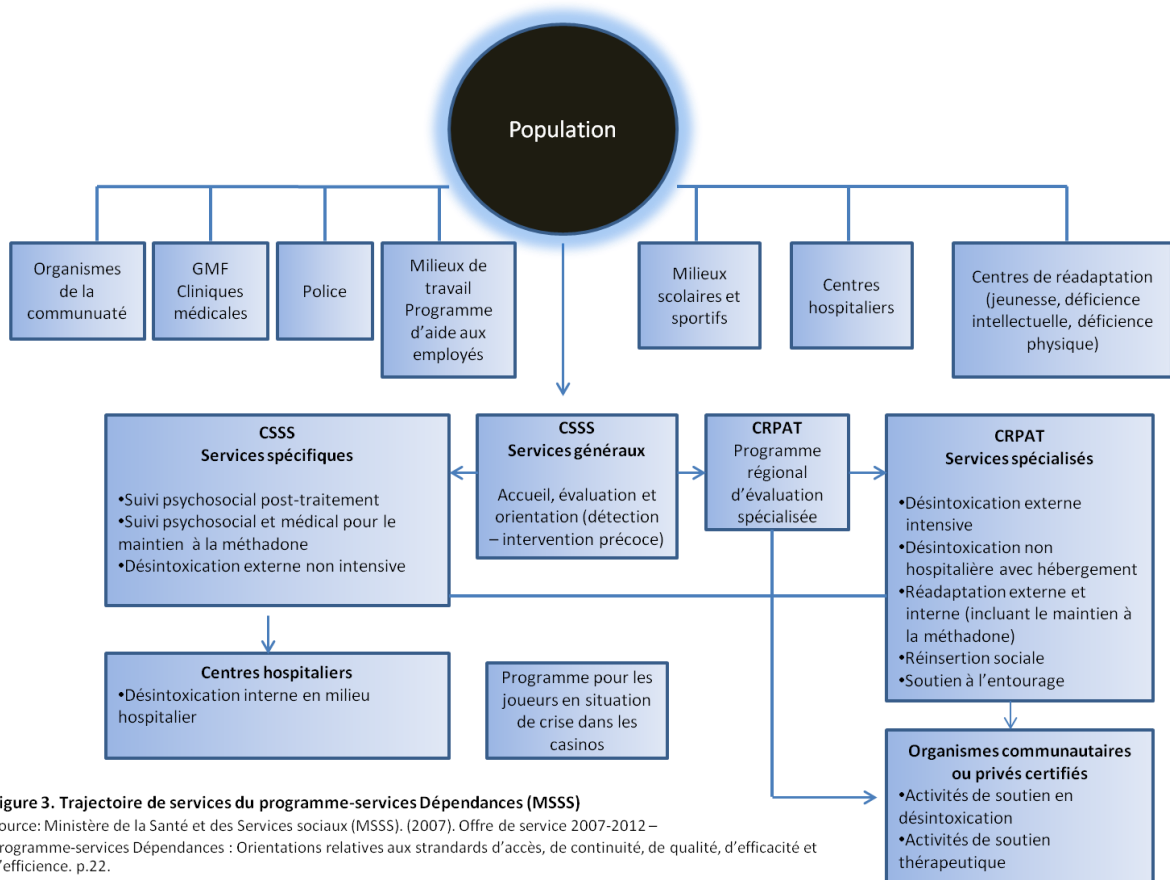


Figure 13. Trajectoire de services du Programme-services Dépendances (MSSS)¹³⁸.

¹³⁸ L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme services Dépendances. (2007). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

12.6 Les services liés aux dépendances

12.6.1 Détection de cas (dépistage) et orientation vers les services appropriés (référence)

Les activités de détection, d'orientation et d'intervention précoce sont des services offerts en première ligne¹³⁹. Par conséquent, les personnes (jeunes ou adultes) qui vivent des difficultés en lien avec l'alcool ou les drogues et désireuses d'obtenir de l'aide doivent d'abord s'adresser à leur CSSS local. Le service d'accueil du CSSS évalue alors la demande et si le besoin est jugé ponctuel, dirige la personne vers les services généraux pour y être traitée. Si le besoin nécessite un suivi, la personne est dirigée vers des services spécifiques, vers une ressource appropriée du réseau local (ex. : organisme communautaire) ou vers les services spécialisés dont les Centres de réadaptation publiques en dépendance (CRD) font partie.

Pour diverses raisons, certaines régions peuvent ne pas être en mesure d'offrir certains services spécialisés. Des ententes interrégionales ont alors lieu entre les agences de santé. De la même façon, puisque certains CRD ne sont pas en mesure d'offrir les services en toxicomanie avec hébergement de façon suffisante, une entente de service avec un organisme communautaire ou privé offrant de l'hébergement (conforme à la certification du MSSS) est alors envisagée.

Pour être admissible aux services offerts en CRD, la personne doit avoir reçu un diagnostic d'abus ou de dépendances et avoir besoin de services de réadaptation ou de réinsertion sociale. D'autres services sont aussi offerts au bénéficiaire, dont les services de désintoxication, les traitements de substitution, les services de réinsertion professionnelle, ainsi que des services d'aide et de soutien à l'entourage. Il est à noter que les CRD agissent aussi à titre d'expert-conseil auprès des CSS

Équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences hospitalières

Depuis 2008, le MSSS accorde un soutien financier aux centres de réadaptation en dépendance (CRD), afin qu'ils soutiennent le déploiement d'équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences hospitalières du Québec. Le MSSS a publié en 2008 un Guide d'implantation à cet effet, fixant ainsi les balises de fonctionnement de ces équipes¹⁴⁰. Leur mise en place permet de mieux rejoindre la clientèle aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendance et, possiblement des problèmes de santé mentale et/ou d'itinérance. De plus, ces équipes contribuent au désencombrement des urgences.

**Une équipe de
liaison comprend :**

- L'équipe médicale et clinique du centre hospitalier ayant accès à des services de consultation psychiatrique;
- L'équipe de liaison du CRPAT soit;
 - Une infirmière de liaison;
 - Un professionnel de réadaptation affecté à la liaison;
 - Un médecin.

¹³⁹ L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme services Dépendances. (2007). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.ublications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

¹⁴⁰ Guide d'implantation. Équipes de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence. (2008). Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-851-01.pdf>

**Elle
comprend aussi :**

- Des lits multifonctionnels pour servir de soutien à la désintoxication;
- Des services de désintoxication.

Les équipes de liaison en collaboration avec l'équipe du centre hospitalier procèdent à un repérage des personnes ayant un problème d'abus ou de dépendance ou de troubles concomitants de dépendances et de santé mentale ou vivant une situation d'itinérance, afin que ces personnes soient évaluées, puis orientées au service qui répond le mieux à leur condition.

Outils de détection et d'évaluation pour les adultes

Plusieurs outils de détection sont disponibles pour l'évaluation et l'orientation de la clientèle adulte. Ils permettent d'évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et des problèmes associés. Ils permettent également l'orientation vers un traitement approprié. Les plus utilisés sont :

- L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)
- L'Évaluation de la toxicomanie chez l'adulte (ETA)
- *Le Global Appraisal of Individual Needs* (GAIN) actuellement en développement

Outils de détection et d'évaluation pour les jeunes

Plusieurs outils de détection sont aussi disponibles pour l'évaluation et l'orientation de la clientèle adolescente. Les plus utilisés sont :

- La Grille de détection de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO);
- L'Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO).

Mécanismes d'accès jeunesse

Le mécanisme d'accès en toxicomanie, pour les jeunes âgés de moins de 18 ans de la région de Montréal, est la porte d'entrée permettant l'accès à des services de réadaptation spécialisés gratuits, tant externes qu'internes¹⁴¹. Ce mécanisme présente deux portes d'entrée distinctes, l'une à l'intention des clientèles francophones et allophones et l'autre pour la clientèle anglophone. Il regroupe des établissements et organismes qui veillent à l'intégration de leurs divers programmes et services dans une perspective de complémentarité, et ce, afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins des jeunes.

