



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

1995-1999

LE POINT
SUR LA SITUATION
DE LA TOXICOMANIE
AU QUÉBEC

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministre délégué, 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.

Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs ou avec son comité avisé, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat: il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données publiées sur l'évolution de la problématique au Québec (ex.: Enquêtes de santé).

En vue de contribuer au transfert des connaissances, il publie régulièrement les résultats des études qu'il commande, des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses réflexions. Il publie également, sur certains thèmes, des fascicules qui constituent pour un ensemble d'acteurs des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions.

De novembre 1995 à juin 1996, le CPLT menait une consultation publique sur le phénomène de la toxicomanie au Québec. Impliquant des intervenants de différents secteurs, la consultation a permis de dresser un portrait détaillé de la situation en matière de toxicomanie. Ce document présente l'essentiel de ces résultats, ainsi que les données que les études réalisées depuis la consultation ont permis de documenter.

Dépôt légal
ISBN: 2-550-34654-8
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 1999

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le point sur [a situation de [a toxicomanie au Québec 1995-1999 est publié par le Comité permanent de lutte à la Toxicomanie

Rédaction:
Béatrice Beaucage

Support à la rédaction:
Jocelyne Forget
Guylaine Boucher

Graphisme:
Mazout Communications

Quelques-grands constats

Globalement, les risques associés à l'abus de substances psychoactives sont en hausse depuis quelques années au Québec. Entre 1987 et 1992-1993, la population susceptible de présenter des problèmes associés à l'alcool est passée de 10% à 13% au Québec.

Bien que l'on remarque depuis une dizaine d'années une tendance générale à la modération dans la consommation d'alcool, la proportion de grands buveurs (plus de cinq consommations à la fois et tendance à l'enivrement) demeure inchangée depuis 1987.

Selon les plus récentes données, et malgré la difficulté d'accès à l'information concernant les drogues illicites, entre 9, 2 et 13% des Québécois (25 à 32% pour les 15-24 ans) consommeraient actuellement des drogues. La drogue La plus consommée serait Le cannabis. L'ensemble des données concernant les drogues illicites sont par ailleurs jugées excessivement conservatrices.

À l'échelle nationale, le Québec aurait le taux de consommation de drogues illicites Le plus élevé au Canada, soit 14% des hommes et 11% des femmes.

Environ 23000 Québécois, dont 12000 à Montréal seulement, s'injecteraient des drogues. Entre le tiers et la moitié de ces personnes s'injecteraient de l'héroïne.

Outre ces données quantitatives, plusieurs données qualitatives recueillies auprès d'informateurs clés sur le terrain permettent de compléter le portrait:

➔ L'augmentation de la diversité et de la quantité de drogues illicites sur le marché, ainsi que La diminution de Leur prix, ont fait en sorte que Les jeunes y touchent de plus en plus tôt. Un phénomène touchant particulièrement les drogues dures.

➔ Les problèmes de dépendance à plus d'une substance combinée (alcool, drogues, médicaments ou autres) sont en hausse et s'accompagnent généralement de problèmes sociaux et psychologiques graves. La probabilité de voir les problèmes se résorber est alors beaucoup moindre.

➔ La toxicomanie est de plus en plus souvent associée à d'autres problèmes tels que: l'infection au VIH, les hépatites B et C, les troubles psychiatriques, les démêlés avec la justice, l'itinérance, la détresse psychologique, les tentatives de suicide, la marginalisation et le décrochage scolaire.

Coûts directs et indirects de 2 milliards de dollars pour l'année 1992, au Québec, associés à L'usage de psychotropes (estimé très conservateur). Cela représente **290\$ par habitant** pour l'alcool et les drogues illicites.

LES GOÛTS SOCIAUX DE LA TOXICOMANIE

ALCOOL

Coûts directs: 763 millions de dollars

Soins de santé (44%)



Recherche et prévention, programmes d'intervention en milieu de travail, dommages matériels causés (incendies, accidents), éducation et administration (25%)

Application et respect des règles de justice (31%)

COMPARATIVEMENT À L'ONTARIO ET À LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LE QUÉBEC CONSENT:

- 50% de plus de ressources financières aux services correctionnels,
- un budget plus faible en matière d'éducation, de prévention, de recherche et d'intervention en milieu de travail.

Coûts indirects: 965 millions de dollars en pertes de revenus pour la société

Maladies (37.8%)



Mortalité prématurée (62.2%)

Le taux de décès suite à l'usage et l'abus d'alcool au Québec est de 23 par 100 000 personnes.

COMPARATIVEMENT À L'ONTARIO ET À LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LE QUÉBEC AFFICHE :

- un taux de décès similaire à l'Ontario, mais inférieur à celui de la Colombie-Britannique (23 par 100 000 vs 27 par 100 000),
- une mortalité par cirrhose du foie deux fois moins importante;
- un taux de suicide associé à l'abus d'alcool presque deux fois plus important.

COÛT TOTAL: 1,7 milliard de dollars.

DROGUES ILLICITES

Coûts directs: 127,6 millions de dollars

Application et respect des règles de justice (72.3%)



Recherche et prévention (6,6%)

Soins de santé (principalement les frais hospitaliers et d'hébergement) (17,4%)

Coûts indirects: 135 millions de dollars

« Le taux de décès attribuable aux drogues illicites, principalement par suicide et après avoir contracté le sida, est de 2,8 par 100 000 personnes au Québec, un taux plus élevé qu'en Ontario mais moindre qu'en Colombie-Britannique

» 54% des décès reliés aux drogues illicites sont attribuables au suicide, un taux plus élevé que pour les deux autres provinces (37% et 21% respectivement), ce qui témoigne d'une détresse psychologique particulière chez les toxicomanes québécois.

COÛT TOTAL: 0,3 milliard de dollars.

Quelques constats spécifiques

L'intoxication à l'alcool est un phénomène qui **diffère** de l'abus et de la dépendance. Les travaux ont démontré l'importance de considérer l'intoxication comme un **profil de consommation spécifiquement à risque**, tout autant que la dépendance. En fait, l'intoxication à l'alcool est associée à une variété de problèmes et ce, peu importe le type de buveur (dépendant ou modéré):

LA VIOLENCE-> La violence conjugale sévère serait 15 fois plus élevée chez les couples où les hommes s'intoxiquent souvent que chez ceux ne s'intoxiquant jamais.

Les deux tiers des agresseurs ayant perpétré des crimes violents auraient consommé de l'alcool, et auraient souvent été intoxiqués au moment de l'épisode violent.

Les buveurs excessifs sont impliqués dans 33% des meurtres, 54% des homicides involontaires, 42% des délits sexuels (39% des viols) et 61% des voies de fait

LES ACCIDENTS RELIES A LA CONDUITE AVEC FACULTES AFFAIBLIES-> L'alcool est mis en cause pour 45% des conducteurs impliqués dans des accidents mortels.

