



Gouvernement du Québec
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-31361-5
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 1997

La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action

Rapport au ministre
de la Santé et des services sociaux

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Décembre 1996

Le 13 décembre 1996

Monsieur Jean Rochon
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le ministre,

Ce rapport que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie est heureux de vous soumettre est aussi celui de la collectivité des intervenants du Québec. Il cherche tout d'abord à répondre à plusieurs des questions qui ont été formulées en avril 1995 lors du congrès Rond-Point 95. Pour répondre adéquatement à ces interrogations, il nous est apparu essentiel d'aller chercher par une consultation les opinions des personnes confrontées régulièrement à la toxicomanie. À l'automne 1995, lors du lancement de cette opération, vous avez vous-même exprimé l'importance de prendre le pouls de ceux et celles qui consacrent leur vie professionnelle ou leurs temps de loisirs, et parfois les deux, à aider les personnes qui sont en détresse à cause de leur abus ou de leur dépendance à l'alcool et aux autres drogues. Le résultat de cette consultation apparaît au deuxième chapitre du rapport et fait ressortir les consensus, les points de divergences et les nouvelles tendances chez nos commettants.

Fort de cette information, le Comité a tenté de faire le point. La situation apparaît inquiétante à plusieurs égards. Tout d'abord, il est légitime qu'on s'interroge sur l'effet qu'auront ces temps difficiles sur la consommation d'alcool et de drogues, particulièrement chez les jeunes. Ensuite, le Comité permanent s'inquiète pour le Québec de la perte de ses récents acquis dans notre champ d'intervention. Dans la suite du rapport Bertrand, le gouvernement avait en effet pris des mesures pour améliorer la coordination régionale, la prévention dans les écoles et l'administration de la justice. Nos répondants ainsi que nous-mêmes nous inquiétons d'une érosion progressive de ces actions dont les conséquences néfastes pourraient être substantielles à long terme. Enfin, reviennent dans ce rapport des mots comme concertation et coordination, intersectorialité et complémentarité de services. Ces énoncés sont plus que de simples jeux de mots à la mode. Il s'agit de transformations bien réelles des façons de faire dans les services publics dont la mission comprend la lutte à la toxicomanie, transformations qui sont amorcées dans certaines régions et qui doivent encore se faire dans d'autres. On ne peut plus penser servir adéquatement la population à partir de fonds publics sans que le réseau des affaires sociales, la sécurité publique et la justice,

le travail et l'éducation, ainsi que les organismes communautaires n'élaborent des stratégies de concertation en cette matière. Ne visons-nous pas tous le même but, celui de diminuer au Québec les conséquences délétères liées à la consommation d'alcool et de drogues?

Le Comité vous présente également des solutions. Elles se regroupent autour de sept thèmes majeurs. Elles visent l'essentiel puisque le Comité a tenu compte du budget actuellement très serré de l'État. Ces recommandations ont pour but d'améliorer les processus de communication et de prise de décision au niveau des ministères et sur le terrain. On espère ainsi mieux soutenir ceux et celles qui sont aux prises avec des difficultés liées à l'alcool et aux drogues et réduire l'offre de drogues illégales sur tout le territoire du Québec.


En terminant, le Comité souhaite vous exprimer sa reconnaissance pour le soutien que vous et vos services lui avez accordé et lui accordez encore. Ce rapport se veut une interface entre votre ministère et la collectivité des intervenants et nous espérons que les recommandations qu'il contient trouveront une écoute favorable dans tous les ministères mis en cause dans le rapport.

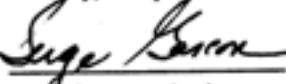
Nous vous prions de croire, monsieur le ministre, en notre respectueuse considération.


Louise Nadeau, présidente


Julie Bruneau, vice-présidente
sortante


Lise Roy, vice-présidente


Jean-Sylvester, secrétaire


Serge Gascon, trésorier


Delfino Campanile

Faisaient également partis du Comité au cours de l'année 1995-1996, mesdames Nicky Aumond et Jocelyne Gros-Louis ainsi que monsieur Gilles Malo. Ils ont contribué au processus de consultation mais leur mandat était terminé au moment de la rédaction du rapport.

Le 13 décembre 1996

Monsieur Jean Rochon
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le ministre,

Ce rapport que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie est heureux de vous soumettre est aussi celui de la collectivité des intervenants du Québec. Il cherche tout d'abord à répondre à plusieurs des questions qui ont été formulées en avril 1995 lors du congrès Rond-Point 95. Pour répondre adéquatement à ces interrogations, il nous est apparu essentiel d'aller chercher par une consultation les opinions des personnes confrontées régulièrement à la toxicomanie. À l'automne 1995, lors du lancement de cette opération, vous avez vous-même exprimé l'importance de prendre le pouls de ceux et celles qui consacrent leur vie professionnelle ou leurs temps de loisirs, et parfois les deux, à aider les personnes qui sont en détresse à cause de leur abus ou de leur dépendance à l'alcool et aux autres drogues. Le résultat de cette consultation apparaît au deuxième chapitre du rapport et fait ressortir les consensus, les points de divergences et les nouvelles tendances chez nos commettants.

Fort de cette information, le Comité a tenté de faire le point. La situation apparaît inquiétante à plusieurs égards. Tout d'abord, il est légitime qu'on s'interroge sur l'effet qu'auront ces temps difficiles sur la consommation d'alcool et de drogues, particulièrement chez les jeunes. Ensuite, le Comité permanent s'inquiète pour le Québec de la perte de ses récents acquis dans notre champ d'intervention. Dans la suite du rapport Bertrand, le gouvernement avait en effet pris des mesures pour améliorer la coordination régionale, la prévention dans les écoles et l'administration de la justice. Nos répondants ainsi que nous-mêmes nous inquiétons d'une érosion progressive de ces actions dont les conséquences néfastes pourraient être substantielles à long terme. Enfin, reviennent dans ce rapport des mots comme concertation et coordination, intersectorialité et complémentarité de services. Ces énoncés sont plus que de simples jeux de mots à la mode. Il s'agit de transformations bien réelles des façons de faire dans les services publics dont la mission comprend la lutte à la toxicomanie, transformations qui sont amorcées dans certaines régions et qui doivent encore se faire dans d'autres. On ne peut plus penser servir adéquatement la population à partir de fonds publics sans que le réseau des affaires sociales, la sécurité publique et la justice, le travail et l'éducation, ainsi que les organismes communautaires n'élaborent des stratégies de concertation en cette matière. Ne visons-nous pas tous le même but, celui de diminuer au Québec les conséquences délétères liées à la consommation d'alcool et de drogues?

Le Comité vous présente également des solutions. Elles se regroupent autour de sept thèmes majeurs. Elles visent l'essentiel puisque le Comité a tenu compte du budget actuellement très serré de l'État. Ces recommandations ont pour but d'améliorer les processus de communication et de prise de décision au niveau des ministères et sur le terrain. On espère ainsi mieux soutenir ceux et celles qui sont aux prises avec des difficultés liées à l'alcool et aux drogues et réduire l'offre de drogues illégales sur tout le territoire du Québec.

En terminant, le Comité souhaite vous exprimer sa reconnaissance pour le soutien que vous et vos services lui avez accordé et lui accordez encore. Ce rapport se veut une interface entre votre ministère et la collectivité des intervenants et nous espérons que les recommandations qu'il contient trouveront une écoute favorable dans tous les ministères mis en cause dans le rapport.

Nous vous prions de croire, monsieur le ministre, en notre respectueuse considération.

Faisaient également partis du Comité au cours de l'année 1995-1996, mesdames Nicky Aumond et Jocelyne Gros-Louis ainsi que monsieur Gilles Malo. Ils ont contribué au processus de consultation mais leur mandat était terminé au moment de la rédaction du rapport.

