



**Recension des
écrits
sur les politiques
liées aux drogues**

CPLT

Recension des écrits sur les politiques liées aux drogues

par Céline Bellot¹

sous la direction de Marie-Marthe Cousineau²

Mars 1997

¹ Étudiante au doctorat à l'École de criminologie et assistante de recherche au Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal.

² Professeure à l'École de criminologie et chercheure au Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal.

Dépôt légal
ISBN : 2-550-32424-2
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Dernier trimestre 1997

Remerciements

La production de ce document a été en grande partie rendue possible grâce à ceux qui, avant nous, ont eu la patience de saisir, traiter et analyser les données concernant l'état de la consommation des québécois et, plus globalement, des canadiens, que ce soit en ce qui a trait au tabac, à l'alcool ou aux autres drogues licites et illicites en usage au pays. Nous pensons ici plus particulièrement aux chercheurs impliqués dans les différentes études présentées au tout début du présent document et qui servent de base à la première partie de notre propre texte, celle où il est fait état « des constats », qui elle-même sert d'assise à la réflexion proposée en deuxième partie de ce texte qui traite « des actions » à prioriser dans la mise en place d'une politique des drogues s'appliquant au contexte décrit en première partie.

Un très cordial merci s'adresse aussi à madame Jocelyne Forget, directrice générale du Comité permanent de lutte à la toxicomanie, pour ses très judicieuses remarques et suggestions tout au long de la production de ce texte, qui aura mis à voir le jour beaucoup plus de temps que voulu.

Un grand merci aussi à madame Françoise Jeannotte, secrétaire de direction au CPLT pour son soutien et sa très grande collaboration à la mise en forme définitive de ce document qui a connu des allers et retours nombreux entre le système IBM et McIntosh, allers et retours qui ne se sont pas faits sans heurts.

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie 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 permanent a mené, en 1995-1996, une consultation publique sur l'ensemble de la situation qui prévaut actuellement au Québec en matière de toxicomanie. L'un des aspects abordés lors de cette consultation, concernait la question de la légalisation ou de la décriminalisation des drogues douces. Le Comité souhaitait recueillir l'opinion des gens du terrain sur cette question. Par ailleurs, avant de se prononcer sur le sujet, il a aussi voulu être documenté le mieux possible sur les différentes stratégies existantes au Canada et ailleurs dans le monde. C'est donc dans la perspective de disposer de toutes les données pertinentes à une éventuelle prise de position sur le sujet que le Comité a commandé l'étude réalisée par mesdames Céline Bellot et Marie-Marthe Cousineau.

Cette étude a grandement contribué à la préparation du rapport intitulé *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*, lequel a été adressé au ministre de la Santé et des Services sociaux en décembre 1996.

Tables des matières

Remerciements	iv
Avant-propos	vii
Introduction	1
Chapitre 1 - La drogue en faits.....	5
1.1 L'état de la consommation dans la population canadienne	7
1.1.1 La consommation globale de substances psychoactives dans la population canadienne.....	7
La consommation d'alcool dans la population canadienne	7
La consommation de tabac dans la population canadienne	10
La consommation de drogues illicites dans la population canadienne	11
La consommation de drogues licites dans la population canadienne	12
La polyconsommation dans la population canadienne	13
1.1.2 La consommation dans la population canadienne selon le sexe des consommateurs.....	13
La consommation d'alcool dans la population canadienne selon le sexe.....	14
La consommation de tabac dans la population canadienne selon le sexe.....	15
La consommation de drogues illicites dans la population canadienne selon le sexe.....	16
La consommation de drogues licites dans la population canadienne selon le sexe.....	18
1.1.3 La consommation dans la population canadienne selon l'âge des consommateurs.....	19
La consommation d'alcool dans la population canadienne selon l'âge.....	19
La consommation de tabac dans la population canadienne selon l'âge.....	20
La consommation de drogues illicites dans la population canadienne selon l'âge.....	21
La consommation de drogues licites dans la population canadienne selon l'âge.....	23
1.1.4 Le portrait de la consommation du Québec	24
La consommation québécoise d'alcool.....	24
La consommation québécoise de tabac.....	27
La consommation québécoise de drogues illicites et licites	30
1.2 Les tendances de la consommation.....	33
1.2.1 Les tendances de la consommation d'alcool.....	33
1.2.2 Les tendances de la consommation de tabac.....	33
1.2.3 Les tendances de la consommation de drogues illicites.....	33
1.2.4 Les tendances de la consommation de drogues licite	34
Chapitre 2 - La drogues et ses méfaits	36
2.1 Les méfaits sur le plan de la santé de l'individu.....	36
2.1.1 La mortalité liée à la consommation de drogues.....	36
La mortalité liée à l'alcool	37
La mortalité liée à la consommation de tabac.....	37

La mortalité liée à la consommation de drogues illicites.....	38
2.1.2 La morbidité liée à la consommation de drogue	38
Les hospitalisations liées à la consommation d'alcool	38
Les hospitalisations liées à la consommation de tabac	39
Les hospitalisations liées à la consommation de drogues illicites	40
Les hospitalisations liées à la consommation de drogues licites	40
2.1.3 Le sida.....	41
2.2 Les méfaits sur le plan social.....	41
2.2.1 Les coûts du contrôle social liés à l'alcool	42
La conduite en état d'ébriété.....	42
La violence et la criminalité associées à la consommation d'alcool	43
2.2.2 Les coûts de contrôle social liés au tabac	44
2.2.3 Les coûts de contrôle social liés aux drogues illicites	44
2.3 Les méfaits sur le plan économique.....	45

Chapitre 3 - Les différentes stratégies : définitions et illustrations53

3.1 La stratégie de prévention.....	53
3.1.1 Les trois formes de prévention.....	54
3.1.2 Les objectifs de la stratégie préventive	55
La promotion de la santé.....	55
Le recouvrement de la santé	55
3.1.3 Les programmes de prévention au Canada et au Québec	56
La prévention primaire.....	56
La prévention secondaire et tertiaire.....	57
3.2 La stratégie répressive	58
3.2.1 Les mesures répressives relatives aux drogues illicites	59
Les fondements des mesures répressives relatives aux produits illicites.....	59
Les objectifs des mesures répressives relatives aux produits illicites.....	60
La nature des mesures répressives relatives aux produits illicites.....	60
3.2.2 Les mesures répressives relatives aux drogues licites	62
Les fondements des mesures répressives.....	63
Les objectifs des mesures répressives.....	63
La nature des mesures répressives	64
3.2.3 Les mesures répressives à l'égard des effets des consommations	66
Les fondements de la répression de l'ivresse au volant.....	66
Les objectifs de la répression de l'ivresse au volant.....	67
La nature des mesures	67
3.3 La stratégie abolitionniste.....	68
3.3.1 Les fondements de la stratégie abolitionniste	68
3.3.2 Les objectifs de la stratégie abolitionniste	69
3.3.3 Les moyens utilisés par la stratégie abolitionniste.....	69
3.4 La stratégie libérale.....	70
3.4.1 Les fondements de la stratégie libérale	70
3.4.2 Les objectifs de la stratégie libérale.....	71
3.4.3 Les moyens préconisés par la stratégie libérale	71
3.5 La stratégie de réduction des méfaits.....	72

3.5.1 Les fondements de la stratégie de réduction des méfaits	72
3.5.2 Les objectifs de la stratégie de réduction des méfaits	73
3.5.3 Les applications de réduction des méfaits.....	75
Chapitre 4 - Le choix d'une politique des drogues	77
4.1 Les fondements de la politique des drogues	77
4.2 Une ou des stratégies ?.....	78
4.3 Les expériences étrangères	79
4.3.1 Les histoires à succès	79
La politique libérale hollandaise.....	79
La politique anglaise de réduction des méfaits	81
4.3.2 Les histoires à échec	83
La politique abolitionniste espagnole	83
Les oscillations italiennes	84
La guerre américaine à la drogue.....	85
4.4 Les possibilités pour le Québec	86
4.4.1 Le contexte conjoncturel.....	86
4.4.2 Le contexte géographique	87
4.4.3 La volonté du terrain	87
Conclusion.....	89
Bibliographie	91
Liste des tableaux	95
Liste des figures.....	99

Introduction

Le mot *drogue* emprunte de multiples sens qui introduisent autant de manières d'envisager les substances ainsi classifiées: tantôt médicament en vente libre ou prescrit sur ordonnance, tantôt produit utilisé à des fins récréatives, le recours aux drogues peut aussi remplir une vocation plus instrumentale et viser l'amélioration des performances.

Les différents produits regroupés sous le vocable « drogues » font l'objet de contrôles plus ou moins étendus. Si la vente d'alcool et de tabac est autorisée, la distribution et la consommation d'autres substances plus ou moins systématiquement reconnues comme autant de drogues, comme la cocaïne et l'héroïne par exemple, sont interdites lorsque leur usage ne se fait pas dans un but médical. Quant au L.S.D. et à la marijuana, leur consommation est toujours interdite puisqu'il ne semble pas exister de fins médicales qui leur soient associées.

Tous ces contrôles, de quelque nature qu'ils soient, forment ce qu'on appelle la *politique des drogues*. Reposant tantôt sur la recherche de la responsabilité des individus, tantôt sur la nécessité d'une action gouvernementale, la politique des drogues oscille entre liberté de chacun et contrainte de tous. La consommation de substances psychoactives pouvant avoir des conséquences positives ou négatives pour l'utilisateur et son entourage, le contrôle de celles-ci est rendu nécessaire mais se dessine tantôt de manière individuelle, tantôt de manière collective.

Puisque la rubrique «drogue» comprend toutes les substances psychoactives (de l'alcool à l'héroïne, du tabac à la marijuana), un premier constat qui s'impose est que la “ politique des drogues ” est multiforme et prévoit différents degrés d'intervention étatique et communautaire, lesquels varient en fonction des substances prises en compte. En faire un bilan différencié, en constatant d'une part l'état des consommations et d'autre part l'état des politiques conduites en regard de chaque grande catégorie de drogues, devient indispensable lorsqu'on s'interroge sur la *politique des drogues* à promouvoir dans l'avenir. C'est donc la démarche que nous avons adoptée en faisant d'abord des constats concernant l'usage actuel des drogues entrant sous les grandes rubriques tabac, alcool, drogues licites et illicites puis en formulant des propositions d'actions adaptées à chaque produit.

Première partie : des constats

Chapitre 1 - La drogue en faits

Dans ce chapitre, nous souhaitons présenter différentes statistiques concernant la consommation de produits psychoactifs au Québec et au Canada.

Il nous faut, pour ce faire, envisager d'entrée de jeu les problèmes méthodologiques que posent les données évaluant la consommation de tels produits. Qu'il s'agisse de produits distribués légalement ou illégalement, la plupart des statistiques sont tirées de questionnaires d'autoconfession portant sur la nature et le volume des produits consommés. Or, il apparaît que pour les boissons alcoolisées comme pour le tabac, en réponse aux questionnaires d'autorévéléation, les répondants ont tendance à minimiser l'état de leur consommation. Cette constatation surgit lorsqu'on compare les réponses obtenus au sondage de consommation autorévélée aux ventes enregistrées d'alcool et de tabac (Santé et Bien-être social Canada, 1992).

Or, il y a tout lieu de croire que les constats s'appliquant aux boissons alcoolisées et au tabac doivent aussi s'appliquer pour ce qui est des autres drogues. Toutefois, le caractère clandestin des produits rend difficile voire impossible l'accès à d'autres sources de données que les sondages de consommation autorévélée pour tracer un portrait plus fidèle de la consommation de ces produits. Nous poserons donc que la plupart des chiffres que nous présentons dans les sections qui viennent sont sous-estimés, mais qu'ils donnent néanmoins une bonne idée de la consommation.

Nous ferons appel pour cette présentation à cinq sources principales de données que nous décrivons ici afin de ne pas charger inutilement le texte.

◇ *L'enquête Santé Québec : Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*

Répétition de l'enquête Santé Québec de 1987, commande du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Départements de santé communautaires, l'Enquête Santé-Québec 1992-1993 visait à recueillir des renseignements pertinents pour améliorer la politique de la Santé. Elle s'inscrit dans le prolongement de Santé Québec 1987 en ce qu'elle s'intéresse aux déterminants de la santé, (physique, mentale et psychosociale) et aux conséquences sur la consommation de services. Elle élargit son champ d'investigation en ajoutant de nombreux thèmes reliés aux aspects sociaux de la santé.

Conduite sous la forme de questionnaires individuels ou représentant le ménage sélectionné, l'Enquête se base sur les réponses de 13 266 individus au questionnaire administré par un interviewer, représentant ainsi 34 848 individus de tous âges. Finalement, 23 564 personnes ont accepté de répondre au questionnaire autoadministré. Cette enquête couvre l'ensemble du Québec à l'exclusion des territoires Cris et Inuits et des réserves indiennes.

◇ *L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues au Canada (1989)*

Réalisée en 1989 par Statistique Canada, pour le compte du ministère de la Santé et du Bien-être social Canada, l'enquête nationale vise à dresser «une topographie sociale de l'usage de l'alcool, du tabac et des autres drogues dans la société canadienne». Les réponses de 11 634 Canadiens figurent dans cette enquête, dont 1 808 Québécois âgés de 15 ans et plus. Interrogés par téléphone, les répondants étaient invités à faire le bilan de leur usage d'alcool et des autres drogues, des modalités de celui-ci ainsi que des contextes de consommation. En outre, il leur était demandé leur point de vue sur les effets physiques, sociaux et économiques d'un usage excessif de ces produits. Enfin, on les interrogeait sur la nature des propositions qu'ils pouvaient faire pour prévenir ces problèmes. En substance, la plus grande partie du contenu de ce rapport constitue ce que les chercheurs appellent une distribution démographique : elle explique comment les attitudes de la population, ses habitudes de consommation, ses problèmes, et ainsi de suite, varient selon les distinctions sociales comme le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la province habitée et la langue maternelle (Santé et Bien-être Canada, 1992:7).

◇ *Le Canadian Profile - Alcohol and other drugs (1994)*

L'Addiction Research Foundation (ARF) présente, chaque année, une compilation la plus exhaustive possible des statistiques, publiées ou non, disponibles sur l'alcool et les autres drogues.

◇ *Le Rapport annuel national sur les drogues (1994)*

Ce rapport de la Gendarmerie Royale du Canada présente une analyse détaillée des drogues trouvées sur le marché illicite canadien : la source, la quantité mais aussi tous les moyens utilisés par les trafiquants pour blanchir l'argent de la drogue. Les données statistiques présentées comportent de nombreuses limites et ne sont le reflet que d'approximations. Elle paraissent néanmoins valables pour indiquer quelques tendances.

◇ *Le rapport du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (1996)*

Ce rapport rend compte des résultats de la première recherche d'envergure réalisée au Canada qui tente d'estimer les coûts de la consommation du tabac, de l'alcool et des drogues. Cette recherche s'inspire de recherches semblables conduites dans d'autres pays mais utilise aussi de nouvelles techniques de cueillette et de traitement des données mises en place à cette occasion.

Nous utiliserons tous ces rapports dans le but de faire un portrait tant des faits que des méfaits de la drogue.

1.1 L'état de la consommation dans la population canadienne³

Avant d'aborder la consommation des substances psychoactives au Canada et au Québec, il convient encore de rappeler qu'il s'agit généralement de la consommation déclarée par les répondants et non pas nécessairement d'une mesure exacte de leur réelle consommation.

Nous distinguerons dans ce chapitre, à la manière de Statistiques Canada, la consommation de substances d'abord considérée globalement, puis selon le sexe et l'âge des consommateurs. Finalement, nous dresserons un portrait plus précis de la situation québécoise.

Dresser le portrait de la consommation dans la population du Canada nécessite de réaliser certains recoupements entre différentes statistiques afin d'être le plus près possible de la réalité. Nous verrons donc successivement, la consommation d'alcool, celle de tabac, de drogues illicites, de drogues licites et finalement, la polyconsommation.

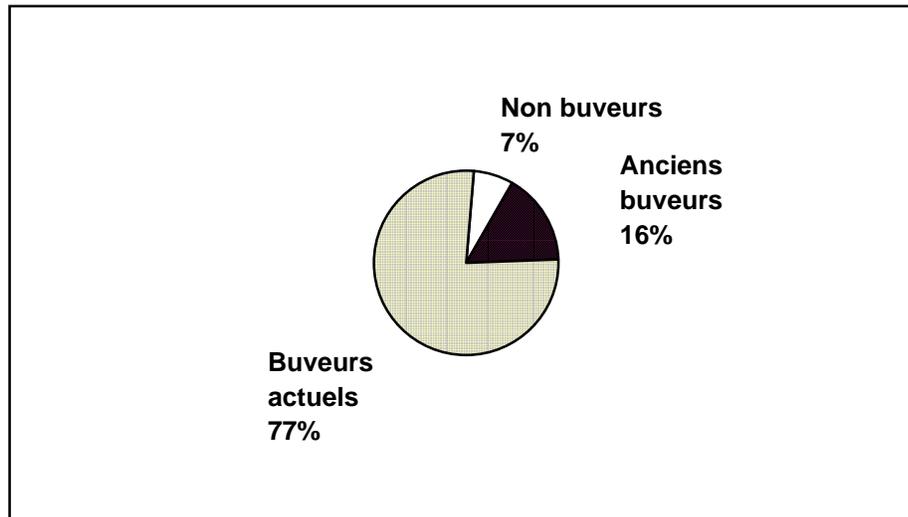
1.1.1 La consommation globale de substances psychoactives dans la population canadienne

➤ *La consommation d'alcool dans la population canadienne*

Répondant à l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues réalisée en 1989, 78% des Canadiens de 15 ans et plus interrogés ont indiqué avoir consommé au moins une fois de l'alcool durant les douze mois précédant l'enquête. Si, à ce chiffre, on ajoute le pourcentage d'anciens buveurs, soit 16%, on obtient un total de 93% de personnes ayant un jour ou l'autre consommé de l'alcool. Il n'y a donc que 7% de la population canadienne qui n'aurait jamais consommé d'alcool (figure 1).

³ Par souci d'allègement, les chiffres donnés dans le texte sont en général arrondis à l'entier le plus près, mais les chiffres exacts sont présentés dans les tableaux et les figures.

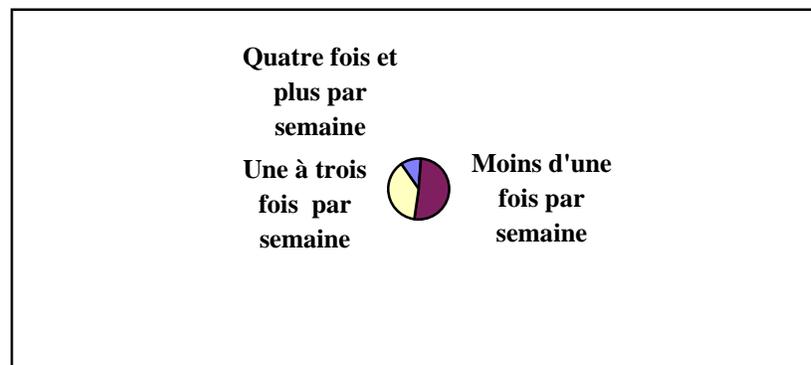
Figure 1 : Pourcentage d'anciens buveurs, buveurs actuels et non buveurs dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus



Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

Toutes ces personnes n'affichent pas pour autant une forte fréquence de consommation. Ainsi, plus de la moitié des répondants (51%) déclarent consommer de l'alcool moins d'une fois par semaine, 38% des personnes interrogées déclarent prendre de l'alcool entre une à trois fois par semaine, et 11% quatre fois et plus par semaine (Figure 2).

Figure 2 : Fréquence de la consommation chez les buveurs actuels au cours de l'année précédant l'enquête menée auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus

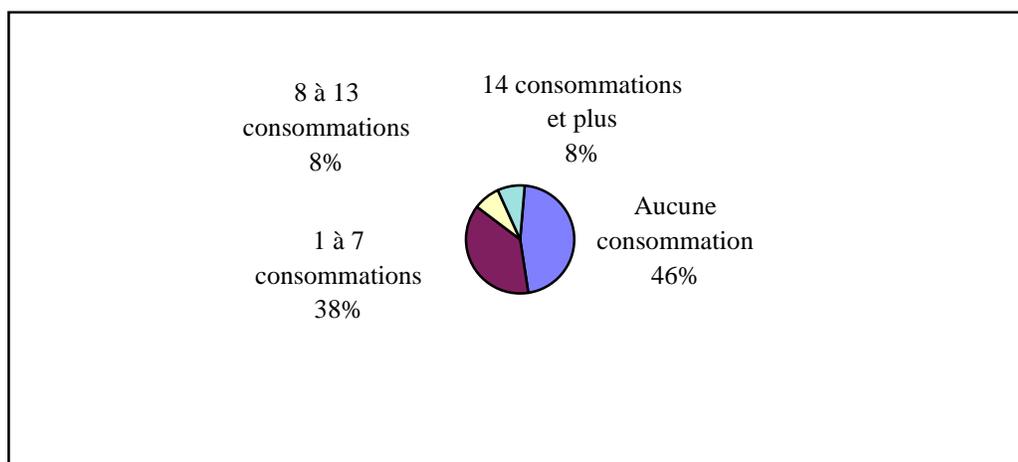


Source: Santé et Bien-être social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

La consommation moyenne par occasion est de 2,8 verres pour un buveur modéré. Lorsqu'on demande aux répondants le nombre de consommations bues au cours de la semaine précédant l'enquête, on obtient une proportion de non-buveurs de l'ordre de 46%. Par ailleurs 38% des personnes déclarent avoir bu de une à sept consommations, au cours de cette semaine, et enfin,

deux groupes d'égale importance, soit de 8%, affirment avoir consommé entre huit et treize verres, ou 14 verres et plus (Figure 3).

Figure 3 : Nombre de consommations prises par les buveurs actuels, au cours de la semaine précédent l'enquête menée auprès de la population canadienne âgée de plus de 15 ans



Source: Santé et Bien-être social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

Au terme de cette enquête, il apparaît que si l'immense majorité de la population déclare avoir consommé de l'alcool durant l'année précédant l'enquête, les quantités consommées ne sont guère problématiques et tiennent d'une consommation sociale. Environ un individu sur dix semble connaître des difficultés avec sa consommation, aux vues des différents indicateurs de fréquence et de quantité de consommation examinés.

Reste qu'il s'agit d'une mesure de consommation autorévoquée et pour une estimation plus juste, il faut comparer les déclarations des répondants avec le volume de ventes indiqué par les compagnies fabriquant et commercialisant (tableau 1) les boissons alcoolisées.

Tableau 1 : Vente des boissons alcoolisées et volume d'alcool absolu pour les personnes âgées de 15 ans et plus, au Canada et au Québec en 1988-1989

	Boissons alcoolisées			Alcool absolu / personne 15+ (litres)			Total
	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	
Québec	554 336	80 140	21 299	5,16	1,82	1,50	8,48
Canada	2 119 453	255 897	158 970	5,09	1,48	2,89	9,47

Source : Addiction Research Foundation. Le profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues, 1994

Pour l'année 1989-90, soit approximativement la même année que pour l'enquête nationale, les données associées au volume des ventes indiquées par la compagnie fabriquant et commercialisant l'alcool au Canada indiquent que les Canadiens auraient bu près de 255 millions de litres de vin, 158 millions de litres de spiritueux et 2,1 milliards de consommation de 9,47 litres d'alcool

absolu par personne âgée de plus de 15 ans. En termes de consommations standardisées par semaine, le canadien moyen aurait bu environ 10,3 consommations par semaine, en 1989-90. On voit ici l'importance de l'écart entre les questionnaires d'autorévélation qui parviennent à 2,8 consommations par semaine et les études à partir du volume des ventes qui concluent à une consommation hebdomadaire moyenne de 10,3 verres. Cette dernière estimation pourrait cependant se révéler bien imparfaite puisqu'il n'est pas du tout acquis qu'elle touche uniquement les canadiens. On pense ici, en particulier, à la consommation dans les débits de boisson qui est le fait non seulement des canadiens mais aussi de nombreux touristes ou visiteurs de passage au Canada. Cette différence reflète les difficultés rencontrées pour quantifier les consommations. Quoiqu'il en soit, on peut très certainement postuler que la valeur vraie du nombre moyen de consommations bues par les Canadiens sur une base hebdomadaire se situe vraisemblablement quelque part entre ces deux estimations.

Au chapitre des drogues récréatives, on cite généralement l'alcool et le tabac. Nous avons pu constater l'état de la consommation d'alcool. Nous examinerons maintenant la consommation du tabac.

➤ *La consommation de tabac dans la population canadienne*

Les sources de données sur la consommation de tabac sont nombreuses mais n'offrent pas toutes la même fiabilité. Les plus sûres sont celles réalisées à partir des rapports de distribution et de fabrication des produits du tabac réalisés par Statistique Canada. Mais, tous ces rapports n'incluent pas le tabac acheté à l'extérieur du pays, la production illicite et l'importation illégale. Or, ces sources illégales ont largement augmenté en 1991, lors de la mise en place de taxes fédérales et provinciales supplémentaires touchant expressément les produits du tabac. Ainsi, on estime (Addiction Research Foundation, 1994 reprenant Stamler 1992) à 11% du marché total, la part d'importation illégale de cigarettes, en 1991. Il est donc là aussi possible d'imaginer que le portrait réel de consommation de tabac se situe entre les consommations autorévélees et les évaluations du volume de commerce.

On connaît bien moins les caractéristiques des fumeurs et les tendances de la consommation que pour l'alcool. Cette situation provient très certainement du fait que le tabagisme soulève un intérêt plus récent que l'alcoolisme. L'absence de données intéressantes sur la quantité, la fréquence et les usages du tabac rend d'ailleurs difficile l'évaluation des campagnes de prévention du tabagisme.

L'enquête sur l'amélioration de la Santé, réalisée en 1990, montre que 29% de Canadiens se déclarent fumeurs. A ceux-ci s'ajoutent 35% d'anciens fumeurs. Ce fort taux d'anciens fumeurs est relié aux grandes fluctuations de la consommation de tabac que nous analyserons ultérieurement lorsque nous aborderons la question des tendances. Les fumeurs qui se déclarent comme tels représentent 36% de la population canadienne âgée de plus de 15 ans, en 1990. Soixante cinq pour cent des fumeurs canadiens avouent consommer de 11 à 25 cigarettes par jour et vingt six pour cent de 1 à 10 cigarettes. Les fumeurs de plus de 25 cigarettes (plus d'un paquet) par jour seraient finalement peu nombreux en proportion, représentant 9% de l'ensemble des fumeurs (tableau 2).

Tableau 2 : Pourcentage de non-fumeurs, d'anciens fumeurs, de fumeurs actuels et nombre de cigarettes par jour pour les fumeurs actuels, âgés de 15 ans et plus au Canada

Fumeur ou pas (%)			Nombre de cigarettes fumées par jour			Population estimée
Jamais	Ancien	Actuel	1-10	11-25	26 et +	(*000)
36%	35%	29%	26%	65%	9%	20 643

Source : Addiction Research Foundation (1994). Le profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues

Basée sur les rapports de vente, l'estimation de la consommation de cigarettes donne les chiffres suivants: 53 millions de cigarettes vendues en 1990, soit une moyenne d'environ 24 cigarettes par jour par fumeur âgé de plus de 15 ans (tableau 3).

Tableau 3 : Consommation de cigarettes et de tabac par rapport aux ventes au Canada, 1990

Cigarettes en millions	Cigarettes par personne âgée de 15 ans et plus	Cigarettes par jour par personne âgée de 15 et plus	Estimation du nombre de cigarettes fumées par des fumeurs âgés de 15 ans et plus
53 154	2 528	6,93	23,90

Source : Addiction Research Foundation (1994). Le profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues

Nous avons retenu à titre de comparaison l'année 1990, car les taxations supplémentaires imposées par la suite sur les cigarettes n'existaient pas encore et donc le marché illégal ne s'était pas encore développé de manière marquée. On ne semble donc pas avoir ici un aussi grand écart que pour l'alcool entre la consommation déclarée par les répondants aux questionnaires et les rapports de vente.

➤ *La consommation de drogues illicites dans la population canadienne*

Essayer d'évaluer la consommation des autres drogues devient encore plus difficile dans la mesure où, généralement parlant, la consommation est illégale, si bien que les chiffres que nous présentons doivent être maniés avec prudence puisqu'ils ne proviennent que d'une seule source de données, l'autorévéléation. Or, cette source de données n'est pas totalement fiable et encore moins pour des produits de consommation illégale. On peut donc faire l'hypothèse qu'ici la consommation est encore plus sous-révélee, qu'en ce qui a trait à l'alcool ou à la cigarette. L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues publiée en 1989 établit les chiffres suivants: 23,2% de la population déclarent avoir déjà consommé de la marijuana et 6,5% en consomment actuellement. Les proportions de canadiens ayant déjà consommé de la cocaïne et celle qui en consomme actuellement seraient respectivement de 3,5% et 1,4%. Concernant le LSD, les amphétamines et l'héroïne (catégorie combinée), ces proportions s'établissent

respectivement à 4,1% et 0,4%. Toutefois la petite taille de l'échantillon, les variabilités observées dans les réponses et l'exclusion de certaines populations itinérantes et institutionnalisées rendent difficile une analyse plus poussée pour cette troisième catégorie de produits. Nous ne l'évoquerons donc qu'incidemment (tableau 4).