Les objectifs généraux d'un tel mécanisme sont :

- D'assurer une coordination de l'accès à des services de réadaptation internes ou externes pour les jeunes ayant des problèmes de dépendance en toxicomanie;
- D'assurer une coordination de l'accès à des services de consultation spécialisés en toxicomanie pour les parents et les proches de jeunes en difficulté;
- D'utiliser de façon optimale les ressources spécialisées existantes dans la région et exploiter la spécificité de leurs programmes;

¹⁴¹ Trajectoire de services et mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de moins de 18 ans de la région de Montréal. (2006). Centre Dollard-Cormier. Disponible en ligne : http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/pub/Mecanisme_06_fr.pdf

- De bonifier les collaborations avec les autres établissements de la région, les institutions, les centres privés et les organismes communautaires impliqués auprès de la clientèle jeunesse.

12.6.2 Intervention précoce

Les CSSS assument la responsabilité de l'intervention précoce. Cette intervention vise les « clientèles à risque », soit celles qui sont le plus susceptible de vivre une dépendance à l'alcool et aux drogues. Elle se caractérise par des services d'aide et de soutien individuel, familial ou de groupe. L'objectif d'une telle intervention est de prévenir l'aggravation d'une situation et de diminuer les conséquences associées au maintien des comportements problématiques. Le recours à des services spécialisés pourra ainsi être évité.

En intervention précoce, les professionnels du réseau utilisent des techniques d'intervention de type counselling telle « l'entrevue motivationnelle » ainsi que des programmes de consommation contrôlée comme « *Alcochoix* ». Ces interventions sont d'une durée significativement plus courte que celles utilisées dans les services spécialisés.

L'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est une intervention brève (une à six rencontres) qui vise à aider un individu à prendre une décision et à trouver suffisamment de motivation pour modifier un comportement problématique¹⁴². La première phase de l'intervention permet de faire ressortir un portrait global de la situation tout en tentant de faire progresser le client vers la décision de résoudre une situation difficile. La deuxième phase permet de consolider cette décision de changement et de débiter les actions pour y donner suite.

Le programme *Alcochoix+*

Le programme *Alcochoix+*¹⁴³ est un programme qui s'adresse aux adultes préoccupés par leur consommation et qui souhaitent modifier leurs habitudes. Ce programme leur permet une prise de conscience progressive de leur consommation d'alcool, pour ensuite les aider à diminuer cette consommation. Trois objectifs sont visés :

- Ne pas boire plus de 12 consommations pour les femmes et 14 pour les hommes par semaine ;
- Ne pas boire plus de 3 consommations pour les femmes et 4 pour les hommes par jour ;
- S'abstenir de consommer au moins deux jours par semaine.

Le programme est d'une durée de six semaines et est accompagné d'un guide de travail. En 2009-2010, au total 92 points de services et 64% des CSSS offraient le programme au Québec¹⁴⁴.

¹⁴² L'Entrevue motivationnelle: une approche novatrice en toxicomanie. (1999). Association des intervenants en toxicomanie du Québec, l'Intervenant, 15.

¹⁴³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011). Rapport annuel de gestion 2009-2010. p. 51. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-102-02.pdf>

¹⁴⁴ Ibid

APTE Individuel



Le programme *APTE Individuel* est un programme de prévention ciblée, développé par le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD) avec le soutien financier de Santé Canada. Le programme s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans ayant un problème de consommation d'alcool ou de drogues en émergence et qui présentent des risques de développer un problème plus important (feu jaune selon le DEP-ADO). Le programme est actuellement en évaluation dans plusieurs écoles de la région de Montréal.

12.6.3 Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé¹⁴⁵

Ce service d'aide est offert aux personnes qui ont un besoin d'accompagnement et de soutien ponctuel pour atteindre leurs objectifs de réinsertion. Le but visé est de consolider les acquis du traitement, de réduire les risques de rechute et de faciliter le retour dans la communauté. Il permet aussi d'éviter le recours à des services spécialisés et offre du soutien psychosocial pour les personnes au terme d'un traitement spécialisé et établit un mécanisme d'orientation du CRPAT vers le CSSS.

12.6.4 Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone

Ce service offre un suivi médical et pharmaceutique, ainsi que l'accès à des services psychosociaux aux personnes au terme d'un traitement spécialisé de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

Ce service d'aide et de soutien individuel ou de groupe est offert aux personnes qui ont un besoin d'accompagnement et de soutien ponctuel pour mener à terme leurs objectifs de réinsertion. Le but visé est de consolider les acquis du traitement spécialisé, de réduire les risques de rechute et de faciliter le retour dans la communauté. Il permet aussi d'éviter le recours à des services spécialisés, libérant ainsi des places pour des toxicomanes en attente de services spécialisés.

Le service doit également favoriser le développement des habiletés nécessaires pour le maintien des comportements de sobriété ou de consommation réduite d'autres types de psychotropes.

12.6.5 Désintoxication externe et interne avec suivi psychosocial

Il est important de faire la distinction entre la désintoxication et le traitement des dépendances. La désintoxication est « un processus physiologique par lequel un individu, qui est chimiquement dépendant, retrouve un fonctionnement physique et mental normal par un arrêt soudain ou graduel de l'administration de la drogue. Ce processus se fait avec ou sans médication et peut avoir lieu en milieu naturel ou en milieu hospitalier »¹⁴⁶.

¹⁴⁵ L'Offre de services 2007-2012 : Programme - services Dépendances. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme services Dépendances. (2007). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible en ligne : <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

¹⁴⁶ Drogues : Savoir plus, Risquer moins. Montréal, CQLD, 2006, 205 p.

La désintoxication peut être précédée d'un traitement des dépendances (par exemple « *reaching out* » avec les itinérants), peut constituer la phase préliminaire d'un traitement des dépendances ou peut s'effectuer sans être suivie par un traitement des dépendances.

Dans le continuum de services offerts aux personnes alcooliques et toxicomanes, la désintoxication est incontournable pour les personnes présentant une dépendance physiologique. L'évaluation pour la désintoxication ayant fait consensus parmi les experts québécois est celle de l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM). Les résultats de l'évaluation situent l'individu selon un des niveaux d'intensité dans la gestion de la désintoxication. Quatre niveaux de soins sont définis et adaptés aux différents degrés de gravité de sevrage des usagers.

Niveau I

Désintoxication externe sans soins intensifs : il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.

Niveau II

Désintoxication externe avec soins intensifs : une infirmière est disponible pour effectuer le suivi quotidien des usagers. Le sevrage est ici qualifié de léger à modérer.

Niveau III

Désintoxication avec hébergement : premier niveau, plus léger, géré par du personnel détenant une formation psychosociale; second niveau, gravités plus importantes de sevrage, géré par du personnel infirmier présent 24/7.

Niveau IV

Désintoxication avec hébergement sous gouverne médicale : ce type de services internes de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, dans un hôpital général offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Le sevrage est sévère et nécessite une intervention hospitalière.

La désintoxication est offerte au Québec par des organismes privés et publics. Certains hôpitaux ou centres hospitaliers ont un service ou des lits réservés pour la désintoxication. Pour l'une ou l'autre de ces raisons, un hébergement pourrait être nécessaire. Lorsque cette modalité n'est pas disponible dans un CRD, les clientèles sont dirigées vers un réseau complémentaire (ressource communautaire ou privée certifiée par le MSSS).

12.6.6 Programme régional d'évaluation spécialisée

Un programme régional d'évaluation spécialisée permet l'accueil, l'évaluation et l'orientation des adultes et des jeunes qui nécessitent des services spécialisés en dépendance. Dans le cadre de ce programme, il offre également des activités de soutien et de maintien de la motivation aux personnes qui doivent attendre leur entrée dans le programme de réadaptation vers lequel elles ont été orientées.