Table des matières

Présentation du Comité	viii
Remerciements	ix
Introduction	x

Chapitre 1

L'état de la situation : la toxicomanie en expansion au Québec dans un contexte de compressions	1
1.1 La toxicomanie, une problématique à multiples facettes	1
1.2 Des coûts exorbitants : 4,4 milliards de dollars au Québec en 1992, dont 2 milliards de dollars pour l'alcool et les drogues illicites!	2
1.2.1 Des données chiffrées : une première	2
1.2.2 L'alcool : 1,7 milliard de dollars en coûts directs et indirects au Québec	3
1.2.3 Les drogues illicites : 0,3 milliard de dollars, mais des zones grises qui faussent les chiffres	4
1.2.4 Le tabac : des coûts élevés en termes de santé	5
1.3 Usage ou abus ? Une distinction fondamentale	5
1.4 Les méfaits liés à la toxicomanie	7
1.4.1 Les méfaits sur le plan de la santé de l'individu	7
1.4.2 Les méfaits sur le plan social	8
1.4.3 Les méfaits sur le plan économique	8
1.5 L'émergence de phénomènes inquiétants pour l'avenir	9
1.5.1 La criminalité, une réalité quotidienne	9
1.5.2 Les jeunes de plus en plus touchés	10
... par la détresse sociale	10
... par les conséquences d'une consommation précoce et abusive de psychotropes	11
... par les problèmes de consommation de leurs parents	12
1.5.3 Le sida au stade épidémique chez les toxicomanes	13
1.5.4 La gravité de la détérioration des personnes alcooliques et toxicomanes en traitement	14
1.6 Le passage à l'action : une étape difficile pour les décideurs	16
1.6.1 Une problématique ignorée	16
1.6.2 La concertation en difficulté	17

Chapitre 2

Le CPLT à la rencontre des intervenants sur le terrain	19
2.1 Les sources d'information du CPLT	19
2.1.1 Le congrès Rond-Point 95	19
2.1.2 La consultation publique du CPLT	19
2.2 Les trois étapes de la consultation	20
2.2.1 Le questionnaire	20
2.2.2 La tournée régionale	21
2.2.3 La rencontre avec des experts et des décideurs	21
2.3 Les résultats du questionnaire	21

2.3.1	Des partenaires multiples et complémentaires.....	22
2.3.2	Des interventions que l'on souhaite précoces, globales et concertées	22
2.3.3	La concertation, une nécessité mais encore à l'état embryonnaire.....	23
2.3.4	Les jeunes et la famille au coeur des préoccupations et des solutions	23
2.3.5	Des interventions s'inscrivant dans un système qui garantit une accessibilité et une qualité de services	24
2.3.6	Un réseau privé des services en toxicomanie? Oui, mais.....	25
2.3.7	La légalisation des drogues douces ou l'absence totale de consensus	25
2.4	Les résultats de la tournée régionale.....	26
2.4.1	Des attentes nombreuses face à la concertation... mais aussi plusieurs obstacles.....	27
2.4.2	La prévention, pour une action précoce et globale contre les problèmes et leurs causes	28
2.4.3	La réduction des méfaits pour répondre à la complexité et à la gravité de certaines situations.....	29
2.4.4	La réadaptation : un concept en transformation.....	30
2.4.5	Un réseau public fort, un réseau privé réglementé	31
2.4.6	Les effets mitigés de la décentralisation	31
2.4.7	La légalisation ou la décriminalisation des drogues douces.....	32
2.5	La rencontre avec des experts et des décideurs	32
2.5.1	Le besoin de concertation et de leadership.....	33
2.5.2	L'urgence d'une politique globale et cohérente.....	33
2.5.3	Les jeunes : une richesse et un avenir à protéger.....	34
2.5.4	Le souci de l'équilibre dans le choix des stratégies préventives.....	35
2.6	Les conclusions de la consultation.....	36

Chapitre 3

Des questions déterminantes pour l'avenir	37
3.1 Une constance dans les préoccupations	37
3.2 Des programmes pour les jeunes et leurs familles.....	37
3.2.1 De nombreux facteurs de risque liés à la famille.....	37
3.2.2 Des programmes pour les parents en général	38
3.2.3 Des programmes de prévention pour les populations à haut risque de consommation de psychotropes	39
3.2.4 Des interventions auprès des jeunes mères alcooliques ou toxicomanes	40
3.3 La toxicomanie abordée sous l'angle des méfaits	41
3.3.1 La réduction des méfaits : origine et nature.....	41
3.3.1.1 Un concept redécouvert à cause du VIH	41
3.3.1.2 Une réponse pragmatique et humaniste	41
3.3.2 Les programmes d'échange de seringues	43
3.3.3 Les programmes de maintien à la méthadone.....	44
3.3.4 Autres exemples d'application de la réduction des méfaits	45
3.3.5 Quelques enjeux liés à l'adoption de l'approche dans les milieux d'intervention	46
3.4 Les expériences européennes de légalisation ou de décriminalisation des drogues....	47
3.4.1 La Hollande et la tolérance vis-à-vis du cannabis	47
3.4.2 L'Espagne ou la légalisation de toutes les drogues.....	48

3.4.3	L'Italie : les hésitations et l'incohérence	49
3.4.4	Quelques principes qui se dégagent de ces expériences	49
Chapitre 4		
	Les grands constats	50
4.1	L'apport des dernières années dans le champ de la toxicomanie	50
4.1.1	Des résultats globalement encourageants, mais qui appellent d'autres efforts	50
4.1.2	Une lecture enrichie de la problématique et des solutions	52
4.1.3	Les progrès au niveau des interventions	52
4.1.3.1	L'ouverture à la multisectorialité pour la prévention	52
4.1.3.2	Une perspective plus globale en réadaptation	54
4.1.3.3	Les progrès en formation et en recherche	54
4.2	Les problèmes	55
4.2.1	La concertation, présente dans les discours mais peu dans les actions	55
4.2.2	Les partenaires absents	56
4.2.3	La prévention, encore un manque d'ampleur	57
4.2.4	Des lacunes à l'intérieur du continuum de services	58
4.2.5	L'accessibilité, pas toujours réelle	58
4.2.6	L'absence de normes	59
4.2.7	La décentralisation, sans lignes directrices ni priorités	60
4.2.8	La question du cannabis	60
Chapitre 5		
	Les recommandations	62
5.1	Une stratégie nationale	62
5.2	La concertation intersectorielle et le leadership	63
5.3	La prévention auprès des jeunes	64
5.4	L'intervention en toxicomanie dans le réseau public	66
5.5	Le réseau privé	67
5.6	La réduction des méfaits	68
5.7	La déjudiciarisation	69
	Liste des recommandations	71
	Références bibliographiques	74

Présentation du Comité

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

Remerciements

La réalisation de ce rapport a nécessité l'implication de plusieurs personnes. Les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie souhaitent remercier tous ceux et celles qui ont pris part, à divers titres, à cette vaste entreprise.

Merci tout d'abord à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre au questionnaire *Drogues, alcool et toxicomanie au Québec : des inquiétudes sur le terrain*, à Marie-Marthe Cousineau assistée de Natacha Brunelle qui ont compilé et analysé les réponses à ce questionnaire.

Merci aux intervenants qui ont participé aux rencontres régionales, aux coordonnateurs régionaux qui ont accepté de fournir leur soutien à l'organisation de ces rencontres, aux experts et aux décideurs qui ont consacré une demi-journée à échanger sur les thèmes majeurs issus de la consultation et à dégager des pistes de solutions.

Merci à Jean-Claude Boisvert qui était le directeur général du Comité permanent lors du lancement de la consultation et qui a animé les rencontres régionales de même que la rencontre avec les experts et les décideurs, à Claude Giroux qui a recueilli et compilé les résultats des échanges.

Merci aux agents de recherche qui ont procédé à des travaux complémentaires sur certains thèmes majeurs : Céline Bellot, Jocelyn Bisson, Sylvie Desjardins, Magali H. Dufour et Lise Saint-Jean.

Merci à Marie-Thérèse Payre qui a cheminé avec les membres du Comité dans la préparation du rapport et qui en a assumé la rédaction.

Merci également à Michèle Giresse-Contandriopoulos pour la révision du texte au plan linguistique, à Stéphane Racine pour la bibliographie et la révision des références, à Carole Morissette pour ses précieux commentaires sur le texte.

Enfin, les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie tiennent à remercier Jocelyne Forget, directrice générale depuis juin 1996 et Françoise Jeannotte, secrétaire de direction, pour leur soutien indéfectible et leur implication directe dans la production du rapport.

Introduction

En ces temps troublés que traverse actuellement le Québec aux plans social et économique, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie est fortement préoccupé de l'évolution de la situation de la toxicomanie, en même temps qu'il craint une perte des acquis dans la lutte menée en rapport avec cette problématique. Il est particulièrement inquiet pour ceux et celles qui sont parmi les plus fragiles dans notre société et qui, sans aide, risquent de ne pas être en mesure de passer au travers cette période difficile.

Dans ce contexte, le Comité juge essentiel, en s'appuyant sur l'expertise et l'expérience concrète des partenaires du milieu :

- de dresser un bilan à jour de la situation québécoise en matière de toxicomanie;
- de déterminer les acquis, mais aussi les problèmes et les enjeux auxquels doit faire face la société québécoise;
- de dégager les pistes d'actions et les priorités de demain en matière de lutte à la toxicomanie.

Le présent rapport fait état de ces questions.

Le chapitre 1 fait un rapide survol de la situation de la toxicomanie en 1996. On y évoque les multiples facettes du problème et les coûts qui y sont rattachés.