Tableau 4 : Pourcentage de la population avouant avoir pris certaines drogues illicites dans leur vie et pendant les 12 mois précédant l'enquête dans la population des 15 ans et plus

Marijuana ou haschisch		Cocaïne ou crack		LSD amphétamine ou héroïne	
Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédant l'enquête	Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédant l'enquête	Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédant l'enquête
23,2	6,5	3,5	1,4	4,1	0,4*

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

➤ *La consommation de drogues licites dans la population canadienne*

Cette catégorie apparue plus récemment concerne la consommation de médicaments en vente libre ou délivrés sur ordonnance, détournée de son usage habituel. L'enquête nationale de 1989, divise en cinq catégories ces produits : les opiacés, les somnifères, les tranquillisants, les antidépresseurs et les pilules amaigrissantes et autres stimulants. Il s'agit de mesurer ici à la fois la part de consommation et celle de surconsommation, ce qui n'est pas toujours évident. La faiblesse des échantillons portant sur les deux dernières catégories a conduit Statistique Canada à les retirer de son analyse.

D'après les réponses fournies au questionnaire de l'Enquête nationale de 1989, 5% des Canadiens auraient consommé un opiacé vendu sur ordonnance dans les 30 jours précédant l'enquête. Ce pourcentage tombe à 3,6% en ce qui a trait aux somnifères et à 3,1% pour les tranquillisants (tableau 5). Pour les opiacés, il semble que le fort taux obtenu ne soit pas surprenant puisque des données recueillies, en 1980, font apparaître que la codéine est la drogue licite la plus utilisée au Canada, plaçant d'ailleurs le pays au quatrième rang mondial pour la consommation de ce produit (Adrian et al. 1988).

Tableau 5 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues licites pendant le mois précédant l'enquête, dans la population canadienne de 15 ans et plus, 1989

Somnifères	Tranquillisants	Amaigrissants	Antidépresseurs	Codéine, démerol, morphine
3,6	3,1	0,9	2,0	5,0

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

➤ *La polyconsommation dans la population canadienne*

S'il est important de constater la consommation de chaque substance psychoactive considérée séparément, il l'est peut-être encore plus de constater les formes de polyconsommation, dans la mesure où les campagnes de prévention devraient ici atteindre bien plus une habitude de consommer qu'une habitude de consommer tel produit. Seulement 11% des Canadiens de 15 ans et plus déclarent ne consommer aucune forme de substance psychoactive. La plus forte consommation concerne l'alcool seulement, avec 43% de consommateurs. Par ailleurs, 18% de la population canadienne avouent consommer à la fois alcool et tabac, et 16% de l'alcool, du tabac et des produits psychothérapeutiques, tels que désignés dans l'enquête sur le profil canadien de consommation de l'alcool du tabac et autres drogues mené par l'Addiction Research Foundation (1994) (tableau 6).

Tableau 6 : Usage de drogues multiples en combinaison, parmi la population canadienne de 15 ans et plus, 1989

Aucune	Alcool seul	Tabac			Drogues psychothérapeutiques		Autres combinaisons
		seulement	+ alcool	+ alcool / cannabis	seulement	+ alcool / tabac	
11%	43%	3%	18%	2%	4%	16%	4%

Source : Addiction Research Foundation (1994). Le profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues

À la lumière de ces premières données portant sur la consommation de drogues, entendue au sens large, dans la population canadienne, il faut retenir que:

- ◆ plus la consommation révélée est importante, plus les données sont fiables;
- ◆ toutes les sources de données portant sur des consommations autorévélées sont minimisées;
- ◆ l'alcool reste le produit consommé le plus fréquemment, suivi du tabac, des médicaments et finalement des drogues illicites;
- ◆ la marijuana est la drogue illicite la plus consommée au Canada.

Passons maintenant à des portraits plus précis distingués en fonction de quelques données socio-démographiques dont, en premier lieu, le sexe des consommateurs qui semble discriminer la consommation de produits.

1.1.2 La consommation dans la population canadienne selon le sexe des consommateurs

L'utilisation du sexe des consommateurs comme donnée discriminante de la consommation de substances psychoactives n'est pas simplement une habitude statistique. En effet, il apparaît que le comportement des femmes en matière de consommation diffère largement de celui des hommes. Les explications les plus diverses ont été émises pour comprendre cette différence, parmi lesquelles, la place de la femme dans la société, les habitudes culturelles, sociales et

professionnelles, différentes chez les hommes et les femmes... Des études plus récentes semblent aussi confirmer l'existence de différences biologiques susceptibles d'expliquer, du moins en partie, cette différence de consommation entre hommes et femmes, les femmes ayant moins besoin de boire pour s'enivrer. Mais, il semble qu'aujourd'hui il faille considérer ces différences de consommation comme étant moins importantes, les consommations ayant tendance à se rapprocher. Cette convergence semblerait s'expliquer par une plus forte diminution de la consommation d'alcool chez les hommes que chez les femmes, plutôt que par une convergence des habitudes de consommations.

Nous suivrons la même démarche que précédemment et verrons successivement, la consommation d'alcool, celle de tabac, celle de drogues illicites, et enfin celle de drogues licites, cette fois en fonction du sexe des consommateurs.

➤ *La consommation d'alcool dans la population canadienne selon le sexe*

L'Enquête nationale de 1989 permet les constatations suivantes :

- ◆ des hommes âgés de 15 ans et plus déclarent avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête, contre 72% des femmes;
- ◆ quelle que soit la catégorie d'âge considérée, les hommes sont toujours proportionnellement plus nombreux à avoir consommé et de surcroît, en plus grande quantité;
- ◆ l'écart entre la proportion de buveurs hommes et femmes tend à augmenter avec l'âge, confirmant ainsi la thèse selon laquelle, la consommation d'alcool peut s'expliquer par la différenciation sexuelle des rôles, les personnes les plus âgées adhérant davantage au rôle et à la place traditionnels de la femme dans la société.

Lorsqu'on s'intéresse aux quantités consommées et à la périodicité des consommations, on note aussi des résultats supérieurs chez les hommes. Ainsi, l'analyse de la consommation hebdomadaire moyenne est de 5,3 pour les hommes, contre 2,0 pour les femmes (tableau 7).

Le nombre de consommations bues au cours des sept jours précédant l'enquête diffère aussi en fonction du sexe de la personne: plus de la moitié (57%) des femmes déclarent ne pas avoir consommé pendant la semaine précédant l'enquête, contre seulement 38% des hommes. Par contre, lorsque le nombre de consommations se situe entre une à sept, l'écart entre les hommes et les femmes se réduit, les proportions s'établissant à 40% pour les hommes et 37% pour les femmes. Toutefois, la différence se réaccentue par la suite, puisque 11% des hommes déclarent avoir consommé entre huit et treize consommations durant la semaine précédant l'enquête, contre 4% des femmes. Finalement, lorsque la consommation est supérieure ou égale à 14 verres, la proportion des hommes est de 12% et celle des femmes est de 3% (tableau 7).

Ces chiffres viendraient appuyer l'hypothèse selon laquelle les femmes consomment généralement de l'alcool à des occasions particulières, alors que les hommes auraient une

consommation plus régulière. Enfin, les femmes paraissent proportionnellement bien moins nombreuses à abuser de l'alcool que les hommes.

Tableau 7 : Types de buveurs et nombre de consommations prises pendant la semaine précédant l'enquête, par sexe, dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1989

	Types de buveurs (%)			Nombre de consommations bues pendant les sept jours précédant l'enquête (%)				Consommation hebdomadaire moyenne
	non-buveur	ancien buveur	buveur actuel	Aucune	1 à 7	8 à 13	14 et +	
Hommes	3,7	12,5	83,8	38,0	39,5	10,7	11,8	5,3
Femmes	9,4	18,8	71,8	56,7	36,8	3,9	2,6	2,0
Total	6,6	15,7	77,7	46,8	38,2	7,5	7,5	3,7

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

Bref, l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, menée en 1989, montre que **les hommes sont plus susceptibles de boire que les femmes, qu'ils boivent plus souvent et en plus grosse quantité.**

➤ *La consommation de tabac dans la population canadienne selon le sexe*

En se référant aux données de l'Enquête nationale de 1989, on constate les différences suivantes lorsqu'il est question de la consommation de tabac par les canadiens et les canadiennes: si les hommes ne sont guère plus nombreux que les femmes à être des fumeurs actuels (33% contre 31%), les écarts se creusent lorsqu'on s'intéresse aux anciens et aux non fumeurs. En effet, si 30% des hommes se déclarent anciens fumeurs, chez les femmes la proportion d'anciennes fumeuses s'établit à 22%. Par contre, 48% des femmes n'auraient jamais fumé, alors que ce pourcentage s'établirait à 37% chez les hommes (tableau 8).

Tableau 8 : Situation face au tabac, selon le sexe, dans la population canadienne de 15 ans et plus, en 1989

Sexe	Situation face au tabac		
	Non fumeurs (%)	Anciens fumeurs (%)	Fumeurs actuels (%)
Hommes	36,5	30,1	33,4
Femmes	47,8	21,6	30,5
Total	42,3	25,8	31,9

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

Quant à la fréquence de consommations, *l'Addiction Research Foundation*, utilisant les données de l'Enquête sur l'amélioration de la santé de 1990, montre que même lorsque les femmes fument, elles fument moins que les hommes. Ainsi, si 30% des femmes disent fumer de une à dix cigarettes par jour, ce pourcentage est de 22% pour les hommes. Les pourcentages d'hommes avouant fumer de 11 à 25 cigarettes et 26 cigarettes et plus par jour, sont respectivement de 66% et 11%, alors que pour les femmes ceux-ci sont de 64% et de 7% (tableau 9).

Tableau 9 : Nombre de cigarettes fumées par jour, par les fumeurs actuels parmi ceux âgés de 15 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1990

Sexe	Nombre de cigarettes fumées		
	1 à 10	11 à 25	26 et plus
Hommes	22	66	11
Femmes	30	64	7
Total	26	65	9

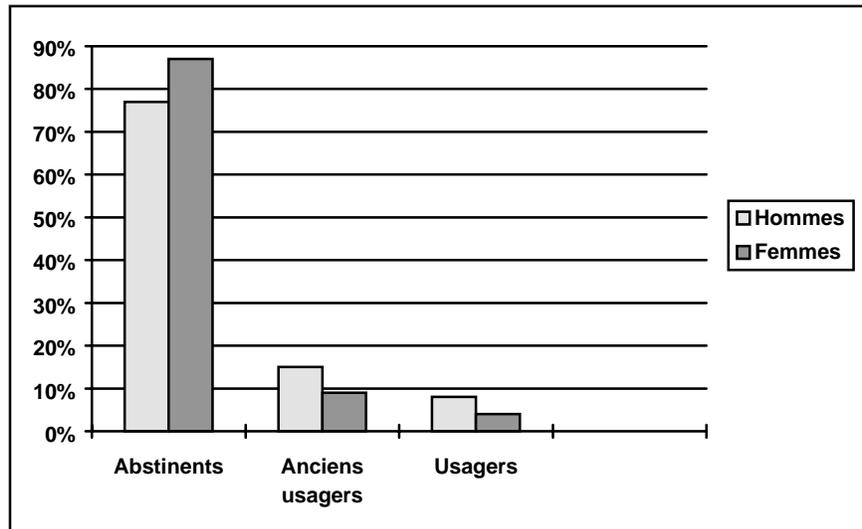
Source : Addiction Research Foundation (1994). Le profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues

Si la différence n'est guère perceptible entre les proportions de fumeurs et de fumeuses, en termes de consommations quotidiennes, il n'en demeure pas moins que les hommes sont proportionnellement plus susceptibles de fumer que les femmes et ont eu une habitude de consommation plus lointaine puisque la proportion des anciens fumeurs est plus élevée que celle des anciennes fumeuses.

➤ *La consommation de drogues illicites dans la population canadienne selon le sexe*

Selon l'enquête sur l'amélioration de la Santé, tenue en 1990, les hommes sont là encore beaucoup plus consommateurs de drogues illicites que les femmes. Ainsi, on retrouverait 8% d'usagers contre 4% d'usagères, et 15% d'anciens usagers contre 9% d'anciennes usagères, en ce qui a trait à la consommation de marijuana (figure 4).

Figure 4 : Répartition des hommes et des femmes âgés de plus de 15 ans selon leur consommation passée et présente de haschich ou de marijuana, Canada 1990



Source: Santé et Bien-être social Canada (sous la direction de Stephens, T., et Fowler, G.D.) (1993). Enquête Promotion de la Santé Canada 1990 : Rapport technique. Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services Canada.

De la même façon, l'Enquête nationale de 1989 montre que les hommes sont aussi proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir consommé une fois dans leur vie de la cocaïne (4,5% contre 2,7%) et du L.S.D., des amphétamines et de l'héroïne (5,1% contre 3,1%). Les consommateurs actuels de cocaïne sont aussi plus nombreux que les consommatrices (2% contre 0,8%) (tableau 10).

Tableau 10 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues illicites pendant les 12 mois précédents l'enquête, selon le sexe, dans la population de 15 ans et plus, 1989

Sexe	Marijuana ou haschisch		Cocaïne ou crack		LSD, amphétamine ou héroïne	
	Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédent l'enquête	Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédent l'enquête	Consommation passée	Consommation dans les 12 mois précédent l'enquête
Hommes	28,9	8,9	4,5	2,0	5,1	0,5*
Femmes	17,7	4,1	2,7	0,8*	3,1	----
Total	23,2	6,5	3,5	1,4	4,1	0,4*

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

➤ *La consommation de drogues licites dans la population canadienne selon le sexe*

Contrairement à tout ce qui a été constaté auparavant, ce sont les femmes qui sont ici proportionnellement les plus nombreuses à consommer des médicaments, le sexe étant en ce domaine très discriminant. Selon l'Enquête nationale de 1989, 5,7% des femmes consommeraient des opiacés contre 4,3% des hommes. Les proportions s'établiraient à 4,6% contre 2,5% pour les somnifères; 4,3% contre 1,8% pour les tranquillisants; 2,4% contre 1,5% pour les antidépresseurs et 1,2% contre 0,5% pour les amaigrissants (tableau 11).

Tableau 11 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues licites pendant le mois précédent l'enquête, selon le sexe, dans la population de 15 ans et plus, Canada, 1989

Sexe	Somnifères	Tranquillisants	Amaigrissants et stimulants	Antidépresseurs	Codéine, démérol et morphine
Hommes	2,5	1,8	0,5*	1,5	4,3
Femmes	4,6	4,3	1,2	2,4	5,7
Total	3,6	3,1	0,9	2,0	5,0

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

Pour expliquer cette surconsommation de médicaments par les femmes, certains chercheurs mettent de l'avant le fait que les femmes font plus souvent appel aux services de santé (McKim et Mishara, 1987). D'autres expliquent cette différence par la différenciation sexuelle des attitudes vis-à-vis des médicaments. Enfin, pour d'autres, les besoins sont différents en raison de caractéristiques personnelles. Mais aucune explication n'est à l'heure actuelle véritablement concluante.

Enfin, au terme de cette analyse, il faut retenir que :

- ◆ plus d'hommes que de femmes consomment de l'alcool et les écarts s'accroissent avec l'âge, et ils consomment plus fréquemment et en plus grande quantité;
- ◆ légèrement plus d'hommes que de femmes fument ; les hommes fument en plus grande quantité et depuis plus longtemps;
- ◆ plus d'hommes que de femmes consomment des drogues illicites, en plus grande quantité et plus fréquemment ;
- ◆ plus de femmes que d'hommes consomment des drogues licites.

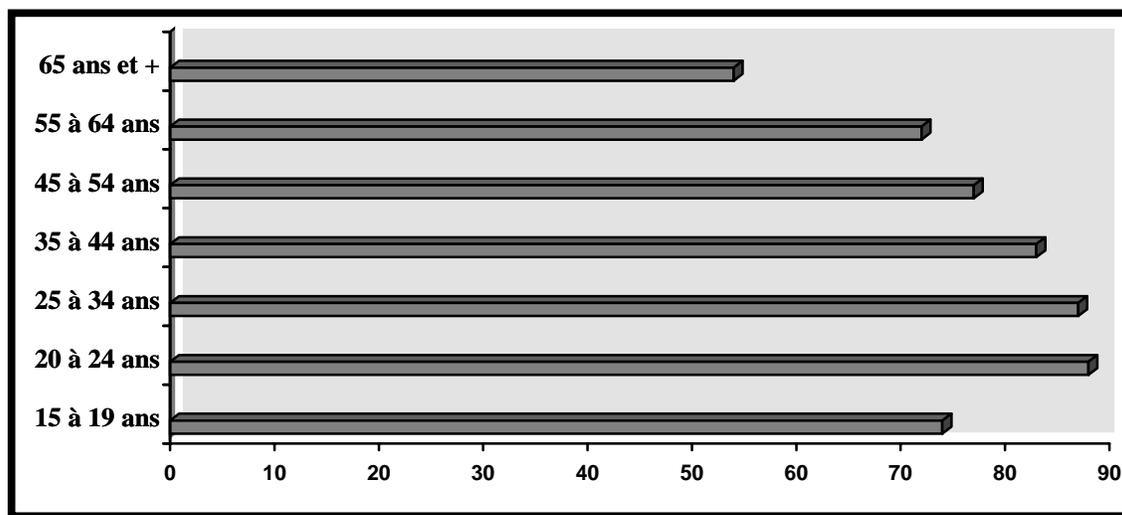
1.1.3 La consommation dans la population canadienne selon l'âge des consommateurs

Les différences de consommation selon l'âge sont importantes à analyser, dans la mesure où elles sont souvent le reflet des modes et des habitudes de consommation propres à différentes étapes de l'existence.

➤ *La consommation d'alcool dans la population canadienne selon l'âge*

L'Enquête nationale de 1989 montre que la proportion de consommateurs d'alcool a augmenté chez les 15-24 ans. Par contre, il semble que les personnes les plus âgées réduisent leur consommation. La plus forte proportion de buveurs se retrouve chez les 20-24 ans (88%) et la plus faible chez les 65 ans et plus (54%). Cette proportion diminue au fur et à mesure que l'on avance en âge, et ce dès 25 ans.

Figure 5 : Pourcentage de buveurs actuels par groupe d'âge dans la population de 15 ans et plus, Canada, 1989



Source: Santé et Bien-être Social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

Les habitudes de consommation varient aussi avec l'âge mais de manière inverse à ce qui a été présenté précédemment. Ainsi, il apparaît que ce sont les consommateurs d'âge mûr qui boivent le plus souvent puisque 22% des 65 ans et plus déclarent boire plus de quatre fois par semaine, contre 2% des 15-19 ans et 5% des 20-24 ans. Par contre, lorsqu'ils en ont l'occasion, les jeunes boivent en plus grande quantité, ce qui se traduit par 3,9 verres par occasion pour les 20-24 ans, contre 1,7 verres par occasion pour les 65 ans et plus. De la même façon, le nombre de consommations hebdomadaires apparaît plus élevé chez les jeunes, s'établissant à 4,3 verres chez les 20-24 ans, contre 3,5 verres chez les 65 ans et plus (tableau 12).

Tableau 12 : Nombre de consommations prises pendant la semaine précédant l'enquête et fréquence de consommation chez les buveurs actuels pendant l'année précédant l'enquête par groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 1989

Âge	Nombre de consommations prises pendant les 7 jours précédant l'enquête				Consommation hebdomadaire moyenne	Fréquence de la consommation (%)					Consommation habituelle par occasion
	0	1 à 7	8 à 13	14 +		1 / par mois	1 à 3 / mois	1 / par semaine	2 à 3 / semaine	4 + / semaine	
15-19	61,0	28,9	5,5*	3,7*	2,4	40,1	29,5	16,4	11,8	2,0*	3,5
20-24	45,0	36,6	9,5	9,0	4,3	20,2	27,5	24,8	27,7	4,8*	3,8
25-34	44,2	40,7	8,9	6,2	3,7	23,2	27,2	21,9	21,0	6,6	3,0
35-44	44,4	29,8	7,3	7,2	3,7	25,1	22,9	18,0	22,5	11,3	2,5
45-54	41,1	36,6	8,4	9,9	4,3	22,1	21,5	17,7	21,7	16,4	2,5
55-64	49,6	35,9	5,9*	8,7	3,8	28,2	21,2	14,3	19,2	16,1	2,3
65 +	53,3	33,8	4,3	8,6	3,5	31,3	20,9	12,1	11,4	21,7	1,7
Total	46,8	38,2	7,5	7,5	3,7	25,9	24,6	18,6	19,7	10,7	2,8

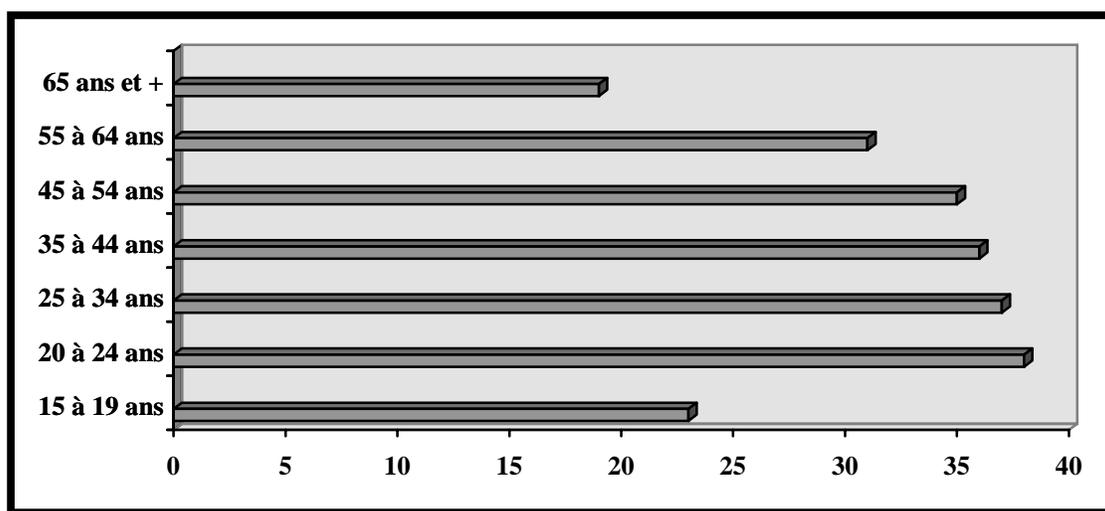
* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

➤ *La consommation de tabac dans la population canadienne selon l'âge*

L'Enquête nationale de 1989 révèle que c'est chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen que l'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs actuels (entre 30 et 38% selon les tranches d'âge). La proportion de fumeurs ne chute que chez les aînés, s'établissant alors à 19%. Elle est de 23% chez les adolescents ; autrement dit, près d'un adolescent sur quatre est un fumeur (figure 6).

Figure 6 : Pourcentage de fumeurs actuels par groupe d'âge dans la population des 15 ans et plus, Canada, 1989



Source: Santé et Bien-être Social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues

En ce qui a trait à la quantité journalière de cigarettes fumées, on constate que les plus grands consommateurs se retrouvent dans les catégories des 45-54 ans et des 35-44 ans alors que respectivement 17% et 13% d'entre eux déclarent consommer plus de 26 cigarettes par jour.

Tableau 13 : Nombre de cigarettes fumées par jour, par les fumeurs actuels, par groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 1989

Âge	Nombre de cigarettes fumées par jour (%)		
	de 1 à 10	de 11 à 25	26 et plus
15-19	48,6	46,1	----
20-24	28,0	64,9	5,7*
25-34	24,4	66,3	6,6
35-44	19,5	65,1	12,9*
45-54	20,1	58,7	17,1
55-65	24,4	64,0	9,2*
65 et plus	32,6	64,5	8,1*
Total	25,3	62,3	9,4

* Forte variabilité de l'échantillonnage

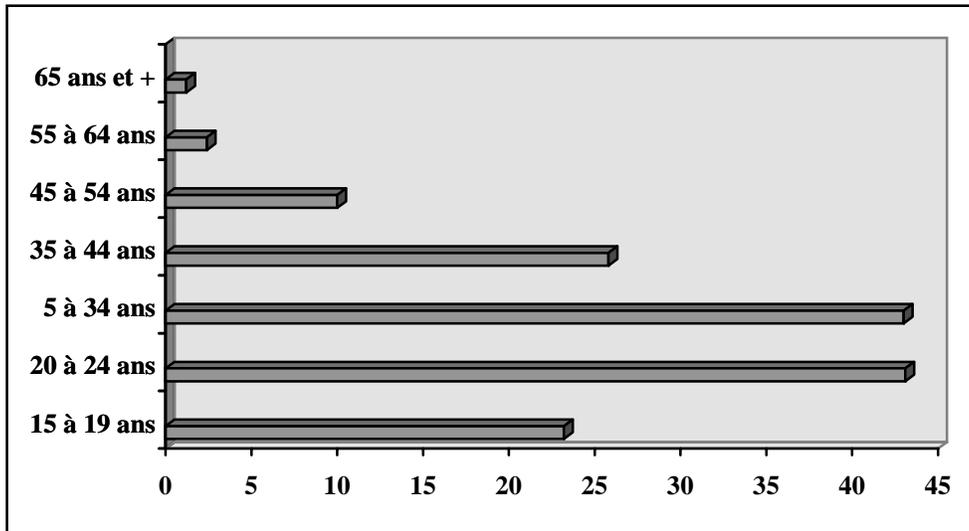
---- Données supprimées

Source : Santé et Bien-être social Canada (1992). L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

➤ *La consommation de drogues illicites dans la population canadienne selon l'âge*

L'Enquête nationale de 1989 montre que la consommation de marijuana est plus fréquente chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. La plus grande proportion de consommateurs de marijuana passés ou présents se retrouve dans le groupe des 20-24 ans, soit 43,1%, suivi de très près par les 25-34 ans qui comptent pour 43% des consommateurs de marijuana. De leur côté, seules 1,2% des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir déjà consommé du cannabis (figure 7).

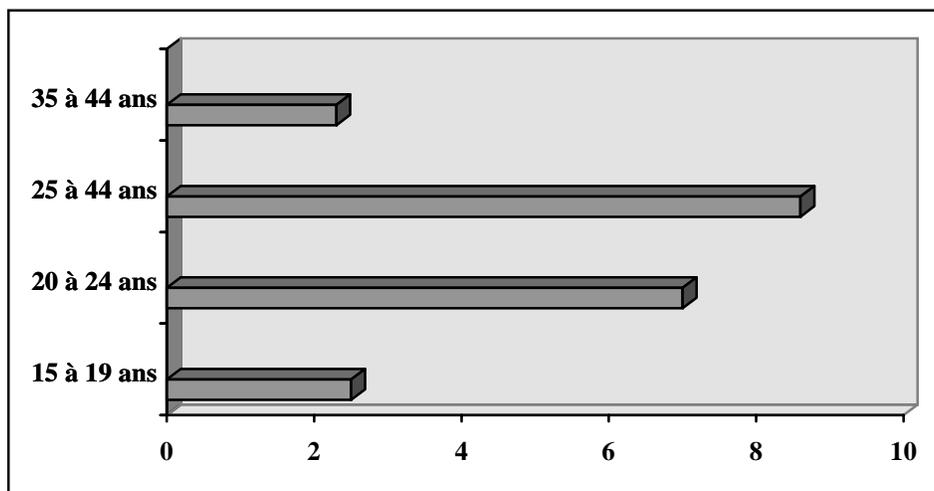
Figure 7 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus ayant déjà fumé de la marijuana ou du haschich, par groupe d'âge, Canada, 1989



Source: Santé et Bien-être Social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

Quant à la cocaïne et au crack, ce sont les 25-34 ans qui constituent la plus grande proportion avouant en avoir déjà consommé, soit 8,6% d'entre eux, suivi des 20-24 ans (7%). Seules les catégories d'âge présentant des proportions significatives de consommateurs de cocaïne ont été retenues pour la constitution de la figure 8.

Figure 8 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus ayant déjà consommé de la cocaïne ou du crack, par groupe d'âge, Canada, 1989



Source: Santé et Bien-être Social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

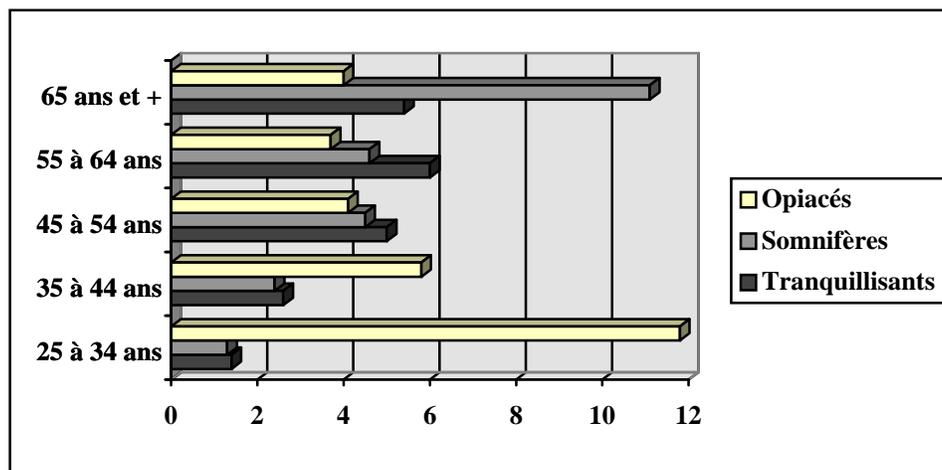
➤ ***La consommation de drogues licites dans la population canadienne selon l'âge***

L'analyse de la consommation de drogues licites selon l'âge, exige que l'on distingue selon les produits.