Le risque d'accident double lorsque le niveau de concentration d'alcool dans le sang atteint 0,05 et ce risque est multiplié par six à un niveau de 0,10.

Un tiers des répondants masculins d'une enquête, âgés de 18 à 24 ans, déclare avoir conduit après avoir consommé de l'alcool.

Chez des conducteurs accidentés, le risque de mort ou de blessures sévères s'est révélé de trois à quatre fois plus élevé chez ceux ayant de l'alcool dans le sang.

Il est reconnu que ceux qui conduisent sous l'effet de l'intoxication à l'alcool le font de façon répétée, ce qui augmente leur risque de mortalité routière.

QUI SONT LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL «À RISQUE»?

La majorité des buveurs, même modérés, sont susceptibles de s'intoxiquer (s'enivrer) occasionnellement. Selon une enquête, la majorité (71%) des épisodes d'intoxication rapportés pour une période d'une semaine étaient rapportées par des buveurs modérés.

Toutefois, les consommateurs d'alcool considérés «à risque» sont ceux qui présentent des excès chroniques dans leur consommation. La **fréquence des occasions de forte consommation** (cinq verres ou plus, 13 fois par an pour les hommes et neuf fois par an pour les femmes) et la **quantité maximale d'alcool consommée par occasion** (huit verres ou plus par occasion pour les hommes et six verres ou plus pour les femmes) sont les facteurs les plus prédictifs de problèmes de santé et de bien-être.

Même s'il est impossible d'établir le profil type d'une personne susceptible de s'intoxiquer régulièrement, certains facteurs de vulnérabilité individuels et contextuels ont été dégagés, dont le genre, l'âge, l'ethnie, le statut civil et le profil de consommation des parents. En ce sens, les hommes et les jeunes représentent des groupes particulièrement à risque, pendant que les fumeurs ont deux fois plus de risque de développer une dépendance. Par ailleurs, les buveurs à risque sont plus susceptibles de développer des troubles de santé physique, des troubles mentaux et des problèmes sociaux directement liés à la consommation.

LA CONSOMMATION EN FONCTION DES GROUPES D'INDIVIDUS

LES JEUNES

Les jeunes de 15 à 24 ans boivent plus souvent et en quantité plus importante que le reste de la population. D'ailleurs, 12% des filles et 20% des garçons de secondaire IV et V rapportent se saouler souvent. Le risque de présenter des problèmes liés à l'alcool est en hausse au Québec chez les jeunes. En outre, les jeunes buveurs de 15-24 ans sont plus susceptibles de souffrir de détresse psychologique.

32% des jeunes âgés de 15 à 24 ans seraient des consommateurs actuels de drogues illicites, comparativement à 5% pour les plus âgés, et ces taux sont jugés excessivement conservateurs.

15% des garçons et 19% des filles en âge d'aller au secondaire (12 à 18 ans) ont consommé des drogues illicites au cours de leur vie. 7% des garçons et 6% des filles en consommeraient régulièrement. La consommation augmente entre le début et la fin du secondaire. Presque le tiers des élèves de secondaire V rapportent avoir déjà consommé des drogues.

Entre 6 et 10% des adolescents peuvent être décrits comme des consommateurs abusifs ou présentant des problèmes reliés aux substances psychoactives.

Près de 1% des jeunes en milieu scolaire se sont déjà injecté des drogues.

Selon une enquête montréalaise, le tiers des jeunes de la rue auraient expérimenté des drogues injectables. Ils consommeraient des drogues telles que la cocaïne, le crack et le LSD de 5 à 15 fois plus que l'ensemble des jeunes.

LES FEMMES

QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES

Tout comme les jeunes, les femmes qui ont une consommation d'alcool à risque sont particulièrement susceptibles de souffrir de détresse psychologique.

Le profil type des jeunes femmes (15-24 ans) ayant une consommation d'alcool à risque se caractérise par une consommation occasionnelle de grandes quantités d'alcool et une consommation simultanée d'alcool et de drogues.

Les femmes souffrant de dépendance à l'alcool présentent des symptômes de toxicomanie d'une plus grande gravité.

En milieu carcéral, une détenue sur trois pourrait être considérée toxicomane (la cocaïne étant la drogue principale).

Les femmes consomment presque deux fois plus de médicaments psychotropes que les hommes. Le problème est encore plus grave chez les femmes de 45 ans et plus.

LES MÈRES TOXICOMANES

Il est très difficile d'établir avec certitude la prévalence de la toxicomanie chez les mères et les femmes enceintes. Un portrait partiel du problème a cependant pu être établi:

- > dans certains milieux, jusqu'à 5% des femmes enceintes présenteraient des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives;
- > depuis les années 1980, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, plus d'une centaine de cas de mères cocaïnomanes ont été dépistés chaque année;
- > dans l'Est de Montréal, jusqu'à 10% des bébés étaient affectés-dans certaines périodes par le problème de consommation de leur mère;
- > au Canada, chaque année, une centaine d'enfants naissent victimes du syndrome d'alcoolisme fœtal.

À noter que même si les données disponibles concernant les femmes enceintes toxicomanes sont très limitées, et même si les nombres absolus de cas connus ne sont pas très grands, de l'avis de tous, il s'agit là d'un problème social préoccupant, compte tenu des impacts importants sur les enfants à naître.

Les recherches ont également permis de dégager certaines informations relatives aux antécédents, aux conditions de vie difficiles vécues par les mères toxicomanes et aux risques de transmission des problèmes à leurs enfants. Ainsi, :

- 21 à 68% des mères ou futures mères toxicomanes en traitement signalent des problèmes d'abus de substances dans leur famille d'origine;
- bon nombre d'entre elles sont issues de familles pauvres et/ou chaotiques et auraient été victimes d'abus ou de négligence, dont des taux d'inceste de 28 à 44% (comparativement à 5% dans la population générale);
- plus de 70% d'entre elles seraient dans une situation de monoparentalité;
- vue leur faible niveau de scolarité et leur manque de formation professionnelle, les mères toxicomanes comptent souvent sur l'aide sociale et sur la délinquance (prostitution, vols, etc.) pour vivre;
- elles souffrent très souvent d'isolement, de problèmes importants de santé physique et mentale et de polytoxicomanie;
- elles ont souvent des partenaires eux-mêmes toxicomanes et vivent des relations de couples souvent difficiles.

Les enfants de mères toxicomanes sont à risque plus élevé de développer eux-mêmes un problème de toxicomanie, en plus d'un ensemble d'autres problèmes sociaux et psychologiques.