Le chapitre 2 présente les résultats de la vaste consultation publique menée par le CPLT et les thèmes qui se dégagent de l'analyse de ces résultats. On y constatera l'importance accordée à la multisectorialité et à la concertation; la priorité souhaitée pour les jeunes et leur famille; la conviction de devoir poursuivre et même accentuer les efforts en prévention; la préoccupation unanime à l'égard de la qualité des services; le tout dans un souci constant de maximiser l'efficacité des interventions et d'éviter d'hypothéquer les générations futures.

Le chapitre 3 expose les résultats d'études commandées par le CPLT sur des thèmes ressortis de la consultation et qui sont déterminants pour les choix futurs. Ainsi, ce chapitre porte sur les programmes de prévention pour les jeunes et leurs familles, la réduction des méfaits, les expériences européennes en matière de légalisation ou de décriminalisation des drogues.

Dans le chapitre 4, le CPLT fait la synthèse des données recueillies, il dégage les principaux constats en termes d'acquis, de problèmes et de défis à relever et il précise ses positions sur les grandes questions de l'heure

Le chapitre 5 présente les recommandations du CPLT.

Dans le contexte économique actuel, plus que jamais, les efforts des administrations publiques pour bien cerner leurs priorités devront être maintenus. Des changements dans l'ordre des priorités sont toujours possibles. Un effort rigoureux de formulation des problèmes majeurs auxquels s'attaquer devrait accorder une place importante à la toxicomanie. Ce choix stratégique s'appuie sur l'idée que dépenser, de la bonne façon, pour prévenir et diminuer l'usage et l'abus de psychotropes constitue, de fait, un investissement à la fois du point de vue humain et du point de vue strictement économique.

Chapitre 1

L'état de la situation : la toxicomanie en expansion au Québec dans un contexte de compressions

1.1 La toxicomanie, une problématique à multiples facettes

La toxicomanie constitue un problème majeur, tant sur le plan social que sur celui de la santé publique. Il serait simpliste de ne vouloir l'aborder que dans sa dimension individuelle, car la toxicomanie s'inscrit dans un contexte de malaise social, de crise des valeurs, d'inégalité des chances et d'individualisme, pour ne citer que ces caractéristiques de l'époque actuelle. Il serait tout aussi simpliste de ne pas tenir compte du fait que la toxicomanie est étroitement associée à de nombreux autres problèmes qui affectent des individus et des groupes dans la société québécoise : détresse psychologique, dégradation de la qualité de vie, pauvreté, criminalité, montée du chômage, maladie, violence conjugale, négligence parentale, abus physiques, suicides et accidents de la route.

La toxicomanie est une problématique multidimensionnelle parce qu'elle a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur vie économique et sociale et, dans certains cas, parce qu'elle les entraîne dans des démêlés avec la justice. Elle est aussi multidimensionnelle parce qu'elle présente plusieurs causes et plusieurs conséquences, qu'elle touche plusieurs facettes de la vie de l'individu et de son entourage et qu'elle entrave son fonctionnement dans plusieurs champs d'activités. La toxicomanie affecte l'équilibre psychique de la personne; elle interfère sur la qualité de ses relations interpersonnelles, c'est-à-dire dans ses rôles de conjoint, de parent, de frère, de soeur, de fils, de fille, d'employé, d'employeur, de citoyen, etc. Il s'agit donc d'un problème qui nécessite des interventions dirigées vers l'ensemble de ces dimensions. Pour l'enrayer, il faut mettre à contribution des intervenants qui possèdent des expertises et des outils diversifiés et complémentaires. Cependant, il ne suffit pas d'additionner ces moyens d'intervention, il faut les intégrer de façon à en multiplier l'impact.

La toxicomanie est une problématique aux ramifications tentaculaires, tant au niveau des causes que des conséquences; une problématique qui nécessite des interventions multidimensionnelles, concertées et coordonnées; une problématique qui mobilise de nombreuses ressources; une problématique qui peut coûter très cher à la société québécoise si la mobilisation des ressources n'est pas adéquate.

1.2 Des coûts exorbitants : 4,4 milliards de dollars au Québec en 1992, dont 2 milliards de dollars pour l'alcool et les drogues illicites!

1.2.1 Des données chiffrées : une première

Jusqu'à tout récemment, il était impossible de connaître les coûts associés à la toxicomanie au Québec. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a toutefois pris l'initiative de mener une étude sur *Les coûts de l'abus de substances au Canada*. Celle-ci fut rendue possible grâce à la participation de nombreuses instances fédérales et provinciales, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le CPLT. Rendue disponible en juin dernier, cette étude d'envergure, qui porte sur l'année 1992, effectue de plus une comparaison entre les provinces. Axée sur le capital humain, elle permet de traduire la morbidité et la mortalité prématurées en coûts directs et indirects pour la société. Sa méthodologie est valide et fiable et les concepteurs ont voulu produire des résultats probants et conservateurs. On notera que ce travail est une première par sa rigueur et le nombre de variables sous étude.

Comme les coûts socio-économiques de la toxicomanie au Québec n'avaient jamais été documentés et analysés scientifiquement, le CPLT a fait faire une analyse plus poussée de la situation québécoise des coûts¹, à partir de l'étude du CCLAT. Nous savons donc maintenant ce que les substances psychotropes ont coûté en 1992 et, fait non négligeable, nous savons comment se font les distributions et les répartitions entre ces coûts.

Ainsi, pour le Québec, on a estimé qu'en 1992 l'abus de substances psychotropes a coûté plus de 4.4 milliards de dollars, ce qui représente 621\$ par habitant, dont 290 \$ pour l'alcool et les drogues. Sur le total, 36% se distribuent en coûts directs et 64%, en coûts indirects. Les coûts directs sont principalement : les soins de santé², la recherche et la prévention, les interventions en milieu de travail, l'application et le respect des règles de justice, les dommages matériels dus aux accidents de la route et aux incendies, l'éducation, l'administration. Les coûts indirects représentent la valeur de la productivité perdue en raison de l'invalidité ou de la mort prématurée.

On notera que les coûts associés à l'usage et à l'abus du tabac représentent plus de la moitié de l'ensemble des coûts estimés pour les trois types de substances considérées par l'étude. Le CPLT n'a pas de mandat pour étudier ce problème, qui reste pourtant pour lui une préoccupation, puisque nous savons que les toxicomanes et les grands buveurs sont surreprésentés dans la catégorie des grands fumeurs.

1.2.2 L'alcool : 1,7 milliard de dollars en coûts directs et indirects au Québec

-
1. Desjardins, S. (1996). *Coûts de l'abus de substances au Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Disponible sur demande).
 2. Les coûts inclus dans la rubrique «soins de santé» sont les suivants : morbidité (hôpitaux de soins généraux et hôpitaux psychiatriques), comorbidité, services d'ambulance, soins à domicile, traitement externe, soins ambulatoires (honoraires des médecins), médicaments prescrits, autres coûts pour les soins de santé.

Le pourcentage le plus élevé de coûts directs reliés à l'alcool va aux soins de santé (44%), ce qui représentait, en 1992, 340 millions de dollars. Sur ce montant, les frais hospitaliers s'élevaient à 66%; ils consistent, par ordre d'importance, aux soins visant les traumatismes causés par des chutes, le syndrome de dépendance alcoolique, les accidents de véhicules à moteur, alors que les coûts liés aux traitements spécialisés ne représentent que 6% des frais de santé dus à l'alcool.

Même si l'alcool est une substance licite, 31% des coûts directs qui y sont liés sont consacrés à l'application et au respect des règles de justice. Cette partie du budget couvre les dépenses des services policiers, judiciaires et correctionnels. À ce chapitre, le Québec se distingue de l'Ontario et de la Colombie-Britannique par une surreprésentation (50% de plus que les deux autres provinces) des montants associés aux services correctionnels. Différentes hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cet écart, parmi lesquelles la possibilité d'une tendance plus grande à l'incarcération pour les infractions liées à l'alcool.

La lecture des coûts nous indique aussi qu'au Québec l'éducation, la prévention et la recherche relatives à l'alcool, de même que les interventions en milieu de travail, constituent les parents pauvres de la répartition des budgets. Ainsi le Québec ne consacre à la recherche que 0,25 \$ par habitant (par rapport à 1,30 \$ en Ontario et à 0,49 \$ en Colombie-Britannique). Les programmes de prévention représentent un coût de 3,50 \$ par habitant au Québec, ce qui est inférieur aux 4,4 \$ de l'Ontario, mais mieux que le 0,10 \$ de la Colombie-Britannique. En ce qui a trait aux interventions en milieu de travail, les coûts ne représentent que 0,4% de l'ensemble des coûts directs.

L'analyse des coûts indirects fait ressortir une donnée qui mérite l'attention : le Québec est la province où la législation est la plus libérale en ce qui a trait à l'accès à l'alcool, mais il affiche une mortalité par cirrhose du foie deux fois moins importante que l'Ontario ou la Colombie-Britannique.