En ce qui a trait à la consommation d'opiacés, on observe que ce sont les personnes âgées de 20 à 24 ans qui sont proportionnellement les plus nombreuses à s'y adonner, soit une proportion de 6,2% d'entre elles suivis de près des 25-34 ans avec 5,6% contre 4% des personnes âgées de 65 ans et plus (figure 9).

Par contre, pour les somnifères et les tranquillisants, on constate une plus forte consommation chez les personnes plus âgées. Ainsi, pour les somnifères, la plus forte consommation se retrouve chez les 65 ans et plus, soit 11,1% contre 1,3% chez les 25-34 ans. Quant aux tranquillisants, l'usage le plus élevé se constate chez les 55-64 ans avec 6%, alors que 1,4% des 25-34 ans consomment de tels produits (figure 9).

Figure 9 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus qui ont consommé des opiacés, des somnifères ou des tranquillisants au cours du mois précédent l'enquête, Canada, 1989



Source: Santé et Bien-être Social Canada (1992). L'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues.

Au terme de cette section portant sur la consommation selon l'âge, on retiendra que :

- ◆ la proportion de consommateurs d'alcool diminue avec l'âge; par contre, en termes de fréquence, ce sont les consommateurs d'âge mûr qui boivent le plus souvent; mais ce sont les jeunes adultes qui boivent en plus grande quantité;
- ◆ c'est chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen qu'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs actuels ; les plus grands consommateurs, en terme de quantité, se situent entre 35 et 55 ans;
- ◆ les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen (particulièrement ceux de 25 à 34 ans) sont les principaux consommateurs de drogues illicites;
- ◆ pour les drogues licites, à l'exclusion des opiacés, ce sont les personnes âgées et les femmes qui en sont les consommatrices les plus assidues.

1.1.4 Le portrait de la consommation du Québec

C'est à partir de l'Enquête de Santé Québec (1992), que nous dresserons un portrait de la consommation de drogues au sein de la population québécoise et que nous le contrasterons avec les autres provinces. De la même façon que précédemment, pour le Canada, nous présenterons successivement la consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de drogues licites au Québec.

➤ *La consommation québécoise d'alcool*

L'Enquête nationale de Santé Canada réalisée en 1989 montre que le Québec suit la tendance de la consommation observée en Ontario et en Colombie Britannique, et se retrouve parmi les provinces où on rencontre le plus de buveurs, le plus de consommations et la plus grande fréquence de consommation. Situé en haut du tableau canadien, le Québec ne semble cependant pas être la province qui connaît la consommation la plus problématique. Nous y reviendrons au moment de traiter des méfaits de la consommation de drogues. Quatre québécois sur cinq (79%) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. Ce sont les 15-24 ans et les 25-44 ans qui sont proportionnellement les plus gros consommateurs avec respectivement 83% et 88% de consommateurs d'alcool. À ces âges, la différence de consommation selon les sexes n'apparaît pas significative. Par contre, l'âge grandissant, la consommation diminue alors même que l'écart entre les hommes et les femmes augmente. Ainsi, pour les 65 ans et plus, le pourcentage de buveurs actuels est estimé à 42% pour les femmes et 66% pour les hommes. Ces résultats confirment ceux obtenus dans le cadre d'enquêtes antérieures telles celles du Canada (1989) et du Québec (1987) (tableau 14).

Tableau 14 : Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Sexe / groupe d'âge	Types de buveurs					
	Jamais bu (%)		Anciens buveurs (%)		Buveurs actuels (%)	
Hommes	1987	1992	1987	1992	1987	1992
15-24 ans	13,7	13,1	2,7	1,8*	83,6	85,1
24-44 ans	4,8	6,1	3,7	4,6	91,5	89,3
45-64 ans	8,6	9,8	8,7	9,4	82,7	80,8
65 ans et plus	18,4	19,1	18,4	15,3	63,3	65,6
Total	8,9	9,7	6,2	6,6	84,9	83,7
Femmes						
15-24 ans	13,1	15,7	3,0	3,5	83,9	80,7
24-44 ans	12,0	10,2	3,1	4,1	84,9	85,7
45-64 ans	25,9	23,4	6,7	5,7	67,4	70,9
65 ans et plus	48,0	51,6	10,0	6,7	42,0	41,9
Total	20,3	20,4	4,9	4,8	74,8	74,8
Sexes réunis						
15-24 ans	-	14,4	-	2,7	-	83,0
24-44 ans	-	8,1	-	4,4	-	87,5
45-64 ans	-	6,6	-	7,6	-	75,8
65 ans et plus	-	37,7	-	10,4	-	51,9
Total	14,8	15,1	5,5	5,7	79,7	79,2

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé Québec. Et la santé ça va, 1987, 1992-1993?

Quant à la consommation hebdomadaire, la comparaison avec l'enquête de 1987 montre une diminution chez les hommes (de 6,6 à 6,1 verres consommés par semaine) et une stabilité chez les femmes (de 2,8 à 2,7 verres consommés par semaine), pour une moyenne, les deux sexes réunis, de 4,4 consommations hebdomadaires, en 1992-1993.

L'examen du volume d'usage hebdomadaire fait apparaître de nombreuses différences entre les sexes, les âges et les enquêtes. Dans le cadre de l'Enquête menée, en 1989, par Santé Québec, plus de femmes que d'hommes affirment n'avoir pas bu durant la semaine précédent l'enquête (46% contre 33%), ou avoir pris entre une et six consommations (41% contre 36%). Par contre, la proportion d'hommes ayant bu de sept à treize consommations (18% contre 10%) et 14 consommations et plus (13% contre 3%) est largement plus importante que pour les femmes (tableau 15).

En fonction de l'âge, on note que ce sont les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgés (65 ans et plus) qui auraient le moins bu durant la semaine précédent l'enquête (tableau 15).

Ces chiffres s'alignent globalement sur les données des autres enquêtes, sauf en ce qui concerne la proportion de personnes ayant bu de une à six consommations, puisqu'elle est ici de 38% alors qu'elle était de 52% dans l'Enquête Santé Québec, 1987. A l'inverse, on note une augmentation de la proportion des personnes n'ayant pas consommé durant la semaine précédant l'enquête (26% en 1987 contre 39% en 1992-1993). Par contre, aucun changement de consommation ne semble s'être opéré chez les buveurs et buveuses dont la consommation hebdomadaire est importante (tableau 15).

Tableau 15 : Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Sexe / groupe d'âge	Nombre de consommations						14 et plus consommations	
	Aucune consommation		1 à 6 consommations		7 à 13 consommations			
Hommes	1987	1992	1987	1992	1987	1992	1987	1992
15-24 ans	36,5	40,8	36,3	29,6	13,0	17,2	10,0	12,4
24-44 ans	24,0	29,1	43,0	38,8	15,4	18,2	14,7	13,9
45-64 ans	31,2	29,6	35,8	35,9	14,4	20,4	11,6	41,2
65 ans et plus	47,8	45,8	27,0	33,5	9,5	12,0	6,8	8,7*
Total	30,8	32,6	38,2	36,0	14,0	18,1	7,9	13,3
Femmes								
15-24 ans	45,9	53,3	40,3	32,2	13,0	10,9	3,7	3,7*
24-44 ans	40,2	43,2	47,2	43,5	15,4	10,3	2,1	2,9
45-64 ans	49,5	42,5	37,3	45,0	14,4	10,1	2,1	2,4*
65 ans et plus	67,9	56,4	19,3	33,1	9,5	8,5*	1,9	2,0*
Total	47,5	45,8	39,6	41,1	2,1	10,3	2,4	2,8
Sexes réunis								
15-24 ans	31,4	46,8	48,0	30,9	12,1	14,2	8,5	8,2
24-44 ans	24,3	36,0	52,7	41,1	13,4	14,4	9,7	8,6
45-64 ans	23,4	35,7	53,3	40,2	13,7	15,6	9,6	8,6
65 ans et plus	29,5	50,8	49,8	33,3	11,6	10,4	9,2	5,6*
Total	25,9	39,0	51,6	38,4	13,1	14,3	9,4	8,3

• Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1987, 1992-1993?

On peut donc affirmer que le message de modération dans sa consommation d'alcool est passé au Québec, mais essentiellement pour les personnes qui consommaient le moins. Les gros buveurs ne semblent pas avoir modifié leurs habitudes. La Politique de la santé et du bien-être du Québec (ministère de la Santé et des services Sociaux, 1992) a pour objectif de réduire de 15% la consommation d'alcool par habitant avant l'an 2002. Pour parvenir à ces résultats, il va falloir viser prioritairement les personnes qui consomment le plus d'alcool. Mais aussi s'intéresser aux jeunes dont la manière de consommer peut être problématique puisque ce sont les personnes qui boivent le plus lorsque l'occasion leur en est donnée et qui s'enivrent le plus souvent (tableau 16).

Tableau 16 : Consommation élevée d'alcool, de cinq consommations ou plus en une même occasion, durant l'année précédant l'enquête, selon l'âge, buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992

Groupe d'âge	Fréquence de consommation élevée, par année (Cinq consommations ou plus en une même occasion)			Enivrement
	Aucune fois	1 à 4 fois	5 fois et plus	
15-24 ans	26,1	35,2	38,7	24,2
24-44 ans	41,0	30,8	28,2	8,3
45-64 ans	57,1	21,9	21,1	3,6
65 ans et plus	76,2	14,6	9,2*	1,3*
Total	45,1	28,1	26,8	9,5

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1992-1993?

L'analyse de la consommation québécoise d'alcool permet de déceler quelles devraient être les priorités en la matière dans les années futures pour parvenir à l'objectif de réduction défini dans la *Politique de santé et de bien-être*, énoncée en 1992.

➤ *La consommation québécoise de tabac*

En 1992-1993, 30% des Québécois de 15 ans et plus déclarent fumer la cigarette tous les jours, 4% se disent fumeurs occasionnels, 32% affirment n'avoir jamais fumé et 34% déclarent avoir arrêté de fumer au moment de l'enquête. Les provinces canadiennes connaissent à peu près toutes les mêmes répartitions entre les différents types de fumeurs. Lorsqu'on distingue ces types de fumeurs en fonction du sexe et de l'âge, certaines différences émergent cependant : les hommes, quel que soit leur âge sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avouer fumer quotidiennement (32% contre 29%) et c'est parmi les 25-44 ans que l'on rencontre la plus grande proportion de fumeurs habituels (36% contre 18% pour les 65 ans et plus) (tableau 17).

Tableau 17 : Type de fumeurs, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992 -1993

Sexe / groupe d'âge	Types de fumeurs (%)			
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier
Hommes	27,8	36,5	3,6	32,1
Femmes	35,5	31,7	4,0	28,8
15-24 ans	44,6	20,8	7,2	27,4
24-44 ans	28,3	31,7	4,0	36,1
45-64 ans	26,3	42,5	2,4	28,9
65 ans et plus	38,6	42,2	1,6*	17,4
Total	31,7	34,1	3,8	30,4

* Forte variabilité de l'échantillonnage
Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1992-1993?

La comparaison entre l'Enquête de Santé Québec de 1992 et celle de 1987 montre que la proportion de non-fumeurs a augmenté, passant de 60 à 66%, tandis que celle des fumeurs réguliers a diminué, passant de 35 à 30%.

L'analyse des données portant sur les fumeurs réguliers contribue à mettre à jour le fait que la différence de consommation de cigarettes, selon le sexe, n'existe plus chez les jeunes (même proportion d'hommes et de femmes pour les 18-44 ans). Pour les 65 ans et plus, la proportion de fumeurs réguliers est de 22% chez les hommes et de 15% chez les femmes. Considérant l'importance de la consommation de tabac rencontrée chez les jeunes, plus du tiers des 30 ans et moins se classent parmi les fumeurs réguliers, une subdivision a été réalisée afin de mieux appréhender cet usage. On constate ainsi que la proportion la plus importante de fumeurs se retrouve chez les 20-24 ans, soit 31,7%, alors qu'elle n'est que de 21% chez les 15-17 ans (tableau 18). On retrouve une proportion grandissante de fumeurs réguliers dans la population à mesure qu'on avance dans la pyramide des âges jusqu'à 44 ans, la proportion de fumeurs réguliers dans la population diminuant à partir de cet âge charnière. Notons par ailleurs que

l'Enquête Santé Québec de 1992-1993 par rapport à celle de 1987 montre une baisse de la proportion de fumeurs réguliers dans tous les groupes d'âges et pour les deux sexes.

Tableau 18 : Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993

Sexe	Groupe d'âge											
	15-17 ans		18-19 ans		20-24 ans		25-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus	
	1987	1992	1987	1992	1987	1992	1987	1992	1987	1992	1987	1992
Hommes	20,4	19,5	25,0	28,1	33,9	32,1	40,3	36,8	36,2	31,3	25,3	21,7
Femmes	25,9	22,3	28,9	25,5	40,7	31,3	37,3	35,4	28,0	26,5	15,6	14,7
Total	23,1	20,9	27,0	26,8	37,3	31,7	38,8	36,1	32,1	28,9	19,6	17,7

Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1992-1993?

Après avoir dressé le portrait des différents types de fumeurs, et plus spécifiquement celui des fumeurs réguliers en fonction du sexe et de l'âge de la personne concernée, on s'intéresse aux quantités de cigarettes consommées par jour. On note ici qu'environ les deux tiers des fumeurs réguliers (65%) consomment de 11 à 25 cigarettes par jour, tandis que 11% d'entre eux consomment 26 cigarettes et plus par jour, et 23% de une à dix cigarettes par jour.

L'appréciation de ces proportions montre une baisse de consommation entre les deux enquêtes déjà évoquées. Rejoignant le portrait canadien, l'analyse des données de l'Enquête Santé Québec 1992-93 indique que les Québécois fument quotidiennement plus que les Québécoises puisqu'on retrouve 14% de fumeurs de 26 cigarettes et plus, contre 8% de fumeuses. Par ailleurs, les plus gros consommateurs se retrouvent chez les hommes et les femmes de 25 à 44 ans. Mais, les jeunes de 15-24 ans consomment déjà beaucoup puisque la grande majorité d'entre eux se retrouvent parmi ceux fumant entre 11 et 25 cigarettes quotidiennement (tableau 19).

Tableau 19 : Nombre de cigarettes fumées quotidiennement par des fumeurs réguliers, selon l'âge, le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1992-1993

Sexe / groupe d'âge	Nombre de cigarettes fumées quotidiennement					
	de 1 à 10		de 11 à 25		26 et plus	
	1987 (%)	1992-93 (%)	1987 (%)	1992-93 (%)	1987 (%)	1992-93 (%)
Hommes						
15-24 ans	24,5	41,4	68,5	55,1	6,9	3,6*
24-44 ans	12,5	15,3	65,1	69,5	22,4	15,2
45-64 ans	13,7	15,4	59,3	64,9	27,0	19,7
65 ans +	24,0	26,4	69,0	63,2	7,0	10,4*
Total	15,6	20,0	64,4	65,7	19,9	14,3
Femmes						
15-24 ans	32,9	44,6	62,3	53,8	4,9	1,6*
24-44 ans	15,0	20,6	69,3	70,6	15,7	8,8
45-64 ans	20,4	24,7	64,6	63,4	15,0	11,9
65 ans +	33,3	41,1	59,7	54,4	7,0	4,5*
Total	21,1	26,7	66,2	65,1	12,7	8,2
Sexes réunis	18,3	23,3	65,3	65,4	16,4	11,3

* Forte variabilité de l'échantillonnage
Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1987, 1992-1993?

L'image à retenir est celle de la baisse de consommation, tant pour le type de fumeurs que pour le nombre de cigarettes fumées, selon l'Enquête Santé Québec 1992-1993, sans toutefois perdre de vue qu'un Québécois sur trois est encore fumeur. Les jeunes apparaissent comme étant ceux qui forment le groupe le plus vulnérable aux messages d'incitation à la consommation développés par les fabricants de cigarettes. Il faut cependant rester prudent sur ce constat de baisse de la consommation des produits du tabac puisque Santé Canada, en 1994-1995, rapporte des pourcentages nettement plus élevés à ceux de 1992-1993. Selon cette enquête canadienne (Santé Canada, 1994-1995) il y avait 38% de Québécois fumeurs, le Québec étant la province qui compte en proportion le plus de fumeurs.

En termes de consommation des produits du tabac, il apparaît que le début des années 1990 est une période mouvementée. Ces fluctuations s'expliquent en partie par le changement de politiques gouvernementales opéré le 9 février 1994, changement qui conduit à une réduction des taxes fédérales et provinciales sur le tabac. Il faut cependant considérer avec prudence cette hausse et plutôt admettre que cette période est fluctuante, sans qu'il ne soit possible de définir aucune tendance.

Considérant les objectifs de la *Politique de la Santé et du Bien-être* et le portrait de la consommation dressé, la politique québécoise en matière de cigarettes devra établir une priorité d'action visant les jeunes. Il faudra cependant éviter de tomber dans le travers de la «guerre au tabac» imitant en cela «la guerre contre la drogue». Nous y reviendrons. L'analyse de la consommation québécoise de drogues licites montre que le Québec est une des provinces les plus consommatrices, se situant dans le tiercé gagnant pour l'alcool, et première pour le tabac. Qu'en est-il des drogues illicites et licites?

➤ *La consommation québécoise de drogues illicites et licites*

La consommation de drogues est définie comme étant le fait d'avoir fait usage, au cours de sa vie, d'une substance illicite ou d'une drogue médicamenteuse obtenue sans ordonnance, et ce, que cette consommation ait été régulière, occasionnelle ou passagère (Santé Québec, 1995:62).

Les déclarations des répondants à l'Enquête Santé Québec (1995) montrent que sept québécois sur dix (69%) n'auraient jamais consommé de drogue de leur vie, qu'une personne sur cinq (19%) en aurait déjà pris mais pas depuis un an et, finalement, que 13% en auraient consommé au cours de l'année précédent l'enquête (tableau 20). En distinguant la consommation des québécois et celle des québécoises, on constate que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne jamais avoir consommé de telles substances (71,5% contre 66,4%) et que les hommes connaissent une proportion plus forte de consommateurs actuels que les femmes (14,2% contre 11%) (tableau 20). Ces constats semblent coïncider avec ceux d'autres enquêtes pour ce qui concerne les drogues illicites.

L'Enquête menée par Santé-Québec traite indistinctement des drogues illicites et licites en les associant au sein d'une même catégorie. Cette association apparaît malheureuse car elle ne permet pas de saisir la réalité de la consommation des drogues illicites et de l'usage des drogues licites.

L'analyse par groupe d'âge permet néanmoins de faire les remarques générales suivantes : la plus grande proportion de personnes abstinentes se retrouvent chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit 94%, tandis que la plus faible se retrouve chez les 20-24 ans, avec seulement 49,8% d'entre eux affirmant n'avoir jamais consommé de drogues licites ou illicites. Les consommateurs actuels se retrouvent nombreux aussi bien chez les 15-17 ans que les 18-19 ans et les 20-24 ans dépassant dans tous les cas la proportion de 26% (tableau 20).

Tableau 20 : Types de consommation de drogues, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-93

Sexe / groupe d'âge	N'a jamais consommé (%)	Ancien consommateur (%)	Consommateur actuel (%)
Hommes			
15-17 ans	68,3	4,4*	27,4
18-19 ans	59,8	9,7*	30,4
20-24 ans	48,4	20,7	30,9
25-44 ans	52,9	31,3	15,8
45-64 ans	84,9	9,8	5,3
65 ans et plus	94,9	1,8*	3,3*
Total	66,4	19,4	14,2
Femmes			
15-17 ans	66,8	8,1*	25,0
18-19 ans	61,7	10,8*	27,4
20-24 ans	51,2	26,3	22,6
25-44 ans	61,9	27,9	10,2
45-64 ans	86,1	7,2	6,8
65 ans et plus	92,5	2,68	4,8*
Total	71,5	17,6	11
Sexes réunis			
15-17 ans	67,6	6,2	26,2
18-19 ans	60,8	10,3	28,9
20-24 ans	49,8	23,5	26,8
25-44 ans	57,4	29,6	13,,1
45-64 ans	85,5	8,5	6,1
65 ans et plus	93,6	2,3*	4,2
Total	68,9	18,5	12,6

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1992-1993?

Tableau 21 : Consommateurs par catégories de drogues selon la période de consommation, population de 15 et plus, Québec 1992-93

Catégorie de drogues	Période de consommation	
	À vie (%)	Année ayant précédé l'enquête (%)
Marijuana	25,1	8,2
Cocaïne	6,2	1,9
Psychédéliques	5,9	1,2
Tranquillisants	4,3	1,7
Amphétamines	3,8	0,6
Barbituriques	4,6	1,8
Opium	1,0	0,3*
Héroïne	0,3	0,0*
Autres drogues	2,0	1,1
Au moins une drogue	31,1	12,6

* Forte variabilité de l'échantillonnage

Source : Santé Québec : Et la santé ça va, 1992-1993?

La nature des produits consommés est diverse et varie selon les effets recherchés. La marijuana est cependant la drogue la plus populaire puisqu'un québécois sur quatre (25%) dit en avoir consommé au moins une fois dans sa vie, près d'un sur dix en ayant consommé dans l'année précédant l'enquête. La chute est ensuite flagrante pour les autres produits, la cocaïne s'inscrivant au deuxième rang avec une consommation à vie touchant 6,2% des Québécois et une consommation impliquant 2% d'entre eux dans l'année précédant l'enquête.

Une comparaison avec les autres enquêtes canadiennes semble indiquer une augmentation de la proportion de consommateurs et une diminution de la proportion de non consommateurs. Ce constat n'est pas totalement une surprise car, sur le plan démographique, les personnes âgées plus généralement abstinentes sont remplacées par une nouvelle génération qui affiche une plus forte proportion de consommateurs.

Par ailleurs, les québécois semblent avoir une consommation de drogues tout à fait comparable aux autres provinces du pays.

L'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* au Québec (Santé Québec, 1992) est d'augmenter, d'ici l'an 2002, le nombre de personnes n'ayant jamais consommé de drogues. Mais, cet objectif apparaît difficilement réalisable simplement en regard de la pyramide des âges: les non consommateurs partent, les anciens consommateurs grandissent et les jeunes ne sont pas assez nombreux pour compenser les mouvements démographiques de leurs aînés même s'ils choisissent tous l'abstinence. **Il semble plus urgent de s'inquiéter de la population des jeunes de moins de 20 ans qui pourrait chercher à expérimenter ces consommations interdites que de s'occuper de la proportion de non consommateurs dans la population générale. De surcroît, l'objectif d'abstinence devrait être moins privilégié que celui de réduction de la fréquence de consommation et de réduction de la liste des produits offerts et finalement de réduction de la durée d'expérimentation des produits.**

Au terme de cette photographie de la consommation québécoise de drogues entendue au sens large, il convient de retenir que :

- ◆ la consommation d'alcool diminue : la modération semble être passée dans les habitudes, sauf pour les gros buveurs et les jeunes qui consomment encore de manière excessive sur une base régulière et les jeunes qui s'enivrent encore plus souvent au cours d'une année;
- ◆ la consommation de tabac paraît finalement être en diminution mais touche encore surtout les 20-44 ans;
- ◆ les jeunes sont les plus grands consommateurs de drogues aussi bien licites qu'illicites.

1.2 Les tendances de la consommation

Analyser une tendance de la consommation oblige à s'intéresser à la fois, pour chacun des types de produits consommés, à l'évolution de la quantité, de la fréquence, et des caractéristiques sociodémographiques des consommateurs. Nous traiterons donc de ces différents aspects dans la présente section du rapport.

1.2.1 Les tendances de la consommation d'alcool

La comparaison des enquêtes nationales et provinciales, menées depuis deux décennies environ, fait apparaître une modération de la consommation qui se traduit par un nombre moins important de consommateurs adultes et une augmentation des personnes ayant arrêté de boire. Enfin, ceux qui boivent, boivent moins, sauf pour ce qui des très gros buveurs. La consommation d'alcool des hommes semble rejoindre celle des femmes, chez les plus jeunes. Les deux situations problématiques qui restent sont : les gros consommateurs dont le nombre n'a pas évolué et la consommation des jeunes qui se fait généralement de manière excessive.

1.2.2 Les tendances de la consommation de tabac

Sur une longue période de référence, soit trois décennies, les enquêtes nationales et provinciales semblent attester d'une diminution de la consommation de tabac, pour parvenir actuellement à une certaine stabilité. La proportion de fumeurs est ainsi passée de 50% de la population adulte, en 1965, à 34%, en 1992. Mais les dernières enquêtes de Santé Canada (1994, 1995) marquent non seulement un arrêt dans cette diminution mais laissent entrevoir une augmentation. Ces hausses observées pourraient s'expliquer par la réduction des taxes d'accises au début 1994. L'augmentation de consommation semble toucher les jeunes comme les adultes. Chez les jeunes, les adolescentes semblent être plus consommatrices que les adolescents (40% de filles fument contre 20% de garçons). Quel que soit l'avenir de cette consommation (l'augmentation est-elle passagère ou non?), il faut noter que le groupe cible, tant de l'industrie du tabac que des groupes luttant contre le tabagisme, est celui des jeunes adolescents, les uns essayant de se créer une nouvelle clientèle, les autres voulant protéger la santé publique.

L'objectif visé à cet égard dans la Politique de la santé et du bien-être au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) est d'atteindre 80% de non-fumeurs dans la population de 15 ans et plus, en l'an 2002. Cet objectif apparaît aussi non réalisable, simplement dû à la pyramide des âges.

1.2.3 Les tendances de la consommation de drogues illicites

Lorsqu'on lit les journaux ou qu'on écoute la télévision, on pense souvent que les sociétés canadienne et québécoise sont envahies par les drogues illicites, victimes de l'épidémie mondiale. Il semble que ce message ne reflète guère la réalité de la consommation de drogues illicites au Québec, comme au Canada. On constate plutôt qu'on assisterait aujourd'hui à une diminution de l'usage de ces produits. Il est toutefois difficile de connaître réellement la tendance en raison, d'une part, de la clandestinité de l'usage de telles substances et, d'autre part, du faible nombre de consommateurs déclarés.

1.2.4 Les tendances de la consommation de drogues licite

La consommation de drogues licites fait bien peu l'objet d'enquêtes. Elle est pourtant relativement spécifique en ce qu'elle concerne davantage les femmes et les personnes âgées. Ainsi, si toute l'attention semble s'être portée sur l'usage de produits illicites par les jeunes, la consommation de drogues licites peut-être considérée comme un problème tout aussi grave, lequel paraît être en augmentation sans que cette tendance soit réellement confirmée. La difficulté de lutter contre cette forme de consommation tient en partie au fait qu'il s'agit d'une consommation légale, rarement associée à la consommation de drogues, mais uniquement de médicaments, donc d'un produit utile voire nécessaire. Une telle consommation, souvent liée au phénomène de surmédication, n'en risque pas moins de contribuer à l'aggravation des problèmes de santé publique liés à l'usage de drogues licites, d'autant qu'elle touche particulièrement une fraction grandissante de la population, celle des personnes âgées.

Chapitre 2 - La drogues et ses méfaits

L'examen du volume de la consommation des différents produits, des habitudes de consommation, des types de consommateurs et de leurs caractéristiques n'est pas suffisant pour comprendre le(s) problème(s) que posent les drogues. Il faut en outre s'intéresser aux conséquences des consommations sur le plan sanitaire, social et économique. Les effets de l'usage de drogues sont de divers ordres: ils peuvent être liés aux produits eux-mêmes mais aussi dépendre de l'application des politiques gouvernementales à l'égard de ces produits.

L'analyse se fait ici en termes de coûts : d'une part, entre le plaisir procuré par la consommation d'un produit et les effets négatifs sur la santé de cette consommation et, d'autre part, entre les avantages et les coûts des politiques gouvernementales en matière de psychotropes.

Il suffit de noter pour le moment que, dans le présent contexte, le mot «coût» renvoie non seulement aux coûts monétaires, mais également aux coûts émotifs, moraux ou autres. En d'autres termes, le mot englobe tout ce que l'individu, ou la société, doit sacrifier ou abandonner pour parvenir au résultat visé (Kalant, 1994:177).

Ainsi, l'analyse en termes de coûts ne peut se limiter à établir l'impact de la consommation sur le budget de l'État. On doit en effet convenir que les effets de la consommation de substances psychoactives sont souvent diffus et qu'ils atteignent tant l'État que la communauté, l'individu que la collectivité.