L'évaluation spécialisée établit la gravité de la consommation ou des comportements d'une personne toxicomane et s'effectue aux moyens d'outils validés et standardisés. Les résultats de l'évaluation deviennent la matrice servant à l'établissement du plan d'intervention.

L'évaluation tient compte des différentes sphères de vie de la personne, telles que la situation de consommation (alcool, drogues) l'état de santé physique, l'état psychologique, le contexte relationnel, social et familial, la situation d'emploi ou scolaire, les ressources de même que la situation judiciaire. Ce service est assuré par une collaboration entre les CSSS, les CRD et certains organismes privés et communautaires.

12.6.7 Réadaptation externe et interne

Le degré de gravité de la problématique de consommation détermine des niveaux de soins distincts. Ainsi, les personnes présentant un trouble d'abus ou de dépendance envers une substance seront orientées vers des services spécialisés alors que les individus dont la consommation est à risque ou problématique, sans que l'on puisse poser un diagnostic, bénéficieront d'une intervention plus brève et moins massive de première ligne.

Le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies se fait principalement dans des centres publics, communautaires et privés de traitement en alcoolisme et en toxicomanie. Les substances pour lesquelles les personnes sont principalement traitées sont les suivantes :

- L'alcool (49,25%);
- Les drogues illicites (49,25%);
- Les médicaments psychotropes (1,5%).¹⁴⁷

Le plan d'intervention mis en place permettra ¹⁴⁸ :

- De choisir entre un traitement à l'interne ou en externe;
- D'évaluer la nécessité d'une désintoxication ou d'une autre mesure accessoire (par ex. : traiter la comorbidité, si cela s'avère possible et accroître la motivation) avant d'entreprendre le traitement plus formel;
- De choisir entre une approche de type AA (l'abstinence totale) ou une approche psychosociale plutôt axée sur la réduction des méfaits;
- D'évaluer la nécessité d'un traitement minimal ou d'un traitement intensif à long terme.

Les services offerts par les centres de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie (CRPAT) sont des services spécialisés auxquels la clientèle accède directement, ou suite à une recommandation professionnelle¹⁴⁹. Ces services spécialisés sont offerts en complémentarité aux services de première ligne.

12.6.8 Réinsertion sociale

Les services spécialisés de réinsertion sociale et ceux de réadaptation en alcoolisme sont intimement liés. Les programmes de réinsertion visent à soutenir les personnes dépendantes dans leur réapprentissage de la vie en société. Il s'agit d'un processus inévitable pour bon nombre d'usagers. Il mise sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition, par les individus, d'autonomie et de connaissances par l'étude, le travail et le renforcement de leurs réseaux d'appartenance¹⁵⁰.

Les services de réinsertion sont offerts de façon individuelle ou en groupe. Ils se résument parfois à une intervention auprès du réseau ou de la personne. Les services de réinsertion sont occasionnellement offerts avec hébergement, selon les besoins de l'individu. La responsabilité de ces services incombe aux établissements du réseau de la santé et des

¹⁴⁷ Rapport du sous-comité sur les normes en dépendance. (2005). Sous-comité sur les normes en dépendance. Montréal : Rapport inédit présenté au ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

¹⁴⁸ Brown, T.G. et Wood, W.J. (2002). Abus de substances : tous les traitements se valent-ils? Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

¹⁴⁹ Offre de Services de bases des CRPAT, Version 1.18. (2004). Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Document inédit.

¹⁵⁰ Tremblay, Joël et coll. (2004). Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p.

services sociaux et s'actualisent par :

- Une orientation vers les services spécifiques du CSSS au terme du traitement;
- Des ententes de service ou de partenariats pour l'offre de services complémentaires entre les CRD, les organismes communautaires et les groupes d'entraide¹⁵¹.

12.6.9 Soutien à l'entourage

Les CRD sont responsables d'offrir des services d'aide et de soutien à l'entourage des personnes dépendantes.

Les services consistent en une aide structurée, axée sur l'accompagnement de l'entourage de la personne qui présente des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie. L'aide peut être personnalisée selon les besoins de l'entourage. Elle inclut les thérapies individuelles de groupes, conjugaux ou familiaux et des ateliers thématiques.

Notons que l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) a publié, en septembre 2011, un document intitulé « *Les services à l'entourage des personnes dépendantes – Guide de pratique et offre de services de base* ». Ce guide de pratique et offre de services de base à l'entourage des personnes dépendantes, se veut un outil visant à soutenir la prise de décision et le transfert de connaissances basées sur les meilleures pratiques au regard de l'organisation des services, de l'intervention clinique, du développement des compétences, de la recherche et de l'évaluation de programme. Il s'adresse principalement aux gestionnaires, aux intervenants des CRD et à leurs partenaires concernés par les services à l'entourage des personnes aux prises avec une problématique de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent.

13. Le gouvernement fédéral

La Stratégie nationale antidrogue met l'accent sur la prévention et l'accès au traitement pour les toxicomanes, tout en adoptant des règles strictes à l'égard des trafiquants et des producteurs de drogues. Elle comporte trois plans d'action :

- Le Plan d'action en matière d'application de la loi vise à lutter contre la production et la distribution de drogues illicites (Justice Canada);
- Le Plan d'action en matière de prévention vise à prévenir la consommation de drogues illicites chez les jeunes (Santé Canada);
- Le Plan d'action en matière de traitement vise à offrir un traitement aux toxicomanes (Santé Canada);

Plan d'action en matière d'application de la loi

Justice Canada est responsable du *plan d'action en matière d'application de la loi*. Celui-ci vise à appuyer les mesures policières visant à enquêter sur les crimes liés à la drogue et à poursuivre en justice les personnes accusées de ces crimes. Il permettra de renforcer la capacité des forces policières de lutter contre les installations de culture de marijuana et les activités de production et de distribution de drogues synthétiques.

¹⁵¹ Tremblay, Joël et coll. (2004). Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p.

Plan d'action en matière de prévention

Le Plan d'action en matière de prévention vise à prévenir la consommation de drogues illicites chez les jeunes. Il fournira des renseignements aux personnes les plus touchées par la consommation de drogues, notamment les parents, les jeunes, les éducateurs, les forces policières et les collectivités. Santé Canada, par l'entremise du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA), contribue à la réduction de la consommation de drogues illicites chez les jeunes de 10 à 24 ans en finançant les projets de prévention et de promotion de la santé visant les jeunes de ce groupe d'âge.

Les projets doivent être axés sur :

- l'information et l'éducation sur les drogues illicites et leurs effets indésirables sur la santé et l'ordre social;
- la mise à la disposition d'outils visant à favoriser la résilience et les habiletés d'adaptation chez les jeunes, et;
- la promotion de comportements sains et d'environnements favorables qui dissuadent les jeunes de faire l'usage de drogues.

Les projets sont menés à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et communautaire locale et peuvent comporter une vaste gamme d'activités, comme les campagnes de sensibilisation, les programmes de soutien scolaire et par les pairs et l'action sociale. Les activités de projet peuvent également inclure l'élaboration et la distribution de ressources ainsi que l'échange de pratiques exemplaires.

Plan d'action en matière de traitement

Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie met des montants à la disposition des gouvernements provinciaux et territoriaux pour aider à renforcer les systèmes de traitement et investir dans les services d'intervention précoce pour les jeunes à risque.

14. Les autres secteurs d'activités

On ne peut aborder le phénomène « alcool et drogues » sans toucher aux autres secteurs d'activités qui viennent compléter les services plus spécifiques liés au traitement des dépendances. Il existe un grand nombre de ressources couvrant l'ensemble du continuum des activités liées au phénomène « alcool et drogues ».