Par ailleurs, les chiffres révèlent un phénomène très inquiétant en ce qui concerne les suicides associés à l'abus d'alcool : ils sont deux fois plus nombreux au Québec que dans les deux autres provinces mentionnées plus haut.

1.2.3 Les drogues illicites : 0,3 milliard de dollars, mais des zones grises qui faussent les chiffres

La différence entre la facilité de compiler des informations concernant une drogue licite comme le tabac et la difficulté énorme que représente cette compilation pour les drogues illicites telle la cocaïne ressort clairement des résultats de l'étude. Une bonne proportion des coûts est occultée du fait de la clandestinité de la vente et de la consommation de ces substances. Le total des coûts associés aux drogues illicites s'élève, selon l'étude du CCLAT, à 334,3 millions de dollars. Or, les partenaires des différents réseaux qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie, considèrent que ce montant est extrêmement conservateur. Parmi les coûts qui n'ont pu être

chiffrés, il faut souligner de façon spécifique la perte de productivité pour les personnes impliquées dans des carrières criminelles.

Malgré la présence de certaines zones grises en ce qui concerne l'évaluation globale des coûts liés aux drogues illicites, certaines proportions ou caractéristiques de la distribution de ces coûts méritent notre attention, car elles peuvent servir d'indicateurs sur les priorités retenues jusqu'à présent au Canada et au Québec en particulier. Ainsi, on dénote une certaine disproportion entre les volets d'intervention, puisque 72,3% des coûts directs liés aux drogues concernent l'application et le respect des règles, alors que seulement 17,4% sont consacrés aux soins de santé et 6,6% à la recherche et à la prévention. De telles données peuvent s'avérer précieuses dans le contexte actuel où les compressions budgétaires et la définition des priorités représente un exercice constant, que ce soit dans le champ de la toxicomanie ou dans d'autres domaines. Elles peuvent notamment mettre en évidence certaines incohérences, comme la reconnaissance formelle de l'importance d'investir en prévention, alors que ce secteur demeure sous-financé.

Des données, d'un autre type, méritent aussi notre attention : le taux québécois de décès liés à la consommation de drogues est supérieur au taux ontarien (2,8 par 100 000 comparé à 2 par 100 000), mais inférieur à celui de la Colombie-Britannique, qui était de 4,7 par 100 000 habitants en 1992 (taux qui, semble-t-il, aurait encore augmenté dans cette province depuis 1993). Au Québec, 54% des décès liés aux drogues illicites sont attribuables au suicide. Ce pourcentage est plus élevé que celui de l'Ontario (37%) ou de la Colombie-Britannique (21%) et témoigne d'une détresse particulière de la population québécoise toxicomane. Par ailleurs, en 1992, le sida comptait pour 12% des décès reliés aux drogues au Québec, taux identique à celui de l'Ontario mais deux fois plus élevé que celui de la Colombie-Britannique. Ces données sur la situation au Québec, que l'étude a permis de dégager, appellent des actions en termes de définition des priorités à l'intérieur du réseau même des services de santé.

1.2.4 Le tabac : des coûts élevés en termes de santé

Les coûts associés au tabac, 2,4 milliards de dollars, sont ceux pour lesquels on possède le plus de données car 97,9% d'entre eux sont consacrés à des soins de santé. Les coûts indirects rattachés au tabac (estimation des pertes de revenus futurs causés par un décès prématuré, la perte de la productivité, etc.) sont très élevés, alors que les coûts directs (frais d'hospitalisation, traitements, etc.) sont inférieurs à ceux de l'alcool. Comme nous l'avons dit précédemment, le CPLT n'a pas de mandat pour s'occuper du tabagisme, par conséquent, il n'utilisera pas ces données, mais il considère qu'elles pourraient être utiles à ceux qui s'intéressent à ce problème.

Indépendamment du caractère conservateur des résultats de cette étude, surtout en ce qui concerne les coûts rattachés aux drogues illicites, il reste que nous disposons pour la première fois

d'une étude chiffrée sur les coûts associés à l'alcool, à la drogue, au tabac : 4.4 milliards de dollars au Québec, pour l'année 1992. Les informations disponibles grâce à cette étude dépassent la dimension strictement comptable et indiquent, dans plusieurs cas, des choix de société. Les coûts directs, qui ne sont pas des estimations, présentent le portrait de la distribution des sommes en jeu et donc des priorités accordées à certains volets. Bien sûr, les hospitalisations coûteront toujours plus cher que la prévention. Cependant, la considération des coûts / bénéfiques de certaines répartitions des ressources, par exemple, la faible proportion des budgets alloués à la prévention et à la recherche, qui représentent un investissement dans la santé de la jeunesse, ne peut pas être éludée, surtout en période de compressions budgétaires, qui obligent, plus que jamais, à fonder les interventions sur des données probantes.

1.3 Usage ou abus ? Une distinction fondamentale

Plusieurs, encore aujourd'hui, continuent de confondre «lutte à la toxicomanie» et «lutte à la consommation de substances psychotropes». Or, nous savons que l'usage de l'alcool et des autres drogues est courant dans l'ensemble de la société sans que cela constitue, en soi, un problème. Par contre, les problèmes surgissent ou se manifestent quand il y a intoxication et abus entraînant des conséquences souvent multiples et graves, parfois irréversibles. De plus, les coûts économiques et sociaux rattachés à ces abus sont très élevés et récurrents pour la société québécoise.

Il existe une différence entre l'usage et l'abus : dans le premier cas, la consommation est récréative ou exploratoire; dans le second, elle pose un problème et entraîne des risques de dépendance. Dans le cas des drogues illicites, cette différence existe également bien qu'on sache que dans ce cas le simple usage peut avoir des conséquences graves du fait de l'illégalité des substances et de l'absence de contrôle de la qualité des produits sur le marché noir : produits frelatés, concentration

excessive d'agents actifs, etc. La distinction entre l'usage et l'abus est fondamentale pour la compréhension du phénomène de la toxicomanie et pour un ciblage plus adéquat des clientèles et des méfaits sur lesquels il faudrait agir de façon prioritaire.

Pour illustrer ce propos, rappelons qu'il existe de nombreuses études sur l'alcool qui montrent que la consommation régulière de ce produit (vin, bière, spiritueux) en quantité modérée (2-3 verres) n'a pas d'effet nocif sur la santé. Par contre, lorsqu'il est consommé en grande quantité et dans un contexte inadéquat, l'alcool devient un facteur important de détérioration personnelle et sociale.

De fait, l'alcool est mis en cause dans 45% des cas d'accidents mortels sur les routes. Au Canada, on estime que les buveurs excessifs sont impliqués dans 33% des meurtres, 54% des homicides involontaires, 42% des délits sexuels (dont 39% des viols) et 61% des voies de fait. L'alcool est présent dans au moins 50% des suicides. En milieu scolaire, 25% des élèves mentionnent avoir été victimes de violence de la part de camarades intoxiqués³.

Sans être la cause de tous les problèmes sociaux et personnels auxquels il est associé, l'alcool joue souvent un rôle catalyseur et augmente la sévérité des problèmes. Les analyses secondaires des deux enquêtes de 1987 et 1992 de Santé Québec indiquent que les grands buveurs présentent une plus grande détresse psychologique. De plus, avec l'augmentation du nombre de problèmes liés à l'alcool, il y a une augmentation de la détérioration psychologique et sociale. On note ainsi que certaines familles dysfonctionnelles dont un ou des membres abusent de l'alcool ont plus de difficultés à résoudre leurs conflits⁴.

Or, fait inquiétant, la plupart des enquêtes montrent que les risques associés à l'abus de psychotropes sont en hausse depuis quelques années au Québec. L'enquête sociale et de santé, réalisée en 1992-1993 par Santé Québec, a révélé que la population susceptible de présenter des problèmes associés à l'alcool est passée de 10% à 13% depuis 1987⁵.

Même si on ne peut affirmer que l'alcool, les drogues illégales et les médicaments prescrits constituent les causes des grands problèmes sociaux que l'on connaît aujourd'hui (chômage, pauvreté, violence, détresse psychologique, décrochage scolaire, suicide), on sait cependant que l'abus des substances psychoactives les exacerbent et, dans ce sens, peut être considéré comme une

3. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1995). *Drogues, alcool et toxicomanies au Québec : des inquiétudes sur le terrain*. Montréal : Auteur.

4. Nadeau, L., Boivin, D. et Côté, M.-H. (1996). *Paramètres pour l'évaluation de projets de prévention dans le cadre de l'application du Règlement sur la promotion, la publicité et les programmes éducatifs en matière de boissons alcooliques*. Université de Montréal, Département de psychologie, Rapport synthèse présenté à la Régie des alcools, des courses et des jeux.