Nous distinguerons les méfaits de la drogue sur le plan de la santé de l'individu, sur le plan social et sur le plan économique, nous inspirant en cela, de l'étude menée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) rendue publique en 1996. Il s'agit, à notre connaissance, de la première et de la principale recherche de cette envergure en matière de coûts associés aux drogues, conduite au Canada en collaboration avec les provinces.

2.1 Les méfaits sur le plan de la santé de l'individu

Les risques sanitaires sont de divers ordres et sont le reflet soit de l'excès de consommation, soit de la dangerosité du mode de consommation.

2.1.1 La mortalité liée à la consommation de drogues

L'évaluation du nombre de décès, qui chaque année peuvent être reliés à la consommation de psychotropes permet d'estimer le poids de la consommation excessive pour chaque produit.

➤ *La mortalité liée à l'alcool*

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies estime à 6 701 le nombre de canadiens décédés des suites d'une consommation d'alcool, en 1992.

Une part non négligeable de ces décès n'est cependant pas directement liée aux effets de la consommation mais plutôt à la conduite en état d'ébriété (22% des décès liés à l'alcool découlent d'un accident d'automobile). On parle de 1 021 hommes et de 456 femmes mortes à la suite d'un accident d'automobile lié à un abus d'alcool. Les cirrhoses du foie sont la cause de 960 décès et les suicides associés à l'alcool de 908.

Le plus frappant dans la mortalité reliée à la consommation d'alcool concerne la jeunesse des personnes décédées. Chaque décès représente une perte potentielle d'années de vie estimée à 27,8 ans. En dehors des coûts émotionnels liés à ces décès, la jeunesse des personnes décédées n'est pas sans conséquence sur la pyramide des âges de la société, considérant que ces décès font perdre des forces vives au pays.

➤ *La mortalité liée à la consommation de tabac*

Un des messages les plus généralement répandus en ce qui a trait à la consommation de tabac concerne les dangers de mortalité qu'elle implique. A cet égard, si concernant l'alcool, les messages d'avertissement visent la modération, en ce qui a trait au tabac, les messages, en particulier ceux affichés sur chacun des paquets de cigarettes produits au pays, portent directement sur les risques de morbidité et de mortalité du produit.

Est-ce à dire que le tabac est plus dangereux que l'alcool? Nous serions mieux à même de répondre à cette question grâce aux estimations réalisées par le CCLAT.

Le nombre total de décès attribuables à la consommation de tabac est estimé à 33 498 pour 1992 (23 018 pour les hommes et 10 480 pour les femmes). Ces chiffres représentent six fois plus de morts que pour l'alcool. Ce chiffre important correspond à 17% du nombre total de décès constatés au Canada. Ainsi, près d'un décès sur cinq peut être attribué à la cigarette. La perte en nombre potentiel d'années de vie pour chaque décès est d'environ 15 ans. Ce chiffre représente à peu près la moitié de la perte estimée pour l'alcoolisme (15 ans contre 27,8 ans). Cette différence s'explique par le fait que les morts liées à l'alcool sont très souvent accidentelles et impliquent des jeunes alors que les morts liées au tabac sont les conséquences de longues maladies, qui résultent d'effets à long terme de la consommation prolongée de tabac.

L'analyse des causes des décès liés au tabagisme diffère de celle s'intéressant aux causes de décès liées à l'alcool puisque les décès accidentels sont ici à toutes fins utiles, inexistant (si on exclut les morts découlant d'incendies liés aux articles de fumeurs). La première cause de décès associés à la cigarette est attribuée au cancer du poumon, qui représente 35% de tous les décès liés à la consommation du tabac, soit pour 1992, 11 704 morts. Les maladies cardiaques liées à la cigarette donnent lieu à 6 762 décès et les maladies pulmonaires à 5 816.

La très grande proportion d'hommes parmi ceux qui décèdent des suites d'une consommation de tabac (les deux tiers des décès liés au tabac leur sont attribués) reflète la répartition de la

consommation entre les deux sexes, il y a quelques années. La forte augmentation de la consommation de tabac chez les femmes. ces derniers temps, risque de conduire à un accroissement du nombre de décès féminins liés à la consommation de tabac.

➤ *La mortalité liée à la consommation de drogues illicites*

Le nombre total de décès reliés aux drogues illicites au Canada est estimé, pour 1992, à 732. Dans 88% des cas, il s'agit d'hommes, proportion qui rappelle la prédominance de la consommation des drogues dures par les hommes.

Les causes des décès liés à la consommation de drogues illicites sont variées et ne s'associent pas nécessairement directement à la consommation mais plutôt, dans certains cas, au comportement toxicomane. Le plus grand nombre de décès de consommateurs de drogues illicites (308) ont pour cause le suicide. Les suicides représentent 42% du total des décès liés à la consommation de drogues illicites. Puis vient la mort par empoisonnement aux opiacés (104) et à la cocaïne (68), soit respectivement 14% et 9% des décès, au total, liés à l'utilisation de drogues illégales. Enfin, le sida est responsable de 61 décès, soit 8% des morts associées aux drogues illicites.

2.1.2 La morbidité liée à la consommation de drogue

L'étude de la morbidité liée à la consommation de psychotropes consiste dans l'analyse des hospitalisations pouvant être reliées à l'usage de ces produits. Bien qu'il soit impossible de dresser de manière exhaustive la liste des maladies qui peuvent être la cause d'une hospitalisation et qui peuvent être liées à une consommation, on peut cependant rendre compte des hospitalisations reliées le plus directement à une consommation de drogue.

➤ *Les hospitalisations liées à la consommation d'alcool*

A partir des chiffres de 1992, le Centre canadien de lutte à la toxicomanie estime qu'il y aurait eu 86 076 entrées à l'hôpital (56 474 hommes et 29 602 femmes), soit 2% des entrées totales, en 1992, liées à la consommation d'alcool. Les personnes hospitalisées ont utilisé les services hospitaliers pour un total de 1 149 106 jours, soit 2% du total des jours d'hospitalisation (755 205 pour les hommes et 393 902 pour les femmes) (tableau 22).

Tableau 22 : Hospitalisations liées à la consommation d'alcool en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992

Sexe	Nombres d'entrées à l'hôpital	Nombre de jours d'hospitalisation
Hommes	56 474	755 205
Femmes	29 602	393 902
Total	86 076	1 149 106

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

Les causes de l'hospitalisation sont diverses mais la majorité d'entre elles sont accidentelles. Ainsi, on évalue à 16 901 le nombre d'hospitalisations pour des chutes accidentelles, provoquées

par un état d'ébriété et à 11 154, le nombre d'hospitalisations liées aux accidents d'automobiles survenus lors d'une conduite avec facultés affaiblies. Finalement, 14 316 hospitalisations peuvent être attribuées au syndrome de dépendance alcoolique.

Les chutes accidentelles provoquent peu de mortalité. Ce sont en fait, les accidents d'automobiles qui causent le plus de décès liés à l'alcool. Ainsi l'utilisation d'une voiture en état d'ébriété risque de se traduire par une issue plus fatale.

➤ *Les hospitalisations liées à la consommation de tabac*

Le nombre d'hospitalisations reliées à la consommation de tabac s'élève, en 1992, à 208 095 au Canada, soit 130 724 pour les hommes et 77 371 pour les femmes, constituant 6% des hospitalisations enregistrées au pays. Ce nombre élevé d'hospitalisations liés au tabagisme a impliqué des séjours hospitaliers totalisant 3 024 265 jours, soit 7% du total des jours d'hospitalisation comptabilisés au Canada, au cours de cette année (tableau 23).

Tableau 23 : Hospitalisations liées à la consommation de tabac en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992

Sexe	Nombres d'entrées à l'hôpital	Nombre de jours d'hospitalisation
Hommes	130 724	1 833 024
Femmes	77 371	1 191 241
Total	208 095	3 024 265

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

Les causes d'admission à l'hôpital liées au tabac sont, en premier lieu, les maladies cardiaques ischémiques (52 011), puis les maladies pulmonaires obstructives chroniques (36 872), et enfin le cancer du poumon (25 024).

Les séjours à l'hôpital modifient cette répartition puisque ce sont les maladies pulmonaires qui réclament le plus de jours d'hospitalisation, soit 630 282 jours correspondant à 21% des séjours à l'hôpital liés à la consommation de tabac, suivies des maladies cardiaques qui comptent pour 570 289 jours d'hospitalisation, sur une période d'une année, et finalement des cas de cancer du poumon qui totalisent 423 239 jours d'hospitalisation pour une même période.

Ces chiffres élevés de morbidité et d'hospitalisations ne vont pas aller en diminuant, et ce malgré l'application du virage ambulatoire, puisqu'il s'agit là de maladies chroniques nécessitant des soins hospitaliers de longue durée.

Au terme de cette analyse de la morbidité liée à la consommation des drogues récréatives, soit l'alcool et le tabac, on constate que ces produits présentent une dangerosité réelle pour la santé publique, bien que leur usage soit légal. Qu'en est-il lorsqu'on parle de drogues illicites?

➤ *Les hospitalisations liées à la consommation de drogues illicites*

L'analyse des coûts de santé des drogues illicites diffère de celle menée jusqu'à présent dans la mesure où cette consommation est clandestine, si bien que la dangerosité dépend autant du produit que de sa qualité, du contexte d'usage que du mode de consommation.

De plus, la nature illégale et donc clandestine de ce type de consommation rend encore plus difficile l'obtention de données fiables sur la nature de ses effets.

Malgré toutes ces difficultés, le CCLAT estime le nombre d'hospitalisations liées à une consommation de drogues illicites à 7 095 pour un nombre total de jours de 58 571 (tableau 24).

Tableau 24 : Hospitalisations liées à la consommation de drogues illicites, en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992

Sexe	Nombres d'entrées à l'hôpital	Nombre de jours d'hospitalisation
Hommes	4 345	36 536
Femmes	2 750	22 035
Total	7 095	58 271

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

La plupart de ces hospitalisations (1 207) sont liées aux psychoses, soit 17% du total des hospitalisations liées à la consommation de drogues illicites. Viennent ensuite les assauts (1 184 ou 17%) et la dépendance à la cocaïne (1 151 ou 16%). Lorsqu'on s'intéresse à la durée des séjours en hôpital, la répartition se modifie quelque peu. Ainsi 13 183 jours d'hospitalisation (ou 22%) sont attribués aux psychoses, 9 044 (ou 15%) à la dépendance à la cocaïne et 8 508 jours (ou 14%) aux assauts. L'analyse de ces chiffres témoigne de la dangerosité tant des produits que du milieu des drogues illicites. En effet, le nombre d'entrées à l'hôpital est quasiment identique pour les psychoses et les assauts (1 207 versus 1 184). Ce constat indique à quel point les toxicomanes sont victimes de la violence du milieu de la drogue. Ces chiffres ont toujours attiré l'attention des partisans d'une atténuation des contrôles répressifs. Il est certain que la confrontation avec la violence du milieu, surtout pour des raisons d'approvisionnement, pourrait être réduite si l'offre de ces produits devenait licite. Par contre, il est difficile de mesurer l'impact de cette libéralisation sur le nombre d'hospitalisations pour psychoses et pour dépendance.

➤ *Les hospitalisations liées à la consommation de drogues licites*

Il est difficile de connaître les hospitalisations liées à la consommation de drogues licites, dans la mesure où les classements hospitaliers ne distinguent pas entre les problèmes médicaux liés aux drogues licites et les problèmes médicaux liés aux drogues illicites.

La seule façon de connaître un peu mieux l'origine (drogues licites ou non) de ces hospitalisations consiste à examiner les hospitalisations pour empoisonnement en essayant de distinguer, en fonction des caractéristiques particulières des personnes (en termes d'âge, de sexe), les hospitalisations qui peuvent être associées à la consommation de drogues licites par rapport à

celles qui peuvent être associées aux drogues illicites. L'analyse conduite par l'*Addiction Research Foundation* (1994), à partir des données de Statistiques Canada, montre que 64% des hospitalisations liées à une consommation de drogues licites sont des cas d'empoisonnement surtout engendrés par la surconsommation de médicaments. L'empoisonnement aux analgésiques, aux antipyrétiques et aux antirhumatismaux représente 29% des hospitalisations et les empoisonnements aux agents psychotropiques représentent 28% des admissions en hôpital, pour l'année 1989-90.

2.1.3 Le sida

Une part spécifique des coûts d'hospitalisation est associé au sida et ainsi, indirectement, aux utilisateurs de drogues injectables, dans la mesure où cette maladie connaît une forte prévalence dans le milieu des toxicomanes usant de telles drogues. En choisissant la voie intraveineuse, laquelle permet aux substances d'être directement injectées dans le sang et donc d'agir sur le système nerveux central plus rapidement et plus intensément, les usagers de certaines drogues augmentent les risques associés à leur consommation.

Or, cette consommation par voie intraveineuse s'associe à un rite, une habitude, ou une nécessité, de partager les seringues, notamment en raison de la difficulté à en obtenir. Le caractère clandestin de la consommation a pour effet aussi de créer des sous-groupes liés par ce comportement d'usage. On assiste alors au développement de ce qu'il est convenu d'appeler des «piqueries», au sein desquelles la propagation du VIH apparaît plus rapide en raison du partage des seringues et de rapports sexuels non protégés.

La population des toxicomanes utilisant l'injection par voie intraveineuse a été très vite désignée comme une population à risque quant à la contamination par le VIH et quant à sa propagation à l'intérieur de ce milieu. Les toxicomanes sont aussi apparus comme une population à risque quant à la propagation du VIH dans la population générale, notamment parce qu'ils se prostituent pour payer leur dose quotidienne de drogue (Brochu, 1994).

Enfin, la marginalisation et la stigmatisation qui entourent les usagers de drogues illicites multiplient les difficultés pour exercer une prévention efficace et pour leur apporter les soins nécessaires.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies estime, pour 1992, à 61 le nombre de personnes mortes du sida en raison d'un usage de drogues illicites. Quant aux admissions à l'hôpital pour ce motif, on les chiffre 172 et les séjours à 3 091 jours.

2.2 Les méfaits sur le plan social

Les coûts sociaux, pris dans un sens large, sont inestimables. Pris dans un sens restrictif, on entend par coûts sociaux le coût de l'application d'un contrôle pénal à l'égard de la consommation d'un produit identifié. Ces coûts varient en fonction du degré d'intervention des acteurs pénaux, notamment lorsqu'ils doivent appliquer une loi limitant la consommation du produit ou lorsqu'ils doivent appliquer une loi interdisant la consommation d'un produit. Nous préférons parler en ce sens des coûts du contrôle social associés aux drogues.

2.2.1 Les coûts du contrôle social liés à l'alcool

Les coûts associés au contrôle social de la consommation d'alcool sont de divers ordres. Ils concernent tant la conduite en état d'ébriété que la violence ou la criminalité qui peuvent être reliées à l'alcool.

➤ *La conduite en état d'ébriété*

Nous avons déjà précisé certains méfaits de l'alcool au volant en termes de mortalité et de morbidité. Il s'agit ici de voir comment s'applique la répression à l'égard de ce comportement.

Le nombre d'infractions routières portant sur l'état d'ébriété était, en 1991, de 140 068 pour le Canada, ce qui représente un taux de 518,9 infractions par 100 000 habitants. Le Québec est une des provinces affichant le taux d'infractions routières liées à l'alcool le plus bas: il est de 364,7 alors qu'en Alberta, par exemple, il se situe à 1 288. Le taux est de 463,7 infractions pour 100 000 habitants âgés de plus de 16 ans pour le Québec, alors qu'il est de 667,9 pour l'ensemble du Canada.

Lorsqu'on s'intéresse à la nature de l'infraction, on constate que la très grande majorité d'entre elles (23 009, soit un taux de 427,8 infractions par 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus, pour le Québec) concernent la conduite avec facultés affaiblies. Les autres infractions sont la conduite avec facultés affaiblies ayant causé la mort (42 cas, représentant un taux de 0,8 par 100 000 habitants de 16 ans et plus); la conduite avec facultés affaiblies ayant causé des blessures (338 infractions, soit un taux de 6,3 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus), le refus de fournir un échantillon d'haleine (1 368 fois au Québec, en 1991, soit un taux de 25,4 par 100 000 habitants de 16 ans et plus), et enfin le refus de fournir un échantillon de sang (au Québec, en 1991, il y en a 112, soit un taux de 6,0 par 100 000 habitants de 16 ans et plus) (tableau 25).

Tableau 25 : Nombre d'infractions routières associées à l'alcool, selon le type d'infraction, et le taux par 100 000 habitants, Québec 1991

Nature de l'infraction	Infractions	Taux par 100 000 habitants	Taux par 100 000 habitants de 16 ans et plus
Conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies causant la mort	42	0,6	0,8
Conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies causant des blessures	338	4,9	6,3
Conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies, alcoolémie qui dépasse 80 mg dans le sang	23 009	336,1	427,8
Conduite d'un bateau, vaisseau ou avion avec facultés affaiblies causant la mort	3	0,2	----
Conduite d'un bateau, vaisseau ou avion avec facultés affaiblies causant des blessures	21	0,3	0,4
Conduite d'un bateau, vaisseau ou avion avec facultés affaiblies qui dépasse 80 mg dans le sang	46	0,7	0,9
Manque ou refus de fournir un échantillon d'haleine	1 368	20,0	25,4
Manque ou refus de fournir un échantillon de sang	112	1,6	2,1
Total	24 939	364,3	463,7

---- Données non disponibles

Source : Addiction Research foundation (1994). Profil canadien : l'alcool, le tabac, les autres drogues

Par ailleurs, le nombre d'admissions des personnes condamnées pour des infractions routières associées à l'alcool, aux services correctionnels provinciaux, est estimé, au Québec, pour l'année 1990-91, à 1 732, soit 15% du total des admissions dans les centres de détention provinciaux.

➤ *La violence et la criminalité associées à la consommation d'alcool*

Il est difficile de mesurer quantitativement la violence et la criminalité directement associées à la consommation d'alcool. Pourtant, on sait que le rôle désinhibant de l'alcool peut conduire certaines personnes à commettre des gestes qu'elles n'auraient pas commis à jeun. C'est à partir de l'élargissement de la *notion de risque* en épidémiologie qu'on s'est intéressé aux problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool. Il reste cependant difficile d'évaluer les niveaux de consommation qui conduisent à divers comportements violents tels la violence conjugale ou familiale, l'homicide, le suicide. Un certain nombre d'études, notamment celle de Single et Wortley (1993), montrent que le risque de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool s'accroît avec la fréquence de consommation élevée et l'enivrement. Le CCLAT a tenté de chiffrer ces coûts sociaux en estimant les coûts policiers, les coûts judiciaires et les coûts correctionnels liés aux infractions auxquelles l'alcool était associé.

Pour les coûts policiers, le CCLAT, à partir des données fournies par Statistiques Canada, calcule qu'il y a eu au Québec, en 1992, 2 215 infractions aux lois provinciales sur l'alcool, 25 449 infractions à la sécurité routière et 16 032 crimes violents pour lesquels l'alcool était une des causes principales. Au total, l'alcool est associé à 43 696 infractions donnant lieu à un rapport de police, ce qui représente 6% du total des infractions enregistrées par les corps policiers pour le Québec, en 1992.

Pour les coûts judiciaires, on peut lire dans le même rapport qu'au Québec, en 1992, 32 856 accusations judiciaires impliquaient des infractions associées à l'alcool, le tout représentant 20,2% du total des accusations judiciaires portées cette année. La répartition de ces accusations se fait comme suit : 2 503 sont des infractions relatives à une loi provinciale, 22 784 sont associées à la conduite avec facultés affaiblies et 7 569 concernent des crimes violents pour lesquels l'alcool est impliqué.

Pour ce qui est des coûts correctionnels, on estime que le pourcentage des personnes détenues en institutions carcérales de juridiction provinciale, pour des infractions liées à l'alcool, au Québec en 1992, est de 40%. Au regard de la population correctionnelle fédérale, on estime que 27% de la criminalité associée aux criminels violents peut être liée à la consommation d'alcool.

Les coûts judiciaires et pénaux associés à l'alcool paraissent donc importants. Les infractions incluant l'alcool dans leur définition dépendent de plusieurs lois: lois provinciales régissant l'accessibilité des boissons alcoolisées, *Loi sur la conduite avec facultés affaiblies*, du *Code criminel* pour ce qui est des crimes violents où on décèle la présence d'alcool. Le rapport du CCLAT estime, pour 1992, que ces infractions représentent 11,9% des infractions rapportées à la police et 29,3% des accusations que les tribunaux ont à juger.

2.2.2 Les coûts de contrôle social liés au tabac

Il n'existe à ce jour aucune donnée permettant d'estimer le coût du contrôle social engendré par l'application de lois anti-fumeurs, c'est-à-dire de lois qui interdisent de fumer dans les lieux publics à l'exception des endroits réservés à cet effet.

Par ailleurs, bien qu'on sait que l'important développement d'un marché noir de cigarettes, à la suite de la loi fédérale de surtaxation du tabac, a obligé les services de police et de justice à multiplier leurs actions pour contrer cette expansion, aucun chiffre n'est disponible pour mesurer le poids et le coût de ces actions.

2.2.3 Les coûts de contrôle social liés aux drogues illicites

Dans le cadre de cette analyse, nous sommes conduits à estimer en termes de coûts sociaux l'application des lois prohibitives, notamment la *Loi fédérale sur les stupéfiants*. Nous évoquerons la situation du Québec, pour l'année 1992, telle que l'a estimé le CCLAT dans son rapport sur les coûts de l'abus de psychotropes au Canada.

En ce qui concerne les coûts policiers, il faut distinguer les infractions relevant de la Loi sur les stupéfiants et les crimes violents pour lesquels les drogues illicites sont impliquées. L'estimation du nombre d'infractions à la Loi sur les stupéfiants est de 10 195 infractions, pour 1992, et de 4 792 pour les crimes violents. Le total des infractions associées aux drogues illicites est de 14 987, représentant 2,3% du total des infractions rapportées aux services de police, en 1992, au Québec.

Pour ce qui est des coûts judiciaires, le nombre d'accusations liées à la *Loi sur les stupéfiants* traitées par les tribunaux du Québec, en 1992, est de 16 232. Pour les crimes violents impliquant des drogues illicites, le chiffre est de 4 599. Le total des accusations associées aux drogues

illicites que les tribunaux du Québec ont eu à juger, en 1992, est de 20 831, ce qui représente 6,4% du total des accusations ainsi jugées.

Enfin, on estime à 8% de la population correctionnelle provinciale, le pourcentage de personnes condamnées pour des infractions liées aux drogues illicites. A cela doit s'ajouter tous ceux dont les délits sont liés à la présence de drogues mais dont le motif principal d'admission en prison ne rend pas compte de cette réalité.

Il peut paraître paradoxal de parler de coûts sans donner d'indices économiques, mais cette analyse est nécessaire pour montrer le poids des politiques et l'impact de la consommation de psychotropes dans la société. L'évaluation des coûts économiques est cependant nécessaire pour mieux rationaliser les dépenses et faire des projections pour l'avenir.

2.3 Les méfaits sur le plan économique

Les faits saillants du rapport du CCLAT présentent de nombreuses estimations quant au poids économique du problème des drogues.

Pour le Canada, le coût total de la consommation de drogues est évalué à 18,45 milliards de dollars, soit 2,7% du PIB, ou 649\$ per capita.

La répartition de ce montant entre les différents produits est la suivante (précisée au tableau 26) :

- ◆ pour l'alcool : 7,5 milliards de dollars, soit 1,09% du PIB ou 265\$ per capita;
- ◆ pour le tabac : 9,56 milliards de dollars, soit 1,39% du PIB ou 336\$ per capita;
- ◆ pour les drogues illicites : 1,37 milliards de dollars, soit 0,20% du PIB ou 48\$ per capita.

Tableau 26 : Répartition des coûts entre les différents produits, en milliard de \$, proportion du PIB, per capita, Canada, 1992

Produits	Milliards de dollars	Pourcentage du PIB	Dollars per capita
Alcool	7,50	1,09	265
Tabac	9,56	1,39	336
Drogues illicites	1,37	0,20	48
Total	18,5	2,70	649

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

Cette répartition montre clairement la place dominante du tabac dans les coûts associés à la consommation de psychotropes, puisqu'il représente 51,8% du total des coûts présentés. Cependant, lorsque l'on analyse la répartition des coûts en fonction de leur nature, certaines nuances peuvent être apportées. Ainsi, pour l'ensemble des substances étudiées, il apparaît que les coûts directs les plus importants relèvent du domaine de la santé puis de l'application des lois; mais ce sont les coûts indirects, plus précisément les pertes de productivité, qui sont les plus élevées. Dans les faits, en distinguant en fonction des produits, on peut apporter les précisions suivantes pour le Canada (tableau 27) :

◆ **pour l'alcool:**

les coûts directs des soins de santé se chiffrent à 1,3 milliards;
 les coûts de l'application des lois frôlent 1,4 milliards;
 les pertes de productivité atteignent 4,1 milliards;

◆ **pour le tabac:**

les coûts directs des soins de santé sont de 2,67 milliards;
 les pertes de productivité atteignent 6,8 milliards;

◆ **pour les drogues illicites:**

les coûts directs des soins de santé se chiffrent à 88 millions;
 les coûts de l'application des lois dépassent 400 millions;
 les pertes de productivité atteignent 823 millions.

Tableau 27 : Nature et montants des coûts pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, en millions de dollars, Canada, 1992

Nature des coûts	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Totaux
Coûts directs des soins de santé (total)	1 300,6	2 675,5	88,0	4 064,1
Pertes directes associées au milieu de travail	14,2	0,4	5,5	20,1
Coûts administratifs directs pour les transferts de paiement	52,3	-----	1,5	53,8
Coûts directs pour la prévention et la recherche	141,4	48,0	41,9	231,1
Coûts directs de l'application des lois	1 359,1	-----	400,3	1 759,4
Autres coûts directs	518,0	17,1	10,7	545,8
Coûts indirects : pertes de productivité	4 136,5	6 818,8	823,1	11 778,4
Total	7 522,1	9 559,8	1 371,0	18 452,9

---- Données non disponibles

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

On constate donc, que malgré le fait que le tabac semble être la substance qui coûte le plus cher au Canada en termes de santé publique, le coût des politiques, de l'application des lois, de la prévention et de la recherche concernant ses méfaits est le plus faible.

En ce qui concerne la situation du Québec, le total des coûts représente, pour le Québec, en 1992, 4,4 milliards de dollars, soit 621\$ per capita qui se répartissent de la manière suivante:

◆ **pour l'alcool :**

1,7 milliards de dollars = 1,11% du PIB = 243\$ per capita; soit 39,2% des coûts totaux de la consommation de substances psychotropes;

◆ **pour le tabac :**

2,3 milliards de dollars = 1,51% du PIB = 331\$ per capita; soit 53,3% des coûts totaux de la consommation de substances psychotropes;

◆ **pour les drogues illicites :**

330 millions de dollars = 0,21% du PIB = 47\$ per capita; soit 7,5% des coûts totaux de la consommation de substances psychotropes.

Tableau 28 : Répartition des coûts entre les différents produits en millions de dollars, en proportion du PIB et per capita, Québec, 1992

Produits	Milliards de dollars	Pourcentage du PIB	Dollars per capita
Alcool	1,7	1,11	243
Tabac	2,3	1,51	331
Drogues illicites	0,3	0,21	47
Total	4,3	2,83	621

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

La nature et le montant des coûts impartis aux différents produits donnent un aperçu des acteurs sociaux mis à contribution dans le domaine des drogues. On constate que le montant le plus élevé des coûts relève de la santé avec environ un milliard dollars, répartis de la façon suivante: un peu moins des deux tiers des dépenses (660 millions de dollars) pour le tabac; un tiers (330 millions de dollars) pour l'alcool et un peu plus du quart (21 millions de dollars) pour les drogues illicites (tableau 29). Quant aux coûts directs de l'application des lois, l'alcool arrive en première place avec 236 millions de dollars, les drogues illicites suivent avec 92 millions de dollars alors qu'aucune estimation n'est disponible pour le tabac (tableau 29).

Tableau 29 : Nature et montants des coûts pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, en milliers de dollars, Québec 1992

Nature des coûts	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Totaux
Coûts directs des soins de santé (total)	339 978	661 313	21 585	1 022 876
Pertes directes associées au milieu de travail	3 567	100	1 392	59
Coûts administratifs directs pour les transferts de paiement	14 423	----	409	14 832
Coûts directs pour la prévention et la recherche	27 364	9 930	8 511	46 005
Coûts directs de l'application des lois	236 700	----	92 200	328 900
Autres coûts directs	141 316	4 110	2 889	148 315
Coûts indirects : pertes de productivité	964 971	2 580 697	206 719	3 752 381
Total	1 738 517	3 673 860	333 705	4 318 374

---- Données non disponibles

Source : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 1996

L'analyse des coûts témoigne du fait que ni l'opinion publique, ni les politiques gouvernementales dirigent leur attention et leurs actions sur le produit qui coûte le plus cher, le tabac. Il semble, au contraire, que les regards soient tournés dans l'ordre: d'abord sur les drogues illicites, puis sur l'alcool et enfin, et beaucoup plus récemment, sur le tabac.

