



Gouvernement du Québec
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

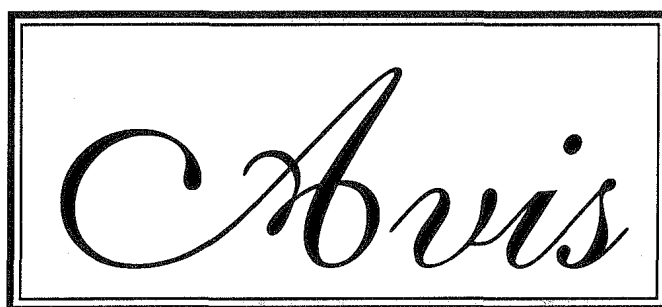
Avis

sur

L'Objectif de la *Politique de la santé et du bien-être de 1992* qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec

CPLT

L'Objectif de la *Politique de la santé
et du bien-être de 1992* qui porte sur
l'alcoolisme et l'usage abusif de
psychotropes au Québec



du
Comité permanent
de lutte à la toxicomanie

au

Ministre de la Santé et des Services sociaux

Novembre 1997

Tables des matières

Remerciements	page iv
Avant-propos	page 1
Volet alcool	page 3
Introduction	page 3
Portrait de la situation	page 4
Analyse critique de l'objectif actuel	page 10
Proposition pour une nouvelle formulation du 1 ^{er} volet de l'Objectif 6	page 13
Implications de la nouvelle formulation	page 14
Volet drogues illégales	page 15
Introduction	page 15
Portrait de la situation	page 15
Analyse critique de l'objectif actuel	page 20
Proposition pour une nouvelle formulation du 3 ^e volet de l'Objectif 6	page 24
Implications de la nouvelle formulation	page 25
Références	page 26

Remerciements

Les membres du Comité remercient chaleureusement les personnes suivantes pour leur contribution à la préparation de cet avis:

- monsieur Jocelyn Bisson, pour son travail de recherche sur le volet alcool et la production du rapport intitulé: *L'impact prévu de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs québécois sur les prévalences de problèmes liés à l'alcool*, qui a servi de base à la proposition d'une nouvelle formulation de l'objectif pour le volet alcool;
- madame Catherine Paradis, pour la production d'une synthèse du rapport de M. Bisson et pour son avis sur la nouvelle formulation de l'objectif concernant le volet alcool;
- madame Carole Morissette, messieurs Serge Brochu et Robert Paris, pour leurs avis respectifs sur le volet drogues illégales de l'objectif actuel et pour leurs propositions en vue d'une nouvelle formulation;
- madame Jocelyne Forget, pour la conception de l'avis, la préparation du contenu et la révision du texte pour publication;
- madame Michèle Giresse-Contandriopoulos, pour la rédaction;
- madame Françoise Jeannette, pour la mise en page.

A vant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité a été amené à s'interroger sur l'Objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être* dévoilée en 1992, plus précisément sur les volets concernant la consommation d'alcool et de drogues illégales. Le Comité a voulu analyser la pertinence de cet objectif et déterminer s'il y a lieu de proposer une nouvelle formulation.

Les interrogations ont d'abord porté sur le volet alcool, ainsi libellé: "D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool". Or, d'une part, de nombreux travaux de recherche ont commencé à signaler que c'est principalement la consommation de grandes quantités d'alcool par occasion qui semble le plus souvent associée aux problèmes liés à l'alcool dans la population (que l'on pense, par exemple, aux accidents de véhicules-moteurs et à la violence dans la famille). D'autre part, tout un corpus de travaux signale qu'une consommation modérée et régulière d'alcool - une ou deux consommations par jour - est en deçà du seuil de risque et peut notamment être protectrice contre les maladies cardio-vasculaires, qui emportent près de 25 % de la population.

Souhaitant approfondir cette question, le CPLT a demandé à monsieur Jocelyn Bisson de préparer une étude. Celle-ci a pour titre: *L'impact prévu de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs québécois sur les prévalences de problèmes liés à l'alcool*. La partie de l'Avis du Comité qui porte sur l'alcool s'appuie principalement sur le rapport de monsieur Bisson.

En ce qui concerne les drogues illégales, le Comité a sollicité l'avis de trois experts reconnus pour leurs connaissances sur l'usage et l'abus de drogues et appartenant à des champs d'intervention distincts: monsieur Serge Brochu, professeur titulaire à l'École de Criminologie de l'Université de Montréal et directeur du Centre international de Criminologie comparée; madame Carole Morissette, médecin à l'Unité des maladies infectieuses, Direction de la Santé publique de la Régie régionale de Montréal-Centre et promotrice du projet Pic-Atouts dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve; monsieur Robert Paris, coordonnateur du Projet d'Action communautaire en Travail de rue (PACT de rue) et président de l'Association des travailleurs et travailleuses de rue du Québec.

Il convient de souligner le caractère étonnamment convergent et complémentaire des opinions et des conclusions de ces trois experts qui ont pourtant travaillé séparément et à partir de points de vue différents. En outre, leurs conclusions vont dans le même sens que les discussions menées au sein du Comité et que les données recueillies par ce dernier lors de son processus de consultation de 1995-1996, ainsi que dans le cadre de travaux connexes à cette consultation.

À la lumière des informations recueillies, le CPLT a jugé pertinent de proposer une nouvelle formulation de l'objectif 6 concernant aussi bien la consommation d'alcool que celle des drogues illégales.

Volet alcool

Introduction

Pour la plupart des gens, boire de l'alcool est une expérience agréable et positive. Il existe toutefois des formes et des contextes de consommation qui comportent des conséquences néfastes, voire dramatiques, pour soi, les proches et le corps social. Ce phénomène est aujourd'hui bien documenté. Il a fait l'objet d'un nombre considérable d'études, qui montrent clairement les liens entre une consommation abusive d'alcool et divers types de problèmes de santé physique ou mentale, ou encore d'ordre social. Ainsi, la surconsommation d'alcool est associée à des problèmes de santé physique tels que les cirrhoses du foie, plusieurs formes de cancer, l'hypertension artérielle et des troubles cardiaques. Elle est aussi associée à des troubles mentaux, tels que la dépendance à l'alcool, la détresse psychologique, les dépressions, les ideations et les tentatives de suicide ainsi que les suicides réussis. Finalement, sur le plan social, la consommation abusive d'alcool est fortement associée à des accidents, souvent mortels, à la violence, au jeu pathologique, à des problèmes familiaux, professionnels ou scolaires.

Face à cette situation, les gouvernements et les organisations internationales ont mis en place des politiques qui s'appuient sur l'état des connaissances et qui visent à réduire la prévalence des troubles liés à l'alcool et les méfaits associés à la consommation de ce produit. C'est dans cette perspective que le Gouvernement du Québec a inclus un volet sur l'alcool dans l'Objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être*, rendue publique en 1992.