5. Chevalier, S. (1995). Consommation d'alcool. Dans Santé Québec (éd.), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume I*. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

forme de déterminant de la santé ou, du moins, comme un facteur de risque. Au début, la surconsommation soulage, modifie, diminue les problèmes, pour ensuite les amplifier. La surconsommation, perçue comme une solution au départ, génère de nouveaux problèmes et augmente ceux qui existaient déjà. De plus, il s'avère presque impossible de sortir de la pauvreté, de réintégrer le monde du travail, de réussir à l'école, de redonner un sens à sa vie lorsque les abus d'alcool ou de drogues sont fréquents et, *a fortiori*, lorsqu'il y a dépendance de ces produits. Les meilleures stratégies de prévention sont alors mises en échec tant que persistent les abus et la dépendance.

1.4 Les méfaits liés à la toxicomanie

Les méfaits associés à la toxicomanie sont nombreux et affectent plusieurs sphères de la vie des individus. Certains méfaits sont dus à l'usage de la substance (produit, mode d'administration), alors que d'autres découlent du caractère illicite des produits et des politiques sur les drogues en vigueur dans le pays. Quelle que soit leur origine, les méfaits se divisent globalement en trois catégories : les méfaits sur le plan de la santé de l'individu, les méfaits sur le plan social et les méfaits sur le plan économique.

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

En ce qui a trait à la santé physique, les torts causés par la toxicomanie sont nombreux et variés. L'alcool et les drogues affectent l'appareil digestif, les systèmes cardio-vasculaire, nerveux et respiratoire. L'administration par voie injectable est responsable d'infections graves et de la transmission des hépatites (B et C) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La consommation élevée d'alcool entraîne chez certains la cirrhose du foie et, pendant la grossesse, le syndrome alcoolique foetal. La prise régulière de cocaïne par le nez est à l'origine de perforations de la cloison nasale; elle présente aussi des risques pour la grossesse et occasionne des retards de croissance intra-utérine. Des maladies et problèmes respiratoires découlent de la consommation des drogues inhalées. Évidemment, l'alcool et les drogues sont aussi à l'origine d'un certain nombre de décès (accidents de la route, suicides, doses létales, etc.).

Les méfaits d'ordre psychologique et psychiatrique sont également très présents. L'alcool, notamment, peut causer des troubles fonctionnels du cerveau, qui peuvent devenir chroniques. L'alcool et les drogues sont très souvent reliés à des troubles psychiatriques sérieux, présents ou non avant la consommation de drogues, mais exacerbés ou actualisés par celle-ci. On estime à environ 50% le nombre de personnes hospitalisées en psychiatrie et présentant un

abus de substances psychoactives ou une dépendance vis-à-vis celles-ci. Par ailleurs, 20 à 50% des alcooliques et toxicomanes admis en traitement présentent des symptômes psychiatriques⁶.

1.4.2 Les méfaits sur le plan social

De nombreuses études indiquent que la consommation de psychotropes est directement reliée à des phénomènes comme la violence, les accidents, les problèmes de relations familiales et communautaires, la négligence, le décrochage scolaire, la criminalité et la corruption. Dans l'ensemble, le style de vie des toxicomanes compromet leur équilibre psychologique et social. Ils perdent leurs liens avec leurs proches et leur famille pour s'enfoncer dans la marginalité et l'isolement social. De plus, la toxicomanie, par la criminalité qui y est rattachée, affecte la qualité de vie des communautés à cause du climat de peur et d'insécurité qu'elle y fait régner.

1.4.3 Les méfaits sur le plan économique

Les méfaits sur le plan économique ne constituent pas une priorité lors des choix de programmes visant la réduction des méfaits. Toutefois, ils constituent souvent une considération d'ordre secondaire. Ils sont en lien direct avec les coûts de la toxicomanie. Certains coûts découlent des politiques sur les drogues. Au Québec, en 1992, les coûts directs associés à l'application et au respect des règles de justice s'élevaient à 237 millions de dollars pour l'alcool et à 92 millions pour les drogues illicites. D'autres coûts découlent de l'usage des substances sur le consommateur. Ainsi, en 1992, le coût des soins de santé étaient de l'ordre de 340 millions de dollars, pour l'alcool, et de 22 millions, pour les drogues illicites. À ces chiffres, déjà conservateurs, il faut ajouter toutes les pertes de revenus que le marché noir des drogues et la contrebande causent à l'État. Ce sont autant de méfaits, d'ordre économique, qui ont un impact sur la richesse collective.

De plus, sur le plan individuel, les sommes à déboursier pour satisfaire sa dépendance sont aussi très élevées. Par exemple, les drogues coûtent cher, et les toxicomanes sont très rapidement aux prises avec des problèmes d'argent insurmontables. Ils engloutissent tous leurs revenus dans la consommation, perdent leur emploi et se trouvent souvent contraints de recourir à des moyens criminels pour se procurer les fonds nécessaires à l'entretien de leur dépendance.

6. Miller, N.S. (1996). *The principles and practices of addictions in psychiatry*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

1.5 L'émergence de phénomènes inquiétants pour l'avenir

L'abus et la dépendance des psychotropes sont associés à une constellation de problèmes dans une relation de synergie où s'entremêlent causes et effets, de telle sorte que la chronicité des excès a pour conséquence d'augmenter la diversité et la gravité des problèmes. Certains phénomènes liés à la toxicomanie continuent de nous inquiéter ou ont pris de l'ampleur au cours des dix dernières années. Ces problèmes contribuent à miner le tissu social et à assombrir notre avenir collectif. Nous avons retenu quelques-uns de ces phénomènes qui, selon nous, méritent l'attention et les efforts des services publics.

1.5.1 La criminalité, une réalité quotidienne

Les drogues illicites constituent un marché très lucratif. Les profits sont énormes, et le trafic est contrôlé par le crime organisé. De plus, des bandes criminelles de motards se disputent le monopole du marché noir dans les régions. Actuellement, la guerre des gangs pour le contrôle des territoires touche l'ensemble du Québec, et la population doit en subir les conséquences. Plusieurs collectivités doivent malheureusement composer avec cette nouvelle réalité et, dans certains quartiers, les citoyens ont l'impression de prendre des risques en circulant dans les rues.

Dans plusieurs zones urbaines, le tissu social se désagrège dans un climat de peur et de représailles. La présence de drogues dans le voisinage, les délits, le «taxage⁷», la sollicitation pour acheter de la drogue, la formation de bandes de rue, les seringues usagées qui traînent dans des parcs où jouent les enfants, tout cela constitue autant de facteurs d'insécurité et de détérioration du climat urbain. Les enfants sont souvent les premières victimes innocentes de ces situations, comme on l'a vu récemment lors de règlements de compte entre *gangs* de motards. Ces réalités dramatiques, qui deviennent de plus en plus fréquentes, modifient en profondeur et de façon particulièrement négative et violente l'environnement urbain. Elles sont autant de conséquences de la présence des drogues dans la communauté.

7. Le taxage est le terme utilisé pour décrire l'imposition, par la force ou la contrainte, d'un paiement en argent ou en nature (vêtement, article de sport ou autre) exigé par des jeunes à l'endroit d'autres jeunes.

1.5.2 Les jeunes de plus en plus touchés...

... par la détresse sociale

Le rapport du groupe de travail sur les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*⁸ nous avait alertés. Régulièrement, les journaux, le ministère de l'Éducation et les diverses commissions scolaires continuent de sonner l'alarme, dénonçant les risques associés au décrochage scolaire et soulignant l'ampleur de ce phénomène au Québec (un fort pourcentage de garçons ne finissent pas leurs études secondaires). Même si les liens entre le processus de décrochage et la toxicomanie ne sont pas souvent mis en évidence, ceux qui s'intéressent aux jeunes en difficulté constatent qu'il est impossible de séparer décrochage scolaire, consommation de drogues et d'alcool, fréquentation de groupes de pairs délinquants et délinquance. Une enquête⁹ réalisée à Toronto, en 1989, auprès de jeunes de la rue a mis au jour des données troublantes, qui indiquent que ces jeunes consomment dix fois plus de drogues et trois fois plus d'alcool que les jeunes qui n'ont pas décroché. Une étude comparative¹⁰ sur des adolescents des services des centres Jeunesse du Québec et des élèves du secondaire a également révélé que les jeunes en difficulté d'adaptation sont deux fois plus nombreux à consommer des drogues que les élèves du même âge et que cet écart se maintient jusqu'à la fin de l'adolescence.