Deuxième partie : des actions

Après avoir dressé le portrait de la consommation de substances psychoactives et de ses méfaits, il convient de s'intéresser aux actions mises en place pour lutter contre ce phénomène désigné comme un problème social majeur dans la plupart des sociétés. Ces dernières font intervenir les acteurs sociaux les plus divers : juges, policiers, avocats, douaniers, éducateurs, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, parents, amis, employeurs... Ainsi, à la diversité du phénomène correspond une diversité d'actions aux multiples objectifs et fondements mettant en jeu de nombreux intervenants.

Devant la complexité tant du phénomène que des politiques de lutte contre ce dernier, nous croyons nécessaire, avant de s'interroger sur les stratégies les plus efficaces et les plus valides, de faire une mise au point sur les définitions des différentes stratégies, considérant que les désaccords et les confusions sont multiples quant à la qualification des interventions. La section qui suit se subdivisera donc en deux chapitres : le premier permettant de clarifier les concepts et le deuxième portant davantage sur les diverses stratégies d'un point de vue critique afin de tenter d'établir celles qui devraient prévaloir dans le contexte particulier du Québec.

Chapitre 3 - Les différentes stratégies : définitions et illustrations

Les définitions que nous donnerons des différentes stratégies, les décrivent chacune à l'état pur, c'est-à-dire non confrontée à des positions contraires. Plus tard, nous verrons quelles sont les possibilités de combinaisons de stratégies qu'il est possible d'envisager dans le cadre d'une politique globale de la drogue, et quelles sont les contradictions qu'elles peuvent apporter.

Pour l'instant, définissons les différentes stratégies de lutte contre la drogue en analysant leurs fondements, leurs objectifs et leur application au Canada, et au Québec pour certaines d'entre elles, considérant qu'il existe une certaine répartition de compétence entre le fédéral et le provincial en matière de drogues, ceci en fonction des produits. Présentée de manière caricaturale, cette répartition ferait de l'alcool «un produit provincial» et des drogues illicites un «produit fédéral» par exemple.

Nous décrirons successivement les stratégies de prévention, répressive, abolitionniste, libérale et, finalement, de réduction des méfaits.

3.1 La stratégie de prévention

«Prévenir plutôt que guérir» tel est le leitmotiv en matière de psychotropes. En effet, dans la mesure où l'on cherche à réduire la consommation des substances psychoactives, soit par l'abstinence absolue soit par le contrôle de la consommation, la stratégie préventive paraît être toute naturelle. Pour autant, tout n'est pas prévention, il est dès lors nécessaire en premier lieu de définir ce concept afin d'identifier par la suite ce qui relève véritablement de cette stratégie.

A la question : «qu'est ce que de la prévention?», nombre de personnes répondront, de manière intuitive, qu'il s'agit du contraire de la répression. Mais, un survol de la littérature, témoigne de la difficulté de définir de manière aussi claire et précise, la prévention (Bassin, 1994), d'autant que les auteurs qui traitent de prévention ne s'efforcent pas toujours de préciser ce dont ils parlent. Nous tenterons ici de clarifier ce concept afin de minimiser les confusions entre les différentes stratégies d'intervention à l'étude. Une des premières confusions fréquemment rencontrées concerne le but de la prévention, l'action sur l'offre au moyen de contrôles ou l'action sur la demande au moyen de l'éducation. Nous pensons que la théorie du contrôle n'a guère de place dans la stratégie préventive dans la mesure où, d'une part, elle est fondée sur la dissuasion et, d'autre part, elle a un effet sur la disponibilité des produits, non pas directement sur la consommation.

La prévention est une mesure d'anticipation qui vise:

- 1) à réduire les risques de survenue d'un événement fâcheux ou d'une situation;
- 2) à en atténuer au maximum les effets si toutefois un événement ou une situation semblable se produit.

Dans le premier cas, les mesures sont prises avant que le fait ne se produise alors que dans le second cas, l'événement ou la situation s'est déjà produit. La prévention a alors pour objet d'en atténuer les répercussions (Torjman,1986).

Partant de cette définition, il est possible de montrer que les interventions préventives s'établissent sur un continuum, où l'on distingue des mesures primaires, secondaires et tertiaires. Nous tenterons de définir les trois formes de prévention, distinguées de manière classique, puis à mettre en lumière les objectifs sous-jacents à ces diverses démarches préventives, et de voir enfin les applications concrètes réalisées au Canada et au Québec en la matière.

3.1.1 Les trois formes de prévention

La prévention primaire correspond à toute mesure qui cherche à limiter **l'incidence**, c'est-à-dire qui vise l'évitement de l'apparition d'un problème jugé indésirable. Elle se caractérise par le fait qu'elle s'adresse à un nombre important d'individus, voire à la population générale. Elle peut cependant concerner des populations dites à risques, par exemple, principalement les jeunes ou les personnes âgées. Elle doit intervenir avant l'apparition du problème jugé indésirable. Elle doit se fonder sur une très bonne connaissance du phénomène afin d'être la plus efficace possible.

La prévention secondaire correspond à toute mesure destinée à diminuer la **prévalence** d'un problème dans une population en évitant qu'il ne se répande ou qu'il ne se s'aggrave chez les personnes déjà affectées. On utilise alors le dépistage pour une identification précoce des personnes en difficulté et un traitement dans le cadre d'interventions précoces auprès des personnes qui en ont besoin.

La prévention tertiaire vise à limiter les conséquences, c'est-à-dire à réduire **la prévalence des incapacités chroniques** pour les personnes atteintes. Elle se confond généralement avec l'intervention curative qui correspond au traitement.

Appliquées à la consommation de substances psychoactives, la prévention primaire serait celle qui intervient avant tout usage abusif, la prévention secondaire pendant les premiers stades de consommation abusive, et la prévention tertiaire lorsque la dépendance au produit fait partie intégrante de la vie de la personne.

3.1.2 Les objectifs de la stratégie préventive

Il est certain que toutes les mesures préventives prises en regard des substances psychotropes s'inspirent largement du travail effectué en santé publique. A cet égard, la prévention de la consommation de drogue touche d'abord et avant tout l'aspect collectif de la santé. On doit cependant distinguer les interventions qui ont pour objectif la promotion de la santé (au plan collectif) de celles qui visent le recouvrement de la santé (au plan individuel).

➤ *La promotion de la santé*

Nous avons déjà évoqué les difficultés d'établir les frontières concernant la prévention de la consommation des psychotropes, notamment parce que celle-ci peut se confondre avec une prévention générale en matière de santé publique. Toutefois, considérons que l'objectif de promotion vise ici strictement la consommation de substances psychoactives et non pas de la santé publique dans son ensemble.

Cadrant avec cet objectif, il s'agit généralement de montrer qu'une consommation excessive nuit à la santé, mais aussi, parfois, que le bien-être individuel ne saurait dépendre d'une consommation même modérée de psychotropes. Derrière cet objectif général de prévention, il ne faut pas douter de la présence d'une certaine forme de morale, parfois qualifiée de puritaine, selon laquelle l'homme n'a pas besoin d'artifices pour conquérir sa santé et son bonheur. Cette idée, encore véhiculée aujourd'hui, n'est cependant pas majoritaire. La position actuelle semble plutôt considérer que l'intoxication et non la simple consommation nuit à la santé et donc au bonheur.

Pour parvenir à la promotion de la santé, et surtout la maintenir voire l'améliorer, diverses mesures sont envisagées et parfois mises en oeuvre, lesquelles s'appliquent sur un plan individuel soit sur un plan collectif. Pour l'individu, les actions portées sont d'abord éducatives et visent l'acquisition de manière générale de «bons réflexes» de santé. Certaines, plus proches des personnes, visent le développement d'habiletés individuelles permettant de s'éloigner des substances psychoactives. Au plan collectif, les mesures envisagées portent davantage sur l'environnement telle, la réduction du stress.

➤ *Le recouvrement de la santé*

Si la promotion de la santé relève généralement de mesures de prévention primaire, le recouvrement de la santé s'associe davantage à la prévention secondaire et tertiaire puisqu'il s'agit de donner la possibilité à un individu qui connaît un problème de consommation d'être aidé afin d'y mettre fin. Il s'agit en fait de soigner l'individu qui connaît un problème de consommation et de lui apprendre comment vivre sans cette consommation ou en se limitant à une consommation restreinte.

3.1.3 Les programmes de prévention au Canada et au Québec

Nous devons d'ores et déjà signaler que nous ne pourrions pas présenter tous les programmes développés ici et là. Nous en retiendrons seulement quelques-uns, distingués selon la typologie classique : primaire, secondaire et tertiaire, pour l'alcool, le tabac, les drogues illicites et les drogues licites.

➤ *La prévention primaire*

La prévention primaire se caractérise par une intervention antérieure à une consommation ou à une consommation excessive. A cet égard, le statut du produit - licite ou illicite - détermine actuellement, de manière générale, le but visé par la prévention, soit l'abstinence totale ou la consommation modérée.

En ce qui a trait à l'alcool, les programmes ayant un objectif de promotion de la santé sont nombreux et touchent une multitude de milieux: scolaire, médiatique, familial, de travail...

Il est intéressant d'analyser la prévention de la consommation d'alcool puisque le discours entourant ce produit oscille entre un jugement positif attaché au plaisir de vivre et un jugement négatif qualifiant l'alcool de néfaste pour la santé. Il est alors facile de distinguer les programmes de prévention s'alliant à la première idéologie (qui visent généralement la modération dans la consommation d'alcool) de ceux se rattachant à la seconde (qui prônent l'abstinence). Cette réalité montre à quel point le jugement social sur un produit est relatif et dépend davantage de l'idéologie présente dans la société que du produit lui-même. C'est d'ailleurs pourquoi, avant tout jugement de valeur sur une stratégie, il convient de la contextualiser.

Nous évoquerons ici le travail réalisé par **Educ'alcool**, organisme indépendant qui relaie la politique gouvernementale établie en matière de consommation d'alcool, en diffusant et en organisant l'éducation des Québécois autour de cette question (Guy, 1988). Les fondements de l'intervention d'Educ'alcool sont la **responsabilisation individuelle** et la **recherche d'autonomie** devant mener à la maîtrise de la consommation d'alcool. Les messages diffusés ne sont donc pas du type «pas d'alcool» mais plutôt «**la modération a bien meilleur goût**». Le Québec n'a donc pas répondu au mouvement néo-prohibitionniste qui prône l'abstinence sur la base que toute consommation d'alcool a des effets néfastes sur la santé et sur l'individu. La prévention réalisée par cet organisme est essentiellement primaire, puisqu'elle s'adresse à la population québécoise dans son ensemble, avec un accent particulier mis sur les jeunes, en montrant comment «bien consommer».

En ce qui a trait à la consommation de drogues illicites, la prévention primaire est un peu particulière puisque la consommation de ces produits est interdite. Elle agit donc comme relais de la stratégie répressive avec cette fois le même objectif d'éradication de toute consommation de ces produits illicites. On cite à ce chapitre les programmes de type «**Dites simplement non**» (*Just say no*) où on tente d'apprendre aux jeunes à refuser toute proposition de consommation, considérant que la période d'adolescence est une période propice à l'expérimentation, à la transgression d'interdits et à la pression des pairs. Mais ces programmes ne semblent pas donner

les résultats escomptés, notamment parce qu'ils ne cherchent pas à responsabiliser l'individu mais simplement à s'assurer que celui-ci prenne le bon chemin (Low, 1988).

➤ *La prévention secondaire et tertiaire*

Nous présenterons sous cette même rubrique certains programmes de prévention secondaire et tertiaire développés au Canada et au Québec considérant que peu d'éléments les distinguent. Nous porterons une attention particulière aux programmes de dépistage précoce.

Nous avons évoqué déjà le fait que les préventions secondaire et tertiaire s'orientaient vers la rééducation par le traitement. Le rapport du ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (1992) portant sur *l'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et autres toxicomanies* procède au recensement des programmes adoptant une telle orientation et en présente une évaluation.

Sans les énumérer tous, nous pouvons inscrire à ce chapitre des programmes visant les automobilistes arrêtés en état d'ébriété, des programmes implantés en milieu de travail et des programmes proposés par des établissements de santé et de services sociaux.

Les premiers sont en général imposés à la personne qui a conduit avec des facultés affaiblies. Il s'agit de conscientiser et responsabiliser la personne contrevenante au danger que présente l'alcool au volant. Une évaluation de ces programmes a été réalisée par Chamberland (1989) pour le compte du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux.

Lorsqu'on pense aux programmes offerts en milieu de travail, on a souvent en tête les programmes d'aide aux employés (PAE) qui sont l'oeuvre de la direction de l'entreprise. Ceux-ci sont toutefois concurrencés par les programmes mis en place par les syndicats de travailleurs grâce à un réseau de délégués sociaux. Savoie (1989: 113) définit les PAE émanant de la direction de la manière suivante:

Tout programme systématique et planifié en vue d'assurer une assistance professionnelle aux employés qui éprouvent des problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de drogues, qui sont affectés par des troubles d'ordre émotifs, ou qui traversent une période de crise (matrimoniale, familiale, financière ou légale) dont l'effet est de perturber leur rendement au travail.

Cette définition marque l'objectif ultime des PAE, qui vise à ce que la personne redevienne un «bon travailleur». Le fondement des programmes offerts par le réseau des délégués sociaux se rapproche davantage de l'idée de solidarité que de rendement :

L'idée directrice qui inspire l'action syndicale en matière d'aide aux employés est de respecter la dignité des personnes et de les soutenir et les accompagner dans une démarche de réadaptation. Il s'agit d'une aide d'égal à égal qui n'est pas fondée sur un lien d'autorité ou sur le rapport de spécialiste à patients. Les délégués sociaux ne sont ni des thérapeutes, ni des sauveteurs (Sylvestre et Rhéaume, 1994: 380).

Les programmes offerts dans les établissements de santé et de services sociaux cherchent, pour leur part, à accroître la participation des médecins de famille dans le dépistage, estimant que plus un toxicomane est décelé rapidement, plus il est facile de le «soigner».

Les programmes de traitement et de réadaptation ont pour ultime objectif de «soigner» la dépendance aux psychotropes. Ils prennent place ordinairement dans des centres non médicaux créés à cet effet ou des organismes communautaires d'entraide, les traitements étant dispensés à l'interne ou à l'externe. Il existe à ce titre une multitude de programmes présentant des objectifs différents, des façons de faire différentes et des organisations différentes, le tout visant à mieux répondre aux multiples besoins des toxicomanes.

On peut citer comme exemples de programmes inscrits à cette enseigne ceux qui relèvent de la pharmacothérapie, c'est-à-dire qui comportent l'administration d'une drogue substitut pour aider à régler la dépendance (certains programmes de traitement à la méthadone s'inspirent de cette technique d'intervention); et d'autres programmes plutôt fondés sur le «*counselling*» ou la psychothérapie, qu'il s'agisse de thérapies communautaires, de stratégies comportementales ou de groupes d'entraide dont le plus célèbre est sans nul doute le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA).

Au terme de cette analyse de la stratégie préventive, il nous faut préciser que cette dernière s'associe à la politique régissant la consommation des produits psychotropes, car prévenir c'est aussi contenir, même si les moyens employés par cette stratégie diffèrent de ceux de la stratégie que nous allons maintenant analyser, soit la stratégie répressive.

3.2 La stratégie répressive

La stratégie répressive est diversifiée. Ceci est rendu nécessaire car elle porte sur l'ensemble des produits psychotropes connus. Elle varie donc, en fonction du statut du produit, d'une interdiction absolue de consommer à une interdiction relative touchant plus spécifiquement certaines personnes, certains lieux... Une telle stratégie peut aussi constituer un moyen de lutter contre certains effets d'une consommation. Elle se caractérise généralement par le fait qu'elle est inscrite dans des lois ou règlements et qu'elle s'accompagne de sanctions en cas de non respect des obligations ou des interdits légaux.

Il faut toutefois faire ici une mise en garde : la répression ne signifie pas strictement ou uniquement l'utilisation du droit pénal à des fins de contrôle. D'une part, il existe de nombreuses sanctions non pénales qui sont pourtant de l'ordre du répressif ; d'autre part, de nombreuses lois ont été développées pour réglementer l'offre des produits psychotropes, lois qui ont un effet contrôlant sur la consommation en ce qu'elles réduisent l'accessibilité des produits. Il nous faut donc ici tenir compte non seulement des mesures pénales mais aussi de celles qui relèvent de l'administratoirépressif.

Dresser le portrait le plus exhaustif possible des diverses lois et réglementations servant à contrôler la distribution et la consommation de produits psychotropes implique que l'on s'intéresse aux mesures répressives concernant les produits illicites, aux mesures répressives s'appliquant aux produits licites et, finalement, à celles qui touchent les effets de la consommation, ce que nous ferons.

3.2.1 Les mesures répressives relatives aux drogues illicites

Au moment d'aborder la question de la répression à l'égard de produits illicites, il faut avoir en tête que cette répression s'associe à une prohibition absolue des produits. Or, l'histoire des prohibitions est longue et sinueuse que ce soit concernant l'alcool, le tabac ou l'opium. La prohibition, quelque soit le produit visé, repose sur un principe d'une simplicité extrême : **la suppression de l'offre du produit par voie d'interdiction générale et absolue** (Caballero, 1988). Les lois et réglementations exigent à ce titre que les produits soient d'abord classés comme produits interdits, classement qui a pour effet de les rendre illicites que ce soit en termes de consommation, de fabrication, de commercialisation ou d'importation, sauf dans des cas expressément prévus. Le particularisme du droit de la drogue en ce domaine se trouve dans le fait que le classement est à la fois international, dans le cadre de la *Convention Unique de 1961* qui remplace tous les classements internationaux antérieurs; et national, dans le cadre, pour le Canada, notamment, de la *Loi sur les stupéfiants* qui classe la cocaïne, l'héroïne, le PCP, l'opium et le cannabis, comme produits illicites.

➤ *Les fondements des mesures répressives relatives aux produits illicites*

L'analyse de Caballero (1988) met en lumière deux fondements sous-tendant les systèmes prohibitionnistes développés pour résoudre le problème des drogues, soit un fondement moral et un fondement sociosanitaire. Mais au-delà de ces deux fondements, entre en scène une troisième justification, laquelle découle de la conception d'un " État transcendant ".

Le fondement moral semble issu des croyances protestantes selon lesquelles, l'abstinence est un idéal de vertu, donnant par la même occasion une explication au rôle majeur tenu par les américains dans le développement de législations prohibitives et répressives, tant sur un plan national qu'international.

Le fondement sociosanitaire découle de la responsabilité de l'État vis-à-vis de la santé publique, laquelle s'est développée au point de justifier la création d'une mission particulière en matière de prévention de l'abus des drogues, mais aussi de toute consommation, en s'appuyant sur des thèses telles celle de l'épidémie et celle de l'escalade.

Finalement, le fondement le moins critiquable demeure celui qui s'arrime à une conception de l'État responsable des lois régissant le fonctionnement de la société. En effet, bon nombre d'auteurs s'accordent pour justifier l'intervention de l'État dans le domaine de la drogue, en faisant valoir que le rôle de l'État est de protéger les individus, notamment contre eux-mêmes :

Si l'on croit à la solidarité des hommes, à l'aspect éducatif de la norme pénale, il est impossible de se désintéresser du devenir personnel de chaque membre de la Communauté vivant sous la protection du droit (Franchimont, 1972:169).

Cette idée conduit l'État à intervenir lorsqu'il y a un danger pour la société et/ou pour l'individu (Kopp, 1994). À cet égard, l'analyse des débats parlementaires et des diverses commissions

créées pour étudier le problème de la drogue⁴ fait toujours apparaître en justification de l'intervention cette conception de l'État, garant d'un ordre public élargi. Cette conception de l'État, si elle est valable, correspond cependant à une idée d'un État très interventionniste qui ne sied pas à toutes les perspectives politiques.

Malgré l'existence de ces fondements plus ou moins critiqués, la stratégie répressive demeure la plus courante dans le champ des drogues, comme si la nature même du problème exigeait une telle réponse, considérant qu'elle est la seule capable de parvenir aux objectifs que nous allons énoncer.

➤ *Les objectifs des mesures répressives relatives aux produits illicites*

Nous avons déjà mentionné que l'utilisation de la prohibition relevait d'une volonté d'éradication des produits dits illicites. Diabolisant les produits en prétendant qu'ils sont dangereux tant pour la société que pour la personne qui consomme, les mesures répressives tendent aussi à discréditer les personnes en contact avec ces produits, soit en tant qu'usagers soit en tant que vendeurs. Mais, devant le maintien d'une certaine disponibilité des produits résistant à tout contrôle de passage, on assiste, depuis les années 1980, à un mouvement, issu des États-Unis, d'accroissement de la répression par l'augmentation des sanctions et le développement de législations d'exception (par exemple en matière de garde à vue, de perquisition, d'infiltration policière..) jusqu'à parvenir à ce qu'on appelle le «*War against drugs*», stratégie élaborée en vue de mettre fin au «fléau du siècle».

➤ *La nature des mesures répressives relatives aux produits illicites*

Si le droit de la drogue est à la fois international et national, il reste au plan pénal totalement national, respectant en cela le principe de souveraineté de chaque État en matière de politique pénale⁵.

De compétence fédérale, la répression des drogues illicites se trouve consignée principalement dans deux lois : la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les aliments et drogues*. La première porte sur les produits illicites tels la cocaïne, l'héroïne, le cannabis, les opiacés... La seconde régit surtout la distribution des produits pharmaceutiques mais comporte aussi une section sur l'usage non médical de ces produits. Nous l'étudierons donc plus tard lorsqu'il sera question des produits licites.

La *Loi sur les stupéfiants* définit six infractions majeures en matière de drogue: possession simple, trafic, possession en vue de faire du trafic, culture d'opium ou de cannabis, importation

⁴ On peut citer, par exemple, les rapports de la Commission Le Dain, au Canada (1972), de la Commission Pelletier (1978), en France, puis de celle de Trautman (1989)...et l'excellent travail de sociologie pénale de Bernat de Célis, sur le processus de création de la loi réprimant l'usage de drogues, notamment lorsqu'elle étudie le travail des différents groupes de pressions (Bernat de Célis, 1992). *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants?*. Paris, CESDIP, n°54.

⁵ La seule exception historique à ce principe concerne le crime contre l'humanité et le tribunal de Nuremberg, infraction qui semble aujourd'hui donner un nouvel élan à une politique pénale internationale, d'autant que certains états semblent penser qu'en matière de drogues, la simple coopération policière ne suffit plus et qu'il faudrait aller de l'avant quant à une politique pénale des drogues qui soit internationale.

ou exportation de drogue, et acquisition délibérée par voie d'ordonnances multiples par suite de consultations auprès de plusieurs médecins. Elle ne fait par ailleurs pas de distinction entre les produits, ce qui signifie que les mêmes conséquences sont encourues pour un délit impliquant du cannabis et un délit impliquant de l'héroïne.

Au Canada, il existe deux procédures de jugement, soit la procédure de traitement par voie sommaire de mise en accusation et la procédure d'accusation criminelle en tant que telle, laquelle s'applique pour tous les cas où l'infraction est considérée comme un acte criminel. Certains délits, comme la possession ou l'acquisition de multiples ordonnances, constituent des délits dits mixtes c'est à dire qu'il revient au ministère public le choix d'en traiter selon l'une ou l'autre voie d'incrimination. Les sanctions encourues pour ces différents délits sont présentées au tableau 30, lequel précise les modalités de traitement prévues selon que la situation est considérée comme une infraction punissable par voie sommaire de déclaration de culpabilité ou comme un acte criminel.

Tableau 30 : Les infractions de la Loi sur les stupéfiants et leurs sanctions maximales

Délit	Peine maximale
Possession <ul style="list-style-type: none"> • procédure sommaire • premier délit • délits subséquents • mise en accusation 	6 mois et amende de 1 000\$ 1 an et amende de 2 000\$ 7 années
Trafic <ul style="list-style-type: none"> • mise en accusation 	perpétuité
Possession en vue de trafic <ul style="list-style-type: none"> • mise en accusation 	perpétuité
Culture <ul style="list-style-type: none"> • mise en accusation 	7 années
Importation et exportation <ul style="list-style-type: none"> • mise en accusation 	7 années
Ordonnances multiples <ul style="list-style-type: none"> • procédure sommaire • premier délit • délits subséquents • mise en accusation 	6 mois et amende de 1 000\$ 1 an et amende de 2 000\$ 7 années

Source : adapté de Addiction Research Foundation (1994). Profil canadien, l'alcool, le tabac et les autres drogues

En dehors de la *Loi sur les stupéfiants* et de la *Loi sur les aliments et les drogues*, d'autres articles de lois fédérales peuvent être cités en rapport aux drogues illicites. Ainsi, de nouvelles dispositions du *Code criminel* rendent illégales l'importation, l'exportation, la fabrication, la promotion ou la vente de matériel ou d'écrits incitant à la consommation des drogues illicites. D'autres dispositions du *Code criminel* tentent de porter atteinte au blanchiment de l'argent de la drogue en rendant illégale toute acquisition obtenue ou action posée au moyen de cet argent «sale».

La répression face aux drogues illicites est certes la plus sévère en termes de sanctions et celle dont on parle le plus. Les drogues illicites ne sont cependant pas les seuls produits psychotropes à être contrôlés même si le droit pénal se fait plus discret en ce qui a trait aux drogues licites.

3.2.2 Les mesures répressives relatives aux drogues licites

Les mesures répressives concernant les drogues licites diffèrent de celles vues auparavant puisque ici l'usage, la promotion et le commerce sont admis socialement. Elles se distinguent aussi selon la fonction récréative ou utilitaire associée au produit. Nous analyserons donc successivement les fondements, les objectifs et la nature des mesures répressives liées aux drogues licites, en distinguant ces drogues selon qu'elles sont utilisées à des fins récréatives ou à des fins utilitaires.

➤ *Les fondements des mesures répressives*

En ce qui a trait aux drogues utilisées à des fins récréatives, il faut distinguer la législation relative à l'alcool de celle touchant les produits du tabac. En effet, la législation sur l'alcool cherche à contrôler l'offre de produits en vue de protéger certaines personnes en particulier, et à favoriser le développement d'une consommation modérée. Le fondement serait ici plus sanitaire que moral et chercherait à éviter l'acquisition de mauvaises habitudes par les jeunes en matière de consommation d'alcool. La législation répressive sur le tabac tente, quant à elle, de protéger à la fois certains usagers et l'ensemble des non usagers.

De manière générale, pour les drogues utilisées à des fins récréatives, la réglementation répressive vise à obtenir un rationnement direct ou indirect de l'offre du produit ou de sa consommation afin d'éviter les effets d'une consommation non contrôlée. Un regain de moralité semble surgir lorsqu'il s'agit de réprimer l'ivresse publique qui fait l'objet à la fois de règlements municipaux et de lois provinciales. Reste que la réglementation des drogues récréatives est d'abord et avant tout de compétence provinciale. Aussi, les explications fournies ultérieurement concerneront-elles essentiellement le Québec, notamment parce que cette province fait preuve de particularisme en matière de réglementation de telles substances.

En ce qui a trait aux drogues remplissant des fins utilitaires, le fondement de leur contrôle est quelque peu différent puisqu'il s'agit de respecter les fins médicales du produit tout en contrôlant l'offre des substances, mais aussi les usages qu'on en fait afin de limiter les détournements possibles et la surconsommation. Ainsi, si la démarche répressive adoptée pour les drogues utilisées à des fins récréatives est essentiellement fondée sur un intérêt sanitaire, concernant les drogues remplissant des fins utilitaires, le fondement est double : d'une part, il est aussi sanitaire puisqu'il vise la bonne médication des personnes et, d'autre part, il est économique, puisque c'est à la collectivité que revient ultimement la facture de l'abus de médicaments dont le remboursement est prévu à l'intérieur des régimes d'assurance-maladie.

➤ *Les objectifs des mesures répressives*

Les objectifs des mesures répressives concernant les drogues sont d'ordres divers mais s'analysent tous comme une volonté d'exercer un contrôle sur les consommations non autorisées des produits.

Or, si en matière de drogues illicites, la sanction constitue la répression du non respect d'un interdit, ici la sanction vise la répression du non-respect d'obligations légales. Il est ainsi très rare que la personne qui fasse l'objet de la sanction soit l'usager. Au contraire, l'acteur blâmé est plus généralement celui dont le métier est plus ou moins directement rattaché à l'offre du produit, soit le distributeur d'alcool, le fabricant ou le vendeur de médicaments... De sorte que les mesures répressives que l'on retrouve ici sont plutôt de nature administrative.

Les objectifs derrière ces mesures administratoremment répressives sont multiples: protection des personnes dont la capacité de jugement n'est pas suffisante pour les amener à consommer de manière modérée (les mineurs, les personnes souffrant de handicaps mentaux, et les personnes dans un état d'ébriété avancé, par exemple); contrôle des lieux de vente (établissement d'une cartographie des débits de vente d'alcool pour maîtriser le volume de consommation ainsi que ses

effets); contrôle de la promotion des produits pour éviter le dérapage de l'usage de ceux-ci; réduction voire élimination des effets de la consommation sur les non usagers; promotion d'une consommation raisonnable pour les drogues récréatives, et utile pour les autres produits.