L'objectif concernant l'alcool a été formulé de la façon suivante: « réduire de 15 % d'ici dix ans la consommation d'alcool au Québec ». Il s'agit donc d'un objectif qui s'inscrit dans une stratégie globale de réduction de la consommation visant l'ensemble de la population; il n'établit aucune distinction entre les troubles liés à l'alcool, les intoxications et la consommation modérée et il

traite tous les buveurs comme s'ils avaient un risque égal relativement à leur consommation d'alcool.

Or, les études les plus récentes sur les facteurs mis en cause dans la survenue des problèmes liés à la consommation d'alcool montrent que ce sont principalement les intoxications, c'est-à-dire les occasions de forte consommation, qui sont les prédicteurs les plus robustes de l'apparition de ces problèmes, même si les volumes élevés (29+ par semaine) s'avèrent aussi de bons prédicteurs. Par conséquent, on peut s'interroger si un objectif de santé et de bien-être ayant pour objet la réduction des problèmes liés à l'alcool ne devrait pas viser plus spécifiquement certains consommateurs réputés être plus à risque.

Dans les pages qui suivent, on trouvera d'abord un portrait de la situation de la consommation d'alcool au Québec. Ensuite, une analyse critique du premier volet de l'Objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être*, qui vise spécifiquement la consommation d'alcool. Cette analyse sera suivie d'une proposition pour une nouvelle formulation de l'Objectif 6 et de quelques remarques sur les implications du changement proposé.

Portrait de la situation

Grâce à deux grandes enquêtes, *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec, 1995) (ESSQ-92) et de l'enquête menée par Deniers et Kishchuk en 1993 (EDK-93), qui ont porté sur des échantillons représentatifs de la population, on dispose aujourd'hui d'un portrait assez précis de la consommation d'alcool au Québec et de ses conséquences en termes de santé et de bien-être, c'est-à-dire en termes des problèmes de santé physique, de santé mentale et d'ordre social liés à la consommation d'alcool.

Les deux enquêtes québécoises ont utilisé différentes mesures de la consommation d'alcool, parmi lesquelles: 1) la fréquence habituelle de consommation au cours d'une semaine; 2) le volume

hebdomadaire habituel; 3) la fréquence des occasions de forte consommation au cours des douze derniers mois et 4) le volume maximal consommé en une occasion (seuil maximal). Ce sont ces différentes mesures qui permettent d'identifier les indicateurs de risque, c'est-à-dire les niveaux ou les seuils en deçà desquels la consommation est considérée comme susceptible d'être associée à la survenue des problèmes liés à l'alcool précédemment décrits.

D'une part, les données les plus à jour générées à partir d'enquêtes épidémiologiques prospectives amènent à conclure qu'une consommation maximale de deux verres d'alcool par jour et qu'un maximum de quatorze consommations par semaine pour les hommes, et de neuf pour les femmes, est à faible risque pour la santé des personnes qui ne font pas partie des «populations spéciales». D'autre part, des volumes de 14+ pour les hommes et de 9+ pour les femmes sont considérés à risque. Quant à la fréquence des occasions de forte consommation, on reconnaît généralement que les hommes qui consomment cinq verres ou plus (dorénavant 5+ dans le texte) au moins treize fois par an sont des buveurs à risque; pour les femmes, on fait état de neuf fois par an. Finalement, le seuil maximal de consommation à risque correspond à huit verres (8+) par occasion pour les hommes et à six verres (6+) pour les femmes.

L'ESSQ-92 révèle que 22 % de la population déclare ne pas avoir bu d'alcool au cours des douze derniers mois. Les non-buveurs se retrouvent principalement chez les femmes et chez les personnes de 55 ans et plus. Parmi les buveurs, la grande majorité consomme habituellement moins de sept verres par semaine (88 %) et ne boit généralement qu'une fois par semaine (71 %). Durant l'année couverte par l'enquête, 45 % des personnes interrogées n'ont jamais consommé plus de quatre verres par occasion et 78 % n'ont jamais consommé plus de sept verres par occasion.

La prévalence de la consommation à risque varie selon l'indicateur de mesure du risque retenu. Quand on considère la fréquence de forte consommation (5+), le pourcentage est de 13 % ; quand on retient comme norme le seuil maximal au cours des douze derniers mois, alors 28 % de la population est concernée. Il faut souligner que les prévalences de consommation à risque sont beaucoup plus élevées avec les mesures axées sur les occasions de forte consommation qu'avec

les mesures de volume de consommation. Par ailleurs, il faut aussi garder en mémoire que, parmi les conducteurs dont le décès sur les routes met en cause l'alcool, bon nombre ne présentaient aucun diagnostic de trouble lié à l'alcool - dépendance ou abus. Il s'agit de buveurs qui, à cette occasion, s'étaient intoxiqués avant de prendre le volant. Le même type de constatation pourrait sans doute être fait pour la violence domestique et les tentatives de suicide, si les statistiques étaient aussi fiables que celles des décès sur les routes.

L'âge et le sexe constituent des variables très significatives dans l'analyse de la consommation à risque, surtout quand on considère certaines mesures de la consommation. Par contre, le revenu et le soutien social ne sont pas associés à des comportements particuliers en termes de consommation d'alcool, si ce n'est que les personnes socio-économiquement privilégiées de 40 ans et plus consomment plus régulièrement mais en plus petites quantités, ce qui constitue de fait le modèle de consommation qui comporte le moins de risque.

L'âge, tout d'abord, est associé de façon très significative à la fréquence de consommation au cours de la semaine, tant pour les hommes que pour les femmes: plus l'âge augmente, plus la fréquence hebdomadaire augmente (elle passe de 0,8 % chez les plus jeunes à 10 % chez les buveurs de 55 ans et plus). S'il influence également le volume de consommation, l'âge est surtout corrélé avec la fréquence des occasions de forte consommation et le seuil maximal au cours de la dernière année, qui diminuent nettement à mesure que l'âge augmente. Ainsi, 16 % des jeunes hommes de 15 à 24 ans consomment cinq verres et plus par occasion toutes les deux semaines, et 9 % le font toutes les semaines. Plus de 34 % des jeunes hommes ont déclaré avoir consommé 12 verres et plus en une seule occasion au cours de l'année précédant l'enquête, et 13 % ont déclaré avoir consommé 18 verres et plus. Chez les personnes de 55 ans et plus, seulement 8 % des buveurs atteignent le seuil maximal de consommation (huit verres pour les hommes, six pour les femmes).