14.1 La promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui offre la possibilité d'augmenter le contrôle que les individus peuvent exercer sur les déterminants de la santé, leur permettant ainsi de l'améliorer. La promotion de la santé vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de protection et les conditions favorables à de saines habitudes de vie. Son action cible la population en général ou des groupes particuliers. Au niveau des dépendances à l'alcool et aux autres drogues, elle repose sur une intervention globale destinée à créer, dans la population, les conditions qui favoriseront une saine attitude envers les substances psychotropes. Chez les jeunes, elle visera plus particulièrement le développement précoce de comportements responsables face aux sollicitations et aux pressions sociales qui s'exercent sur eux en matière de consommation d'alcool et de drogues.

Au Québec, plusieurs programmes ou activités sont mis en place afin de promouvoir la santé. Certains nous encouragent à avoir une alimentation saine, d'autres nous vantent les bienfaits de l'activité physique ou encore nous renseignent sur les effets nocifs de la cigarette. Le gouvernement du Québec a d'ailleurs publié récemment le *Programme national de santé publique 2003-2012*, où nous retrouvons diverses activités de promotion et de prévention pour chacun des champs d'intervention en santé au Québec.

Parmi les programmes importants faisant la promotion de la santé dans le domaine de la toxicomanie, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, a développé l'approche « *Écoles en santé* ». Cette approche propose d'accompagner l'école et ses partenaires afin d'accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention réalisées dans le but d'améliorer la réussite scolaire et la santé des jeunes. Il s'agit d'une démarche où sont réunies un ensemble de mesures appropriées de promotion de la santé et de prévention (dont la toxicomanie) et ce, dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école ainsi que dans les plans d'action des partenaires.

Ces mesures, qui ciblent les jeunes, la famille, l'école et la communauté, se complètent et se renforcent mutuellement. Elles visent à influencer certains facteurs-clés qui sont communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. Ces facteurs-clés sont :

- L'estime de soi;
- La compétence sociale;
- Les habitudes de vie;
- Les comportements sécuritaires;
- Les environnements favorables;
- Les services préventifs.

Notons qu'il s'agit d'une approche qui propose un cadre théorique, une philosophie, des orientations, des objectifs auxquels les milieux sont invités à adhérer de façon volontaire.

14.2 La prévention

La prévention des toxicomanies vise à empêcher l'émergence d'un problème lié à la consommation de psychotropes au sein de la population ou à limiter les conséquences de ce problème chez les personnes toxicomanes. En 2001, le MSSS publiait un document-cadre en prévention de la toxicomanie intitulé « *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie* »¹⁵².

Les actions proposées dans le document du MSSS se divisaient en deux axes d'intervention :

- Agir en amont des problèmes d'adaptation sociale;
- Prévenir les risques de conséquences négatives ou l'aggravation des problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychotropes.

Plusieurs programmes et actions se sont développés en lien avec ces grands axes d'intervention proposés par le MSSS. Certains visent davantage la transmission d'informations à la population, d'autres vont au-delà de cette stratégie en misant sur le

¹⁵² Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations - Axes d'intervention - Actions. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). Disponible en ligne : <http://www.msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/b83e08d11a1eee6585256b09004f5e12?Op=OpenDocument>

développement des compétences personnelles et sociales ainsi que sur l'aménagement du milieu. Par ailleurs, il n'est pas rare de voir des programmes qui combinent plus d'une stratégie¹⁵³.

14.2.1 Activités et programmes de prévention

- *Site Internet « Parlons drogues »*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied, en 2004, un site Internet informatif sur les drogues www.parlonsdrogue.com. Conçu spécialement pour les jeunes, il est très attrayant et comprend, entre autres :

- Une section questions-réponses;
- Un répertoire des différentes drogues afin de renseigner les jeunes;
- Un volet consacré à la *Semaine de prévention de la toxicomanie* (jeux, activités, informations);
- Des *vox populi*;
- Des liens vers d'autres sites intéressants.

- *Semaine de prévention de la toxicomanie.*

Le MSSS coordonne, dans le cadre de la « Semaine de prévention de la toxicomanie », différentes activités de sensibilisation. Chaque année, la troisième semaine de novembre est consacrée à sensibiliser la population sur la consommation de psychotropes. Plusieurs activités de prévention sont offertes aux jeunes et aux adultes dans chacune des régions du Québec.

- *Système-D*

En 2007, les Directions de santé publique de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais ont développé le programme « Système-D ».¹⁵⁴ « Système-d » cible les jeunes de la fin du troisième cycle du primaire ainsi que leurs parents. Le programme offre quatre ateliers diffusés en classe et coanimés par un intervenant et un enseignant. Pour chacun des ateliers, les parents reçoivent une communication écrite ayant pour but de leur faire connaître les objectifs de cet atelier, les sources d'information sur les thématiques abordées ainsi que les mesures à mettre en place à la maison pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et susciter le dialogue avec leur jeune.

14.3 La formation

14.3.1 Niveau collégial

C'est dans le cadre du diplôme d'étude collégiale (DEC) « Intervenante ou intervenant en délinquance » que la majorité des intervenants spécialisés en toxicomanie sont formés pour travailler auprès de clientèles de jeunes et d'adultes. Il s'agit des :

- Cégep d'Ahuntsic

¹⁵³ Hawks, D. Scott, K et coll. (2002). Présentation de l'alcoolisme et autres toxicomanies : les programmes qui marchent auprès des jeunes, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

¹⁵⁴ Système-d : Activités de développement des compétences en milieu scolaire pour la prévention des toxicomanies et de l'usage des jeux de hasard et d'argent dans le cadre de la transition du primaire au secondaire. (2007). Directions de santé publique de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais. Disponible en ligne : http://www.extranet.santemonteregie.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Santé_Physique/dsp_pub_systeme_d_fr_aout_2008.pdf

- Cégep de la Gaspésie à Carleton
- Cégep François-Xavier-Garneau
- Cégep de Maisonneuve
- Cégep John-Abbott

En plus de ces cégeps, certains offrent la possibilité de compléter une attestation d'études collégiales (AEC). Il s'agit des cégeps St-Jean-sur-Richelieu (Intervention socio-communautaire) et Collège Laflèche (Intervention auprès de personnes toxicomanes)

14.3.2 Niveau universitaire

Plusieurs universités au Québec offrent des programmes de formation dans le domaine de la toxicomanie. Les voici :

- Université de Sherbrooke :
 - Certificat en toxicomanie (1^{er} cycle)
 - Diplôme en intervention en toxicomanie (2^e cycle)
 - Maîtrise en intervention en toxicomanie (2^e cycle)
 - Maîtrise en recherche (2^e cycle)
 - Doctorat en recherche (3^e cycle)
 - Une programmation annuelle de journées de formation en collaboration avec l'AITQ
 - Projets de formation sur mesure développés de concert avec divers organismes du milieu.
- Université McGill :
 - Programme de formation en toxicomanie. Traitement des dépendances et des maladies mentales concomitantes
- Université de Montréal
 - Certificat en toxicomanies : prévention et réadaptation (1^{er} cycle)
- Université Laval
 - Certificat d'étude en toxicomanie (1^{er} cycle)
- Université du Québec à Montréal
 - Maîtrise en intervention sociale (concentration toxicomanie)
- Université du Québec à Chicoutimi
 - Certificat en toxicomanies et autres dépendances

14.4 La recherche

- *Centre Dollard-Cormier*
www.centredollardcormier.qc.ca

Fondé en 1997, le Centre Dollard-Cormier est un établissement public de réadaptation ayant pour mission d'améliorer l'état de santé, le bien-être, la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Il dessert la population de l'ensemble de l'île de Montréal et intervient tant auprès des personnes elles-mêmes que de leur entourage. Affilié à l'Université de Montréal et partenaire de l'Université de Sherbrooke, le Centre



accorde par ailleurs une grande importance à la recherche et au développement des connaissances dans ces champs d'expertise.