➤ *La nature des mesures répressives*

De nombreuses distinctions doivent ici être établies en fonction des législations et des produits pris en compte. Nous verrons les mesures portant sur la publicité, puis celles réglementant la consommation, la taxation des produits et, finalement, la réglementation des médicaments.

Considérant que la publicité a une influence énorme sur le comportement des gens, **la réglementation de la publicité** s'est accrue au cours des dernières décennie, ceci dans le but de lutter contre une trop forte promotion des boissons alcoolisées et du tabac.. Il est pourtant difficile de mesurer l'impact des restrictions apportées à cette publicité en raison notamment de l'ingéniosité des publicitaires à faire de la promotion indirecte. Il semble toutefois que la réglementation soit respectée dans sa forme directe même si la publicité sur les bières apparaît très largement répandue au Québec. En outre, cette réglementation distingue les interdits en fonction du support médiatique en cause. Ainsi, si la promotion du tabac est totalement interdite à la télévision et à la radio, elle est tolérée dans les journaux. En ce qui concerne le tabac, les dernières mesures mises en place portent sur l'obligation d'apposer sur chaque paquet de cigarettes un message d'avertissement indiquant les effets nocifs du produit. Pour l'alcool, le message transmis par les différents média porte davantage sur la modération. Cette distinction témoigne d'une attitude sociale aujourd'hui différente envers le tabac et l'alcool, dans la mesure où, bien que tous deux licites, ces produits ne subissent pas le même contrôle de consommation : pour l'un, la consommation modérée est tolérée, tandis que pour l'autre, toute consommation est dénigrée. Ainsi, non seulement, les compagnies fabriquant ou commercialisant l'alcool ou le tabac ne peuvent pas faire librement de la publicité mais elles sont en outre obligées de faire de la «contre-publicité».

La réglementation de la consommation vise la réduction de l'accessibilité des produits et s'établit autour de deux pôles: d'une part, l'âge autorisé pour consommer tant de l'alcool que du tabac est clairement défini; d'autre part la vente des boissons alcoolisées et, de plus en plus, des cigarettes est strictement contrôlée. Le Québec apparaît comme une des provinces les plus libérales en la matière puisque l'âge légal pour se procurer de l'alcool est de 18 ans, alors qu'ailleurs il faut généralement avoir 19 ans. Concernant la cigarette aucun âge légal régissant la possibilité de se procurer le produit n'a encore été arrêté (on en discute néanmoins la possibilité). La position du Québec ne semble pas avoir affecté la consommation d'alcool des jeunes puisqu'elle demeure une des provinces où la consommation est la plus basse (voir première partie).

En ce qui concerne le contrôle de la vente des boissons alcoolisées, il faut distinguer la vente dans les établissements licenciés de la vente en général. Le Québec fait encore ici preuve de libéralisme puisque les établissements licenciés jouissent de larges périodes d'ouvertures, pouvant s'étendre jusqu'à trois heures du matin, alors que dans d'autres provinces la vente d'alcool se termine à une heure. De plus, la vente en général se fait tant dans les magasins de la Société des alcools, organisme gouvernemental, que dans les épiceries pour le vin (produits sélectionnés) et la bière. Or, les longues périodes de vente et la multiplication des endroits de

vente n'ont pas mené à constater une augmentation de la consommation d'alcool au Québec si bien qu'on pourrait en conclure que c'est moins la réduction des occasions que l'éducation à une consommation modérée qui est à l'origine du contrôle de la consommation d'alcool par ailleurs constatée.

Il n'en demeure pas moins que des interdits existent au Québec, tels la vente après trois heures dans les établissements licenciés, ou 23 heures dans les magasins, et que leur non-respect entraîne des sanctions. Ces dernières ne sont pas toujours de nature pénale et relèvent même le plus souvent de l'administratif, cependant, il faut comprendre qu'il s'agit peut-être de sanctions encore plus sévères qui semblent à ce titre être dissuasives. Ainsi, pour un établissement, se faire retirer son permis d'alcool pour un temps limité ou permanent en raison de ventes illégales (ventes en dehors des heures d'ouvertures, à des personnes mineures, à des personnes déjà en état d'ébriété avancé...) constitue une sanction déterminante dans la mesure où le commerçant perd quasiment toute possibilité de faire commerce. Un bar qui ne peut plus vendre d'alcool devient rapidement un bar sans clients. Ces formes de sanctions, bien que non pénales, ont ainsi un tel effet que, la plupart du temps, les obligations légales et les interdits sont respectées.

Le contrôle des lieux de consommation se développe aujourd'hui aussi pour le tabac puisqu'il existe une interdiction générale du droit de fumer dans tous les lieux publics sauf dérogation expresse. Ces interdictions sont justifiées par le fait que le tabac constitue une nuisance pour les personnes non fumeuses et, qu'à ce titre, il faut les protéger en limitant les endroits où il est possible de fumer. Actuellement, l'Ontario se livre à de multiples propositions tendant à élargir les interdictions de fumer, comme par exemple dans tous les restaurants ou tous les bars. Il faut cependant faire attention à la simplicité de ces mesures. En effet, d'une part il n'est pas certain qu'il soit nécessaire de développer d'autres réglementations: il conviendrait peut-être d'abord de faire appliquer celles existantes. D'autre part, si le développement de lieux clandestins de consommation apparaît comme un risque, le déplacement vers la consommation d'autres produits, tolérés en public, risque aussi de s'accroître. Enfin, faire des parias, des fumeurs, en les stigmatisant et en les contraignant à se regrouper dans des lieux où ils peuvent s'adonner à leur «vice» risque de causer des fractures sociales dont il est difficile de mesurer les conséquences d'autant que les fumeurs sont en général des polyconsommateurs. Imaginer un bar sans tabac - ou plutôt tous les bars sans tabac comme semble le suggérer la proposition ontarienne - paraît assez insensé. En outre, à trop vouloir mettre l'accent sur une consommation, on risque d'en oublier les autres. Les sociologues ont pu montrer que le déterminant le plus important en termes de consommation ne dépend pas tant du produit que de son statut et de l'usage qu'il en est fait. Si fumer une cigarette devient aussi matière à caution que de fumer un «joint», l'apparition de consommations clandestines est à prévoir.

Une autre politique répressive réside dans **la taxation des produits** dans le but de rendre leurs prix prohibitifs. Répressives, ces mesures le sont puisqu'elles interdisent à une partie non fortunée de la population de consommer. De nature administrative, ces mesures permettent à l'État d'obtenir des revenus substantiels sous couvert de politiques «vertueuses». Cormier, Brochu et Bergevin (1991) s'interrogent à cet égard sur les motivations des gouvernements à multiplier les taxes sur l'alcool et le tabac, et croient y déceler parfois le retour d'une certaine forme de prohibition. Or, on sait bien que le prix de vente de l'alcool ou du tabac ne correspond en rien aux coûts de production de ces produits mais qu'il est davantage le fait des différentes taxes leur étant appliquées. S'il s'agit à première vue d'un moyen facile pour l'État de garnir ses

coffres, on a tôt fait de noter qu'une trop forte taxation déplace les ventes vers le marché noir, comme on a pu le constater au Canada, en 1991, avec la nouvelle politique des taxes appliquées aux cigarettes, politique rapidement abandonnée. En effet, le calcul coût / bénéfice est rapidement établi : il vaut mieux recueillir moins de taxes issues de la vente légale d'un produit offert à prix compétitif que de tabler sur l'entrée de plus taxes potentielles lesquelles seront détournées par l'apparition de ventes illégales mais par trop profitables pour le consommateur.

Il nous faut enfin aborder la question de **la réglementation des médicaments**. L'existence des ordonnances peut être en soi une mesure répressive puisqu'elle exige la présence et l'avis d'un professionnel pour déterminer les produits et la quantité à consommer. La réglementation commence ici par l'enregistrement du produit en vente libre ou en vente restreinte. Là aussi la publicité fait l'objet de réglementation, notamment parce que la consommation du produit doit être associée à des fins utiles et non pas récréatives. Mais, les obligations les plus importantes concernent les vendeurs, soit les pharmaciens qui sont contraints de ne vendre que les médicaments prescrits par le médecin et d'informer les acheteurs de la nature médicale des produits. En outre, il semble qu'aujourd'hui avec l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments d'origine étatique, ceux-ci auront un rôle à jouer dans le contrôle des ordonnances multiples et de la pharmacodépendance.

En somme, au terme de cette analyse des mesures répressives à l'égard des drogues licites, on aura constaté que si la réglementation n'est pas toujours à première vue répressive, elle l'est cependant en ce qu'elle entraîne des obligations légales. Il faut en outre remarquer que lorsque la réglementation dépend d'un organisme provincial, nous pensons ici à la Société des alcools, elle semble plus proche des besoins spécifiques de la population et ne pas abuser de réglementations superflues. Au contraire, la nature dissuasive des obligations édictées rendrait le contrôle de la consommation des produits beaucoup plus efficace.

3.2.3 Les mesures répressives à l'égard des effets des consommations

Depuis le développement de la conduite automobile, il semble qu'une des préoccupations principales à son endroit porte sur la sécurité routière, et donc sur les facultés pleines et entières du conducteur à diriger son automobile. L'alcool au volant apparaît encore comme un fléau social majeur notamment parce qu'il frappe parfois mortellement, surtout les jeunes. Nous avons pu voir, dans l'analyse des coûts sociaux, le poids de l'alcool au volant. Aussi les réglementations se sont-elles multipliées pour lutter contre ce phénomène. Nous en analyserons les fondements, les objectifs ainsi que la nature des mesures prises pour tenter de l'enrayer.

➤ *Les fondements de la répression de l'ivresse au volant*

Il est certain que la principale motivation à l'origine des lois réprimant l'alcool au volant relève de la protection de la société, et donc de l'ordre public. Ainsi, la définition d'un état alcoolique, à 0,08gr d'alcool pour un litre de sang tente de montrer qu'à cette limite la personne n'est plus en état de réaliser certaines actions, notamment celle de conduire sans risques pour les autres et pour soi-même. La conduite en état d'ébriété est vue comme un réel danger social. C'est pourquoi, les réglementations se multiplient et se durcissent à l'égard de ce fléau.

Un autre fondement indirect pourrait être moral et viserait la réduction de la consommation d'alcool ; mais ceci est incertain.

➤ *Les objectifs de la répression de l'ivresse au volant*

Le premier objectif de la répression de l'ivresse au volant concerne la réduction du nombre de morts sur les routes dans des accidents où l'ivresse est présente. Il s'agit de réduire le nombre de blessés et de morts pouvant être reliés à l'alcool au volant.

➤ *La nature des mesures*

La réglementation de la conduite en état d'ébriété est de compétence fédérale et se retrouve dans le *Code criminel*. Les infractions sanctionnées à cet égard sont multiples et la répression sévère.

Ainsi, lorsqu'une personne conduit avec un taux d'alcoolémie de plus de 0,08% ou qu'elle refuse de fournir un échantillon d'haleine ou de sang, elle commet un délit punissable, pour une première offense, d'une amende de 300\$ et d'une suspension du permis de conduire pour une période de trois mois. Mais, la répression la plus sévère porte sur les personnes responsables d'un accident d'automobile où l'état d'ébriété est désigné comme la cause de l'accident. Celles-ci deviennent de véritables criminels jugés à partir d'infractions prévues à cet effet. Ainsi, lorsque le conducteur en état d'ébriété a causé des lésions corporelles en provoquant un accident, il peut être sanctionné d'une peine de prison maximale de dix ans. En cas de mort d'une autre personne, la peine maximale est portée à 14 ans.

Par ailleurs, quelle que soit l'infraction et la peine encourue, la personne se voit retirer son permis de conduire pour une période de trois mois à trois ans pour un premier délit, de six mois à trois ans pour une seconde offense et de trois ans pour toute nouvelle infraction.

Il faut cependant faire attention à l'utilisation exagérée de la répression: elle devient alors inefficace car non dissuasive. Il faut, au contraire, combiner la coercition à la persuasion (Nadeau, Poupart, 1994) en développant davantage les possibilités de dépistage et non pas simplement en réagissant sévèrement après un accident de la circulation. Il n'est pas certain que trop de sévérité soit efficace. En effet, un principe bien connu en criminologie consiste à dire que c'est bien moins la sévérité d'une loi que la certitude de son application qui fait oeuvre de dissuasion. Or, en matière d'alcool au volant, il semble que les prises soient rares, si bien que les conducteurs choisissent souvent de courir la chance de ne pas être pris plutôt que d'éviter de prendre le volant. Une campagne de dépistage et de persuasion ciblant expressément le groupe des chauffeurs à risque, soit les buveurs habituels et les personnes ayant déjà provoqué un accident alors qu'ils se trouvaient sous l'effet de l'alcool, pourraient connaître de meilleurs résultats qu'une législation plus sévère.

L'analyse de la stratégie répressive a permis de mettre à jour les différents moyens de contrôle que notre société se donne pour limiter voire éliminer la consommation de produits psychotropes. Le recours à la stratégie répressive relève toujours de l'idée que la question des drogues en est une de responsabilité gouvernementale. Or, cette position est loin de faire l'unanimité. Certains estiment, au contraire, que tout le contrôle de la consommation doit dépendre de la seule responsabilité individuelle. Les partisans de cette perspective sont dits

abolitionnistes dans la mesure où ils veulent supprimer toutes les formes de contrôles étatiques existants en matière de drogues et même, pour certains, en toutes matières.

3.3 La stratégie abolitionniste

La stratégie abolitionniste vise la complète légalisation du produit, c'est-à-dire la suppression totale de tout contrôle, pénal ou non, sur les psychotropes. En somme il s'agit de mettre la drogue en vente libre. Nous exposerons encore une fois les fondements de cette stratégie avant d'en voir les objectifs et les moyens.

3.3.1 Les fondements de la stratégie abolitionniste

Les fondements de la stratégie abolitionniste sont de deux ordres : d'une part les partisans de cette perspective se réfèrent à la notion de liberté individuelle et, d'autre part, ils font une critique de la stratégie répressive.

Cette proposition qui vise à élever la drogue au même rang que la plupart des autres produits de consommation est de loin la plus extrême dans la mesure où elle laisse l'individu seul décider des produits qu'il désire consommer. Suivant cette perspective, on mentionne que l'inconvénient d'une intervention étatique est toujours supérieur aux dangers que suppose le maintien de la liberté individuelle. Ainsi, considérant que la consommation de produits relève d'un choix personnel, le soin est laissé à l'individu de définir ce qu'il peut consommer et dans quelle mesure.

Une telle solution permettrait, selon ses partisans, de supprimer totalement les effets liés à la prohibition et de mettre de l'avant la liberté individuelle dans la quête du bonheur. Au delà de l'anecdote doctrine psychédélique de Timothy Leary, on trouve certains partisans de cette stratégie dont T. Szasz qui développe un véritable *plaidoyer pour la fin de la guerre contre la drogue*.

Reste que, la plupart du temps, on parle plutôt d'une abolition des contrôles plus particulièrement pour certaines drogues ou certaines consommations que de la décriminalisation pure et simple en matière de drogues. Cette stratégie n'est pas à proprement parler une stratégie abolitionniste, mais doit plutôt être qualifiée de stratégie libérale, car elle réclame simplement l'abolition des contrôles pénaux de certains psychotropes en particulier en favorisant le respect des libertés individuelles et en prônant la responsabilisation des usagers. Nous reviendrons plus loin sur cette stratégie dite libérale.

Le deuxième fondement s'associe aussi à la critique de l'utilisation du droit pénal dans le domaine des drogues. Il rejoint en cela l'approche libérale mais il s'en éloigne par ses arguments qui s'articulent cette fois davantage autour des effets pervers du droit pénal dans le domaine de la drogue (Bellot, 1993).

Ainsi, des auteurs, tels Hulsman, revendiquent l'abolition de l'utilisation du droit pénal non seulement spécifiquement en matière de drogue mais aussi de manière générale. L'abolitionnisme est donc fondé sur une critique radicale du recours au droit pénal. Or, dans le domaine de la drogue, cette critique est d'autant plus forte que les incriminations portent sur des

comportements individuels qui n'apparaissent pas directement nuisibles aux intérêts d'autrui ni à ceux de la société dans son ensemble, en particulier pour ce qui est de l'usage de drogue.

L'utilisation du droit pénal contre les crimes sans victimes est inefficace, entraîne le recours à des procédés qui vont contre le droit des personnes: fouilles, perquisitions sans mandat, délateurs, agents doubles, est toujours hautement arbitraire puisque les moyens de détections habituels font défaut et que seule une frange naïve ou démunie est sujette à la répression (Bertrand, 1989:15).

Les critiques sont nombreuses quant à la prohibition des drogues. Pour certains, cette illécéité rend les produits plus dangereux qu'ils ne sont en obligeant les consommateurs à se les procurer sur le marché clandestin lequel ne présente aucune garanties de qualité et engendre des effets souvent dangereux (développement du marché noir, violence, sources de profit pour les organisations criminelles). Pour d'autres, c'est la création d'une législation d'exception en matière de perquisition, de preuve... qui est le plus critiquable, ceci en regard des droits de l'homme.

Mais, au delà des différentes critiques portées par les abolitionnistes au régime de prohibition et de répression, il convient de voir quels sont les objectifs poursuivis par les partisans de cette stratégie.

3.3.2 Les objectifs de la stratégie abolitionniste

L'objectif essentiel de la stratégie abolitionniste est contenu dans le terme même de la stratégie: c'est **l'abolition** de tout contrôle des psychotropes. Supprimer tous les contrôles signifie non seulement mettre fin à l'illégalité de la consommation et des produits mais aussi mettre fin à toute autre forme de contrôle sur les produits légaux telle la taxation, le contrôle de l'accessibilité des produits... Si l'on se fonde sur la liberté individuelle, il s'agit de placer toute sa confiance dans l'individu qui se voit libre de consommer comme il l'entend.

3.3.3 Les moyens utilisés par la stratégie abolitionniste

Aucun pays n'a adopté totalement la stratégie abolitionniste; aucune législation ne l'a sanctionnée (ce qui d'ailleurs serait assez paradoxale). Seule, l'Espagne, en 1983, en décriminalisant toute forme d'usage pour tout produit a pu paraître adopter cette stratégie dans une certaine mesure. Mais, l'absence de préparation de la société, l'absence de coordination des actions en matière de drogue pour cette légalisation a contribué à une augmentation de la consommation mais surtout de la criminalité associée aux drogues, notamment dans les perceptions sociales. C'est pourquoi, en 1987, un virage sécuritaire est pris par le gouvernement espagnol qui accroît les mesures répressives contre les trafiquants.

Un dernier modèle implicite suggère que, entre les années 1983 et 1987, le "laxisme" du Gouvernement a favorisé l'éclosion de la consommation de la drogue et que le durcissement post-1987 a renversé la situation (Paez et Aguilera-Torres,1994:240).

Paez et Aguilera-Torres (1994) présentent l'opinion publique comme associant consommation à libéralisme et réduction à répression. Leur analyse statistique des différentes consommations aux différentes périodes concluent à l'existence d'un accroissement de l'offre mais à une réduction de la demande pour le cannabis et les drogues dures. Mais, au-delà de ces constats statistiques, les

auteurs veulent témoigner de l'écart entre la réalité du phénomène et la perception sociale de celui-ci, indiquant que les politiques de sécurisation correspondent à un besoin de répondre tant aux autres législations européennes répressives, qu'à la représentation sociale qui domine dans la population et qui rend la drogue responsable de tous les maux sociaux.

Ce constat fait pour l'Espagne nous permet de montrer que la stratégie abolitionniste a besoin, avant d'être appliquée, d'obtenir l'approbation d'une majorité des membres de la société, voire d'une majorité des pays du monde, sans quoi elle ne peut être que vouée à l'échec en raison des peurs qui en découlent :

La recommandation de légaliser les drogues a comme principal défaut de ne pas s'appuyer sur une argumentation raisonnée concernant les effets possibles de la légalisation sur les niveaux globaux de consommation et sur les coûts qui en découleraient sur le plan socio-économique et sur le plan de la santé. (...) Les avantages qui résulteraient de l'élimination du trafic illicite des drogues devront être mis en balance avec les coûts qu'entraîneraient l'augmentation considérable des problèmes causés par les drogues elles-mêmes, plutôt que par leur statut illégal (Kalant, 1994:189).

Ainsi, si la stratégie abolitionniste apparaît par trop utopique, les mesures répressives ne sont par ailleurs pas sans critique. C'est pourquoi, certains auteurs proposent une stratégie plus raisonnée et raisonnable, soit la stratégie libérale.

3.4 La stratégie libérale

Les libéraux ne remettent pas en cause de manière globale la politique des drogues mais tentent de rechercher les modes de régulation les mieux adaptés aux problèmes de la drogue, la répression n'étant pas toujours la solution la meilleure. Certains parlent de pragmatisme à l'égard de cette stratégie. Nous préférons cependant le terme " libéral ", considérant qu'une attitude non passionnelle à l'égard des drogues, telle celle des libéraux, permet par la suite d'être pragmatique. Contrairement aux partisans des stratégies énoncées antérieurement, les libéraux ne partent pas en croisade ni pour ni contre: ils cherchent les solutions les plus adaptées à la complexité du problème de la drogue.

3.4.1 Les fondements de la stratégie libérale

Si, comme les abolitionnistes, les libéraux adoptent une démarche critique par rapport à la politique prohibitionniste retenue, ce n'est pas pour la condamner de manière absolue mais c'est pour en condamner son unicité. En effet, pour les libéraux, le phénomène de la drogue est complexe et ne peut donc donner lieu qu'à une réponse unique de la part des gouvernements soit la répression. Les tenants de cette option insistent notamment pour dire que la répression ne devrait être utilisée que lorsque le recours au droit pénal comporte plus d'avantages que d'inconvénients. Par contre, lorsque le calcul coût / bénéfice n'est pas favorable, il faut, selon les libéraux, renoncer au droit pénal et adopter d'autres stratégies

Un deuxième fondement marque l'approche libérale, soit l'approche scientifique du phénomène de la drogue, approche qui en établit la diversité.

Ainsi, pour les libéraux il existe une multitude de produits, de consommations et d'environnements plus ou moins propices à la consommation. Or, cette diversité doit être considérée lorsqu'il s'agit d'établir une politique des drogues, notamment afin d'adapter la stratégie aux besoins de l'individu et aux besoins de la société. Toute la stratégie libérale s'articule autour de la notion d'efficacité, qui doit être appréciée en fonction de deux questions : d'une part, le moyen est-il apte à atteindre l'objectif défini ? et, d'autre part, quel en est le prix? Cette interrogation met fin au postulat des partisans de la répression selon lequel «la fin justifie les moyens».

Ici, il faut que le moyen utilisé soit pleinement justifié et qu'il permette de réaliser l'objectif sans en dépasser sa valeur (Bellot, 1993:301).

3.4.2 Les objectifs de la stratégie libérale

Face à la diversité des comportements, les libéraux proposent d'adopter une démarche rationnelle en vue de rechercher la meilleure solution à apporter à chacun des problèmes identifiés. L'objectif des libéraux est donc de limiter la consommation voire de l'éliminer. Mais cet objectif ne doit pas justifier l'emploi de mesures qui créent plus de problèmes qu'elles n'en règlent, et cet objectif ne passe pas nécessairement par un interdit légal de l'usage.

Autoriser ne signifie pas approuver et limiter ne signifie pas réprimer. Dès lors, la répression ne doit être envisagée que lorsqu'elle est justifiée par la gravité des problèmes engendrés par la consommation (Bellot, 1995: 57).

Ainsi, la stratégie libérale ne doit pas s'entendre comme l'acceptation de certaines consommations mais, au contraire, comme la recherche des modes de contrôle les plus efficaces à l'égard de chaque consommation spécifique. C'est en cela que cette approche est pragmatique.

L'approche libérale — ou pragmatique — vise donc:

la recherche du meilleur équilibre possible entre les deux options, c'est-à-dire un compromis cherchant à réduire la somme des méfaits, causés à la fois par la consommation de drogues et par les mesures de contrôle visant à en limiter l'ampleur (Kaplant, 1994:189).

3.4.3 Les moyens préconisés par la stratégie libérale

Les moyens préconisés par la stratégie libérale sont multiples et dépendent du degré de libéralisme des auteurs qui les proposent. C'est dans le cadre de cette stratégie qu'on entend parler de décriminalisation, de dépénalisation, d'interdit sans peine....

La proposition la plus répandue porte sur les drogues douces et leur usage. Lorsqu'on souhaite retirer les drogues douces de l'illicéité, on parle de **décriminalisation**, qui correspond à l'action de retrait du champ criminel d'un produit et/ou d'un usage. **Décriminalisation et dépénalisation** sont en général utilisés comme synonymes même si parfois on peut noter une distinction selon laquelle décriminaliser porterait sur le produit et dépénaliser sur le comportement d'usage.

La proposition de dépénalisation des drogues douces est faite par de nombreux partisans de la stratégie libérale afin de mettre en accord la politique des drogues avec la pratique de

dépénalisation de fait observée en raison d'une certaine normalisation de cette consommation. Il s'agit dans ce cas de retirer la possibilité d'une application arbitraire d'un interdit devenu apparemment désuet.

Cette position, si elle a été adoptée par certains pays tel la Hollande, nous y reviendrons, ne fait cependant pas l'unanimité tant dans la population générale que dans le milieu des intervenants en toxicomanie. Certains estiment, par exemple, qu'il faut maintenir l'interdit mais sans les peines.

On constate donc que la stratégie libérale ne fait pas toujours consensus, y compris parmi ses partisans, même si tous se disent d'accord pour améliorer l'aide apportée aux usagers. Une telle stratégie semble en outre partielle dans la mesure où les libéraux se concentrent sur la demande de drogue et occultent totalement l'autre dimension du phénomène qui est l'offre.

3.5 La stratégie de réduction des méfaits

L'origine de cette stratégie est européenne, notamment hollandaise et anglaise. Pour certains, son origine est strictement conjoncturelle, liée à la propagation du virus du sida par voie intraveineuse parmi la population des toxicomanes. Pour d'autres, elle constitue une nouvelle voie, construite en raison de l'échec des autres stratégies à contrôler la consommation de psychotropes. Quelle que soit son origine, il faut admettre que la stratégie de réduction des méfaits se distingue des autres notamment parce que ses fondements, ses objectifs et les moyens d'actions qu'elle propose sont différents.

3.5.1 Les fondements de la stratégie de réduction des méfaits

Les fondements de la stratégie de réduction des méfaits se distinguent de ceux des autres stratégies puisque cette dernière vise strictement la réduction de la dangerosité de la consommation. Cette stratégie s'est imposée alors que le VIH se répandait dans les milieux toxicomanes. En effet, pour certaines drogues, le mode d'administration le plus fréquent est la voie intraveineuse, entraînant un risque important d'infection par le VIH. La stratégie de réduction des méfaits est donc née d'une urgence d'agir contre la contamination de tous les UDI (utilisateurs de drogues injectables) par le VIH, mais aussi contre les risques de propagation dans la population non toxicomane, cette fois par transmission sexuelle.

O'Hare (1992:13), père de cette stratégie en Angleterre, décrit en ces termes l'émergence de ce modèle :

The concept of harm reduction became common currency in the late 1980s in response to two particular pressures. The first was the problem of HIV infection among injecting drug users. The second was a growing suspicion that the strategies we had adopted to deal with drug use exacerbated the problem, rather than ameliorating it.

Cette stratégie est devenue un modèle d'intervention complet, se développant au-delà des simples circonstances de l'épidémie du sida et s'appliquant aujourd'hui à d'autres problématiques. Selon Brisson (1995), la réduction des méfaits se caractérise par deux grands principes : **l'humanisme plutôt que le moralisme et le pragmatisme plutôt que l'idéalisme.**

Pour le premier principe, Brisson (1995 : 2) déclare que :

la réduction des méfaits implique un changement d'attitude à l'endroit de la consommation et des consommateurs de drogues, dorénavant abordés sans jugement moral, ce que reflète la maxime «tolérance plutôt que tolérance zéro». Cette nouvelle façon d'agir et de penser conduit certains travailleurs de rue non seulement à aider les usagers de drogues mais aussi à défendre leurs droits et libertés dans une perspective des droits de l'homme.

Quant au second principe, Brisson (1995 : 2) indique que :

En partant du constat que la consommation existe et qu'il faut s'attaquer à ses conséquences, la réduction des méfaits procède d'une démarche par hiérarchie d'objectifs, des plus urgents et réalisables aux plus éloignés et utopiques, plutôt que de mettre d'emblée de l'avant des idéaux (quand ce ne sont pas des chimères), comme la non-consommation de drogues de rue, la désintoxication obligatoire et l'abstinence à tout prix.

Les fondements de cette stratégie témoignent de son originalité. Devenue un modèle à appliquer, elle semble être la piste privilégiée partout aujourd'hui même si, souvent, les interventions qui sont définies comme relevant de la stratégie de réduction des méfaits n'en sont point, se limitant simplement à des interventions moins autoritaires et plus proches de l'être humain.