Ensuite, si l'on observe la population en fonction du sexe, on constate, dans les deux enquêtes, que la prévalence des buveurs à risque est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes et cette observation est vraie pour toutes les mesures. Par exemple, pour les occasions

de forte consommation, environ 20 % des hommes consomment cinq verres ou plus par occasion au moins 13 fois par an, alors que seulement 9 % des femmes consomment cette quantité au moins neuf fois par an. Pour ce qui est du seuil de consommation, environ 30 % des hommes consomment huit verres ou plus par occasion, et 20 % des femmes, six verres et plus par occasion.

Pour compléter ces remarques sur les variables qui influencent la consommation à risque, il est essentiel de mentionner l'impact du tabagisme. En effet, comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs apparaissent significativement plus enclins à adopter des comportements de consommation à risque, notamment en ce qui a trait au volume de consommation, à la fréquence des occasions de forte consommation et au seuil maximal de consommation. En fait, les buveurs à risque sont deux fois plus nombreux chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Ces différences notables dans les prévalences de consommation à risque, selon l'âge, le sexe et les habitudes de vie ainsi que selon les mesures de consommation impliquent évidemment que, pour analyser l'impact des stratégies de modération de la consommation à risque sur les problèmes de santé et de bien-être, il faut absolument tenir compte de l'ensemble de ces facteurs.

Avant tout, il convient de préciser que l'ESSQ-92 définit la santé physique en fonction de cinq indicateurs: santé perçue, occurrence d'accidents, limitation d'activités pour cause de problèmes de santé, occurrence de consultation médicale et, finalement, occurrence de problèmes de santé physique non spécifiés dus à la consommation d'alcool. La santé mentale est définie en fonction de trois indicateurs: indice de détresse psychologique, occurrence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois et tentative de suicide dans les 12 derniers mois. Comme l'ESSQ-92 présentait certaines difficultés dans la définition des problèmes sociaux, ceux mesurés par l'EDK-93 ont été retenus. Ils sont au nombre de trois: l'occurrence, dans les trois mois précédant l'enquête, de problèmes de relations sociales, de problèmes dans la vie familiale ou dans la vie de couple et de problèmes au travail, scolaires ou relatifs aux possibilités d'emploi.

L'examen de la prévalence des problèmes de santé et de bien-être en fonction de la fréquence de consommation montre que, tant chez les hommes que chez les femmes, aucun indicateur de santé physique n'est associé à la fréquence de consommation, à part certains problèmes de santé directement liés à la consommation d'alcool. De plus, la fréquence de consommation n'est associée à aucun problème de santé mentale. Par contre, cette mesure est significativement associée à des problèmes sociaux. La relation est positive dans tous les cas: ceux qui consomment moins fréquemment sont proportionnellement moins nombreux à présenter ce type de problèmes et ceux qui consomment plus fréquemment le sont davantage. On constate, en outre, une augmentation progressive de la prévalence des problèmes sociaux selon les niveaux successifs dans la fréquence de consommation, ceci tant chez les femmes que chez les hommes. On constate donc un gradient de risque avec l'augmentation de la fréquence.

Si l'on considère ensuite la prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le volume de consommation, on s'aperçoit que, parmi les cinq indicateurs de santé physique, seuls la santé perçue et les problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool s'avèrent significativement associés au volume de consommation, tant pour l'ensemble des buveurs que chez les hommes et les femmes séparément. Il est intéressant de souligner que, dans tous les cas, ceux qui consomment de un à sept verres d'alcool par semaine se montrent significativement moins enclins que les autres buveurs à percevoir leur santé négativement.

Une forte relation linéaire apparaît, par contre, entre le volume de consommation et les problèmes de santé physique directement associés à la consommation d'alcool. Quant aux problèmes de santé mentale, à une exception près, aucune relation significative n'apparaît entre le volume de consommation et les trois indicateurs de santé mentale. La seule exception est une prévalence significativement moindre de détresse psychologique chez les hommes qui consomment habituellement de un à sept verres par semaine (21 %) et une plus grande prévalence de détresse chez ceux qui consomment habituellement plus de vingt et un verres par semaine (35 %). Finalement, le volume de consommation est significativement associé à l'occurrence de problèmes sociaux, tant chez l'ensemble des buveurs que chez les hommes et les femmes pris séparément. De façon générale, la prévalence de ces problèmes augmente de façon marquée chez les buveurs

qui consomment plus de sept verres par semaine. Malgré cette démarcation, la prévalence augmente à chaque niveau successif du volume habituel de consommation. On constate donc un gradient de risque avec l'augmentation du volume.

Si l'on considère la fréquence des occasions de forte consommation, on constate une relation très marquée entre cette mesure et l'apparition de problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool, de troubles mentaux et de problèmes d'ordre social. En effet, à chaque niveau successif dans la fréquence de cinq verres ou plus au moins 13 fois par an, la proportion des buveurs masculins rapportant des problèmes augmente. Pour plusieurs de ces problèmes, les buveurs qui consomment cinq verres ou plus de façon hebdomadaire sont dix fois plus à risque de présenter un problème que ceux qui n'ont jamais consommé plus de quatre verres d'alcool par occasion au cours des 12 derniers mois. Une situation tout à fait similaire s'observe chez les femmes. Il est toutefois intéressant de souligner toutefois qu'aucune relation significative n'apparaît chez les hommes et les femmes séparément pour ce qui est de la fréquence des occasions de forte consommation et des indicateurs de santé physique non directement liés à la consommation d'alcool.

Finalement, l'examen de la prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le seuil maximal de consommation au cours des 12 derniers mois ne montre aucune relation significative en ce qui concerne les problèmes de santé physique, sauf avec ceux directement liés à la consommation d'alcool et cela, chez les femmes et les hommes séparément. Certains écarts indiquent toutefois une relation positive plus ou moins systématique entre la prévalence d'accidents chez les femmes et le seuil maximal de consommation. Par contre, on observe une relation très significative entre le seuil maximal de consommation et la prévalence de problèmes de santé mentale et de problèmes sociaux. Pour chacun de ces problèmes, les prévalences augmentent à chaque niveau successif du seuil maximal de consommation et de larges écarts séparent les grands buveurs des petits buveurs dans les prévalences des problèmes. On constate donc à nouveau un gradient dans le risque.

D'une façon générale, la prise en compte simultanée de la consommation d'alcool mesurée par l'un ou l'autre des quatre indicateurs retenus jusqu'ici ainsi que l'âge, le sexe, le revenu, le soutien social, le tabagisme et l'activité physique confirme les résultats présentés ci-dessus sur l'influence de la consommation d'alcool sur la santé physique, la santé mentale et les problèmes sociaux. De tous les quatre indicateurs, le seuil maximal de consommation s'avère cependant le plus robuste. Ainsi, l'analyse avec le seuil maximal de consommation permet de dégager un certain nombre de points:

1° certains groupes sociodémographiques apparaissent significativement plus à risque que les autres de souffrir de détresse psychologique: les femmes, les jeunes buveurs de 15-24 ans, les buveurs de revenu inférieur, ceux qui ne font pas régulièrement de l'exercice physique et ceux qui ne bénéficient pas d'un bon support social.