- *Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran)*
www.cran.qc.ca



Le Cran est situé à Montréal. Il s'agit d'un organisme non gouvernemental, sans but lucratif, spécialisé dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Le *Cran* a été créé en 1986 et est aujourd'hui financé en majeure partie par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- *Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne (CR-HCLM)*
www.santemonteregie.qc.ca/hclm/enseignement-recherche/recherche/index.fr.html
Fondé en 1995 CR-HCLM assure le volet « recherche » de la mission de cet hôpital, devenu centre hospitalier affilié à l'Université de Sherbrooke en 2000. Les activités de recherche sont orientées vers les interventions novatrices en santé. Plusieurs terrains d'expérimentation privilégiés constituent les thèmes de recherche développés au CR-HCLM : prévention des incapacités au travail, services d'urgence et de première ligne, efficacité des interventions en oncologie, pratiques professionnelles exemplaires, santé mentale et toxicomanie.

- *Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)*
www.camh

Le CAMH est le plus grand centre canadien de sciences de la santé se consacrant à la maladie mentale et à la toxicomanie. Le mandat de recherche va de la génétique moléculaire et de l'imagerie cérébrale aux traitements cliniques, en passant par la recherche sociale et la recherche sur les politiques. La promotion de la santé et la prévention des maladies comprennent des initiatives cliniques, communautaires, de recherche et d'élaboration de politiques.



- *Chaire de recherche en toxicomanie*
www.usherbrooke.ca/recherche/fr/regroupements/chaire/autres-chaire/chaire-de-toxicomanie

L'Université de Sherbrooke détient la Chaire de recherche en toxicomanie créée par la Fondation de l'hôpital Charles-Lemoyne et l'Université. C'est la chercheuse Élise Roy qui est titulaire de cette chaire qui vise à assurer la continuité entre la recherche et les besoins exprimés sur le terrain en matière de consommation de drogues et de toxicomanie. Les activités réalisées visent notamment à mieux comprendre les facteurs sociaux et individuels sous-jacents à la consommation problématique de drogues et les conséquences qui en découlent; à développer et évaluer des interventions visant à éviter une consommation problématique sévère et les conséquences qui en découlent; à développer et soutenir des partenariats de recherche nationaux et internationaux et à maintenir un contact et un échange avec les milieux de pratique.

- *Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP)*
www.gripmontreal.org

Le GRIP Montréal est un organisme à but non lucratif, ainsi qu'un organisme de bienfaisance enregistré, fondé en 1997. Sa mission est de prévenir la toxicomanie et



réduire les méfaits associés à la consommation. L'approche préconisée consiste à éduquer et rendre disponible de l'information objective sur les substances psychoactives et les nouvelles tendances de consommation, afin de rendre les individus (en particulier les jeunes) plus aptes à prendre des décisions éclairées, moins risquées et plus responsables en matière de consommation.

- *Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR du CUSM)*

L'IR du CUSM est un centre de recherche de réputation mondiale dans le domaine des sciences biomédicales et des soins de santé. Établi à Montréal, il constitue la base de recherche du CUSM, centre hospitalier universitaire affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill. L'exploration de la pathophysiologie en vue de l'élaboration de nouvelles thérapies, l'une des priorités de la recherche psychiatrique moderne, est un objectif clé de l'axe de recherche sur les maladies mentales et la toxicomanie. L'équipe s'attache à étudier les corrélats comportementaux et cérébraux de la dysfonction des neurotransmetteurs à l'aide des techniques de la neuroimagerie fonctionnelle, de la dissection génétique et des manipulations pharmacologiques, tout en assurant un dialogue continu entre la recherche fondamentale et clinique et un va-et-vient rapide entre la clinique et le laboratoire. L'équipe possède une grande expertise en neuroscience sociale et translationnelle des troubles mentaux. Elle fait appel à un large éventail d'outils comportementaux et biologiques complémentaires d'avant-garde pour définir des hypothèses de faisabilité spécifiques en pathophysiologie.



- *Laboratoire de recherche sur la toxicomanie de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas*

www.douglas.qc.ca



Le laboratoire étudie la génétique des causes de la toxicomanie et de ses mécanismes sous-jacents et les marqueurs de prédisposition, tels 1) les marqueurs biologiques de la prédisposition à la toxicomanie, incluant la réactivité du système opiacé à l'alcool, 2) des traitements expérimentaux, psychologiques

et pharmacologiques, sur les animaux et l'humain, 3) l'influence du stress et de l'alcool, seul ou combiné, sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénale (HPA) et sur les beta-endorphines de l'hypophyse chez l'être humain, en regard des antécédents familiaux et du sexe et 4) le rôle de la consommation abusive de substances psychoactives dans les comportements à haut risque, en particulier dans la conduite avec faculté affaiblie

- *Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives – Québec (RISQ)*

www.risq-cirasst.umontreal.ca

Le RISQ est une équipe multidisciplinaire, qui s'est donné un programme intégré de recherche psychosociale, axé autour d'un objectif central qui est « d'aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention ». Le CIRASST (Collectif en intervention et recherche sur les aspects sociosanitaires de la toxicomanie) a comme objectif général de « mettre sur pied un programme visant le développement de projets de recherche, d'études et d'analyses en partenariat avec les milieux concernés par la toxicomanie, le partage des savoirs entre intervenants, chercheurs, planificateurs et décideurs, la formation des milieux et des étudiants intéressés au domaine ». Sur leur site Internet, nous retrouvons les activités





auxquelles ces organismes participent, plusieurs de leurs publications et rapports de recherche, ainsi que des questionnaires de dépistages en toxicomanie.

- *Unité d'alcoologie et de toxicomanie (Centre Edwards Griffith)*

www.cusm.ca

L'Unité d'alcoologie et de toxicomanie (Centre Edwards Griffith) fait partie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), un hôpital d'enseignement affilié à la Faculté de médecine de l'Université McGill. L'Unité participe en ce moment à un projet de recherche visant à améliorer les services et les résultats pour les patients. En outre, certaines études sont menées pour mieux comprendre les facteurs génétiques, biologiques et psychologiques qui contribuent au développement de la toxicomanie.



Chapitre III

Le réseau privé et communautaire

Selon la définition du MSSS, les organismes communautaires sont « des structures démocratiques nées par et pour les communautés. Elles définissent elles-mêmes les problématiques auxquelles elles souhaitent s'attaquer et les moyens nécessaires pour les résoudre ». ¹⁵⁵. En collaboration avec les services publics, les actions des organismes communautaires contribuent au développement social du Québec. La plupart de ces organismes appartiennent au secteur privé et sont généralement sans but lucratif.

Pour se faire une idée de l'ampleur de ce secteur d'activités au Québec, mentionnons qu'il existe présentement plus de 4 116 organismes communautaires et privés dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Dans le domaine de la toxicomanie, les organismes communautaires et privés sont en mesure de déterminer eux-mêmes leur mission et leurs pratiques. Leur champ d'activités peut être, par conséquent, très diversifié. Certains vont offrir des activités de prévention, des services d'aide, de soutien, des programmes de traitement et de la réinsertion sociale.

15. Organisation des services

Contrairement au réseau gouvernemental, il n'existe pas de structures formelles qui viennent hiérarchiser et encadrer le réseau privé et communautaire. Plusieurs de ces ressources disposent d'ententes plus ou moins formelles avec le MSSS, les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les écoles et les commissions scolaires et même avec certains centres hospitaliers. D'autres profitent de l'aide directe ou indirecte de ministères ou d'organismes gouvernementaux pour une partie ou l'ensemble des services qu'ils offrent. Par exemple, certaines ressources offrant des programmes de plus longue durée reçoivent le soutien du ministère de la Sécurité publique qui utilise directement ou indirectement leurs services comme alternative à l'incarcération. D'autres survivent grâce au soutien accordé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) pour favoriser l'accès au traitement de la toxicomanie dans les centres privés certifiés. Enfin, plusieurs font partie de Tables de régionales de concertation qui sont habituellement sous la responsabilité des ASSS dans les diverses régions du Québec.