Actuellement, il faut faire attention à un emploi trop élargi de la notion de réduction des méfaits car cette sur-utilisation risque de faire perdre à cette stratégie toute forme de spécificité. Toute approche moins autoritaire n'en est pas pour autant une approche de réduction des méfaits, cette démarche exigeant des conditions de réalisations particulières. Brisson (1995) relève qu'une seule région a mis au point un modèle global de réduction des méfaits. Il s'agit du comté de Mersey-Side, souvent désigné comme le berceau de cette stratégie.

Pour Brisson (1995), seule cette région offre un programme qui se soumet aux obligations liées au modèle de réduction des méfaits soit :

- ◆ la nécessité du travail de rue ou de milieu pour rejoindre les toxicomanes;
- ◆ la nécessité d'une concertation entre policiers, autorités publiques et professionnels de la santé;
- ◆ la nécessité de prendre en compte l'ensemble des méfaits liés à l'usage de psychotropes.

3.5.2 Les objectifs de la stratégie de réduction des méfaits

On peut dire que dans le cadre de cette stratégie de réduction des méfaits, l'objectif primordial est de mettre fin à la dangerosité de la consommation de psychotropes. Il s'agit donc d'être pratique : devant le risque de contamination par le VIH, oublier les principes moraux et veiller à ce que les toxicomanes puissent se protéger quelle que soit leur consommation. L'objectif est donc avant tout sanitaire et vise à réduire, au sein de la population toxicomane les risques de contamination par le VIH ou les risques de contracter d'autres maladies infectieuses graves, telles l'hépatite.

Par ailleurs, la stratégie de réduction des méfaits ne concerne pas seulement les drogues illicites car si l'illicéité rend plus dangereuse la consommation, toute consommation de drogue, entendue au sens large, implique des effets néfastes qu'il faut chercher à réduire avant de s'attaquer à la consommation elle-même. Aussi, l'objectif de la stratégie de réduction des méfaits est-il de limiter voire d'éradiquer les effets néfastes de toute consommation en s'attaquant à la résolution des problèmes portant sur les effets de la consommation et non plus, directement, à cette dernière.

Plus limitée à court terme, la stratégie de réduction des méfaits développe d'autres objectifs de manière progressive en s'adaptant au rythme de l'usager plutôt qu'en lui en imposant un. Le premier objectif est généralement la résolution du problème qui a conduit l'usager à prendre contact avec un programme d'intervention et ses intervenants. Ce premier objectif réalisé, la création d'un lien de confiance et d'un précédent de réussite peuvent donner l'occasion à l'usager d'envisager la réalisation d'un autre objectif plus en rapport avec sa consommation, et ainsi de suite jusqu'à où la personne consommatrice le désire. L'objectif est donc d'accompagner la personne le plus loin qu'elle le désire en prenant soin de ne jamais définir pour elle ce qu'il faudrait faire.

Totalement différente des autres stratégies, la stratégie de réduction des méfaits peut laisser perplexe bon nombre d'intervenants qui ont appris qu'une personne dépendante n'avait aucune volonté propre et qu'il fallait agir pour ou avec elle sans jamais envisager, quelque soit le degré d'intoxication de l'usager, que celui-ci fera preuve d'une volonté susceptible de le conduire, peut-être à long terme, vers une réduction voire l'élimination de sa dépendance.

3.5.3 Les applications de réduction des méfaits

On pense souvent aux drogues illicites et en particulier à l'héroïne lorsqu'on parle de stratégie de réduction des méfaits. Mais avant d'envisager les programmes relevant de cette stratégie en ce qui a trait aux drogues illicites, il nous faut faire une place toute particulière à un programme de réduction des méfaits totalement intégré, et qui fait la réputation du Québec dans le domaine : l'*Opération Nez rouge*.

De quoi s'agit-il? Constatant que les approches moralisantes ou même répressives n'avaient pas permis de réduire la consommation d'alcool, notamment pendant les périodes de fêtes de Noël, et que le nombre d'accidents de la route impliquant des personnes en état d'ébriété était fort élevé (45% du total des accidents, certains d'entre eux se révélant mortels), monsieur De Koninck, appuyé par de nombreux bénévoles, a eu l'idée de mettre sur pied un programme de accompagnement des personnes ayant trop bu pour conduire. Or, pour que ces personnes acceptent de renoncer à prendre leur voiture, il fallait éviter d'être trop moralisateur et, au contraire, adopter une position de neutralité quant à l'état d'intoxication de ces personnes. Aussi, aucun intérêt n'est-il porté de prime abord sur la surconsommation d'alcool de ces personnes; seul le fait qu'ils ne conduisent pas dans cet état est considéré important. On va même jusqu'à les accompagner de bar en bar pour éviter qu'ils ne conduisent, sans faire de commentaires sur leur comportement. Cette *Opération Nez rouge* est un modèle de stratégie de réduction des méfaits. Elle s'éloigne à cet égard de la politique gouvernementale québécoise, qui tente de promouvoir une consommation modérée, puisque dans cette opération aucune remarque n'est faite quant à une consommation abusive d'alcool. Cette opération connaît un vif succès chaque année, même si elle s'attire parfois les foudres des responsables des programmes officiels qui prônent la modération. Pourtant, cette opération cohabite sans problème avec un renforcement des contrôles et de la répression de la conduite en état d'ébriété.

Maintenant quels sont les programmes s'inspirant de la réduction des méfaits en matière de drogues illicites? Ils sont divers et touchent différents aspects de la consommation. Qu'on pense aux programmes d'échange de seringues qui tentent d'éviter la propagation du virus VIH en donnant l'occasion à chaque toxicomane d'avoir sa propre seringue sans être obligé de la partager. Qu'on pense aussi aux programmes de prescription et de maintien à la méthadone qui tentent de réduire les risques liés au marché de l'héroïne en substituant à ce produit un produit fourni par des autorités médicales qui se chargent de l'administrer.

En définitive, la réduction des méfaits vise avant tout la qualité et l'intégrité de la vie humaine dans ce qu'elle comporte de beauté et de complexité. Elle ne cherche pas à peindre les enjeux en blanc ou en noir, mais à les refléter dans leur réalité, à travers les teintes de gris. C'est une approche qui tient compte de la progression de l'usage, de la diversité des drogues et des besoins des personnes. Dans un tel contexte, il ne saurait y avoir de réponses définitives ou de solutions magiques. La réduction des méfaits se fonde sur le pragmatisme, la tolérance et la diversité : elle est à la fois le produit et le reflet de notre humanité (Riley, 1994: 145).

Ainsi voilà dressé le portrait des principales stratégies mises en oeuvre dans le domaine de la drogue. Quelle stratégie choisir? Comment et pour quelles raisons? Il est temps de faire des recommandations et d'analyser quelle devrait être la politique des drogue au Canada comme au Québec, considérant que certains produits sont de compétence fédérale et d'autres de compétence provinciale.

Chapitre 4 - Le choix d'une politique des drogues

Après avoir vu toutes les possibilités d'actions à l'égard de la consommation des drogues, il reste à s'interroger sur la meilleure politique des drogues possible.

4.1 Les fondements de la politique des drogues

Il est clair que le principal objet à vérifier est l'efficacité de la politique proposée. C'est donc le pragmatisme qui aujourd'hui devrait prévaloir dans la réflexion sur la politique des drogues. Comment faire pour réduire le problème des drogues sans créer d'autres problèmes encore plus graves? Il s'agit ici de constater qu'il faut faire des choix de société entre, d'une part, des coûts liés à la consommation de drogue et, d'autre part, des coûts liés à la politique gouvernementale en matière de drogue, puisque toute action entreprise en matière de drogue exige des déboursés, parfois énormes. Qu'en est-il du rapport coût / bénéfice? Quelle part doit relever de la responsabilité étatique? Quelle part relève de la responsabilité individuelle ou communautaire? C'est à toutes ces questions qu'il faut répondre en essayant d'adopter une démarche la plus rationnelle et non partisane possible.

En premier lieu, que faire du fondement moral à l'origine des contrôles étatiques des drogues? Toute morale n'est pas mauvaise en soi et il est certain qu'une société a besoin de principes fondateurs pour maintenir une certaine cohésion sociale. Dès lors, la liberté individuelle absolue ne peut exister dans une société : «la liberté des uns s'arrête là où commence la liberté des autres». Considérant que le but à atteindre pour définir la politique des drogues, c'est un équilibre harmonieux entre les besoins de contrôle limitant les consommations et les besoins de réduire les effets néfastes tant des consommations que des politiques de contrôle, une certaine morale doit être maintenue.

Ensuite, il faut constater qu'il est nécessaire de croire dans l'individu et dans sa capacité de s'autocontrôler ou de respecter les contrôles imposés par la communauté et réserver les contrôles étatiques, notamment pénaux, à des circonstances exceptionnelles, soit parce que les produits sont très dangereux, soit parce que les consommations le sont. La répression et la prohibition ne doivent pas être les moyens privilégiés de contrôles mais des moyens réservés à des circonstances ne permettant plus la seule présence des autres formes de contrôle social.

Il faut aussi que la politique des drogues soit globale, qu'elle admette que les produits licites ou illicites comportent des dangers et nécessitent des contrôles quant aux consommations et que le degré de contrôle doit être en rapport avec la nature du problème constaté dans la société. Elle doit aussi éviter de répondre à des passions et, au contraire, utiliser à son maximum les connaissances scientifiques pour adapter le plus possible la réponse sociale aux besoins réels. Dans un contexte de compressions budgétaires, seules les dépenses justifiées sont encouragées. Or, pour rationaliser les dépenses, il faut connaître les besoins de la manière la plus juste possible.

Enfin, quelle que soit la politique retenue, il faut qu'elle obtienne l'adhésion de l'opinion publique sans quoi elle est vouée à l'échec (Bellot, 1993). Toute proposition de politique des drogues devrait être débattue afin de susciter la réflexion des membres de la société quant à son bien-fondé. Aucune politique des drogues, qu'elle soit fédérale ou provinciale, ne peut en outre ignorer le contexte international et la position géographique du Canada, pays frontalier des États-Unis lequel est en guerre contre la drogue.

4.2 Une ou des stratégies ?

Une des premières questions à se poser lorsqu'on tente d'élaborer une politique globale des drogues réside dans le choix de recourir à une ou plusieurs stratégies. Dans les deux cas, on trouve des avantages et des inconvénients.

Une politique des drogues fondée sur une seule stratégie permet d'accroître la cohérence de l'intervention étatique. Ainsi, que ce soit pour les consommateurs ou pour l'opinion publique le message est clair, la politique gouvernementale va dans un sens, si bien que l'on a simplement le choix d'adhérer à cette politique ou de la contester.

Par contre, cette unicité dans la politique des drogues comporte de nombreux inconvénients dans la mesure où cette démarche ne permet pas de tenir compte de la complexité de la problématique et de la diversité des acteurs en jeu. En outre, elle contribue à développer la croyance selon laquelle il existe une recette miracle pour éliminer les problèmes liés aux drogues.

Par ailleurs, l'existence d'une seule démarche stratégique ne permet pas de hiérarchiser les produits, les usages et les problèmes si bien qu'on peut être soit trop autoritaire si la voie répressive est choisie, soit trop laxiste si c'est la voie abolitionniste qui est retenue. En effet, le choix d'une stratégie unique ne peut se faire qu'entre la prohibition et l'antiprohibition puisque toutes les autres stratégies : stratégie libérale, stratégie de prévention, stratégie de réduction des méfaits ne peuvent exister seules.

L'utilisation de plusieurs stratégies comporte de multiples avantages. Ainsi, avoir une politique des drogues qui s'adapte à chaque produit permet de hiérarchiser les produits et de laisser des portes ouvertes pour des consommations modérées s'agissant de produits présentant une dangerosité moindre. Critiquant la théorie de l'escalade utilisée par les partisans de la prohibition des drogues à l'appui de leur position, les scientifiques ont pu montrer que, s'il existait une théorie de l'escalade, il s'agissait d'abord et avant tout d'une escalade juridique puisque la barrière entre les consommations se fait au passage de la légalité à l'illégalité plutôt qu'entre les produits. C'est pourquoi, avoir des positions différentes sur les produits, permettant l'usage de certains et condamnant la consommation d'autres, encourage la consommation de produits licites et conduit, du même coup, à un meilleur contrôle que lorsque les usages se font dans la clandestinité.

L'adoption de plusieurs stratégies permet en outre de rendre compte de la complexité du phénomène des drogues. Par contre, il est important de considérer que le choix de telle ou telle stratégie pour un produit ou un usage doit être fonction d'éléments rationnels et non passionnels: il faut nécessairement que les stratégies retenues soient adaptées à la dangerosité sociale et individuelle effective des produits en cause.

En adoptant plusieurs stratégies dans le cadre de la politique des drogues, de façon à répondre à la complexité et à la diversité du phénomène, il faut faire confiance à l'adaptation de l'individu au régime s'appliquant à chaque produit. Si la réponse sociale pour chaque produit emporte l'adhésion des membres de la société, il est certain que la politique sera efficace puisqu'elle sera le reflet de l'opinion publique. Par contre, la multiplicité des stratégies conduit à multiplier les acteurs sociaux qui interviennent dans le champ de la drogue. C'est pourquoi, la première obligation de la politique des drogues doit être la concertation entre les acteurs afin que chacun sache la place qu'il occupe dans l'organisation et la mise en oeuvre de la politique et connaisse le rôle qu'y tiennent les autres afin d'éviter chevauchements et tiraillements stériles.

Mais, avant de faire une proposition de politique, il peut être bon de voir ce qui se passe à l'étranger car prendre connaissance de l'expérience des autres constitue souvent un moyen d'éviter les erreurs et de récupérer les bons coups.

4.3 Les expériences étrangères

Nous ne pourrions pas analyser toutes les expériences étrangères puisqu'il existe à peu près autant de politiques des drogues que de pays. Nous évoquerons simplement quelques politiques de pays occidentaux qui sont généralement désignées comme représentant un modèle particulier de stratégie. Nous distinguerons entre les histoires à succès et les histoires à échec en précisant que le jugement porté sur l'échec ou la réussite de telle ou telle politique dépend d'une part, de l'analyse quant à la réduction, au maintien ou à l'aggravation du problème des drogues dans le pays concerné et, d'autre part, du point de vue majoritaire rencontré chez les auteurs s'intéressant à la question.

4.3.1 Les histoires à succès

Deux histoires à succès sont généralement citées. Celles-ci concernent la politique libérale hollandaise et la politique de réduction des méfaits anglaise. Nous avons retenu ces deux exemples car ils paraissent avoir donné des résultats positifs en regard du contrôle des problèmes liés aux drogues. Il est certain que ces deux pays, comme les autres, ne sont pas parvenus à éliminer totalement leurs problèmes de consommation. Par contre, on peut constater que la situation des toxicomanes dans ces pays paraît nettement plus enviable qu'ailleurs, qu'il existe une certaine adhésion de l'opinion publique aux politiques menées et, enfin, que même si les problèmes n'ont pas disparu, ils paraissent, dans une certaine mesure, contenus. Nous n'évoquerons donc que la démarche libérale pour la Hollande et celle de réduction des méfaits pour l'Angleterre considérant qu'il s'agit là des deux pays précurseurs concernant ces stratégies.

➤ *La politique libérale hollandaise*

Depuis le début des années 1980, on cite la politique hollandaise comme modèle de politique libérale, notamment en raison de ses actions en matière de drogues douces. Conspuée par certains, admirée par d'autres, la Hollande maintient, depuis plus d'une décennie, une volonté de dépenalisation de la consommation de cannabis, ceci en organisant la vente de ce produit dans ce qu'il est convenu d'appeler des «coffee-shop». Elle affiche aussi une volonté de réduire les effets

négatifs de la consommation de drogues dures. Cette dernière stratégie lui fait rejoindre la politique anglaise que nous envisagerons plus tard.

Cette double stratégie libérale et de réduction des méfaits donne de l'originalité à la politique hollandaise des drogues, d'autant plus qu'elle ne s'en place pas moins dans une perspective prohibitionniste. En effet, Leuw (1994) montre comment la politique hollandaise des drogues se range dans la politique prohibitionniste internationale, notamment parce qu'en matière de trafic de drogues, ce pays adopte une position répressive comme tous les autres pays. Par la même occasion, la Hollande permet de constater qu'il est possible de faire cohabiter des stratégies aussi diverses que celles présentées, sans que la politique des drogues souffre globalement d'incohérence.

Considérant qu'il existait une certaine normalisation de la consommation de cannabis, les Hollandais ont mis en place «un modèle officiel de non poursuite de l'usage individuel de cannabis et de la petite revente» (Cohen, 1989: 125). Cette dépénalisation est une dépénalisation de fait dans la mesure où les Hollandais n'ont jamais retiré l'interdit légal de consommation et de vente de cannabis, comme certains autres pays l'ont fait (l'Espagne et l'Italie notamment). La loi de 1976 établit cependant une distinction entre drogues douces et drogues dures, réduisant déjà la sanction lorsqu'il s'agit de drogues douces. Ainsi, l'usage et la vente de haschich et de marijuana ont été en quelque sorte légalisés, dans la mesure où la dépénalisation a contribué à rendre normale une certaine commercialisation de ces produits à l'intérieur des «coffee-shop», lesquels sont des établissements licenciés qui doivent respecter certaines restrictions de vente prévues par le gouvernement concernant essentiellement l'âge des acheteurs (plus de 16 ans), le produit (seulement du cannabis), l'absence de publicité et de démarche promotionnelle. Le respect de ces restrictions est vérifié par la police.

Dans les premiers temps de cette politique, une étude a montré que malgré des prix peu élevés et malgré une grande accessibilité des produits, la consommation de cannabis ne s'était pas généralisée. Ce qui fait dire à Cohen (1989:127) :

Cela prouve que dans des conditions de grande disponibilité et de relative absence de contrainte, la popularité du cannabis est assez faible.

L'intérêt pour la politique hollandaise prend appui sur cette stratégie libérale novatrice à son époque, soit bien avant l'entrée en jeu de la stratégie de réduction des méfaits adoptée certes plus facilement, bien que de manière conjoncturelle, dans ce pays, en raison de la propagation du virus VIH.

C'est une application du principe voulant que les substances psycho-pharmacologiques doivent faire l'objet d'un contrôle à cause des risques qu'elles font courir pour la santé et non pour des raisons morales ou symboliques. La politique pragmatique hollandaise perdrait de sa crédibilité si l'on revenait sur ce processus de normalisation du cannabis (Lew, 1994:230).

Mais le tableau des médailles semble s'être un peu assombri ces dernières années. On assiste en effet, aujourd'hui, à une remise en cause tant sur un plan national que sur un plan international de cette politique libérale. C'est le passage d'une vente de proximité avec les «house dealers» à une vente plus générale avec les «coffee shop» qui semble être à l'origine des interrogations actuelles. En effet, à l'origine, la pseudo-légalisation des drogues douces visait les jeunes à risque

de s'orienter vers les drogues dures: on préférerait leur vendre des drogues douces plus facilement afin de les détourner des drogues dures, tablant sur le fait qu'ils prendraient, pour la plus grande majorité, le chemin d'approvisionnement le moins tumultueux. Or, la multiplication des «coffee-shop» contribue à légaliser le marché pour la population générale et non seulement pour une population considérée à risque. Cette situation a contribué à multiplier non seulement les pressions internationales pour que la Hollande rentre dans les rangs, mais aussi sur le plan national, les critiques à l'égard des «coffee-shop» allant en s'accroissant.

Les «coffee shops» peuvent être aisément contaminés par la déviance et la criminalité parce qu'ils sont placés dans une position structurellement problématique et contradictoire, entre la légalité et l'illégalité. Tout en étant autorisés à recueillir ouvertement et «pseudo-légalement» des utilisateurs de drogues douce, ils dépendent en partie d'organisations criminelles pour leur ravitaillement. Malgré ce fait, la grande majorité des «coffee shops» d'Amsterdam continuent d'opérer paisiblement sans attirer de critiques (Leuw, 1994:231).

Finalement, nous nous trouvons actuellement dans une période où il est difficile de savoir si c'est le problème de drogues en Hollande qui s'accroît ou si c'est la perception de ce dernier qui se modifie. Quoiqu'il en soit, la Hollande est dans une période de transition quant à l'orientation de sa politique des drogues. L'avenir nous apprendra quel choix elle a fait, mais il faut reconnaître la virulence dont font preuve les intervenants hollandais dans le champ des drogues pour défendre leur modèle.

➤ *La politique anglaise de réduction des méfaits*

Mise en lumière plus récemment, la politique anglaise n'est pourtant pas si jeune. Mais c'est le développement d'une stratégie de réduction des méfaits qui la rendue célèbre. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une politique nationale mais davantage d'une politique régionale, c'est-à-dire s'appliquant à certaines régions. Le précurseur en la matière est le comté de Merseyside, avec Liverpool en tête et le docteur John Marks qui participe de plain pied au développement de cette politique de réduction des méfaits :

Dans les cercles qui préconisaient une profonde réforme des lois, l'intérêt de l'expérience de Liverpool était de montrer la possibilité d'une approche nouvelle de la question des psychotropes : celle de la *harm reduction*. Moins extrémiste qu'une légalisation de type classique, cette approche était censée susciter l'intérêt d'importants secteurs politiques permettant ainsi d'élargir le front de l'opposition qui, au début des années quatre-vingt-dix, se développait contre la politique de prohibition. La démarche pragmatique de ses promoteurs, ses résultats concrets dans le domaine de la santé publique - notamment face aux problèmes associés aux drogues dites « dures » - tout cela se conjuguaient pour que Liverpool prenne, la décennie à venir, le rôle pionnier qu'Amsterdam avait joué pour le cannabis pendant les années quatre-vingt (Henman, 1995:12).

O'Hare (1992) recense trois facteurs qui ont conduit ce comté à adopter une stratégie de réduction des méfaits. Tout d'abord, l'organisation du traitement des toxicomanes dépendait de quelques psychiatres qui travaillaient en clinique externe en s'inspirant de l'ancien système britannique dit *British system* qui permettait à tout médecin de prescrire des doses de n'importe quelle drogue pour le traitement d'une toxicomanie. Puis, en 1986, le *Mersey Regional Drug Training and Information Center* met en place un des premiers programmes d'échange de seringues afin que les toxicomanes s'injectant des produits psychotropes puissent bénéficier de matériel stérile. Finalement, le troisième facteur, et non le moindre, repose sur la collaboration

des services de police ayant accepté non seulement de ne pas arrêter les personnes participant aux programmes mais encore de recommander les programmes aux personnes qu'ils arrêtaient. Ainsi, non seulement ils ne faisaient pas de répression mais, au contraire, ils participaient à la promotion du modèle de réduction des méfaits.

Ainsi, les services de réduction des méfaits proposent de nombreux programmes passant de l'échange de seringues à des programmes d'aide au logement et de soutien à la réinsertion sociale. Pour Riley, (1994 : 137) : «une des raisons pour lesquelles l'approche de Merseyside s'est révélée aussi efficace est qu'on y offre toute une gamme de services d'aide mettant à contribution plusieurs organismes du milieu».

Mais, le facteur le plus important parce qu'il doit exister avant de songer à l'implantation d'un modèle de réduction des méfaits, c'est une excellente collaboration policière. Ici la police est considérée comme avant-gardiste considérant sa coopération avec les autorités sanitaires :

Les policiers ont aussi accordé leur appui à la Health Authority en acceptant de ne pas exercer de surveillance sur les consommateurs, en adressant ceux qui sont arrêtés aux autorités sanitaires, en n'intentant pas de poursuites à l'endroit des détenteurs de seringues «échangées» et, enfin, en accordant publiquement leur appui au programme d'échange de seringues (Riley, 1994 : 137).

Il est donc nécessaire, pour qu'un modèle de réduction des méfaits soit viable, qu'il obtienne l'entière collaboration des services de police locaux qui, en atténuant leur contrôle sur la population des usagers, peuvent concentrer leurs efforts et leurs personnels sur les trafiquants.

Cette collaboration obtenue, la *Merseyside District Health Authority* a mis en place un des programmes les plus intégrés de réduction des méfaits au monde dont voici les principaux éléments considérés:

- ◆ la propagation du VIH est un risque plus important pour la santé publique que l'usage de drogue lui-même. Il faut donc travailler à réduire les risques de contaminations qu'elles que soient les circonstances;
- ◆ les services de santé doivent multiplier leurs contacts avec les usagers de drogues en essayant, avec eux, de modifier leur mode de consommation selon une hiérarchie d'objectifs qui chemine de l'utilisation de seringues personnelles, à la consommation par voie orale, à la réduction de la consommation et, enfin, possiblement à l'arrêt de la consommation;
- ◆ il faut travailler à la modification de l'attitude tant des intervenants que de la population générale à l'égard des toxicomanes afin de réduire leur stigmatisation et leur marginalisation pour obtenir une multiplication de contacts qui seront peut être à l'origine d'un changement de comportement de la part des usagers de drogues;
- ◆ il faut que les services de santé soient innovateurs et aient un souci constant d'efficacité de leurs programmes.

On peut donc constater combien le défi est grand pour les services de santé de ce comté. Mais il faut remarquer aussi que ce modèle fait apparaître une nouvelle répartition des tâches dans le

champ de la drogue: aux corps policiers, il revient le contrôle de l'offre de drogues; aux services de santé, services sociaux et services communautaires, il revient le contrôle de la demande de drogues par des techniques qui visent d'abord l'amélioration de la situation des usagers avant la réduction de la consommation.

Tous ces programmes, issus de la stratégie de réduction des méfaits, que ce soient les programmes d'échange de seringues, les programmes de prescription et de distribution de méthadone, morphine, héroïne... ont eu pour effet de réduire considérablement la propagation du virus du sida (le docteur Marks parle même «d'un taux zéro d'infection par le sida») et se sont montrés susceptibles de réduire la consommation des drogues dures dans ces régions. C'est pourquoi, on en parle comme de succès, même si les opposants à cette stratégie de réduction des méfaits se font encore nombreux.

4.3.2 Les histoires à échec

Les histoires à échec ne sont pas nécessairement des histoires d'échec d'une stratégie. Il faut noter ici que l'évaluation porte sur la politique d'un pays et non pas sur une stratégie en particulier. Ainsi l'échec constaté à un endroit n'est pas nécessairement révélateur d'une mauvaise stratégie, il peut tout simplement s'agir d'une stratégie qui ne soit pas adaptée au pays, à sa culture, à son problème de drogue... En effet, aucune stratégie ne constitue une recette miracle et ce qui réussit ici ne va pas forcément réussir là-bas. Par contre, analyser ces expériences permet de se rendre compte de ce qu'il ne faut pas faire. Ainsi, les histoires que nous allons présenter maintenant, montrent simplement, qu'à un moment donné, la politique des drogues d'un pays n'a pas offert les résultats escomptés.

➤ *La politique abolitionniste espagnole*

Nous avons déjà pu préciser quelques tenants de la politique espagnole. Nous l'avons qualifiée d'abolitionniste dans la mesure où il s'agit de la politique qui a le plus ouvertement et globalement cherché à abolir la répression en légalisant la consommation de tous les produits sans faire de distinction. De plus, le contexte de libéralisme et de retour à la démocratie, ayant cours au moment où cette loi a été adoptée, laisse à penser que le fondement de la liberté individuelle n'était pas loin pour justifier l'adoption de cette politique. Il s'agit donc d'un des rares pays à avoir dépénalisé l'usage de drogue de manière générale en droit, c'est-à-dire à avoir supprimé totalement l'interdit d'usage de drogue.

En Espagne, la chute du régime franquiste a provoqué des changements sociaux et culturels rapides. Il s'est produit une sorte de révolution socioculturelle des comportements et des valeurs, un rejet des traditions et de l'autorité qui a permis l'adoption de cette politique abolitionniste (Reuband, 1994 : 217).

La politique de l'Espagne demeure pourtant un exemple à ne pas suivre. L'Espagne est en effet l'un des pays européens qui connaît un des plus forts taux de consommation. Elle rejoint en cela le Danemark qui a, lui, adopté une politique très répressive. Ces forts taux de prévalence dans des pays ayant des politiques totalement opposées montrent combien ce n'est pas tant la politique que l'état de la société qui dicte le taux d'usage de drogues. Or, l'Espagne était simplement en pleine reconstruction et n'avait pas les traditions nécessaires pour faire face à ce vent de liberté, d'autant plus que sa situation géographique place ce pays au carrefour de plusieurs routes de

drogues prohibées : cannabis au Sud, cocaïne à l'Ouest. L'Espagne n'était pas prête à toute cette liberté apparaissant en même temps et n'avait surtout pas les structures socio-sanitaires et communautaires pour prendre le relais de la gestion pénale des drogues. Il est remarquable de constater que l'expérience anglaise a été permise en partie grâce à la survivance d'un régime particulier, le *British system*, qui date des années 1920. Quant à la Hollande, son approche libérale de la drogue «n'est qu'un des exemples d'une attitude bien plus générale, envers certaines formes de déviance, cela en particulier dans la ville d'Amsterdam, attitude que nous pouvons qualifier de pragmatisme social» (Cohen, 1989 : 127).