Si la recherche du plaisir reste le principal motif donné par les jeunes pour expliquer leur initiation aux drogues, plusieurs justifient leur surconsommation par le besoin de fuir des sentiments de peur et d'impuissance, par le besoin d'être un autre, par la difficulté et le besoin de communiquer¹¹. La fuite dans l'alcool et les drogues est l'expression, concentrée de façon dramatique chez certains, d'un malaise diffus, vécu par nombre de jeunes. Certains incidents, tels ceux survenus au Carré D'Youville à Québec, à l'été 1996, peuvent être considérés comme symptomatiques de ce malaise profond pour lequel, encore une fois, la toxicomanie joue un rôle de catalyseur.

-
8. Groupe de travail pour les jeunes. (1992). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
 9. Smart, R.G., Adlaf, E.M., Porterfield, K.M. et Canale, M.D. (1989). *Drugs, Youth and the Street*. Toronto : Addiction Research Foundation.
 10. Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C. et Lancop, C. (1994). *Nos ados et les autres : Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*. Québec : Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
 11. Beauchamp, S. et Brunet, J.P. (1994). Les motifs à l'initiation et à la surconsommation de psychotropes, le point de vue des adolescents délinquants. *Psychotropes*, 8.

Le phénomène de marginalisation de ceux qui ont des difficultés s'accroît, en lien avec le contexte économique, créant ainsi, au sein de la communauté, une culture parallèle, organisée autour de la surconsommation. Souvent le trafic de drogues et la pratique de conduites de risque (partage de seringues, relations sexuelles non protégées) s'ajoutent à un tableau déjà lourd.

La marginalisation de ces jeunes en rupture constitue une perte collective énorme. Elle prive la communauté de l'apport et de la créativité de ces jeunes, en plus d'augurer pour eux des lendemains difficiles où ils auront besoin de soins de santé et de services sociaux, ainsi que d'une prise en charge par le bien-être social (ou autres réseaux), ce qui engendrera des coûts pour l'ensemble de la société.

Le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. De plus, on a constaté, entre 1980 et 1995, une augmentation rapide et continue du taux de suicide chez les 15 à 30 ans. Cette évolution est inquiétante. On observe aussi que le suicide est la principale cause de mortalité chez les hommes de 15 à 40 ans. Plusieurs études révèlent que l'alcool et les autres drogues sont mis en cause dans plus de 50% des cas. On ne peut faire état de causalité directe, mais il faut reconnaître que, dans une grande proportion des cas, les substances psychotropes maintiennent et exacerbent la souffrance, en plus d'alimenter le sentiment de perte de sens.

... par les conséquences d'une consommation précoce et abusive de psychotropes

Une autre réalité très contemporaine en ce qui concerne l'alcool et les drogues est leur grande disponibilité. L'éventail des produits est large, à des prix relativement bas, contrairement à la situation des deux décennies précédentes. Certaines substances de synthèse, comme le phencyclidine (PCP), sont d'autant plus présentes sur le marché qu'elles sont faciles à produire. Cette situation n'est pas étrangère à la baisse de l'âge des premières expériences de consommation de psychotropes que l'on a observée et à un accès plus précoce aux drogues, dites *dures*, chez les jeunes.

Une étude réalisée par Roy¹² auprès des jeunes de la rue de Montréal établit que le tiers d'entre eux rapportent avoir déjà consommé des drogues par voie injectable, ce qui constitue l'une des proportions les plus élevées jamais rapportées dans la littérature. Il n'y a qu'en Californie où on a trouvé une proportion semblable d'utilisateurs de drogues injectables (UDI) chez les jeunes de la rue de 25 ans ou moins.

Ces phénomènes sont préoccupants, voire alarmants car, du fait de leur jeune âge, certains consommateurs, même très occasionnels, s'exposent à des intoxications et à des accidents

12. Roy, É. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*. Unité de santé publique, Division des maladies infectieuses.

graves liés aux abus : la prise de drogues et d'alcool augmente, en effet, la force de la pensée magique et le sentiment d'invulnérabilité amenant des conduites de risque, sous la forme de relations sexuelles non protégées, de conduite automobile dangereuse et, chez les usagers de drogues injectables, de partage de seringues.

Certaines données de l'enquête Santé-Québec 1992 illustrent bien cette situation en ce qui concerne le psychotrope le plus consommé par les jeunes, c'est-à-dire l'alcool. Ainsi, plus de 80% d'entre eux, âgés de 15 à 24 ans consomment de l'alcool, ce qui, on l'a dit, n'est pas forcément problématique. Mais, dans ce groupe, la moitié des jeunes a un mode de consommation abusif, c'est-à-dire qu'ils prennent cinq consommations et plus en une seule fois et qu'ils déclarent s'enivrer chaque fois qu'ils consomment! Une des conséquences les plus dramatiques de ce mode de consommation est que, en 1995, sur un total de 882 décès causés par des accidents de la route, il y avait 223 jeunes de 15 à 24 ans, dont un pourcentage élevé (les chiffres exacts ne sont pas connus) avait les facultés affaiblies. À titre de repère, l'alcool est mis en cause pour 45% de l'ensemble des conducteurs impliqués dans des accidents mortels¹³.

Une autre illustration des conséquences dramatiques de l'usage et de l'abus de certains psychotropes par les jeunes, c'est l'infection au VIH chez ceux qui s'injectent des drogues. Ainsi l'étude de Roy, citée précédemment, établit à 2,2% le taux de prévalence du VIH chez les jeunes de la rue de Montréal, l'injection de drogue étant le principal facteur associé à cette infection.

... par les problèmes de consommation de leurs parents

L'usage et l'abus de psychotropes, y compris de drogues illicites, ne sont pas l'exclusivité d'une jeunesse marginalisée. Les parents qui ont des difficultés personnelles et sociales et qui font usage de drogues et d'alcool pour supporter leurs problèmes augmentent la sévérité de leurs difficultés et se créent de nouveaux problèmes. Sans compter qu'ils augmentent le risque de problèmes d'adaptation sociale pour leurs enfants. Ainsi, l'enquête, réalisée à Toronto, en 1989, auprès de jeunes de la rue¹⁴ a révélé que l'abus de drogues et d'alcool des parents constitue l'un des principaux motifs de départ du domicile familial.

Depuis l'identification du syndrome alcoolique foetal au cours des années 70, la préoccupation au sujet de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes a augmenté. L'«épidémie» de cocaïne des années 80 a aggravé ce souci. Selon les hôpitaux montréalais¹⁵,

13. Société de l'assurance automobile du Québec. (1996). *Dossier statistique*. Québec : Service de la statistique et de l'information corporative, Direction de la planification, Société de l'assurance automobile du Québec.

14. Smart, R.G. Op. cit.

15. Saint-Onge, J. (1992). *Le nouveau-né de mère toxicomane. Drogues et périnatalité*. Longueuil : C.H. Pierre Boucher.

il y aurait entre 1% et 5% de femmes qui consommeraient de la cocaïne durant leur grossesse (les chiffres exacts sont difficiles à obtenir). Ces femmes ont rompu les liens avec leur famille et elles ont un mode de vie très désorganisé dans lequel figurent le trafic de drogues et la prostitution. Dans leur cas, la grossesse est souvent accidentelle et elles ne réalisent leur état que fort tard (cinquième ou sixième mois de grossesse), demeurant ambivalentes vis-à-vis de cette réalité. Pour plusieurs, les besoins affectifs non comblés pendant l'enfance ressurgissent et alimentent le désir d'enfant. Même si la prévalence est faible, les conséquences économiques et sociales liées à ces grossesses sont importantes. Souvent, ces mères donnent naissance à trois ou quatre enfants, qui sont souvent perturbés (faible QI, agitation). Ces enfants ont aussi un risque élevé d'abandon et de négligence et sont menacés par d'innombrables problèmes d'ordre psychologique ou social parmi lesquels la délinquance.

1.5.3 Le sida au stade épidémique chez les toxicomanes

Le sida s'ajoute à la longue liste des problèmes qui affectent gravement la population toxicomane. Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) constituent, avec les homosexuels, le groupe le plus touché par le sida. Les cas de sida diagnostiqués au Québec révèlent une augmentation de la représentation des UDI, principalement chez les femmes¹⁶.

À Montréal, les taux de prévalence du VIH rapportés chez les UDI varient de 10 à 18% selon les sous-groupes. Des taux de 10% ont aussi été rapportés à Québec et dans une étude provinciale dans le cadre de l'évaluation des programmes d'échange de seringues. Mais surtout, l'infection par le VIH chez les toxicomanes n'est pas stabilisée. Le taux de nouvelles infections (incidence) rapporté à Montréal est de 4 à 5 par 100 personnes-années, depuis le début des années 90. Ce taux est l'un des plus élevés rapportés dans les pays occidentaux¹⁷. En plus de la menace que représente le VIH pour les UDI, il existe un risque non négligeable de transmission du VIH à d'autres membres de la communauté. Plusieurs études européennes et américaines ont montré qu'environ 40% des UDI ont des relations sexuelles avec des personnes qui n'utilisent pas des drogues par injection. Ces études font état d'une transmission hétérosexuelle, mais à cela s'ajoutent les risques de cas de transmission materno-foetale puisque environ 30% des UDI sont des femmes en âge de procréer.