Dans les faits, une bonne partie des organismes privés et communautaires sont issus de la bonne volonté ou de l'initiative d'individus ou de groupes d'individus qui, pour des raisons personnelles ou liées à leur propre problématique, décident de consacrer temps et énergie à une cause qui les incite à agir pour le mieux être de leurs semblables. Leur succès dépend souvent de leur capacité de s'organiser, de leur réseau de contacts et de l'intérêt qu'ils parviennent à susciter de la part des gouvernements et de la communauté qu'ils tentent de desservir.

15.1 La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles ¹⁵⁶

Même si les organismes privés et communautaires ne possèdent pas de structure formelle, on ne peut passer sous silence « *La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (Table)* ». La Table est avant tout un lieu de mobilisation, de réflexion et d'analyse. Elle assure une concertation entre les différentes organisations qui en

¹⁵⁵ Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire. (2004). Secrétariat de l'action communautaire autonome au Québec. Disponible en ligne : <http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/plan-action.asp>

¹⁵⁶ La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. (2011). Site Internet : <http://trpocb.typepad.com/trpocb/>

font partie, et se donne notamment pour mandat, de développer des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population. La Table est formée de 35 regroupements nationaux actifs à la grandeur du Québec. Ceux-ci représentent différents secteurs (les femmes, les jeunes, l'hébergement, la famille, les personnes handicapées, les communautés ethnoculturelles, la sécurité alimentaire, etc.) et différentes problématiques (la santé mentale, la maladie d'Alzheimer, la toxicomanie, etc.) liées à la santé. À travers ses membres, la Table rejoint plus de 3 000 groupes communautaires de base, de toutes les régions du Québec et de tous les secteurs.

La Table est formée de 35 regroupements nationaux actifs à la grandeur du Québec

15.2 Soutien aux organismes communautaires

- Programme de soutien aux organismes communautaires (MSSS)

Le MSSS est responsable du « *Programme de soutien aux organismes communautaires* » et a pris une série d'engagements pour aider les milieux communautaires à consolider ses actions et son rayonnement (tout en respectant l'autonomie des organismes), à déterminer leurs missions, leurs orientations, leurs approches d'intervention et leurs modes de gestion.¹⁵⁷ Le MSSS et les agences de développement de réseaux locaux reconnaissent que

Le MSSS reconnaît que les organismes communautaires apportent une contribution essentielle au réseau.

les organismes communautaires apportent une contribution essentielle au réseau. Au cours des années, ces organismes ont su répondre à plusieurs besoins non couverts par le réseau public, en plus de répondre aux besoins de certaines clientèles ayant des besoins particuliers.

Actuellement, un certain nombre d'organismes communautaires ou privés sont sollicités afin de collaborer avec le CSSS ou avec le CRD de leur région et de fournir certains types de service que le réseau public n'est pas en mesure d'offrir. Cette collaboration, encadrée par des ententes de services, est sollicitée dans le cadre du « *Projet clinique* » mis sur pied par le MSSS. Dans le cadre du « *Projet clinique* », le modèle de l'approche communautaire est utilisé. Cette approche repose sur l'organisation des soins primaires et d'un partenariat avec le milieu communautaire. Elle contribue ainsi à améliorer l'accessibilité aux différents services et à réduire les inégalités dans les soins de santé. L'approche communautaire possède les caractéristiques suivantes :

- Favorise le maintien de la santé et du bien-être;
- Contribue à l'intégration des pratiques de santé publique et celles de première ligne;
- Met l'accent sur les services qui s'adressent aux clientèles vulnérables (avec des partenariats intersectoriels).

Une liste des organismes communautaires oeuvrant dans les champs « *Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances* » est disponible sur le site du MSSS¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). Programme de soutien aux organismes communautaires 2011-2012. Disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-823-01.pdf>

¹⁵⁸ Liste des organismes communautaires oeuvrant dans les champs « *Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances* ». Disponible en ligne sur le site du MSSS :

16. Les services liés à la dépendance

Au Québec, il existe un grand nombre de ressources privées ou communautaires qui offrent une gamme élargie de services en toxicomanie. Ces services peuvent être dispensés à l'interne ou sur une base externe, à court ou à plus long terme, selon la philosophie et la structure qui leur est propre. Ces ressources peuvent exiger une contribution financière plus ou moins importante des personnes qui utilisent leurs services.

16.1 Certification des organismes offrant des services en toxicomanie avec hébergement

Les organismes qui offrent des services en toxicomanie avec hébergement doivent, depuis juillet 2011, être certifiés par le MSSS ou être en démarche, en vue d'obtenir cette certification¹⁵⁹. Ce processus provincial de certification est une première au Canada. Au mois de septembre 2011, environ 65 ressources avaient obtenu cette certification¹⁶⁰ et plusieurs autres sont en processus de l'obtenir, et ce, afin d'atteindre près d'une centaine de ressources au Québec.

Septembre 2011 : environ 65 ressources avaient obtenu cette certification.

Voici les objectifs liés à la certification de ces organismes tels que présentés par le MSSS :

- Favoriser une prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu pathologique et à amorcer un processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche de l'excellence;
- Permettre aux ressources de contribuer à la démarche d'amélioration continue de leurs services et leur permet de s'afficher comme une ressource respectant des exigences définies;
- Favoriser la promotion des services offerts par les ressources et favorise les références.

La certification comporte également des avantages pour le citoyen. Elle favorise la protection des utilisateurs de services, confirme que les ressources satisfont aux exigences établies et permet de disposer d'informations crédibles pour choisir une ressource d'intervention.

Depuis 2009, plusieurs centres certifiés se sont regroupés au sein d'une association qui porte le nom de « Association des centres d'hébergement certifiés en traitement des dépendances (ACTDQ) ».

16.2 Réadaptation externe et interne avec hébergement

Tel que mentionné précédemment les centres qui offrent des services de réadaptation avec hébergement sont maintenant soumis au processus de certification du MSSS. Cette certification présente à la fois des opportunités et des contraintes qui, tout en permettant d'améliorer la qualité des services offerts à la population, pose des défis financiers et organisationnels sans contrepartie financière de la part des autorités gouvernementales.

¹⁵⁹ <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/Parcateg?OpenView&Start=1&Count=30&Expand=3#3>
Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique. (2011). Disponible en ligne :
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_2%2FS4_2R1.htm

¹⁶⁰ La liste des organismes certifiés en dépendances. (2011). Disponible en ligne :
<http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?id=46,136,0,0,1,0>

Les ressources de réadaptation interne avec hébergement répondent à un besoin qui ne peut actuellement être comblé par les *Centres de réadaptation en dépendances (CRD)*. Le virage ambulatoire exercé par les centres publics au début des années 90, en réponse à des contraintes budgétaires, a laissé le réseau public sans ressources d'hébergement pour le traitement des toxicomanies. Les centres privés et communautaires ont pris la relève et même si plusieurs existaient déjà à cette époque, ils se sont multipliés depuis et ils sont plus d'une centaine répartis un peu partout au Québec et offrent des traitements à plusieurs milliers d'individus annuellement.

Plusieurs centres privés et communautaires disposent d'entente de services avec des centres publics.

Les traitements offerts sont de durée variable selon la philosophie de traitement et la clientèle visée. Aujourd'hui, plusieurs centres privés et communautaires disposent d'entente de services avec des centres publics et fournissent de l'hébergement en contrepartie d'un *per diem* payé par la ressource. Cette façon de faire favorise les centres privés qui y trouvent leur bénéfice et les centres publics qui devraient vraisemblablement déboursier davantage pour assumer eux-mêmes de tels services.

Quant aux services de réadaptation externes, ils sont pratiquement inexistants dans le réseau privé et communautaire, ce secteur étant bien déployé partout au Québec par le réseau des centres de réadaptation publics en dépendances.

16.3 Itinérance

Depuis toujours, l'itinérance, l'alcool et les drogues font bon ménage et la combinaison de ces problématiques devient encore plus préoccupante lorsqu'elle concerne les jeunes et les drogues injectables. Bien que les budgets qui visent à contrer l'itinérance proviennent, en grande partie du gouvernement et des agences de santé, la plupart des services offerts à cette population demeure, du ressort des organismes communautaires.