2° tous les facteurs sociaux, sauf la pratique régulière d'exercices, s'avèrent significativement associés à l'occurrence d'idéations suicidaires dans l'année précédant l'enquête et quatre facteurs sociaux sont significativement associés à l'occurrence d'une tentative de suicide chez les buveurs: l'âge, le niveau de revenu, le soutien social et le tabagisme. Les jeunes buveurs de 15-24 ans se révèlent de trois à cinq fois plus à risque que ceux d'âge mûr de commettre une tentative de suicide. Chez les buveurs qui ont un faible revenu, ces risques sont trois fois plus grands que chez les buveurs qui ont un revenu moyen supérieur. Ils sont quatre fois plus grands chez les buveurs qui ont un faible soutien social que chez ceux qui ont un bon soutien social et ils sont deux fois plus grands chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

Analyse critique de l'objectif actuel

En visant la réduction du volume global de la consommation, l'Objectif 6 vise l'ensemble des buveurs, c'est-à-dire 78 % de la population québécoise. Or, comme la très grande majorité de ces

buveurs consomme de façon modérée, donc en deçà du seuil de risque, on peut s'interroger sur la pertinence de mettre de l'avant un objectif qui vise l'ensemble de la population.

En effet, selon des travaux récents, la consommation modérée d'alcool (1 ou 2 verres par jour) comporte des effets protecteurs contre les maladies cardio-vasculaires. À une telle dose, l'alcool semble avoir un effet bénéfique, réduisant l'incidence des coronaropathies, tout en ayant un effet négligeable sur les autres causes de mortalité. Or, puisque la majorité des buveurs du Québec consomment moins de deux verres par jour et que, par conséquent, leur consommation risque de s'avérer bénéfique, comment alors justifier la nécessité de réduire en moyenne de 15 % leur consommation?

En fait, les stratégies de réduction de la consommation globale reposent sur une définition étroite de la consommation à risque, mesurée uniquement en fonction du volume. Or, les résultats des plus récents travaux montrent que, si l'on veut analyser l'impact des différentes stratégies de réduction de la consommation, il faut également tenir compte des trois autres modèles de consommation présentés précédemment pour inclure les intoxications. Dans cette perspective, on devra inclure dans la catégorie des buveurs à risque une grande majorité de personnes qui ne sont pas de grands buveurs au sens courant du terme.

Simulation de différentes stratégies

Dans une étude menée pour la réalisation de cet *Avis*, Bisson (1997) a utilisé des analyses multivariées et des analyses prédictives pour simuler les effets des différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool sur la prévalence des problèmes de santé et de bien-être chez les buveurs québécois.

Tout d'abord, cette analyse montre que deux indicateurs, soit la fréquence des occasions de forte consommation (cinq verres et plus par occasion) et le seuil maximal de consommation (quantité maximale d'alcool consommée par occasion), constituent de bien meilleurs prédicteurs des problèmes de santé et de bien-être que la fréquence et le volume de consommation.

Deuxièmement, ce modèle prédictif permet également de constater que la réduction de la fréquence des occasions de forte consommation et du seuil maximal de consommation amènent des réductions beaucoup plus substantielles des problèmes de santé et de bien-être que la réduction de la fréquence ou du volume de consommation. Ce meilleur rendement se retrouve pour chacun des problèmes de santé et de bien-être considérés.

L'écart de rendement est particulièrement prononcé dans le cas des stratégies de modération chez les buveurs à risque. Pour ce qui est de la santé physique, une diminution de 15 % de la fréquence des occasions de forte consommation et du seuil maximal de consommation par occasion permettrait de réduire de 16 % la prévalence des problèmes, alors que la modération de la fréquence ou du volume de consommation entraînerait seulement une réduction de 2 % à 3 %. Quant à la santé mentale, une diminution de 15 % du seuil maximal de consommation entraînerait une réduction de 3,3 % des prévalences de détresse psychologique et de 10,3 % des ideations suicidaires, alors que la diminution de 15 % de la fréquence ou du volume de consommation réduirait d'au plus 1,5 % le nombre de ces problèmes. Finalement, en ce qui concerne les problèmes sociaux liés à l'alcool, la réduction de 15 % des occasions de grande consommation pourrait entraîner des réductions de 18 % à 25 % de l'occurrence de ce type de problèmes, alors que les plus grandes réductions envisageables en agissant sur la fréquence ou le volume de consommation sont de l'ordre de 3 % à 7 %.

Les résultats de cette étude de Bisson ne permettent pas de confirmer l'existence d'une relation dose-effet continue en fonction du volume. La santé des non-buveurs n'est pas supérieure à celle des buveurs modérés et, par ailleurs, il semble que les conséquences néfastes sur la santé et le bien-être ne se manifestent véritablement qu'à partir de seuils de consommation à risque. De plus, les intoxications (5+ ou seuil maximal de consommation) s'avèrent des prédicteurs plus robustes dans l'étude de Bisson, comme dans d'autres analyses menées au Canada, aux États-Unis, dans les pays Scandinaves et en Australie. Compte tenu de cette situation, des politiques de réduction de la consommation visant les buveurs à risque pourraient s'avérer beaucoup plus efficaces pour réduire la prévalence des problèmes que des politiques de réduction globale de la consommation. Il découle de ceci qu'une stratégie visant la modération chez tous les buveurs présentant des

comportements de boire à risque peut tout aussi bien être comprise comme une stratégie visant la réduction des comportements de boire à risque dans l'ensemble de la population.

Proposition pour une nouvelle formulation du 1^{er} volet de l'Objectif 6

Les connaissances actuelles et les résultats des enquêtes menées au Québec sur les relations entre la consommation d'alcool et la santé et le bien-être amènent à penser que les stratégies de réduction de la consommation d'alcool orientées vers la modération de la consommation chez les buveurs à risque entraînent des réductions plus importantes des problèmes de santé et de bien-être que les stratégies de réduction globale de la consommation chez tous les buveurs.

Compte tenu de toutes ces considérations, le CPLT propose que le premier volet de l'Objectif 6 de la *Politique québécoise de la santé et du bien-être* soit reformulé de la façon suivante:

Réduire le nombre de personnes qui adoptent une consommation d'alcool à risque et réduire les méfaits associés à cette consommation, à la fois pour les usagers eux-mêmes, leur entourage et l'ensemble de la société.

Implications de la nouvelle formulation

La nouvelle formulation de l'Objectif 6 comporte un certain nombre d'implications.