1.5.4 La gravité de la détérioration des personnes alcooliques et toxicomanes en traitement

16. Centre de coordination sur le sida. (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

17. Bruneau, J., Lamothe, F., Tran, Parent, R. (Déc, 1995). *Proceedings of the Fourth Annual HIV Epidemiology Research Meeting*. Banff.

Enfin, le dernier phénomène inquiétant qu'il faut considérer dans l'analyse de la toxicomanie en 1996 est le degré de gravité des situations psychologiques, sociales et de santé, des personnes en traitement pour toxicomanie. Depuis les dernières années, divers travaux de recherche menés par le groupe de *Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec* (RISQ) ont permis d'augmenter substantiellement notre connaissance des clientèles. Ces travaux ont mis en évidence plusieurs caractéristiques qui témoignent, à travers l'étude des clientèles des centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, d'une aggravation inquiétante de la situation. Ainsi, on constate que :

- le rajeunissement des clientèles des centres de réadaptation est un effet de la précocité du développement de la problématique, ce qui correspond souvent à des problèmes psychologiques et sociaux chroniques et graves, à des déficits et à des difficultés remontant à l'enfance (négligence, abus...), à un pronostic plus faible de succès dans le traitement;
- la polytoxicomanie prédomine partout;
- les cas de problématiques multiples sont aussi de plus en plus fréquents; ainsi, au diagnostic de dépendance des psychotropes s'ajoutent, dans des cas de plus en plus nombreux, des problèmes d'un autre ordre : troubles psychiatriques, maladies infectieuses graves (VIH / sida, hépatite), judiciarisation, itinérance, etc; ces problèmes associés constituent souvent, pour les personnes qui les vivent, des obstacles très sérieux à une motivation au traitement et à un rétablissement;
- le profil social et psychologique des toxicomanes est particulièrement détérioré et le pronostic de rétablissement est affaibli par le nombre et la gravité des symptômes; de plus, ces personnes, de plus en plus marginalisées, sont peu enclines à rechercher de l'aide pour leurs problèmes;
- des sous-groupes sont perçus comme particulièrement vulnérables : les femmes, qui se présentent le plus souvent en traitement avec des problèmes de santé mentale ainsi que de pauvreté et de monoparentalité; les jeunes, qui ont une faible scolarité; les personnes judiciarisées.

La confrontation quotidienne à de telles situations influence fortement le sentiment d'impuissance vécu par plusieurs intervenants, mais elle alimente aussi leurs interrogations et leur recherche de solutions de remplacement. L'intérêt suscité par l'approche de la réduction des méfaits, à laquelle nous reviendrons ultérieurement, procède de cette recherche de solutions adaptées aux besoins de ces personnes.

En 1996, la situation en matière d'abus de psychotropes se caractérise par une aggravation que révèlent les observations suivantes : la variété et l'accessibilité des substances augmentent; les jeunes sont de plus en plus touchés, avec des problèmes majeurs incluant la détresse psychologique et

sociale; le milieu familial de ces jeunes est souvent lui-même en difficulté. La description des clientèles en traitement présente aussi des signes d'aggravation puisqu'on fait état de rajeunissement, d'augmentation de la sévérité et du nombre des symptômes, de détérioration psychologique et sociale, le tout correspondant à un pronostic de rétablissement plutôt faible.

Paradoxalement, face à la montée de ces phénomènes qui traduisent tous une aggravation de la situation et qui, de plus, s'actualisent dans un contexte propice à leur recrudescence (pauvreté croissante, chômage, réduction des services et de l'aide gouvernementale, etc.), les instances publiques et les décideurs n'accordent pas souvent la priorité à la toxicomanie. Ils semblent avoir de la difficulté à intégrer en un tout cohérent les diverses actions que requièrent ce problème et ceux qui lui sont associés (violence, suicide, santé mentale, délinquance, négligence parentale, etc.)¹⁸.

18. Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques. Dans P. Brisson (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (pp. 129-150). Boucherville : Gaëtan Morin.

Le passage à l'action : une étape difficile pour les décideurs

1.6.1 Une problématique ignorée

Maintenant que la lutte contre le déficit occupe les premières loges dans les priorités gouvernementales et que le système de santé au Québec et au Canada est dominé par le modèle des déterminants sur la santé^{19 20} on constate que la toxicomanie n'occupe plus, dans les priorités gouvernementales, la place qu'elle tenait au cours de la dernière décennie. En effet, un examen des priorités actuelles du MSSS, de celles d'autres ministères engagés dans la lutte à la toxicomanie et des Régies régionales de la santé et des services sociaux nous amène à constater le désintéressement progressif des administrations publiques face à la toxicomanie.

La toxicomanie est suffisamment méconnue pour que *La politique de la santé et du bien-être*²¹ ait pour objectif, en ce qui concerne ce problème, une baisse globale de la consommation d'alcool de la population, alors que nous savons, de façon documentée, par des études américaines, australiennes, canadiennes et par l'analyse en cours de J. Bisson²², que la consommation de grandes quantités par occasion constitue un prédicteur plus robuste des problèmes liés à l'alcool que le volume de consommation globale.

Un autre exemple de cette méconnaissance est donné par l'omission de l'abus d'alcool et de drogues dans la récente *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* du MSSS (1995)²³. Il est connu que l'alcool est présent dans de nombreux cas de violence domestique et sa consommation constitue un risque accru de passage à l'acte. Tant pour le dépistage que pour l'intervention en cette matière, la prise d'alcool et de drogues doit occuper une place incontournable dans les facteurs précipitants. De même, l'abus et la dépendance à l'alcool devraient être cités lors de la planification des services en santé mentale. D'une part, les personnes qui présentent de la détresse psychologique présentent le risque d'automédicaliser leur dépression ou leur anxiété par l'alcool et les drogues. D'autre part, la récente enquête de comorbidité psychiatrique aux États-Unis signale que, de tous les troubles mentaux, la

19. Health and Wealth [Special issue]. (1994). *Deadalus*, 123, 4.

20. Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor, T.R. (éds). (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York : Aldine de Gruyter.

21. Ministère de la santé et des Services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être social*. Québec : auteur.

22. Bisson, J. (version préliminaire, août 1996). *L'objectif de santé et bien-être visant la consommation d'alcool : exploration de nouvelles avenues*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

23. Gouvernement du Québec. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale, prévenir, dépister, contrer*. Québec : auteur.

dépendance à l'alcool est celui qui est le plus susceptible d'être accompagné d'une comorbidité, principalement sous la forme d'anxiété ou de dépression²⁴.

Dans d'autres réseaux que celui de la Santé et des Services sociaux, la sensibilisation des décideurs ne semble guère plus vive. Ainsi, malgré les liens entre le processus de décrochage scolaire et la toxicomanie, le principe de ressources d'aide spécialisées en toxicomanie pour les étudiants en difficulté des écoles secondaires est très fortement remis en question par les commissions scolaires.

Par ailleurs, l'impact des efforts de la Sécurité publique entrepris pour contrer les réseaux de trafiquants de drogues risquent de se trouver réduits par la disparition des équipes de procureurs spécialisés dans les causes de stupéfiants. Quant aux milieux de travail, peu d'efforts ont été faits pour approfondir l'analyse des problèmes de toxicomanie de certains travailleurs, liés à l'organisation du travail; trop souvent, on continue d'envisager cette problématique presque uniquement sous l'angle de la baisse de productivité; les actions de répression menées par la partie patronale, tels les tests de dépistage, sont de plus en plus utilisés de façon à placer l'individu concerné devant le choix entre la guérison et le renvoi... et cela au détriment des activités de prévention.

1.6.2 La concertation en difficulté

Rarement une priorité, la toxicomanie ne fait pas toujours non plus l'objet de la concertation que sa dimension multisectorielle exige. La concertation passe difficilement du discours aux actions, les interventions se font souvent en vase clos, et l'information ne circule pas aussi librement qu'il le faudrait entre les réseaux concernés.

Parfois, la concertation est difficile même entre des intervenants d'un même réseau. Les outils sont pourtant prévus (les plans d'organisation de services, les plans de services individualisés) mais pas toujours utilisés.

La concertation serait-elle en difficulté parce qu'elle n'est pas soutenue et alimentée à un niveau qui dépasse le terrain? à un niveau décisionnel?