Il est reconnu que la grossesse constitue un moment privilégié pour tenter d'amener la femme toxicomane à entreprendre un traitement, d'où l'importance du dépistage.

LES PERSONNES HOMOSEXUELLES

Plusieurs recherches ont suggéré un risque particulier de toxicomanie chez les personnes homosexuelles. Les problèmes méthodologiques de ces recherches limitent cependant grandement la validité des résultats. Ceci dit, si les connaissances actuelles ne permettent pas de conclure à des problèmes généralisés et importants de toxicomanie, certaines tendances ont cependant été observées:

- plus de 30% des personnes homosexuelles seraient à risque élevé d'abus d'alcool, particulièrement les femmes;
- les problèmes de consommation et de dépendance à l'alcool seraient généralement assortis d'abus de drogues;
- une forte proportion des personnes homosexuelles consommeraient de l'alcool plus souvent et des drogues plus variées que la population en générale, sans toutefois avoir de problèmes d'abus ou de dépendance.

LES PERSONNES TOXICOMANES EN MILIEU DE TRAVAIL

- Au moins un employé sur dix au Québec aurait un problème de surconsommation de drogues ou d'alcool.
- Au Québec, la perte de productivité liée à l'alcool et aux drogues illicites se chiffre à plus d'un milliard de dollars annuellement.
- L'alcool demeure la substance qui engendre le plus de problèmes en milieu de travail, mais les problèmes liés aux drogues illicites et aux médicaments sont de plus en plus préoccupants.

Outre les pertes quantifiables liées à la mortalité prématurée, à la maladie et à l'invalidité, l'abus de substances psychotropes en milieu de travail entraîne:

- deux à trois fois plus de risques d'accidents de travail;
- un taux d'absentéisme trois fois plus élevé que la moyenne;
- des problèmes relationnels;
- un rendement inférieur de 30% à la moyenne;
- trois fois plus de réclamations d'indemnité de maladie que la moyenne;
- des coûts reliés à la sécurité, vu les vols plus nombreux et le trafic de drogues;
- cinq fois plus de probabilité de réclamation à la CSST;
- dix fois plus de risques d'être impliqué dans une procédure de grief.

LES PROBLÈMES ASSOCIÉS À LA TOXICOMANIE

Plusieurs études ont démontré que La toxicomanie est rarement un phénomène isolé et qu'elle s'accompagne souvent de d'autres problématiques. Voici un survol des constats mis en lumière quant aux liens entre la toxicomanie et ces autres problèmes.

SIDA ET VIH

- ➔ Entre 10 à 18% des utilisateurs de drogues par injection seraient atteints du VIH, ce qui est au-dessus du seuil épidémique;
- ➔ En 1998, 21, 6% des cas déclarés de sida chez les hommes et les femmes avaient un lien avec l'usage de drogues par injection, contre 7, 9% de 1979 à 1983;
- ➔ 12% des décès reliés aux drogues sont attribuables au sida;
- ➔ Environ 2% des jeunes de la rue à Montréal seraient infectés au VIH, ce qui constitue un taux dix fois plus élevé que dans la population québécoise du même âge; chez ceux qui se sont déjà injectés des drogues, Le taux est près du double.

HEPATITES

- ➔ Selon une étude menée dans un hôpital de Montréal au sein des groupes d'UDI, 48% de ces personnes souffriraient d'hépatite B et 70% d'hépatite C.

ITINERANCE

- ➔ Près des trois-quarts des personnes itinérantes ont connu à un moment ou l'autre de leur vie un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou autres substances psychoactives.
- ➔ Les conséquences de cette consommation constituent toujours la raison la plus fréquemment évoquée par les itinérants pour expliquer leur situation actuelle.
- ➔ La santé physique et mentale des itinérants toxicomanes est significativement plus détériorée que celle des itinérants non toxicomanes.

SUICIDE

- ➔ Les personnes qui présentent des problèmes reliés aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider que Le reste de la population. Les troubles reliés aux drogues sont présents dans les cas de suicide dans une proportion de 30 à 50% et dépasseraient les 50% si on y incluait les cas d'intoxication aiguë et de consommation de médicaments psychotropes.
- ➔ Chez les alcooliques, le taux annuel de suicide au Québec est estimé à environ 140 par 100000, comparativement à 19, 5 par 100000 pour la population générale (taux établi pour l'année 1995).
- ➔ Les problèmes de santé mentale, jumelés aux problèmes d'alcoolisme, augmenteraient considérablement le risque suicidaire. Par ailleurs, les intoxications chez des personnes non dépendantes sont reconnues comme un élément souvent présent lors du passage à l'acte suicidaire, surtout chez les 12-24 ans.
- ➔ Les personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits présentent de 30 à 50 fois plus de risques de se suicider que le taux statistique habituel. 80% de ces même personnes souffrent également d'alcoolisme et 40% abusent de drogues illicites, tant chez les hommes que les femmes.

TROUBLES DE SANTE MENTALE

- Les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont deux fois plus de risque d'avoir un trouble relié à l'alcool et quatre fois plus de risque d'abuser des autres drogues.
- Du tiers à la moitié de la clientèle en milieu psychiatrique présenterait un trouble de toxicomanie.
- De la moitié aux deux tiers de la clientèle en milieu de réadaptation en toxicomanie présenterait des troubles de santé mentale.
- Selon une étude réalisée dans des centres de réadaptation montréalais, 88% des sujets présentaient un trouble de personnalité caractérisé par des comportements inadaptés, dont un fonctionnement rigide, une tendance à se maintenir dans des situations dysfonctionnelles qui entraînent des échecs successifs et une faible résistance au stress.
- Les personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles de ce type sont trois fois plus à risque de développer une dépendance à l'alcool et six fois plus à risque pour les autres drogues.
- Les personnes présentant des troubles bipolaires (maniaco-dépression) ont pour leur part des taux onze fois plus élevés d'abus de substances que dans la population générale.
- Les études les plus récentes démontrent que le phénomène de comorbidité est en hausse.

DECROCHAGE SCOLAIRE

- Les jeunes décrocheurs consomment dix fois plus de drogues et trois fois plus d'alcool que les jeunes qui n'ont pas décroché.
- Les taux de consommation abusive d'alcool et de drogues chez les jeunes décrocheurs sont plus élevés que chez les élèves réguliers. Ils varient entre 22% (filles) / 32% (garçons) et 74%, selon les recherches.
- Chez les élèves identifiés comme décrocheurs potentiels, les taux de consommation abusive sont également plus élevés que pour les élèves réguliers, mais moindres que chez les décrocheurs.
- Plus de 50% des élèves identifiés comme de gros usagers de drogues illicites ont par la suite décroché de l'école. L'impact de l'alcool sur le décrochage apparaît moindre.
- Par ailleurs, même si l'abus de substances psychoactives serait un facteur aggravant chez le jeune à risque de décrocher, il ne peut pas à lui seul expliquer le décrochage scolaire. De nombreux facteurs (personnels, familiaux, scolaires, sociaux) interagissent et se conjuguent pour expliquer l'abandon. En raison des interrelations entre le décrochage et l'abus de substances psychoactives chez le jeune à risque, il est nécessaire d'adopter une vue d'ensemble et non compartimentée des deux phénomènes;
- Tout comme la consommation de substances psychoactives, le décrochage apparaît de façon de plus en plus précoce.