Tout d'abord, elle suppose que l'on définisse bien la population des buveurs à risque. On a vu que certains groupes sociodémographiques, comme les jeunes hommes entre 15 et 24 ans, ont plus tendance à présenter des comportements qui conduisent à des intoxications. Mais ce type de comportement est aussi très fréquent dans l'ensemble de la population chez des gens qui la plupart du temps, se comportent comme des buveurs « modérés ». Par conséquent, une stratégie qui vise la réduction de la consommation à risque ne peut être limitée à certaines populations et doit s'adresser à tous les buveurs.

Deuxièmement, elle suppose la mise en place d'interventions ciblées qui portent sur l'excès de la consommation et non pas sur les dangers du produit « alcool » en tant que tel. Les interventions devront viser à réduire les comportements qui entraînent des intoxications et être calibrées en fonction de la gravité des conséquences de celles-ci.

Troisièmement, on sait que les comportements individuels et, en particulier, les habitudes de vie sont très largement déterminés par l'environnement social et économique, les conditions de vie, la position sociale, les valeurs culturelles. Pour atteindre l'objectif, il faudra non seulement envisager la mise en place de programmes d'information, d'éducation, de récompenses et de sanctions visant les individus, mais aussi intervenir au niveau systémique sur les facteurs économiques, sociaux et culturels qui conditionnent les comportements à risque.

Volet **drogues illégales**

Introduction

En 1992, au moment où le Gouvernement du Québec a dévoilé sa *Politique de la santé et du bien-être*, le courant de pensée dominant au sujet de la consommation de drogues illégales allait dans le sens de la législation fédérale, à savoir une interdiction totale de ces drogues. Il n'est donc pas étonnant que l'on retrouve ce même esprit de « tolérance zéro » dans la formulation du 3^e volet de l'Objectif 6 de la *Politique*: « augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales ».

Or, depuis, les perceptions sur l'usage de drogues illicites se sont modifiées. On sait maintenant qu'un plan d'action en vue de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux associés à l'usage de drogues illicites ne peut se fonder sur une optique de *tolérance zéro*. L'objectif doit donc être formulé autrement, tenant compte de la réalité actuelle, tant en termes de nouvelles connaissances acquises que de l'évolution des mentalités ou des perceptions. Pour aller dans ce sens, le CPLT recommande que l'Objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec soit reformulé dans un esprit pragmatique plutôt qu'idéaliste ou répressif.

Portrait de la situation

Il est encore difficile de tracer un portrait de la consommation des drogues illicites au Québec. D'une part, jusqu'à récemment, on ne disposait pas d'autres sources d'information dans ce domaine que les rapports d'arrestations et de saisie, ou des descriptions de populations cliniques admises en traitement. D'autre part, il s'agit d'une situation en constante évolution, tant en ce qui

a trait au nombre et au profil des consommateurs qu'à la nature et au mode de consommation des substances. Ainsi, la proportion et les caractéristiques du groupe susceptible de présenter des problèmes associés à l'usage des drogues, de même que la nature, l'ampleur et l'évolution de ces problèmes demeurent peu documentées.

Grâce à des études et à des travaux récents, une image plus nette du profil de certains groupes de consommateurs commence à se dessiner, parmi lesquels les clientèles des programmes de réadaptation, les jeunes en milieu scolaire, les jeunes des centres jeunesse et ceux de certaines communautés ethniques. On a également plus d'information sur les sous-groupes particulièrement à risque que sont les jeunes de la rue et les utilisateurs de drogues par injection (UDI), qui ont fait l'objet d'une attention accrue en raison de l'épidémie du VIH et des hépatites B et C.

Au Québec, dans l'ensemble de la population, une personne sur cinq a déjà consommé une drogue illégale au moins cinq fois dans sa vie, dont une fois dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête de référence. L'âge constitue une variable extrêmement significative: les jeunes sont en effet les plus grands consommateurs de drogues illicites dans la population. À Montréal, par exemple, la proportion des personnes qui ont consommé une drogue illicite durant l'année précédant l'enquête passe de 7 % chez les 45-64 ans, à 16 % chez les 25-44 ans, pour atteindre 27 % chez les 15-24 ans (Charland et coll., 1996). De plus, on sait que, tout comme aux États-Unis et dans le reste du Canada, la proportion des jeunes d'âge scolaire qui consomment des drogues est en hausse. En effet, il semblerait que les chiffres publiés en 1994 par le ministère de l'Éducation sur la proportion de « jeunes expérimentateurs » (17 %) et de « consommateurs actuels » (6 %) soient aujourd'hui de beaucoup dépassés (Brochu et coll., soumis pour publication). Par contre, le sexe, le revenu et le niveau de scolarité apparaissent moins importants.

Depuis une quinzaine d'années, on observe une évolution marquée aussi bien de la nature que du mode de consommation des substances. Plusieurs éléments permettent de croire, par exemple, à l'émergence d'une nouvelle culture de consommation, particulièrement chez les jeunes de la rue (Paris, 1997). Sans pouvoir encore parfaitement identifier les facteurs à l'origine de ces changements, les intervenants mettent en parallèle la détérioration des conditions de vie des

jeunes, au cours des quinze dernières années, et la mise en place, par les commerçants de la drogue, de stratégies très efficaces de distribution et de diversification des produits en fonction de clientèles bien ciblées.

Au début des années 80, les drogues les plus répandues étaient le cannabis, les drogues chimiques (PCP, LSD, mescaline) et les champignons hallucinogènes, qui étaient consommées dans une atmosphère généralement conviviale. Perçu encore aujourd'hui comme une drogue d'initiation et de socialisation, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée, et le nombre de ses utilisateurs serait en progression depuis 1985, surtout chez les adolescents. On sait, notamment, que 24 % des élèves de la Commission des écoles catholiques de Montréal (Charland et coll., 1966) consomment du cannabis; chez les jeunes de la rue, ce pourcentage atteint presque 100 % et près du tiers en consomment quotidiennement (Roy, 1996). Le cannabis est aussi la drogue illicite qui fait l'objet du plus grand nombre de saisies - entre 1994 et 1995, par exemple, on a observé une hausse de 204 % des saisies pour possession simple de marijuana. Cependant, la morbidité et la mortalité qui lui sont associées sont faibles.

En ce qui concerne les hallucinogènes, un peu plus de 10 % des étudiants du secondaire en ont déjà fait l'expérience, et la majorité des jeunes de la rue (84 %) consomment de *l'acide*, du chlorhydrate de phencyclidine (PCP) et de la mescaline (Roy, 1996). En fait, le PCP, la mescaline et le LSD sont plutôt considérés comme les produits des pauvres et leur consommation demeure constante chez les classes défavorisées. Le PCP est très souvent de très mauvaise qualité, et sa consommation peut entraîner des conséquences fâcheuses (empoisonnements, comas, délires psychotiques, violence, suicide). Le Québec en est le premier producteur et les saisies dans les laboratoires clandestins expliquent la hausse de 3 000 % enregistrée en 1995 (Charland et coll., 1996). Les jeunes s'approvisionnent à l'école et dans la rue. Les intervenants signalent que de nouveaux produits de synthèse sont actuellement disponibles.