Pour donner un aperçu de l'ampleur du phénomène, le *Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM)* regroupe 94 organismes communautaires en itinérance. Quant au *Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ)*, il regroupe une douzaine de concertations régionales en itinérance, et représente ainsi plus de 280 organismes au Québec.

16.4 Réinsertion sociale

La réinsertion sociale, c'est un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion dans une ou l'autre des sphères de leur vie. C'est l'étape ultime de la démarche de réadaptation de la personne toxicomane, étape qui permet à la personne de traduire l'autonomie qu'elle a acquise aux phases précédentes en une réelle participation sociale. Il s'agit d'un cheminement propre à chacun et une intégration sociale réussie, impliquant une coopération entre la personne toxicomane et les autres membres de la société¹⁶¹. Même si plusieurs centres de traitement offrent des services de réinsertion sociale, un bon nombre de programmes relève des organismes communautaires. Ils peuvent être regroupés de la façon suivante :

¹⁶¹ La réinsertion sociale en toxicomanie : Une voie à découvrir? (2002). Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Disponible en ligne : <http://www.cqld.ca/images/pdf/reinsertion0302.pdf>

- Organismes qui offrent un hébergement de transition après un traitement pour les personnes dont le milieu n'offre pas le soutien nécessaire à la poursuite des objectifs du traitement ;
- Organismes qui favorisent le développement des compétences et d'un réseau social sécuritaire;
- Organismes qui encouragent et soutiennent le retour aux études;
- Organismes de formation en vue d'une réintégration à l'emploi.

17. Les autres secteurs d'activités

17.1 La prévention

Bien que la prévention soit du ressort de la Santé publique et des Agences de la santé et des services sociaux, un bon nombre d'initiatives en prévention des toxicomanies ont été initiées par le réseau privé et communautaire.

En effet, depuis 1998, l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) met aussi à la disposition de ces intervenants, une boîte contenant 69 outils de prévention des toxicomanies. Le contenu de cette boîte a été évalué et mis à jour en 2001 et elle est accessible sur le site de l'organisme¹⁶². Les documents (affiches, brochures, cahiers d'animation, guide d'intervention, cédéroms, jeux, vidéocassettes) peuvent être empruntés gratuitement dans toutes les régions régionales, au Centre québécois de documentation sur les toxicomanies et à l'AITQ.

Il existe aussi quelques programmes de prévention déployés par le réseau privé et communautaire. En voici parmi les plus connus:

- Le programme Cumulus
- Le programme APTE
- Prévenir pour mieux grandir

Le programme Cumulus

Cumulus est un organisme sans but lucratif, créé en 1995, visant à développer et mettre en action des programmes, des services et des projets de prévention des toxicomanies. Les intervenants de Cumulus se retrouvent impliqués dans plus de 18 quartiers dans la grande région de Montréal, et ce, autant dans les milieux scolaires (primaires, secondaires) que dans d'autres organismes communautaires (réinsertion sociale, santé mentale, jeunesse, etc.).



Le programme APTE

Le programme APTE (Activités de Prévention en ToxicomaniEs) a été développé, évalué et déployé par le Centre québécois de lutte aux dépendances et ce, grâce au financement et au soutien de Santé-Canada. Le programme APTE a pour but de persuader les jeunes, soit de ne pas commencer ou de retarder le plus possible la consommation de psychotropes, pour les non-consommateurs, soit d'arrêter ou de diminuer la consommation pour les consommateurs.

¹⁶² www.aitq.com

APTE est composée de 5 modules : 1) le Module de Sensibilisation « Mon indépendance, j'y tiens ! » pour les jeunes de 1^{re} secondaire. Ce module a permis, avec le soutien du MSSS et de la Fondation Jean Lapointe, de sensibiliser tout près de 40 000 jeunes au Québec au cours des 3 dernières années; 2) le Module de groupe (profil A : 2^e et 3^e secondaires; profil B : 3^e et 4^e secondaires), conçu en fonction des croyances que les jeunes entretiennent à propos de l'alcool et des drogues; 3) le Module d'intervention individuelle (1^{re} à 5^e secondaires) est une application web qui s'adresse aux jeunes ayant un problème de consommation d'alcool ou de drogues en émergence (feu jaune selon le DEP-ADO). Le programme est actuellement en évaluation dans plusieurs écoles de la région de Montréal; 4-5) le Module de sensibilisation auprès des parents et le Module de sensibilisation auprès des enseignants sont des modules qui seront développés sur le web et qui seront un apport précieux pour la mise à niveau des connaissances nécessaires à des interventions efficaces et basées sur les meilleures pratiques. Le module de sensibilisation auprès des *Parents* sera disponible en 2012 et le module *Enseignants* est en attente de financement.



Prévenir pour mieux grandir

Ce programme de prévention des toxicomanies créé en 1983 par les agents de prévention du Réseau communautaire d'aide aux alcooliques et autres toxicomanes. Il s'adresse aux élèves de 10 à 13 ans des écoles primaires. Prévenir pour mieux grandir repose sur une approche globale et communautaire favorisant la conscientisation et la responsabilisation par la promotion de saines habitudes de vie. Depuis 1983, le programme a été modifié et bonifié en fonction des observations et des expérimentations des intervenants ainsi que de la réalité des jeunes des milieux visités.



17.2 Les groupes d'entraide

Les groupes d'entraide sont généralement connus du public en raison de leurs activités et de leur approche auprès des alcooliques et des toxicomanes. Ils se trouvent dans la plupart des régions du Québec et offrent de l'aide au téléphone et des rencontres hebdomadaires de groupe. Quels qu'ils soient, leur objectif demeure le même : aider les personnes qui souffrent d'alcoolisme ou de toxicomanie et leur entourage à trouver une solution à leurs difficultés. La plupart des groupes d'entraide ont également des sites Internet où ils donnent le lieu et l'heure de leurs activités. Ils sont présents dans la plupart des régions du Québec et offrent de l'aide gratuite au téléphone ainsi que des rencontres hebdomadaires de groupe. Ci-après, quelques-uns des Groupes d'entraide présents au Québec :

- *Alcooliques Anonymes* : pour les personnes qui vivent des problèmes avec l'alcool.
- *Al-Anon et Alateen* : pour les membres des familles et l'entourage des personnes aux prises avec des problèmes d'alcool.
- *Narcotiques Anonymes* : pour les personnes qui vivent des problèmes avec les drogues.
- *Nar-Anon* : pour les membres des familles et l'entourage des personnes aux prises avec des problèmes de drogues.
- *Cocainomanes Anonymes* : pour les personnes qui vivent des problèmes avec la cocaïne.
- *CocAnon* : pour les membres des familles et l'entourage des personnes aux prises avec la cocaïne.
- *Pharmacodépendant(e)s Anonymes* : pour les personnes qui vivent des problèmes avec les médicaments psychoactifs.



Chapitre IV

Les ressources téléphoniques et Internet

Il existe une multitude de ressources dans le champ des toxicomanies au Québec qui couvrent l'ensemble des secteurs d'activités lié aux dépendances. Étant donné qu'il est impossible de toutes les nommer et de décrire leur champ d'action respectif ou les secteurs d'activité auquel elles appartiennent, nous référons le lecteur au *Répertoire des ressources en toxicomanie au Québec*¹⁶³, un document produit par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec qui regroupe (AITQ) et qui répertorie les organismes publics, privés et communautaires œuvrant dans le domaine de la toxicomanie.

Cette publication classe, dans une première section, les ressources selon leur région respective et présente, dans une deuxième section, les différents organismes qui se spécialisent auprès d'une population ou d'une problématique particulière. Ce répertoire présente, pour chacune des ressources, les services qui sont offerts, les approches utilisées, les dépendances ciblées, les conditions d'admission, les coûts (s'il y a lieu), les horaires de service, les coordonnées, etc.