NEGLIGENCE PARENTALE

- Selon l'évaluation des intervenants des Centres jeunesse de Montréal, 32% des mères et 40% des pères dont les enfants sont référés pour négligence parentale font un usage abusif de drogues et d'alcool.
- Les situations de négligence apparaissent généralement lorsque le parent est en état d'intoxication.
- Près de la moitié des signalements retenus pour négligence impliqueraient de l'abus de drogues ou d'alcool chez les parents.
- Les conséquences de la négligence parentale sur les enfants sont nombreuses. Elles vont du retard de croissance, au retard intellectuel, en passant par des troubles du langage et une diminution de la performance académique.
- Les enfants victimes de négligence parentale sont moins créatifs lors de la résolution de problèmes, sont généralement négatifs, tristes et apathiques. Ils interagissent peu socialement et rencontrent certaines difficultés à remplir, une fois adulte, un rôle de parent chaleureux et responsable.

JEU PATHOLOGIQUE

ADULTES:

→ En 1991, 3, 8% de la population présentait des problèmes de jeu (1, 2% de joueurs pathologiques et 2, 6% de joueurs problématiques); sept ans plus tard, le nombre de joueurs pathologiques a fait un bond de 75%, le taux passant à 2, 1%.

→ Au Canada, les joueurs pathologiques sont trois à quatre fois plus à risque de présenter une toxicomanie que les personnes qui ont une relation normale avec le jeu.

→ Chez les joueurs pathologiques en traitement, le taux de toxicomanie est évalué à environ 50%, tandis que chez les toxicomanes en traitement, le taux de jeu pathologique varie de 4, 5% à 16%.

Comparativement aux simples toxicomanes, ceux qui ont en plus un problème de jeu présenteraient:

- un niveau plus élevé d'impulsivité;
- des symptômes de dépression majeure avec des risques plus élevés de tentatives de suicide;
- une consommation plus forte de psychotropes;
- moins d'habiletés de résolution de problèmes;
- davantage de maladies reliées au stress et de problèmes psychiatriques sévères;
- de plus grands risques d'incarcération;
- des répercussions plus graves aux plans familial et social.

JEUNES:

→ Selon une étude canadienne, 11% des adolescents de 13 à 17 ans auraient des problèmes reliés au jeu et, pour 3% des adolescents, il s'agit de jeu pathologique.

→ 30, 9% des garçons ayant des problèmes reliés au jeu consomment des psychotropes de façon abusive, comparativement à 13, 7% parmi les non-joueurs. Un phénomène également présent chez les filles.

→ 31, 9% des garçons et 22, 4% des filles qui consomment des substances psychoactives, disent avoir également un problème de jeu.

→ Les jeunes qui présentent une double problématique manifesteraient davantage de problèmes d'opposition, de troubles de conduite et de tabagisme que les autres jeunes. Les sentiments dépressifs seraient également fort présents, notamment chez les filles.

→ La présence de comportements abusifs (jeu ou toxicomanie) chez les parents influencerait grandement les risques de voir cette double problématique se développer.

VIOLENCE CONJUGALE:

→ Une étude américaine menée auprès de femmes victimes de violence conjugale a établi que 46 % de celles oui avaient été sévèrement agressées, avaient consommé de L'alcool de manière abusive une fois ou plus au cours de la précédente année, contre 36 % des femmes ayant subi des agressions moins graves et 16 % de celles qui n'avaient pas été victimes de violence conjugale.

→ En matière de violence conjugale, la moitié des hommes abusifs affirment que leur épisode violent serait occasionnellement en lien avec une intoxication à l'alcool, pendant que le tiers d'entre eux affirment que l'alcool et la violence sont fréquemment, ou très fréquemment liés.

Les hauts et les bas de l'intervention

La dernière consultation du CPLT (1995-1996) a permis de dégager les acquis, ainsi que les faiblesses des interventions en matière de toxicomanie. Elle a aussi permis d'identifier un ensemble de priorités.

LES CONSTATS POSITIFS

Une vision élargie du phénomène de la toxicomanie grâce à la recherche dans des disciplines diverses (psychologie, sociologie, criminologie, génétique) et des stratégies d'action diversifiées et complémentaires, notamment en prévention.

Une perspective plus globale en réadaptation: adoption d'un modèle biopsychosodal, reconnaissance de l'importance de l'intervention auprès des familles et de l'intégration de l'approche de réduction des méfaits (bien qu'il persiste encore, au moment de la consultation, une confusion quant à la définition et l'application de cette approche).

Les progrès en formation et en recherche.

LES PROBLÈMES

Le manque de concertation et de cohérence dans les actions, tant sur le terrain qu'au niveau des décideurs.

L'absence de certains partenaires indispensables, notamment les parents et les jeunes, dans la prévention et le manque d'intérêt de certains décideurs du milieu de l'éducation.

Des lacunes à l'intérieur du continuum de services et une accessibilité pas toujours réelle.

Le manque d'efforts en matière de prévention.

Le manque total de consensus quant à la légalisation ou la décriminalisation des drogues douces.

L'absence de normes de qualité pour encadrer les différentes ressources qui dispensent des services aux toxicomanes et à leur entourage.

L'absence d'une politique globale et cohérente en matière de toxicomanie qui implique tous les acteurs concernés.

LES PRIORITÉS

L'élaboration d'une stratégie nationale québécoise en toxicomanie.

La concertation intersectorielle entre les différents réseaux et le partenariat entre les différents acteurs.

La prévention auprès des jeunes et l'intervention précoce en priorité.

Le recours à une approche globale auprès des familles.

La consolidation d'un réseau public de services de réadaptation accessibles, de qualité et adaptés aux nouveaux besoins.

Un réseau privé de services de réadaptation régi par des normes claires.

La mise en place de programmes de réduction des méfaits s'inscrivant dans une approche globale des problèmes de toxicomanie.

La déjudiciarisation comme solution privilégiée dans les cas de possession simple de cannabis.

La nécessité de programmes de formation continue et de partage d'expertise entre les intervenants.