En 1987, pour répondre aux inquiétudes manifestées par sa population, le gouvernement espagnol adopte une loi marquant un «virage sécuritaire» dans la politique des drogues, ceci en renforçant la répression à l'égard des trafiquants. Ce virage, s'il revient un peu sur la démarche abolitionniste antérieure, ne la supprime pas totalement dans la mesure où on adopte en même temps des mesures assouplissant les programmes de prescription et de maintenance à la méthadone.

Mais, si l'Espagne semble hésiter entre différentes politiques en matière de drogues, ceci n'est rien en comparaison de l'Italie.

➤ *Les oscillations italiennes*

Depuis le début des années 1980, l'Italie est passée d'une répression de la possession de drogues douces, à la dépénalisation du même comportement avant de revenir à une attitude de répression... Ces rapides changements ne permettent pas de mesurer les effets de la politique adoptée. Il faudra donc se contenter d'en dresser l'historique.

En 1975, l'Italie dépénalise la consommation et la possession de drogues permettant la multiplication d'alternatives à l'emprisonnement, de programmes de suppléance à la méthadone... Mais, en 1990, la loi recriminalise la consommation de drogue par le biais de la criminalisation de la possession pour usage personnel. Pour chaque produit, un tableau désigne la quantité assimilée à une dose journalière, les personnes contrevenantes faisant l'objet de sanctions administratives, puis pénales. Mais, les difficultés d'application de cette loi et la multiplication de sanctions pénales sans aucune possibilité de soins pour les toxicomanes donnent naissance à de nombreuses critiques qui portent leurs fruits puisque, le 12 janvier 1993, le gouvernement, par décret, dépénalise à nouveau la possession de stupéfiants pour usage personnel. Cette alternance de lois laisse perplexe Cesoni (1994 : 172) qui constate de surcroît que «les mêmes arguments ont été avancés, dans le débat sur la loi de 1975, pour défendre la dépénalisation de l'usage, et, dans le débat sur la loi de 1990, pour réclamer sa recriminalisation».

Il est certain que ces oscillations ne sont pas sans conséquences sur les problèmes de la drogue se développant en Italie. Une politique des drogues a besoin de cohérence mais aussi de constance, afin que les différents acteurs impliqués puissent y prendre leur place respective et afin que l'opinion publique sache de quoi il en retourne.

L'Italie, comme l'Espagne, n'apparaît donc pas un exemple à suivre. La définition d'une politique des drogues ne saurait dépendre de l'alternance des forces politiques au pouvoir; elle doit, au contraire, s'appuyer sur une certaine adhésion de la majorité de l'opinion publique.

Réfléchir, penser et définir la meilleure politique des drogues exige de prendre du recul, d'adopter une attitude non partisane et de se fonder sur les données scientifiques.

En définitive, nous avons pu constater que les politiques inspirées par les stratégies abolitionnistes et libérales ne sont pas toujours des succès et dépendent essentiellement de la préparation de la société au sein de laquelle ces stratégies sont implantées. Nous verrons maintenant que la stratégie répressive peut aussi connaître des échecs.

➤ *La guerre américaine à la drogue*

Les États-Unis ont toujours joué un rôle central dans le droit de la drogue. À l'origine des premières conventions internationales, ils sont aussi ceux qui ont toujours cru en la prohibition. Prônant la limitation des stupéfiants mais aussi la criminalisation du trafic et la coopération pénale internationale en matière de drogues, les États-Unis n'hésitent pas à intégrer la question des stupéfiants à leur politique diplomatique. Ils ont en fait tendance à rendre les pays producteurs responsables de leur problème de drogue, et à considérer que les actions doivent être menées en premier lieu sur l'offre de drogue. Or, il semble, qu'aujourd'hui, les États-Unis soient autosuffisants pour ce qui est de leur consommation de marijuana. Il faudrait donc qu'ils s'en prennent à eux-mêmes aussi.

Elle (l'Amérique) est en effet aux prises avec une réalité économique incontournable : sa demande intérieure constitue le plus grand marché mondial, ce qui ne peut qu'attirer l'offre sur son territoire (Caballero, 1989 : 638).

Le droit américain de la drogue comporte deux facettes : l'une fédérale et l'autre provinciale. Pour l'application de la législation fédérale, des agences spécialisées doivent intervenir, la plus célèbre étant la *Drug Enforcement Administration*. Depuis les années 1970, on assiste, sur le plan fédéral, à un accroissement sans commune mesure de la répression du trafic des drogues allant jusqu'à modifier certaines sanctions d'emprisonnement en peine capitale. La consommation est aussi de plus en plus vertement sanctionnée.

Pourtant, cette spirale de la répression n'a pas permis aux États-Unis de contenir la consommation de drogues qui s'y pratique. Par contre, les effets néfastes de ce qu'il est devenu commun d'appeler le *War against drugs* se sont largement multipliés:

What are the effects of prohibition? The first result is crime. This is a very simple matter of economics. Drug laws reduce the number of suppliers and thereby the supply of drugs, driving up their price. The danger of arrest for the seller adds a risk premium to the price. The higher price means that users often commit crimes to pay for a habit that would be easily affordable if drugs were legal (Boaz, 1990 : 1).

Aujourd'hui, les États-Unis semblent être aux prises avec leur politique guerrière, ne contrôlant plus la consommation, non plus que la population carcérale emprisonnée en vertu de la *Loi sur les stupéfiants*. L'accroissement de la répression n'a rien changé en matière de consommation. Au contraire, la demande reste très élevée, et l'apparition du sida, dans ce contexte de prohibition, ne semble pas faciliter les interventions sanitaires à l'égard des toxicomanes.

Les États-Unis procurent un exemple de politique répressive non contrôlée où l'accroissement de la sévérité des sanctions ne connaît aucune justification, ni apparemment tellement d'effet. Au

contraire, on constate la présence d'une *spirale infernale*. Il en ressort que le droit pénal représente une forme de contrôle qu'il faut manipuler avec parcimonie pour ne pas devenir totalement contre-productif.

Il n'y a en définitive rien d'étonnant à ce que l'Amérique paie le prix de ses contradictions. Pays de loin le plus répressif, elle est aussi la plus touchée par la toxicomanie. Par une forme curieuse de justice immanente, elle se trouve prise dans l'oeil du cyclone qu'elle contribue à faire souffler. Et elle ne semble pas à l'heure actuelle, compte tenu de l'état de son opinion publique, en mesure de se lancer dans une autre politique comme le tentent certains pays d'Europe (Caballero, 1989 : 656).

4.4 Les possibilités pour le Québec

La définition d'une politique des drogues, au Québec, ne peut ignorer le Canada, notamment à l'égard de certains produits de compétence fédérale.

Mais rien ne l'empêche de faire des propositions allant dans le sens de ses propres politiques. Nous avons montré, à plusieurs reprises, combien le contexte d'émergence et de vie d'une politique était déterminant pour la réussite d'une politique. Or, qu'est ce qui fait ce contexte?

Tout d'abord, l'État et les tendances des politiques récentes en matière de drogues, assortis au point de vue de l'opinion publique, sont le reflet de la conjoncture en matière de drogues. Puis, considérant la dimension internationale du problème, intervient l'environnement géographique. Finalement, entrent en ligne de compte les volontés des acteurs sociaux intervenants dans le champ des drogues et de la toxicomanie.

4.4.1 Le contexte conjoncturel

Nous n'évoquerons ici que brièvement les politiques conduites en matière de drogues car elles ont été précisées antérieurement. Il faut noter, dans les dernières tendances, la volonté au Québec de parvenir à une consommation modérée d'alcool tout en maintenant une répression sévère pour la conduite avec des facultés affaiblies.

La tendance marquée par les dernières politiques en matière de tabac semble quant à elle s'orienter vers la promotion d'une réduction de la consommation, notamment en limitant les lieux où celle-ci est autorisée. Il faut néanmoins rappeler le recul du gouvernement fédéral, en 1993, qui par sa politique de taxation, réagissait au développement d'un important marché noir de cigarettes.

De son côté, bien que la politique en la matière n'ait pas véritablement changée, il semble que la consommation de drogues illicites se maintienne au même niveau et pourrait même se réduire. Les changements dans la pyramide des âges ne seraient peut-être pas étrangers à cette nouvelle tendance qu'on croit déceler.

Enfin, l'opinion publique semble être favorable à l'action gouvernementale que celle-ci soit fédérale ou provinciale vis-à-vis de l'alcool et des drogues illicites.

4.4.2 Le contexte géographique

Il est certain, peut être encore plus en ce domaine que dans d'autres, qu'on ne peut envisager une politique des drogues, régissant notamment celles qui sont illicites, sans penser à nos voisins du Sud, d'une part en raison des pressions qu'ils risquent d'exercer sur nous et, d'autre part, en raison des risques de tourisme de la drogue, comme en connaît la Hollande dans ses régions frontalières avec l'Allemagne, la Belgique et la France.

La *guerre à la drogue* menée par les Américains nous oblige à prévoir des répercussions autour des zones frontalières si la politique canadienne apparaît nettement plus libérale. Cette guerre américaine ne doit cependant pas nous obliger à limiter nos volontés d'innovations dans le domaine de la politique des drogues, mais il nous faut tenir compte de ce contexte au moment de sa définition.

4.4.3 La volonté du terrain

Les acteurs sur le terrain ont pu s'exprimer sur leurs attentes et leurs besoins dans une enquête dirigée par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Il ressort de cette enquête que les opinions sont partagées quant à l'adoption d'une politique plus libérale.

Par contre, la plupart encourage la réduction des méfaits. De fait, il semble exister une certaine confusion sur ce terme. Nous avons, à cet égard, voulu montrer précédemment ce qu'il fallait réellement entendre par réduction des méfaits afin d'être le plus précis possible dans les recommandations formulées à cet égard. Nous pensons qu'en dehors de l'effet de mode de cette idée de la réduction des méfaits, les intervenants dans le champ de la toxicomanie souhaitent une politique plus pragmatique, s'approchant de celle que nous désignons sous le terme de *stratégie libérale*, entre autre parce qu'une telle politique se définit et se conçoit davantage comme un outil que comme une politique.

Conclusion

Au terme de ce rapport, il convient de revenir sur les enjeux d'une politique des drogues afin de mieux cerner le débat sur le sujet.

La drogue, en ce qu'elle serait devenue un fléau social depuis une trentaine d'années, traduit dans sa représentation un imaginaire de déchéance et de décomposition tant individuelle que collective. À cet égard, elle fait l'objet de contrôles de plus en plus importants, contrôles dont la mise en place est liée à la négativité définissant la consommation de produits psychotropes. Or, nous avons pu voir combien, d'une part, les contraintes les plus fortes ne s'appliquent pas nécessairement aux produits les plus coûteux pour la société et pour l'individu et, d'autre part, que l'usage de la répression ne constitue pas toujours la solution miracle.

Ces quelques constatations, largement développées par ailleurs, doivent être gardées à l'esprit car elles représentent le symbole de la nature de la politique des drogues «construite sur un mode émotionnel sur la base d'une dichotomie entre liberté et répression, intérêts de la personne et contraintes de l'ordre social» (Castel et Coppel, 1991 : 237).

Cette affirmation nous permet d'indiquer qu'en tant que scientifiques, il faut s'éloigner du débat sur la légalisation ou la répression de la drogue, dans la mesure où, en dernière instance, il s'agit d'un débat essentiellement politique, pour, au contraire, porter notre réflexion sur la nature et les modalités d'exercice des contrôles de la consommation de produits psychotropes. Ce déplacement s'avère aujourd'hui nécessaire puisque les diverses stratégies présentées, au-delà des fondements politiques différents qui les sous-tendent, expriment des manières différentes de contrôler. Ainsi, le débat ne se fait pas tant entre contrôle et non contrôle qu'entre les différentes formes de régulations possibles. Dès lors, parler de dépénalisation (action de soustraire un comportement du champ pénal), de déjudiciarisation (action de soustraire un comportement d'une prise en charge par les tribunaux) ou de décriminalisation (action de réduction de la nature infractionnelle du comportement) a peu d'intérêt puisque ce débat sur le déplacement ou la réduction des contrôles ne donnent pas l'occasion d'envisager les meilleures régulations possibles, les fondements de ces démarches étant d'abord d'ordre politique.

En effet, lorsqu'il s'agit de s'interroger sur une politique des drogues, l'accent doit être mis sur la nature de la régulation souhaitée et sur son efficacité envisagée et non pas sur le dilemme entre liberté et répression. Il est certain que les sociétés occidentales sont aujourd'hui obligées d'intervenir sur la consommation de psychotropes puisque les régulations traditionnelles ne permettent plus d'encadrer les usages. Il faut dire que la construction de la nature problématique de la consommation des produits psychotropes est récente à l'échelle humaine (un siècle). Elle n'en marque pas moins la rupture dans le fonctionnement d'un ordre normatif traditionnel contrôlant les usages de psychotropes. Cette rupture a contribué à la mise en place «d'hétéro-contrôles» (Castel et Coppel, 1991) en lieu et place des contrôles sociétaux traditionnels, «hétéro-contrôles» qui conduisent à la définition du phénomène en problème et à la prise en charge de ce dernier par des experts.

Or, les experts intervenant dans le domaine de la drogue pour réaliser les «hétéro-contrôles» en question sont de deux ordres concurrents : justice et médecine. Jusqu'à ce jour, aucun de ces experts n'a pu parvenir à exercer une forme de régulation globale sur la consommation de psychotropes. Devant cet échec cuisant, il convient de s'interroger sur la nature des contrôles à envisager.

Considérant que le phénomène est divers et complexe, ce que le monde scientifique n'a eu de cesse de répéter, il nous apparaît important, dans le cadre de propositions d'actions, de définir les fondements des formes de régulations proposées ensuite. Deux mots chargés de sens mais aussi de difficultés doivent prévaloir dans toute action entreprise dans le domaine des drogues : la concertation et la multidisciplinarité. Ces deux éléments centraux d'un plan de politique articulé cherchent à témoigner du fait qu'il n'est pas possible, si l'on veut réussir un contrôle des drogues, de l'envisager de manière globale. Aucun champ d'expertise scientifique ou professionnel ne peut considérer pourvoir réguler l'ensemble du phénomène des drogues. Dès lors, la concertation devient indispensable. Or, la concertation tant entre intervenants qu'avec les scientifiques ne doit pas intervenir comme une solution de dernier recours devant l'échec d'une politique, mais doit constituer le moteur de la politique et des contrôles exercés.

Ainsi, il apparaît nécessaire de considérer que la définition d'un contrôle de la consommation, d'un produit en particulier, ne devrait pas résulter dans l'inflation législative et réglementaire tel qu'on la connaît actuellement. Une politique ne réussit pas, on en ajoute une autre, développant un contrôle supplémentaire. Une telle attitude ne permettra jamais de régler le problème des drogues, bien au contraire, elle pourrait contribuer à créer de nouveaux problèmes découlant de la présence même des interdits se multipliant. C'est pourquoi, la concertation devant nécessairement se trouver à la base d'une définition des politiques devrait permettre de connaître et de sublimer les enjeux d'expertises et de contrôles et susciter une réflexion sur la nature suffisante et nécessaire des contrôles.

La nécessité d'une action multidisciplinaire découle de la reconnaissance de la complexité du phénomène sur lequel on veut agir. Il faut comprendre les drogues sous différents angles combinés pour parvenir à une connaissance certes encore partielle mais moins partielle du phénomène.

Considérant les arguments discutés plus haut, nous pensons qu'aucune stratégie n'est valable utilisée isolément. Et qu'aucune ne paraît pouvoir être rejetée d'entrée de jeu. Au contraire, la différence dans l'intensité des contrôles qu'elles établissent, chacune à sa façon, devrait permettre de refléter les divers besoins de contrôles associés au phénomène des drogues.

La combinaison parfaite est probablement encore dans le collimateur. Elle pourrait se réaliser si le débat se déplaçait vers la question des meilleurs contrôles plutôt que de se fixer sur une position stérile opposant liberté et répression.

Bibliographie

- Adrian, M., Jull, P.M. et Williams, R.T. (1991). *Statistics on Alcohol and Drugs Use in Canada and Other Countries, vol 2. Statistics on Drug Use*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Bellot. C. (1995). “La légalisation des drogues entre militarisme et rationalisme”. *Toxibase*, revue documentaire, vol. 1, pp. 53-58.
- Bellot, C. (1993). *Les propositions de légalisation de la drogue et les données de la criminologie*. Mémoire réalisé dans le cadre du DEA Droit Pénal et Sciences criminelles. Université de Aix-Marseille III.
- Bertrand, M.A. (1988). Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues in P. Brisson. *L'usage des drogues et les toxicomanies*. Montréal : Gaëtan Morin, pp. 139-155.
- Blais, Y. (1988). La réduction sociale du toxicomane. in Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin. pp. 405-416.
- Brisson, P. (1988). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Brisson, P. (1994). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. vol. 2, Montréal : Gaëtan Morin.
- Brisson, P. (1995). “La réduction des méfaits : considérations historiques et critiques”. *L'écho-toxico*. Volume 6, numéro 2, pp. 2-7.
- Bernat de Celis, J. (1992). *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants?* Paris, CESDIP, numéro 54.
- Boaz, D. (éd.) (1990). *The Crisis in drug prohibition, USA* : Cato Institute.
- Boaz, D. (1990). The Consequences of prohibition. in D. Boaz. *The Crisis in drug prohibition, USA* : Cato Institute, pp. 1-9.
- Bryan, M., Crawshaw, P. (1988). Politiques internationales et législation canadienne en matière de drogues in P. Brisson. *L'usage des drogues et les toxicomanies*. Montréal : Gaëtan Morin, pp. 105-125.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la drogue*. Paris : Précis Dalloz..
- Charpentier, P., Perras, J. (1988). L'importance du suivi en réadaptation in Brisson, P. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin, pp. 417-430.

- Canadian Centre on Substance abuse. (1996). *The Costs of substance abuse in Canada*. Single, E., Robson, L., Xie, X., Rehm. Toronto.
- Cesoni, M. (1994). "Usage de stupéfiants et politiques législatives : une comparaison européenne" in A. Ogien et P. Mignon. *La demande sociale de drogues*. Paris : La Documentation Française, pp. 167-176.
- Chamberland, C. (1989). *Portrait de la littérature évaluative québécoise en toxicomanie: Dossier I : La prévention*. Québec : ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Cohen, P. (1989). "La place de la politique hollandaise de la drogue dans le contexte de l'administration sociale" *Psychotropes*, Volume 5, numéro 1-2.
- Coppel, A. (1994). "De la clinique à la santé publique : traitement et réduction des risques" in A. Ogien et P. Mignon. *La demande sociale de drogues*. Paris : La Documentation Française, pp. 99-109.
- Cormier, D., Brochu, S., Bergevin, J.P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*, Montréal : Éditions du Méridien.
- Cusson, F., Laflamme-Cusson, S. (1994). *La drogue au Québec*. Cahier de recherche du groupe de recherche en intervention sur les substances psychoactives du Québec.
- Dubuc, J. (1994). Educ'alcool : une philosophie du libre choix et de la responsabilisation. in P. Brisson. *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II*. Montréal : Gaëtan Morin, 323-345.
- Franchimont, M. (1972). À la frontière de la répression. in L. Cornil. *Les frontières de la répression*. Bruxelles : Presses Universitaires Belges.
- Gassin, R. (1994). *Criminologie*. Paris : Précis Dalloz, troisième édition.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E.A., O'Hare, P. (1993). *Psychoactive Drugs and harm Reduction : from faith to science*. London : Whurr Publishes.
- Henman, A. (1995). *Drogues légales. l'expérience de Liverpool*, Paris, Éditions du Léopard.
- Kalant, H. (1994). La question des drogues aux vingtièmes siècles, une responsabilité gouvernementale ou individuelle in P. Brisson (ed). *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II*, Montréal, Gaëtan Morin, pp 175-192.
- Kopp, P. (1994) "L'efficacité des politiques de contrôle des drogues illégales", *Futunbles*, numéro 185, pp 83-99.

- Leuw, E. (1994). “ Entre prohibition et intégration: la viabilité d'une politique pragmatique de la drogue ” in A. Ogien et P. Mignon (eds). *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, pp225-234.
- Low, K. (1994). Les jeunes, les drogues et la dépendance d'une prévention radicale. in P. Brisson (ed). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II., Montréal, Gaëtan Morin, 295-321.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1992). *La Politique de la santé et du bien-être au Québec*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Nadeau, L.; Poupart, A. (1994). Conviction et coercition: modèle d'intervention pour réduire la conduite en état d'ébriété. in P. Brisson. (éd). *L'usage des drogues et les toxicomanies*. Montréal, Gaëtan Morin, pp.273-284.
- Ogien, A.; Mignon, P. (eds). (1994). *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française.
- O'Hare, P.A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buring, E.C.; Drucker E (eds) (1992). *The reduction of drug related harm*, London et New York, Routledge.
- Paez, D.; Agirolera-Torres, N. (1994). “ Consommation de drogues et loi en Espagne ” in A. Ogien et P. Mignon (eds). *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, pp235-245.
- Reuband, K.H. (1994). “ Usages et politiques de la drogue en Europe: une comparaison des données épidémiologiques ” in A. Ogien et P. Mignon (eds). *La demande sociale de drogues*. Paris, La Documentation Française, pp213-224.
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politiques et pratiques.. in Brission, P. (éd.). *L'usage des drogues et la toxicomanie*. vol. 2, Montréal, Gaëtan Morin pp 129-145.
- Savoie, A. (1989). “La relation éducative en milieu de travail.” *Revue québécoise de psychologie*, numéro 10, volume 1, pp 101-121.
- Santé Canada. (1994). *Enquête sur le tabagisme au Canada* Quartier 1, feuillet de renseignements, août 1994. Ottawa, ministère de la Santé.
- Santé Canada. (1994). *Enquête sur le tabagisme au Canada* Quartier 2, feuillet de renseignements, novembre 1994. Ottawa, ministère de la Santé.
- Santé Canada. (1995). *Enquête sur le tabagisme au Canada* Quartier 3, feuillet de renseignements, février 1995. Ottawa, ministère de la Santé.

- Santé Canada. (1995). *Enquête sur le tabagisme au Canada* Quartier 1, feuillet de renseignements, juin 1995. Ottawa, ministère de la Santé.
- Santé Canada. (1995). *Les jeunes canadiens et les drogues. Guide ressource de promotion de la santé et de marketing social*. Préparé par Adrian, N.; Layne; Williams. Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être Social Canada. (1992). *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies. Rapport de base de la stratégie canadienne antidrogue*. Préparé par Eliany, N.; Rush, B., Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être Social Canada. (1992). *Usage de l'alcool et des autres drogues par les canadiens: un rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les drogues (1989)*. Préparée par Eliany, N.; Gersbrech, N.; Nelson, N.; Wortley, S., Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être Social Canada. (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues: points saillants (1989)*. Préparé par Eliany, N.; Gersbrech, N; Nelson, Wellman, B.; N; Wortley, S, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé et Bien-être Social Canada. (1990). *Enquête promotion de la Santé Canada: Un rapport technique*, préparé par Stephens, T.; Towler Graham, D., Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services.
- Santé Québec. (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de la santé 1992-1993*, volume 1-2, préparé par Bellerose, C.; Lavallée, C.; Chénard, C.L., Levasseur, N., Montréal, ministère de la Santé et des Services Sociaux. Gouvernement du Québec.
- Single, E.; Williams, B.; Mc Kenzie, D.D. (1994). *Profil canadien: l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies et la fondation de la recherche sur les toxicomanies de l'Ontario.
- Single, E.; Wortley S. (1993). "Drinking in various settings: Findings from a national survey un Canada" *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 54, pp 590.599.
- Sylvestre, J.; Rhéaume, J. (1994). L'intervention en milieu de travail: des programmes d'aide aux réseau d'entraide in P. Brisson (ed). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II., Montréal, Gaëtan Morin, pp 371-392.
- Torjman, S. R. (1986). *Prevention in the Drug Fields, Monograph 1, Essential Concepts and Strategies.*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Trautmann, C. (1994). "Les raisons de la prohibition". *Futuribles*, numéro 185, pp 101-104

Liste des tableaux

Tableau 1 : Vente des boissons alcoolisées et volume d'alcool absolu pour les personnes âgées de 15 ans et plus, au Canada et au Québec en 1988-1989	9
Tableau 2 : Pourcentage de non-fumeurs, d'anciens fumeurs, de fumeurs actuels et nombre de cigarettes par jour pour les fumeurs actuels, âgés de 15 ans et plus au Canada	11
Tableau 3 : Consommation de cigarettes et de tabac par rapport aux ventes au Canada, 1990.....	11
Tableau 4 : Pourcentage de la population avouant avoir pris certaines drogues illicites dans leur vie et pendant les 12 mois précédant l'enquête dans la population des 15 ans et plus	12
Tableau 5 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues licites pendant le mois précédant l'enquête, dans la population canadienne de 15 ans et plus, 1989.....	12
Tableau 6 : Usage de drogues multiples en combinaison, parmi la population canadienne de 15 ans et plus, 1989.....	13
Tableau 7 : Types de buveurs et nombre de consommations prises pendant la semaine précédant l'enquête, par sexe, dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1989.....	15
Tableau 8 : Situation face au tabac, selon le sexe, dans la population canadienne de 15 ans et plus, en 1989.....	16
Tableau 9 : Nombre de cigarettes fumées par jour, par les fumeurs actuels parmi ceux âgés de 15 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1990	16
Tableau 10 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues illicites pendant les 12 mois précédent l'enquête, selon le sexe, dans la population de 15 ans et plus, 1989.....	17
Tableau 11 : Pourcentage de la population ayant pris certaines drogues licites pendant le mois précédent l'enquête, selon le sexe, dans la population de 15 ans et plus, Canada, 1989.....	18

Tableau 12 : Nombre de consommations prises pendant la semaine précédant l'enquête et fréquence de consommation chez les buveurs actuels pendant l'année précédant l'enquête par groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 1989.....	20
Tableau 13 : Nombre de cigarettes fumées par jour, par les fumeurs actuels, par groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 1989.....	21
Tableau 14 : Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993.....	25
Tableau 15 : Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993.....	26
Tableau 16 : Consommation élevée d'alcool, de cinq consommations ou plus en une même occasion, durant l'année précédant l'enquête, selon l'âge, buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992.....	26
Tableau 17 : Type de fumeurs, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992 -1993.....	27
Tableau 18 : Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993.....	28
Tableau 19 : Nombre de cigarettes fumées quotidiennement par des fumeurs réguliers, selon l'âge, le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1992-1993.....	29
Tableau 20 : Types de consommation de drogues, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-93.....	31
Tableau 21 : Consommateurs par catégories de drogues selon la période de consommation, population de 15 et plus, Québec 1992-93.....	31
Tableau 22 : Hospitalisations liées à la consommation d'alcool en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992.....	38
Tableau 23 : Hospitalisations liées à la consommation de tabac en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992.....	39
Tableau 24 : Hospitalisations liées à la consommation de drogues illicites, en nombre d'entrées et de jours selon le sexe, Canada, 1992.....	40
Tableau 25 : Nombre d'infractions routières associées à l'alcool, selon le type d'infraction, et le taux par 100 000 habitants, Québec 1991.....	43

Tableau 26 : Répartition des coûts entre les différents produits, en milliard de \$, proportion du PIB, per capita, Canada, 1992.....	45
Tableau 27 : Nature et montants des coûts pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, en millions de dollars, Canada, 1992	46
Tableau 28 : Répartition des coûts entre les différents produits en millions de dollars, en proportion du PIB et per capita, Québec, 1992.....	47
Tableau 29 : Nature et montants des coûts pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, en milliers de dollars, Québec 1992.....	48
Tableau 30 : Les infractions de la Loi sur les stupéfiants et leurs sanctions maximales.....	62

Liste des figures

Figure 1 : Pourcentage d'anciens buveurs, buveurs actuels et non buveurs dans la population canadienne âgée de 15 ans et plus	8
Figure 2 : Fréquence de la consommation chez les buveurs actuels au cours de l'année précédant l'enquête menée auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus.....	8
Figure 3 : Nombre de consommations prises par les buveurs actuels, au cours de la semaine précédent l'enquête menée auprès de la population canadienne âgée de plus de 15 ans.....	9
Figure 4 : Répartition des hommes et des femmes âgés de plus de 15 ans selon leur consommation passée et présente de haschich ou de marijuana, Canada 1990.....	17
Figure 5 : Pourcentage de buveurs actuels par groupe d'âge dans la population de 15 ans et plus, Canada, 1989.....	19
Figure 6 : Pourcentage de fumeurs actuels par groupe d'âge dans la population des 15 ans et plus, Canada, 1989	20
Figure 7 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus ayant déjà fumé de la marijuana ou du haschich, par groupe d'âge, Canada, 1989	22
Figure 8 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus ayant déjà consommé de la cocaïne ou du crack, par groupe d'âge, Canada, 1989.....	22
Figure 9 : Pourcentage de la population des 15 ans et plus qui ont consommé des opiacés, des somnifères ou des tranquillisants au cours du mois précédent l'enquête, Canada, 1989.....	23