Quant à la cocaïne, son arrivée massive sur le marché québécois date du début des années 1980. On assiste depuis à une augmentation des ventes et à une baisse des prix. De fait, entre le milieu des années 80 et aujourd'hui, le prix de la cocaïne a pratiquement diminué de moitié, tandis que

son taux de pureté a considérablement augmenté. Pendant quelques années, la cocaïne a été la drogue des nantis. Aujourd'hui, elle est également la drogue des pauvres, qui se l'injectent ou la fument sous forme de *free-base*, souvent dans des conditions insalubres et déprimantes. En outre, la cocaïne et le crack sont les drogues pour lesquelles le plus grand nombre de personnes sont accusées de trafic et de possession sur le territoire montréalais.

Enfin, l'héroïne est devenue beaucoup plus accessible à la fin des années 1980 et elle a commencé à être davantage répandue sur le marché. Jusque-là réservée à une certaine élite qui avait les moyens de se l'offrir (artistes et jeunes riches), l'héroïne est devenue accessible aux jeunes de la rue grâce à la baisse des prix commandée par les trafiquants et à l'efficacité de ces derniers qui ont vu, dans ces jeunes en plein désarroi, un marché lucratif. En conséquence, les quantités d'héroïne saisies ont connu une augmentation de 200 % à Montréal (Charland et coll., 1996).

Au Québec, il y a moins de 2 % de la population qui consomme de la cocaïne et de l'héroïne, mais ces substances sont responsables du plus grand nombre de décès reliés aux drogues illicites. À Montréal, un tiers des décès attribuables aux drogues sont associés à l'usage de cocaïne (35 cas en 1994). Entre 1991 et 1994, le nombre de décès reliés à la cocaïne a diminué, mais celui relié à la consommation d'héroïne seule a augmenté (Charland et coll., 1996). Par ailleurs, on craint que la situation continue de s'aggraver à cause de la pureté de l'héroïne et de l'importante consommation de ce produit par voie intraveineuse chez les jeunes de la rue. Durant l'été 1996, on a observé une augmentation apparente de la consultation pour intoxication et surdose dans les hôpitaux montréalais. L'utilisation concomitante d'héroïne et d'autres drogues comme l'alcool et la cocaïne pourrait également contribuer à cette situation.

Parmi les jeunes de la rue, 73 % ont déjà consommé de la cocaïne, 32 % de l'héroïne (dont 5 % quotidiennement). La moitié de ces jeunes font usage de crack (Roy, 1996). Chez les élèves de la Commission des écoles catholiques de Montréal, 6,1 % ont déjà consommé de la cocaïne et 1,7 % du crack (Charland et coll., 1996). Une étude récente menée à Montréal auprès de 919 jeunes de la rue (de 13 à 25 ans) rapporte que plus du tiers se sont déjà injectés des drogues. Or

il n'y a qu'en Californie que des proportions semblables aient été enregistrées (Roy, 1996). Plus de 40 % des jeunes UDI de Montréal se sont injectés plus de 100 fois. L'âge moyen à la première injection est 16 ans. À la différence des adultes, ces jeunes UDI choisissent l'héroïne dans 43,1 % des cas et la cocaïne dans 47,1 % des cas. Presque tous les jeunes consommateurs d'héroïne s'injectent. Le taux de prévalence chez les jeunes UDI atteint 4 %, ce qui est de loin plus élevé que la prévalence attendue chez les jeunes en général (Roy, 1996).

Pour conclure cet aperçu de l'évolution des drogues illicites disponibles sur le marché québécois, il faut mentionner l'arrivée massive, il y a trois ans environ, de nouvelles drogues de synthèse, parmi lesquelles l'Extasy, le Nexxus, le GBH, la catamine et la vitamine K. Les consommateurs de ces nouveaux produits appartiennent encore, au moment d'écrire ces lignes, à la classe moyenne ou aisée, car pour se les procurer, il faut fréquenter des discothèques « chics » ou des *raves*, dont l'accès coûte cher. Malgré leur réputation de relative innocuité, ces drogues commencent à produire des effets semblables à ceux qui ont suivi la vague de cocaïne au milieu des années 80, c'est-à-dire des dépressions, des suicides et des actes de violence.

Les risques de la consommation abusive ou inappropriée de drogues sont nombreux. Mentionnons tout d'abord le suicide puisque 54 % des décès associés à la consommation de drogues illicites sont estimés être provoqués par des suicides, auxquels s'ajoutent les décès accidentels causés par les surdoses et les traumatismes. Quant aux risques pour la santé, les études rapportent de nombreux problèmes parmi lesquels les intoxications et les risques infectieux (transmission des hépatites B et C, infection au VIH et à d'autres maladies bactériennes comme les endocardites) (Morissette, 1997). L'étude sur les jeunes de la rue, réalisée à Montréal, a révélé que 26,5 % des jeunes UDI ont des anticorps contre le virus de l'hépatite C et que 15 % ont des marqueurs contre l'hépatite B alors que, dans l'ensemble de la population, ces taux ne dépassent probablement pas 1 % et 5 % respectivement (Roy, 1996).

Les principaux facteurs de risque associés à la consommation sont le potentiel de toxicité des substances, la quantité et la fréquence de consommation (régulière, occasionnelle ou périodique). Si le risque augmente avec la fréquence, l'inexpérience peut aussi constituer un facteur de risque

important. Le mode d'administration (ex: intraveineuse), le style de consommation (ex: grandes quantités par occasion), l'usage combiné de plusieurs drogues (ex: héroïne et cocaïne) et la polytoxicomanie augmentent également le risque (Morissette, 1997). D'autres facteurs moins documentés contribuent aussi tels que la qualité du produit, les mécanismes d'approvisionnement associés au caractère illicite, la préparation de la drogue et le contexte de consommation (avec qui, où et comment) (Newcombe, 1992). Finalement, les caractéristiques individuelles (les connaissances, les attitudes, l'état de santé mentale) complètent ce tableau (Morissette, 1997).

Analyse critique de l'objectif actuel

L'Objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être* du ministre de la Santé et des Services sociaux vise la réduction globale de la consommation de drogues illicites d'ici l'an 2002. Or, selon bon nombre d'experts, cet objectif ne tient pas compte des priorités actuelles dans le domaine de la santé publique; il va à l'encontre des plus récents modèles d'intervention en toxicomanie, qui visent la promotion de la santé et la réduction des méfaits et, en entravant l'accès aux services de santé aux utilisateurs actuels de drogues, il entraîne chez eux des conséquences qui peuvent être catastrophiques.