Les différentes interventions

Différentes approches d'intervention en matière de toxicomanie ont été documentées dans Les dernières années. Voici Les constats qui ont pu en être dégagés.

L'approche de réduction des méfaits

L'importance et l'utilité de l'approche de réduction des méfaits dans le milieu de l'intervention en toxicomanie étaient reconnues lors de la consultation, bien que les façons de définir et d'appliquer cette approche diffèrent d'un milieu à l'autre.

Une étude approfondie réalisée suite à la consultation a cependant permis de clarifier certains éléments relatifs à l'approche de réduction des méfaits. Ainsi, selon l'étude, l'approche peut se définir comme une démarche visant à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements, plutôt qu'à éliminer l'usage de psychotropes. Reposant sur des principes d'humanisme et de pragmatisme, l'approche de réduction des méfaits se matérialise à travers diverses pratiques dont: l'approvisionnement en seringues, l'utilisation de drogues et de produits de substitution (méthadone), l'implantation de zones de tolérance, etc.

La réduction des méfaits est parfaitement cohérente avec les politiques de promotion de la santé préconisées par l'OMS et les stratégies de la politique de la santé et du bien-être du Québec. Elle n'est pas incompatible avec un objectif éventuel d'abstinence.

Un consensus minimal sur l'application de cette approche reste à atteindre dans le milieu, de même que l'articulation de l'approche dans un cadre méthodologique qui permettrait de mieux analyser les actions et leur impact.

Les pratiques policières et judiciaires en matière de possession de cannabis et d'autres drogues

Les pratiques policières et judiciaires en matière de possession de cannabis et d'autres drogues varient d'une région à l'autre du Canada, d'une région à l'autre du Québec, ainsi que d'un corps policier à l'autre. Voici quelques faits saillants pour l'ensemble du Québec:

Un **nombre croissant d'infractions de possession de cannabis** a été enregistré (de 52, 5% en 1995 à 65, 1% en 1997), tandis que la proportion de **mises en accusation est en baisse constante** depuis 1990 (de 72, 2% en 1995 à 57, 9% en 1997), au profit des infractions plus graves et des accusations liées aux autres drogues. Par ailleurs, les **peines imposées** aux accusés sont peu sévères.

Les personnes accusées de possession de cannabis, en 1995, sont à **20% des mineurs** (une proportion à la hausse) et à **90% des hommes**.

La **déjudiciarisation dans les affaires de possession de cannabis** n'est pas une pratique courante dans l'ensemble du Québec. Il y a mise en accusation dans 72% des cas. Néanmoins, la déjudiciarisation a connu une **hausse** annuelle entre 1995 et 1997.

La **déjudiciarisation est plus courante pour les mineurs**; près de 50% des cas interceptés pour possession de cannabis n'ont pas été inculpés, taux qui a doublé entre 1990 et 1995.

Les programmes de prévention de la toxicomanie axés sur la famille

Les programmes de prévention axés sur la famille donnent des résultats positifs mais modestes. Très appréciés des parents, ils contribuent tout de même à réduire certains facteurs de risques familiaux en permettant l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés, en améliorant le bien-être familial, la communication, ainsi que certaines compétences parentales.

Les programmes de prévention où l'information est utilisée comme unique stratégie d'intervention s'avèrent inefficaces. Par contre, ceux utilisant diverses stratégies dont l'apprentissage d'habiletés parentales et le soutien, en plus de l'information, ont un potentiel d'efficacité plus élevé.

Les programmes ont un taux d'efficacité plus élevé lorsqu'ils sont préalablement conçus pour une population-cible spécifique.

Les limites méthodologiques inhérentes aux évaluations des programmes axés sur la famille, ainsi que les problèmes de recrutement et d'attrition des programmes, nuisent grandement à la validité des résultats obtenus quant à leur efficacité.

Les programmes d'intervention face à la toxicomanie en milieu de travail

Face au problème majeur que constitue la toxicomanie en milieu de travail, les différentes stratégies s'offrant aux entreprises pour contrer ce problème ont été cernées et documentées. Les principales stratégies d'intervention sont: la prévention, le contrôle de la consommation existante (notamment par les tests de dépistage) et les programmes d'aide aux employés et réseaux d'entraide syndicaux.

Plusieurs activités de prévention existent et sont documentées comme pouvant être efficaces pour prévenir les problèmes de toxicomanie en milieu de travail. Elles se partagent en deux grandes catégories soit, la prévention par l'information et la sensibilisation écrite (bulletins d'information, guides, dépliants, tests) et la prévention par l'information et la sensibilisation verbale (conférences, discussions, bandes-vidéos, pièces de théâtre).

Les conditions de réussite de l'implantation d'activités de prévention en milieu de travail ont été identifiées en trois points:

- créer un climat de confiance et de collaboration impliquant les différents partenaires;
- analyser préalablement les besoins du milieu pour offrir une réponse adaptée;
- faciliter la disponibilité et l'accès aux activités.

Par ailleurs, la prévention se heurte souvent au refus des organisations de reconnaître comme une priorité Les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et de retenir La prévention comme une stratégie d'action prioritaire.

CONTROLE DE LA CONSOMMATION: TESTS DE DEPISTAGE

La question de savoir si L'on doit permettre l'utilisation de tests de dépistage de drogues dans les milieux de travail soulève de fortes réactions. Au Québec, un débat légal entoure La question. Les syndicats s'y opposent en raison de l'intrusion dans la vie privée, du caractère discriminatoire des tests et de la Légalité douteuse de ce moyen de contrôle. Certains employeurs y voient plutôt une façon efficace de contrôler la consommation de drogues de leurs employés.

Si une organisation choisit néanmoins d'administrer des tests de dépistage de drogues en milieu de travail (avant ou après l'embauche), elle se doit de suivre rigoureusement les règles de conduite suivantes:

- s'assurer que les motifs pour recourir à cette pratique soient justifiés et fondés (emplois où la sécurité doit primer, comme le transport);
- prévoir les actions en cas de résultats positifs (sanctions, poursuites);
- s'assurer que les tests utilisés sont fiables;
- contrôler le programme de dépistage et la méthode utilisée;
- suivre un protocole rigoureux d'analyse.

Les programmes d'aide aux employés (PAE) et les réseaux d'entraide

L'implantation de **PAE** pour les employés qui présentent des problèmes reliés à l'usage de psychotropes apporte une contribution majeure à la lutte à la toxicomanie en milieu de travail. Même s'ils demeurent assez peu répandus, les PAE présentent de nombreux avantages dont l'accessibilité, la confidentialité et le recours volontaire, pour ne nommer que ceux-là. Ils ne sont par contre pas dénués de problèmes; ainsi souffrent-ils souvent d'un certain manque de concertation et de partenariat véritable entre les ressources, d'un éparpillement des initiatives, jumelé à l'isolement de certains intervenants et d'un manque d'activités de prévention, surtout de prévention primaire, l'accent étant davantage mis sur les interventions curatives et la relation d'aide.