18. Les services d'aide au téléphone

- **Drogue : aide et référence**

www.drogue-aidereference.qc.ca

Aide téléphonique : 1.800.265.2626

Parmi les sources d'informations, nous retrouvons la ligne téléphonique d'informations et de références Drogue : aide et référence qui a été instaurée en 1992. Cette ressource est accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Leur mission est d'offrir un service téléphonique d'information, de référence et d'écoute gratuit, bilingue, confidentiel et anonyme aux personnes toxicomanes, à leur entourage et aux intervenants sociaux. Une personne peut contacter ce service par téléphone, mais aussi par courriel, pour connaître les ressources disponibles dans sa région, pour trouver une oreille attentive et obtenir des renseignements, pour se faire aider ou pour aider un proche à sortir de la dépendance aux drogues.



- **Tel-jeunes**

www.teljeunes.com

Aide téléphonique : 1.800.263.2266

Le service Tel-jeunes est une ressource gratuite, confidentielle et accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour tous les enfants et les jeunes du Québec. Au téléphone ou sur Internet, des professionnels travaillent à établir une relation de confiance avec les jeunes pour répondre à leurs questions et pour les supporter face à leurs difficultés. Le site de Tel-jeunes fait d'abord la promotion de leur ligne d'entraide téléphonique. De plus, en visitant la section « drogue », on y trouve une tonne d'informations sur les drogues et les réponses à plusieurs questions que les jeunes se posent fréquemment à ce sujet. Un des avantages de ce site est qu'il possède une section nommée « T'as des questions sur... » où les jeunes peuvent poser leurs questions et un intervenant de Tel-jeunes leur répondra, par écrit, dans les 48 heures suivantes.



¹⁶³ <http://www.aitq.com/documentation/publications.htm>

- **Jeunesse, J'écoute**

www.jeunessejecoute.ca

Aide téléphonique : 1.800.668.6868

Organisme dont les conseillers offrent un soutien immédiat, de l'information et des références, peu importe le problème – et c'est anonyme. Tout le monde peut téléphoner sans frais ou afficher sa question en ligne – pas seulement les jeunes.



- **La Ligne Parents**

www.teljeunes.com

Aide téléphonique : 1.800.361.5085

La ligne Parents est un service téléphonique destinée aux parents. Elle offre un support gratuit, confidentiel et accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Des intervenants professionnels aident les pères et les mères à améliorer la relation parents-enfants et à trouver par eux-mêmes les moyens d'agir en toute circonstance.

LigneParents
1 800 361-5085

- **Association québécoise de prévention du suicide**

www.aqps.info

Pour une urgence suicidaire partout au Québec

Montréal : 514.723.4000 / Autres régions : 1.866.277.3553

Cette association répond aux urgences suicidaires partout au Québec. Elle offre un service d'urgence téléphonique sans frais, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle aborde la question du suicide et de sa prévention. Le site Internet permet d'obtenir de la documentation, de l'information sur la prévention du suicide, les ressources dans ce domaine et d'autres informations pertinentes.



- **Centre antipoison du Québec**

www.csssvc.qc.ca

1.800.463.5060



Le Centre antipoison du Québec est constitué d'une équipe d'infirmières et de médecins spécialisés dans les situations urgentes d'empoisonnement et de surdoses. Il offre un service d'urgence téléphonique sans frais, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour le public et les professionnels de la santé.

19. Les sites Internet

- **Action Toxicomanie Bois-Francs**

www.actiontox.com

Action Toxicomanie Bois-Francs est issu de la communauté et sa mise sur pied en 1991 constitue un projet de partenariat réalisé par l'ensemble des groupes jeunesse des territoires des MRC de l'Érable et d'Arthabaska. L'organisme rejoint un nombre important de jeunes, par le biais de ses éducateurs en prévention des toxicomanies, intégrés dans les établissements scolaires de la région. Action Toxicomanie Bois-Francs a pour mission la promotion de la santé chez les jeunes et la prévention des toxicomanies et des dépendances associées.



- **Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ)**

www.aitq.com

L'AITQ a pour mission de regrouper les intervenants œuvrant dans le domaine de la toxicomanie au Québec et favoriser l'implication de la communauté dans la prévention et le traitement de la toxicomanie. Reconnu comme étant un centre de documentation et de références, leur site Internet nous donne accès à la liste de leurs publications et à plusieurs articles provenant de leur revue trimestrielle d'information sur les toxicomanies *L'Intervenant*, ainsi qu'à différentes brochures et dépliants sur la toxicomanie. Finalement, une section du site est consacrée à la trousse pédagogique sur l'alcool *Tiens-toi debout!*, qu'ils ont mis sur pied pour les adolescents. Puis, nous retrouvons le lien pour accéder à leur *Boîte d'outils de prévention*.



- **Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT)**

www.centredollardcormier.qc.ca

Désigné depuis 1991 comme le Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le centre de documentation du centre Dollard-Cormier est l'une des plus importantes ressources documentaires sur la toxicomanie au Canada et dans le monde.



- **Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD)**

www.cqld.ca

Le CQLD est un organisme qui a vu le jour suite à l'abolition du Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Son champ d'action couvre l'ensemble des dépendances affectant le bien-être de la population : alcool, drogues, jeu problématique et la cyberdépendance. Ce nouvel organisme indépendant a pour mission de contribuer à l'amélioration de la lutte aux dépendances au Québec, en participant au développement et au transfert des connaissances dans ce domaine. Pour réaliser sa mission, il valorise le partage d'expertises rigoureuses et variées, la concertation entre tous les acteurs concernés, ainsi que la sensibilisation des organisations et de la population face aux enjeux soulevés par les dépendances. Leurs publications sont accessibles via leur site Internet.



- **Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies**

www.ccsa.ca/ccsa

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a pour mandat législatif d'assurer un leadership à l'échelle nationale et de fournir des analyses et des conseils factuels afin de mobiliser les efforts de collaboration visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues.



- **Éduc'alcool**

www.educalcohol.qc.ca



Ce site regroupe les partenaires de l'industrie des boissons alcooliques, des institutions parapubliques et des membres à titre individuel qui, conscients de leur mission sociale, mettent sur pied des programmes d'information, de prévention et d'éducation pour aider jeunes et adultes à prendre des décisions

responsables et éclairées face à la consommation de l'alcool. Sur leur site, nous retrouvons des renseignements sur différents programmes traitant de la problématique en lien avec l'alcool, une liste de publications traitant de l'alcool et de sa consommation ainsi qu'un volet jeunesse qui suggère des activités d'informations pour les jeunes.

- **Fédération des centres communautaires d'intervention en dépendance (FCCID)**

www.fccid.qc.ca

Les activités de la Fédération des centres communautaires d'intervention en dépendance du Québec (FCCID) visent à promouvoir et à coordonner l'action des organismes bénévoles oeuvrant dans le domaine de la prévention de la toxicomanie et l'aide aux toxicomanes.



- **Gendarmerie royale du Canada au Québec**

www.rcmp-grc.gc.ca

- **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

www.msss.gouv.qc.ca

- **Stratégie nationale antidrogue**

www.strategienationaleantidrogue.gc.ca



La Stratégie nationale antidrogue met l'accent sur la prévention et l'accès au traitement pour les toxicomanes, tout en adoptant une ligne dure à l'égard des trafiquants et des producteurs de drogues qui menacent la sécurité de nos collectivités.

- **Toxquébec**

www.toxquebec.com

Ce site Internet est une initiative du Regroupement Maison Jean Lapointe - Pavillon du Nouveau Point de Vue. Il offre des questionnaires d'auto-évaluation en matière de dépendances, des forums de discussions, une bibliothèque virtuelle, ainsi qu'une liste de ressources disponibles au Québec. *Toxquébec* désire également offrir une porte d'accès non menaçante pour les jeunes et les adultes qui, aux prises avec des problèmes liés à l'alcool, aux drogues et au jeu, hésitent à se confier, ou à demander conseil.