Une analyse critique de la formulation actuelle de l'Objectif 6 révèle, d'une part, qu'il ne comporte aucune distinction entre les produits consommés: tous sont interdits, indépendamment de leurs effets sur la santé. Ainsi, le cannabis, les opiacés et la cocaïne se retrouvent dans la même catégorie: celle des drogues illégales. Par ailleurs, le libellé actuel favorise sur le terrain un esprit de « tolérance zéro » de la part des policiers. Cette situation, qui se justifie par l'objectif actuel, semble davantage répondre à des impératifs moraux et justifier des interventions répressives (du ressort du ministère de la Justice et de la Sécurité publique) (Brochu, 1997) que viser la santé et le bien-être de la population.

D'autre part, l'Objectif 6 n'établit aucune distinction entre les consommateurs: il vise l'ensemble de la population des usagers. Or, certains toxicomanes dont la dépendance est avérée ne pourront vraisemblablement jamais cesser de consommer les produits dont ils sont dépendants, alors que d'autres, comme plusieurs adolescents qui font un usage récréatif, n'en consommeront que pendant quelques années de leur vie.

Les études montrent en effet que les jeunes d'âge scolaire constituent une proportion importante des consommateurs de drogues illicites mais que, dans leur grande majorité, ils ne deviendront pas toxicomanes et arrêteront de consommer une fois passée l'adolescence (Adger, 1991; Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Newcomb et Bentler, 1989). Il ne faudrait donc pas « problématiser » un comportement « exploratoire » qui doit, au contraire, être perçu comme relativement « normal » à ce stade de la vie (Perry et Murray, 1985). D'ailleurs, la criminalisation est probablement le principal méfait de l'usage du cannabis chez les jeunes, criminalisation qui comporte des effets considérables sur la santé mentale, la violence et les conduites à risque.

Dans le cas des jeunes, plutôt que de mettre l'accent sur les dangers de la consommation par un discours anti-drogues, qui contribue à augmenter les stéréotypes (Lafarge, 1996), il semblerait opportun de tenir compte des réalités psychologiques, culturelles et sociales de l'adolescence - attirait des interdits et besoin d'expériences nouvelles. Il faudrait plutôt concentrer l'attention et l'action sur les modes de consommation abusive ou inappropriée et les risques qu'ils comportent (Brochu, 1997). Il faut empêcher que l'usage abusif ou la consommation inappropriée de drogues mettent en péril le bien-être et la santé des consommateurs eux-mêmes, de leur entourage et de la société en général. Par « usage abusif », on entend des formes de consommation qui entraînent des conséquences humaines, économiques ou socio-sanitaires négatives, telles la dépendance, les problèmes de santé, la violence conjugale, la négligence parentale, le suicide, la criminalité, la prostitution, l'itinérance ou la dégradation de la qualité de vie; par « consommation inappropriée », on entend l'usage de matériel dangereux ou la consommation dans un contexte susceptible d'entraîner des conséquences négatives. On peut donner comme exemples l'utilisation de seringues souillées, la consommation durant les heures de travail, l'usage de substances

psychoactives durant la grossesse ou la conduite automobile avec facultés affaiblies (Brochu, 1997).

Dans le contexte actuel, il est très difficile d'offrir des services à ceux qui présentent des problèmes de consommation abusive, parmi lesquels les jeunes de la rue, les jeunes contrevenants et les décrocheurs scolaires, qui font partie de la population la plus à risque de présenter de tels problèmes. Selon Morissette (1997), une politique fondée uniquement sur la « tolérance zéro » augmente le poids des méfaits associés à l'usage des drogues illicites parce qu'elle nie les besoins de traitement de ceux qui en sont dépendants. Assurer une réponse pragmatique aux problèmes de consommation actuels impliquerait, notamment, que l'on favorise l'expansion rapide des programmes de maintien à la méthadone et des programmes d'échange de seringues, que l'on crée des zones de tolérance et des lieux sécuritaires de consommation, que l'on instaure des programmes de prescription de stupéfiants sous contrôle médical, que l'on facilite la formation de groupes de défense des droits des usagers de drogues et que l'on fasse la promotion de la gestion de drogues à moindre risque (Nadelman, 1994). Des mesures devraient également être prises pour éviter l'ouverture d'un dossier criminel et réduire l'écart entre le délit et la peine prévue. Il y aurait sans doute lieu à cet égard de s'inspirer des politiques en vigueur en Suisse, en Australie et dans les Pays-Bas où la possession simple de cannabis est passible de contravention, sans poursuite pénale.

L'objectif, tel qu'il est formulé, ne permet pas de cibler les interventions en fonction des groupes et des sous-groupes qui présentent de vrais problèmes de consommation; les usagers à risque ne sont pas dépistés et adoptent des comportements conduisant à des conséquences graves (VIH, surdoses, etc.). En outre, il empêche que l'on élargisse la portée des interventions vers la prévention secondaire et tertiaire.

La diminution de la prévalence de la consommation générale permettrait de réduire, en partie, les conséquences néfastes de la consommation de drogues illégales sur la santé de la population québécoise. Toutefois, les stratégies traditionnelles de réduction de la prévalence et de l'incidence de la consommation générale ont été inefficaces jusqu'à présent et, de plus, on sait maintenant

qu'il n'est pas toujours nécessaire de réduire l'ampleur de la consommation pour réduire les méfaits (Newcombe, 1992; Des Jarlais, 1995).

En fait, c'est surtout la réduction de la consommation chez les jeunes de moins de 25 ans qu'il faut privilégier. D'une part, parce que la prévalence des consommateurs dans ce groupe d'âge est élevée et, d'autre part, parce que certains sous-groupes comme les jeunes de la rue et les jeunes en difficulté ont des modes de consommation particulièrement dangereux. D'ailleurs, il serait illusoire de vouloir réduire le nombre de consommateurs sans cibler tout particulièrement les jeunes quand on sait que le nombre d'« expérimentateurs » ne cesse de croître chez ce groupe d'âge même si, sur le plan démographique, les jeunes sont de moins en moins nombreux.

La réduction des méfaits

Une approche de la réduction des méfaits nous semble plus opportune pour favoriser la santé et le bien-être de la population du Québec.

Cette approche est fondée sur trois grands principes: 1) la liberté de choix des individus et des communautés, la non-condamnation (d'un point de vue moral) des consommateurs et la reconnaissance du caractère quasi-universel de la consommation de drogues; 2) la reconnaissance du fait que les toxicomanes sont des citoyens à part entière et qu'ils ont donc droit à des services sans discrimination (humanisme); 3) le pragmatisme, c'est-à-dire la formulation d'une hiérarchie d'objectifs réalistes en fonction de la capacité d'agir sur les conséquences et de l'évaluation de l'efficacité de ces actions.