En plus des PAE, les **réseaux d'entraide** mis sur pied par les syndicats sont également une source importante de promotion et de mise en place d'activités préventives pour les employés. Leur objectif est la mise sur pied d'un réseau d'entraide en milieu de travail qui favorise la compréhension et la solidarité pour venir en aide aux membres et à leurs proches. Ces réseaux rejoignent un grand nombre de milieux de travail. Des programmes sont souvent créés conjointement avec les employeurs et intégrés à la convention collective, ce qui présente des avantages certains en termes de facilité d'accès aux services.

Agir quand le problème **ne vient pas seul**

INTERVENTIONS DANS LES CAS DE TOXICOMANIE ET PROBLÈMES ASSOCIÉS

TOXICOMANIE ET TROUBLES DE SANTE MENTALE

L'écart entre l'étendue des besoins de cette clientèle et l'offre de services est considérable. Au Québec, bien que l'intervention dans les cas de doubles diagnostics troubles mentaux/toxicomanie semble avoir commencé à se développer, les services disponibles pour cette clientèle problématique demeurent **très limités**. Peu de ressources professionnelles se montrent intéressées à travailler avec cette clientèle très difficile; le traitement suit rarement le modèle intégré et se fait le plus souvent sans concertation. De plus, peu d'intervenants des deux réseaux disposent des connaissances nécessaires au traitement de cette population spécifique.

Trois principes généraux se dégagent en ce qui concerne le **traitement**:

- > la supériorité d'une approche où les deux conditions (santé mentale et toxicomanie) sont traitées de façon **simultanée et intégrée** par rapport à une approche où elles sont traitées de façon séquentielle ou parallèle;
- > l'importance d'un **dépistage précoce** de l'usage de psychotropes chez les patients psychiatriques;
- > l'efficacité et l'efficience d'une intervention **spécifique** à cette clientèle à double diagnostic.

TOXICOMANIE ET DECROCHAGE SCOLAIRE

Plusieurs programmes évalués comme efficaces dans la prévention du décrochage et de l'abus de substances psychotropes sont documentés dans la littérature existante, mais fort peu sont mis en application dans les écoles québécoises.

Une **approche globale** est recommandée afin d'intervenir simultanément sur l'ensemble des facteurs à la base de ces deux problèmes interreliés.

En ce sens, Les priorités suivantes sont retenues:

- > améliorer La qualité de vie étudiante;
- > impliquer davantage Les élèves dans Les décisions Les concernant;
- > mettre plus d'accent sur La prévention primaire et sur l'intervention précoce en intervenant dès Le deuxième cycle du primaire;
- > accorder une attention individuelle aux jeunes à risque;
- > travailler davantage avec les familles;
- > mettre à contribution Les différents acteurs concernés;
- > assurer le maintien des services complémentaires en milieu scolaire (notamment les EPT);
- > former et superviser le personnel scolaire (enseignants et autres intervenants) pour qu'il dépiste et accompagne adéquatement Les jeunes à risque;
- > faciliter le raccrochage des décrocheurs.

TOXICOMANIE ET JEU PATHOLOGIQUE

Bien que divers services existent pour venir en aide aux joueurs pathologiques, peu d'entre eux répondent spécifiquement aux besoins des joueurs qui présentent aussi un problème de toxicomanie. Le manque de ressources est encore plus flagrant en ce qui concerne les jeunes.

Suite aux études effectuées sur la question, les actions devant être entreprises sont par contre très claires:

- > agir en amont des problèmes et dépister les jeunes à risque de façon précoce, de manière à agir avant qu'il y ait aggravation;
- > déployer des efforts importants de sensibilisation, également de façon précoce;
- > essayer de rejoindre à la fois les jeunes et les parents;
- > créer des programmes spécifiques qui visent les deux problèmes de façon concomitante et intégrée;
- > trouver un moyen de rejoindre les jeunes de la rue qui sont particulièrement à risque;
- > mettre en place un dépistage systématique des problèmes de jeu dans les centres de réadaptation en toxicomanie et octroyer les ressources matérielles nécessaires à l'intervention auprès des personnes qui présentent les deux problèmes;
- > mettre en commun les expertises des deux domaines (jeu et toxicomanie), et développer des programmes de formation qui traitent à la fois des deux problématiques;
- > poursuivre la recherche face à cette double problématique en émergence.

TOXICOMANIE ET NÉGLIGENCE PARENTALE

De nombreuses études ont été menées sur la relation existante entre la toxicomanie et la négligence parentale. Peu de gestes concrets ont cependant été réalisés à ce jour en vue d'amoindrir les effets négatifs découlant de cette double problématique. Les plus récentes études sur La question sont, par contre, on ne peut plus claires sur les gestes à poser:

- > établir des ententes de collaboration entre la protection de la jeunesse, les organismes œuvrant en toxicomanie et les ressources du milieu;
- > favoriser un travail de concertation en équipe multidisciplinaire;
- > former de manière spécifique les intervenants impliqués auprès des parents négligents et toxicomanes;
- > offrir des services adaptés aux réalités culturelles des familles;
- > renforcer les habiletés parentales;
- > développer la motivation en misant sur la relation mère-enfant;
- > remédier au faible niveau d'éducation des mères en leur offrant des services de formation professionnelle;
- > poursuivre la recherche face à cette double problématique.

TOXICOMANIE ET VIOLENCE CONJUGALE

La relation entre la toxicomanie et la violence conjugale fait de moins en moins de doute. Si le lien entre les deux problématiques est de mieux en mieux documenté, beaucoup de choses restent cependant à faire sur le terrain:

- > former les professionnels du réseau de la santé aux réalités de cette double problématique;
- > favoriser l'implantation d'un protocole de dépistage;
- > développer des stratégies de traitement créatives et adaptées à cette double problématique;
- > favoriser l'intervention multidisciplinaire.

Les orientations

retenues par le MSSS depuis la consultation de 1995-1996

Depuis la consultation de 1995-1996, des efforts majeurs ont été déployés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour élaborer différents plans d'action et orientations en matière de toxicomanie et par rapport aux problématiques connexes. Voici les principales orientations retenues par le MSSS au cours des dernières années.

Le plan d'action en toxicomanie

En 1998, Le ministre Jean Rochon avait réitéré la priorité accordée à La toxicomanie en demandant la préparation d'un plan d'action spécifique. Ce plan d'action fait suite à un ensemble de constats, enjeux et pistes d'action documentés, ainsi qu'à la tenue de groupes de discussion sur L'état de situation de La problématique elle-même et les interventions menées. Le plan d'action annonce une stratégie d'action qui vise les objectifs suivants:

Confirmer le virage préventif en agissant en amont des problèmes d'adaptation sociale de manière à prévenir les risques de conséquences négatives.

Consolider les services et favoriser leur intégration en assurant La disponibilité d'une gamme de services (prévention, dépistage, désintoxication, réadaptation, réinsertion sociale, soutien pour les toxicomanes et leurs proches) et en mettant en place des mécanismes de concertation et d'orientation des personnes.

Augmenter l'accessibilité aux services en faisant connaître Les ressources disponibles, en assurant une prise en charge rapide des personnes et en accroissant L'accès aux services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie.

Assurer la qualité des services, par la reconnaissance des organismes offrant des services, en favorisant l'utilisation des outils visant l'amélioration de la qualité et en encourageant la formation et l'échange d'expertise.

Des actions adaptées à certains groupes sont aussi favorisées: Les jeunes, les femmes et les mères toxicomanes, les personnes âgées, les personnes présentant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, les personnes criminalisées, les usagers de drogues par injection et les personnes itinérantes.

Suite à son entrée en fonction, le ministre délégué, Gilles Baril, a intensifié encore davantage Les efforts consentis en matière de toxicomanie. En conférence de presse, le 29 avril 1999, il annonçait l'injection de 9, 5 millions de dollars. Une somme devant permettre de réaliser au moins 10 priorités, dont la mise sur pied d'une campagne de prévention nationale, l'établissement de normes nationales et L'accréditation, sur deux ans, de 150 centres de traitements et de réhabilitation, L'augmentation de l'accessibilité à La méthadone et aux services de désintoxication pour les héroïnomanes et le renforcement des services promotionnels et préventifs offerts par les organismes communautaires et les CLSC.

Les orientations et la stratégie en **promotion** de la santé et en **prévention** de la toxicomanie

Élaborée à partir d'un bilan des mesures préventives existantes sur le terrain, la stratégie en promotion de la santé et en prévention s'appuie sur les acquis suivants:

- > Le développement d'une expertise solide en prévention de La toxicomanie;
- > l'amorce d'un partenariat entre les différents acteurs sociaux (plus de 90% des actions sont menées en partenariat), bien que les actions émanent encore principalement du secteur communautaire (près de trois fois sur cinq);
- > des actions massives auprès des jeunes;
- > une diversification des stratégies employées (information, développement des compétences, aménagement des milieux);
- > un virage prononcé vers l'approche de réduction des méfaits.

Cependant, certaines lacunes inhérentes à ces actions préventives ont également été mises en lumière:

- > l'effritement du partenariat amorcé, en raison d'une difficulté à concilier les objectifs et à harmoniser les actions entre Les différents secteurs;
- > Le manque de continuité et de financement des projets, qui ont tendance à être à caractère unique et ponctuel, morcelés et non récurrents;
- > L'oubli de certains groupes à risque dans les actions, dont la clientèle criminalisée, les personnes âgées abusant de médicaments (moins de 2% des cas d'actions préventives), les femmes (moins de 6% des cas d'actions préventives) et Les travailleurs ou les milieux de travail;
- > la nécessité d'évaluations rigoureuses reconnue, mais absente des actions.

Les priorités nationales de santé publique 1997-2002

Déterminées par le MSSS, de concert avec les régies régionales, en particulier avec leurs directions de santé publique, les priorités nationales 1997-2002 (MSSS, 1997) s'articulent autour de sept priorités.

L'une de ces priorités concerne l'alcoolisme et les toxicomanies. Toutefois, les actions à réaliser en regard de cette priorité n'ont pas été identifiées au moment de la publication du document ministériel; elles devaient découler des travaux du groupe mandaté pour dégager les orientations et les actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

Par ailleurs, une autre priorité nationale concerne le VIH-SIDA et les maladies transmissibles sexuellement (MIS) et certaines actions prévues en regard de cette problématique visent la clientèle toxicomane. Plus précisément, il s'agit des mesures suivantes:

- > sensibiliser les palliers de gouvernement visés aux conséquences positives de l'adoption d'une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie sur la prévention du VIH chez les usagers des drogues par injection (UDI);
- > améliorer, dans toutes les régions du Québec, l'accessibilité aux condoms, aux seringues stériles, à la méthadone et aux outils d'information auprès des populations vulnérables.

La stratégie québécoise de lutte contre le sida 1997-2002

Après avoir rendu publiques Les priorités nationales de santé publique 1997-2002, le MSSS a fait connaître la phase 4 de sa Stratégie québécoise de lutte contre le sida (MSSS, 1997). Les orientations contenues dans cette stratégie s'organisent autour de deux axes:

- > la consolidation et l'optimisation des mesures qui ont obtenu des résultats positifs en prévention et promotion de la santé, en soins de services, et en surveillance, recherche et évaluation;
- > l'adaptation des pratiques aux besoins des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH/sida.

Considérant les personnes dans leur vulnérabilité plutôt que strictement en fonction de leur appartenance à des groupes à risque d'exposition, la stratégie vise à élargir l'approche. Sur la base du constat que les personnes les plus vulnérables sont souvent à l'écart du réseau de services existants, les orientations adoptées visent à encourager la prestation de soins et services dans le milieu de vie de ces personnes ou dans les ressources qui les accueillent. Ceci implique notamment un assouplissement des règles d'admissibilité et une adaptation des services, ainsi qu'un effort pour compléter ou modifier la gamme de soins et services à offrir.

Parmi les personnes identifiées comme particulièrement vulnérables figurent les UDI.

Élaborées afin de pallier aux lacunes observées, tout en préservant les acquis, les orientations et la stratégie en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie visent deux objectifs:

- > réduire l'incidence de l'usage inapproprié des substances psychotropes;
- > réduire les méfaits découlant de l'usage inapproprié des substances psychotropes.

Ils se démarquent des orientations prises par le passé qui étaient davantage axées sur la prévention de l'usage et sur la réduction de la consommation globale.

Ces objectifs vont dans le sens des recommandations formulées par le CPLT concernant la reformulation de l'objectif de la Politique de La santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec.

Les stratégies d'action qui en découlent se divisent en deux axes d'intervention, le premier visant à agir en amont des problèmes d'adaptation sociale; le deuxième visant à prévenir les modes de consommation inappropriée, les risques ou l'aggravation de problèmes liés à ces modes de consommation.