D'autre part, la réduction des méfaits est une approche parfaitement cohérente avec les politiques de promotion de la santé préconisées par l'OMS et les stratégies de la politique de la santé et du bien-être du Québec. Elle est multisectorielle et met en oeuvre un éventail d'actions qui visent aussi bien l'environnement familial que social ou organisationnel. Elle permet aussi la continuité des interventions en promotion de la santé.

Le concept qui sous-tend la réduction des méfaits n'est pas nouveau, mais cette approche a surtout été développée depuis la propagation de l'épidémie de VIH chez les UDI. La réduction des méfaits ne prend pas la personne ou la substance consommée comme unité d'analyse; elle comprend un ensemble de stratégies tant individuelles que collectives organisées en fonction des effets positifs ou négatifs reliés à l'usage et à l'abus de substances. Il est donc possible, dans cette perspective, de tenir compte non seulement des effets en termes de santé, mais aussi des effets sociaux et économiques et d'élargir le modèle pour considérer l'individu, le groupe auquel il appartient et la société dans son ensemble.

Proposition pour une nouvelle formulation du 3^e volet de l'Objectif 6

Compte tenu de l'ensemble des considérations énoncées précédemment, le CPLT propose que l'objectif de la politique québécoise de la santé et du bien-être portant sur les drogues illégales soit reformulé de la façon suivante:

Réduire le nombre de personnes qui font un usage abusif ou inapproprié de drogues illicites et réduire les méfaits associés à la consommation de ces drogues, à la fois pour les usagers eux-mêmes, leur entourage et l'ensemble de la société québécoise.

Implications de la nouvelle formulation

Le soutien politique est indispensable pour que les changements proposés à la formulation de l'Objectif 6 et la mise en place des stratégies qui permettront de l'atteindre fournissent des résultats positifs. Plus précisément, il faut une volonté ferme d'harmoniser les efforts de tous les ministères concernés, car la collaboration multisectorielle est essentielle dans le domaine des interventions en toxicomanie.

De plus, il est indispensable de développer la recherche dans le domaine. Actuellement, faute de certains éléments d'information, on ne possède qu'une vision incomplète de la situation de la toxicomanie au Québec, ce qui rend plus difficile le choix des actions à privilégier. Le succès d'une approche pragmatique repose sur la surveillance de la situation et l'évaluation constante des interventions.

Par ailleurs, la nouvelle formulation de l'objectif et des stratégies en fonction des préoccupations de la santé publique implique l'octroi de crédits supplémentaires. Ces crédits seront spécifiquement destinés à la prévention secondaire auprès des usagers de drogues, à la prescription de médicaments de substitution, à la recherche et à l'évaluation.

Références

- Adger, H. (1991). Problems of Alcohol and Other Drug Use and Abuse in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2 (8), 606-613.
- Adlaf, E.M. et al. (1996). *The Ontario Student Drug Use Survey: 1977-1995*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Anderson, P. (1991). *La gestion des problèmes liés à l'alcool*. Copenhague: Bureau de l'Europe, Organisation mondiale de la santé.
- Bisson, J. (1997). *L'impact prévu de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs québécois sur les prévalences de problèmes liés à l'alcool*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bondy, S. (1994). *Alcohol consumption and self répons of alcohol-related consequences in the 1990 Ontario Health Survey*. Paper presented at the 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Rueschilikon, Suisse.
- Brochu, S. (1997). *Avis sur le 3^e volet de l'Objectif 6 de la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document inédit.
- Charland, C., Chevalier, S., Boivin, D. (1996) *La toxicomanie à Montréal-centre: faits et méfaits*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.
- Deniers, A., Kishchuck, N. (1993). *Représentations sociales du boire, réseaux d'influence et pratiques relatives à l'alcool: enquête exploratoire*. Projet de recherche subventionné par le Conseil québécois de recherche social, Octobre, 1993.
- Des Jarlais, D.C. (1995). Harm reduction - A Framework for Incorporating Science into Drug Policy (Editorial). *American Journal of Public Health*, 85 (1), 10-1.

- Fournier, H., Nadeau, L. (1997). *Alcool et santé: les effets sur la santé de la consommation modérée d'alcool*. Montréal: Éduc'alcool.
- Greenfield, T.K. (1986). *Quantity per occasion and consequences of drinking: a reconsideration and recommendation*. The International Journal of the Addictions, 21 (9 & 10), 1059-1079.
- Hauge, R., Irgens-Jensens, O. (1986). *The relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries*. British Journal of Addiction, 81, 513-524.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Lafarge, M., Martine, M., Peterson, R. (1996). *Usage de drogues et prévention du VIH*. Document d'information. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Direction de la Santé publique.
- LeCavalier, J. (1996). *La politique antidrogue au Canada*. Ottawa: Mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes.
- Midanik, L., Tarn, T., Greenfield, T., Caetano, R. (1994). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample. Berkely, California: California Pacific Medical Center Research Institute, Alcohol Research Group.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *La politique de la Santé et du Bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morissette, C. (1997). *Vers une politique de santé publique en matière de toxicomanie. Minimiser les risques et réduire les méfaits associés à l'usage des psychotropes au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document inédit.
- Nadeau, L., Guyon, L., Bourgault, C. (1997). Heavy drinkers in the general population: comparison of two measures. À paraître dans *Addiction Research*.

- Nadelmann, E., et al. (1994). The Harm Reduction Approach to Drug Control: International Progress.
- Newcomb, M.D., Bentler, P.M. (1989). Substance Use and Abuse Among Children and Teenagers. *American Psychologist*, 44 (2), 242-248.
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. In *The Reduction of Drug-Related Harm* (O'Hare I. Anthony P.) pp. 1-14.
- Paradis, C. (1997). Synthèse du rapport *L'impact prévu de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs québécois sur les prévalences de problèmes liés à l'alcool*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Paris, R. (1997). *La simplicité n'est pas la facilité...* Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document inédit.
- Perry, C.L., Murray, D.M. (1985). The prevention of adolescent drug abuse implications from etiological, developmental, behavioral, and environmental models. *Journal of Primary Prevention*, 6(1), 31-52.
- Room, R., Bondy, S. J., Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499-513.
- Roy, E. et al. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH - Étude de prévalence*. Rapport final. Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH. Unité de santé publique, division des maladies infectieuses.
- Santé Québec. (1995). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Québec: Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Volume 1.
- Single, E., Worthey, S. (1993). *Drinking in various settings: findings from a national survey in Canada*. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 590-599.