Pour ce faire, la stratégie s'oriente sur des **actions variées et continues** agissant de façon **complémentaire et concomitante** sur plusieurs facteurs de risque, et visant des **clientèles bien ciblées**. C'est le cas des programmes d'information, de sensibilisation, et de développement des habiletés personnelles et sociales, de l'estime de soi, et de la capacité de résister à la pression négative des pairs. Les actions axées sur la famille, la communauté et le contexte (réduction des risques) sont également des voies prometteuses sur lesquelles enligner les stratégies.

Le plan d'action pour la prévention du suicide

S'entraider pour la vie, le plan d'action du MSSS pour la prévention du suicide, inclut, dans les orientations retenues, l'objectif d'intervenir auprès des groupes à risque, un des groupes à risque identifiés étant les toxicomanes.

À cet effet, il est proposé de «favoriser ou soutenir, dans une ou plusieurs régions intéressées, des projets visant à mettre au point et évaluer des programmes de prévention et des activités d'intervention efficaces auprès des groupes les plus à risque (...) en collaboration avec les principaux intervenants du réseau de la Santé et des Services sociaux et les autres ministères ou organismes visés.»

Ces projets devront viser prioritairement des sous-groupes spécifiques, notamment les hommes présentant des problèmes d'abus et de dépendance à des substances psychoactives.

LES ACTIONS:

- > cibler et soutenir financièrement les projets de prévention et d'intervention auprès des groupes plus à risque;
- > implanter des projets de prévention auprès des groupes les plus à risque;
- > cibler et soutenir un projet favorisant l'engagement de «sentinelles» dans les milieux en contact avec les groupes à risque.

Par ailleurs, il est à noter que les actions particulières à mettre en œuvre pour le groupe à risque des toxicomanes ne sont pas spécifiées dans le plan d'action.

Le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale

Le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale émis par le ministère ne fait aucune mention de la toxicomanie dans ses orientations. Malgré les données connues concernant les taux élevés de comorbidité de troubles de santé mentale et de toxicomanie, cette réalité n'est aucunement reflétée dans le plan d'action ministériel.

La politique d'intervention en matière de violence conjugale

Malgré les liens établis entre la consommation d'alcool et la violence, la politique d'intervention en matière de violence conjugale rendue publique par le MSSS, en 1995, ne fait pas mention des liens existants entre l'abus d'alcool et La violence conjugale. Cela reflète une méconnaissance de la situation et un manque de communication entre les secteurs de la santé et de la justice.

Conclusion

En somme, une série d'acquis ont été faits depuis la première consultation et de nombreux phénomènes ont été clarifiés et documentés de façon importante. Nous sommes mieux informés sur plusieurs des points soulevés lors de la consultation de 1995-1996. Cependant, d'autres points restent à clarifier et demeurent problématiques dans le portrait de la situation et dans les interventions actuelles:

- > la difficulté à recueillir des données ou un manque d'études rigoureuses, quant à certains groupes dont les consommateurs de drogues illicites, les femmes enceintes toxicomanes et les personnes homosexuelles;
- > la difficulté à réduire le nombre de grands buveurs et les situations d'intoxication, malgré les efforts effectués quant aux risques et aux coûts sociaux majeurs associés à la surconsommation d'alcool (violence, accidents, suicide, etc.);
- > la nécessité de réagir face aux nouveaux phénomènes observés en termes de consommation, soit la précocité croissante des expériences, l'augmentation des cas de polytoxicomanie et de comorbidité, l'alourdissement des clientèles en traitement, la hausse de la proportion déjeunes parmi les grands buveurs;
- > la nécessité de mieux comprendre et de réagir plus efficacement face aux suicides reliés à la consommation d'alcool et de drogues illicites au Québec;
- > l'urgence de mieux rejoindre les jeunes de la rue, chez qui on observe un taux dramatiquement élevé de consommation de drogues et notamment de drogues dures;
- > l'urgence d'intervenir plus efficacement face au taux particulièrement élevé de nouvelles infections au VIH et d'hépatites;
- > le manque d'évaluations rigoureuses des programmes existants, comme les programmes axés sur la famille;
- > le manque de programmes spécifiques adaptés aux personnes présentant un problème concomitant à La toxicomanie (jeu pathologique, troubles de santé mentale), malgré les besoins reconnus à ce niveau et des taux élevés de comorbidité;
- > les problèmes liés à l'application et à la cohabitation des différentes approches d'intervention (particulièrement celles axées sur la réduction des méfaits versus celles axées sur l'abstinence ou la tolérance zéro); les problèmes liés à la concertation et au partenariat entre les différents acteurs, notamment le manque de concertation entre les intervenants de la Santé et des Services sociaux, de la sécurité publique, de la justice et de l'éducation.

Il est essentiel de clarifier ces questions et de répondre à ces besoins afin de poursuivre une lutte efficace contre le phénomène de la toxicomanie et les problèmes qui lui sont associés.

Bibliographie

- Beaucage, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants: le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*. Montréal: Comité permanent de Lutte à la toxicomanie.
- Beaucage, B. (1998). *Le jeu pathologique, manuel de cours*. Secteur de la formation à distance, Certificat en toxicomanie. Montréal: Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
- Brisson, P. (1998). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brown, T., Caplan, T., Wek, A., Seraganian, P. et Singh, S. (1999). *Toxicomanie et violence conjugale: Recension des écrits et état de la situation au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Clément, M. E., Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents. Portrait d'une double problématique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). Fascicule - *Les tests de dépistage de drogues en milieu de travail: un débat s'impose*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de Lutte à La toxicomanie (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de Lutte à La toxicomanie (1998). *Avis, sur le suicide et la toxicomanie*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur la double problématique toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à La toxicomanie (1997). *Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997). *Avis sur l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à La toxicomanie (1996). *La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action*. Montréal: Auteur.
- Demers, A. et Quesnel Vallée, A. (1998). *L'intoxication à l'alcool: conséquences et déterminants*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Desjardins, S. (1996). *Les coûts de l'abus de substances au Québec*. Montréal: Comité permanent de Lutte à la toxicomanie.
- Dion, G. A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de Lutte à la toxicomanie.
- Dion, G. A. (1997). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de Lutte à La toxicomanie.
- Dufour, M. H. (1996). *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Lacouture, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles: une recension des écrits*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Ladouceur, R., Vitaro, F., Arsenault, L. (1998). *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes: prévalence, coexistence et conséquences*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Mercier, C. et Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à La toxicomanie.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de La Santé et des Services sociaux (1998). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de La Santé et des Services sociaux (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie*. Québec: Gouvernement du Québec - Document de consultation.
- Ministère de La Santé et des Services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morissette, P., Maranda, M. F. et De Montigny, M. J. (1997). *Promotion et prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail: portrait et analyse de pratiques québécoises*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Nadeau, L. et Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Québec: Les Presses de L'Université Laval.
- Schneeberger, P. (1999). *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à La toxicomanie.