En conséquence, face aux multiples désengagements ou non-engagements évoqués précédemment et compte tenu de la vague de compressions budgétaires qui va encore s'abattre sur les différents réseaux de services, le CPLT juge urgent et essentiel de faire le point et d'insister auprès du MSSS pour que soient consolidées ou réorientées les actions dans le domaine de la toxicomanie. Les

24. Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. et Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.

ramifications de la toxicomanie sont omniprésentes dans plusieurs problèmes de santé et dans tous les autres problèmes sociaux. Il s'agit d'un problème d'inadaptation très sévère qui contribue à nuire gravement à la qualité de vie des personnes en cause et à la qualité de vie de l'ensemble de la société. À cela s'ajoutent des coûts économiques d'une ampleur considérable. Les conséquences de cette problématique ne sont ni assez connues ni assez prises au sérieux par plusieurs décideurs, alors que les problèmes s'infiltrent au coeur de la communauté et atteignent, notamment, les forces vives de la société : les jeunes. Il nous faut réagir... et agir!

Chapitre 2

Le CPLT à la rencontre des intervenants sur le terrain

Pour la production de ce rapport, le CPLT a eu le souci constant d'appuyer sa propre expertise et sa réflexion sur celles d'intervenants confrontés quotidiennement à la toxicomanie et à son évolution dans les différents milieux d'intervention. Parmi ceux-ci, on peut citer : la prévention, le traitement, l'implication bénévole, les réseaux public, privé et communautaire, la santé, l'éducation, la justice, la sécurité publique, le travail.

2.1 Les sources d'information du CPLT

2.1.1 Le congrès Rond-Point 95

Au moment où le CPLT a entrepris sa démarche de consultation, à l'automne 1995, il disposait des résultats du congrès Rond-Point 95. Organisé, au mois d'avril précédent par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, cet événement a réuni à Montréal au-delà de 600 intervenants de tous les milieux concernés par la toxicomanie. Le congrès a permis de formuler une liste de recommandations s'adressant à divers paliers d'intervention. Les contenus abordés par le congrès Rond-Point 95 ont servi de base à l'élaboration des questions à soumettre lors de la consultation du CPLT, qui a toutefois pris le soin d'éviter de dédoubler la démarche du congrès. Comme plusieurs s'y attendaient, on constate une cohérence entre les deux démarches, quant aux préoccupations et aux observations, ce qui, selon le CPLT, ne peut que renforcer les résultats auxquels ces démarches ont abouti.

2.1.2 La consultation publique du CPLT

Le CPLT a choisi de procéder à une vaste consultation publique afin de pénétrer dans tous les milieux désireux de se prononcer au sujet de la toxicomanie. Cette démarche a, en effet,

permis aux membres du Comité d'écouter les intervenants sur le terrain, d'alimenter leur propre réflexion par un portrait juste et exhaustif de la situation, d'identifier les incohérences et de dégager les priorités d'une action québécoise au sujet de la toxicomanie. Cette consultation en trois étapes a été lancée lors de la Semaine de prévention des toxicomanies, en novembre 1995, sous le thème général des enjeux actuels dans le champ de la toxicomanie.

Pour mener à bien sa démarche et pour alimenter la réflexion sur les questions de l'heure, le CPLT a commencé par produire un document intitulé *Drogues, alcool et toxicomanie au Québec : des inquiétudes sur le terrain*, dans lequel étaient abordés de façon très directe des points tels que les intervenants, les difficultés de l'intervention, l'intervention auprès

des jeunes, les liens entre la toxicomanie et les problèmes sociaux, les stratégies d'intervention possibles, la protection du public, le développement d'un système à deux vitesses (privé et public), la décentralisation et la légalisation des drogues douces.

2.2 Les trois étapes de la consultation

La consultation a été réalisée en trois étapes qui se sont déroulées de novembre 1995 à juin 1996. La première a consisté en l'envoi d'un questionnaire (4000 exemplaires); la deuxième en des rencontres régionales (6 régions visitées) et, pour terminer, la troisième étape a consisté en une demi-journée de réflexion avec des experts et décideurs (plus de 40 personnes rencontrées). Chacune des étapes a permis de valider et d'approfondir les résultats de l'étape précédente et, selon un processus d'entonnoir, a permis au CPLT de resserrer et de préciser la réflexion sur les problèmes, les enjeux et les pistes de solution quant à l'ensemble du dossier de la toxicomanie au Québec, à l'aube de l'an 2000.

2.2.1 Le questionnaire

Le document *Drogues, alcool et toxicomanie au Québec : des inquiétudes sur le terrain* a été préparé pour accompagner un questionnaire de dix questions ouvertes dont certaines divisées en sous-questions, de sorte que les répondants au questionnaire ont pu se prononcer sur dix-sept points. De plus, la forme ouverte des questions permettait aux répondants toute latitude dans l'expression de leurs réponses, ce qui a contribué à l'enrichissement des données recueillies.²⁶

Sur les quelques 4000 exemplaires envoyés, 311 ont été retournés au CPLT; de ce nombre, 129 expriment des positions d'organismes ou d'établissements et 182, des positions personnelles. Les répondants proviennent des secteurs suivants : 30% de la Santé et des Services sociaux, 22% de l'Éducation et 15% de la Sécurité publique. Le secteur communautaire a répondu pour sa part dans une proportion de 20%. Certains milieux n'ont que peu ou pas répondu : il s'agit principalement des mouvements d'entraide, des syndicats, des entreprises, ce qui explique le peu d'informations recueillies sur la toxicomanie en milieu de travail.

26. Cousineau, M.-M. et Brunelle, N. (1996). *Analyse de contenu des réponses au questionnaire du Comité permanent de lutte à la toxicomanie : Drogues, alcool et toxicomanie au Québec, des inquiétudes sur le terrain* Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Disponible sur demande).

2.2.2 La tournée régionale

Disposant des résultats des questionnaires, des membres du CPLT se sont déplacés pour tenir des assemblées dans six régions du Québec : Estrie, Saguenay-Lac St-Jean, Québec/Chaudières-Appalaches, Montréal, Mauricie et Laurentides. La collaboration des coordonnateurs en toxicomanie des régions régionales a été requise pour cette étape. La démarche du CPLT a suscité un vif intérêt puisque chaque assemblée a réuni entre 35 et 80 personnes répondant à l'invitation du Comité permanent. Les personnes rencontrées dans les régions provenaient de milieux urbains ou ruraux. On comptait parmi elles des spécialistes de la prévention ou de la réadaptation, des cliniciens, des chercheurs, des administrateurs, des policiers et des bénévoles.

Le CPLT a présenté les résultats des questionnaires aux personnes qui ont participé aux rencontres régionales et a échangé avec elles sur les problèmes et enjeux actuels en toxicomanie, toujours à partir de ces résultats. De plus, le CPLT a consulté spécifiquement ces personnes sur des thèmes jugés très importants : la coexistence d'un réseau public et d'un réseau privé, la concertation, ainsi que la légalisation, ce dernier thème ne faisant pas l'objet d'un consensus d'après les réponses au questionnaire.

2.2.3 La rencontre avec des experts et des décideurs

Le 19 juin 1996, à Montréal, les membres du CPLT ont rencontré un peu plus de 40 experts et décideurs. Après avoir validé avec eux la liste des principaux problèmes et enjeux qui s'étaient dégagés des deux premières phases de la consultation, le CPLT a stimulé les échanges et la réflexion pour permettre une entente sur les thèmes majeurs et dégager des pistes de solutions.

2.3 Les résultats du questionnaire

Les questions étant sous forme ouverte, les répondants ont pu s'exprimer librement sur les thèmes soumis à leur réflexion. L'analyse transversale des questionnaires a permis de dégager six thèmes majeurs : les modes d'intervention, le type de système dans lequel s'inscrivent les interventions, le débat entre le secteur public et le secteur privé, la légalisation des drogues douces, la famille et les jeunes.

2.3.1 Des partenaires multiples et complémentaires

- La liste exhaustive des partenaires proposée par le CPLT²⁷ comprend globalement les secteurs suivants : **Santé et Services sociaux, Éducation, Justice, Sécurité publique, organismes communautaires, Travail, Sécurité du Revenu** ainsi que des **représentants du secteur privé**. Les personnes qui ont répondu au questionnaire ont tenu à ajouter à cette liste les **parents**, les **pairs**, les **professionnels spécialisés dans des problématiques connexes** ainsi que les **clientèles cibles elles-mêmes**. Bref, ils ont confirmé l'idée selon laquelle la toxicomanie est une problématique aux facettes multiples et qui, par conséquent, nécessite l'intervention de multiples acteurs si l'on veut présenter une réponse pertinente aux problèmes et aux besoins des personnes concernées.

2.3.2 Des interventions que l'on souhaite précoces, globales et concertées

- C'est avec un fort consensus que les intervenants de tous les milieux reconnaissent la nécessité d'une **intervention prioritairement axée sur la prévention**, dans une perspective de promotion de la santé, incluant des actions visant la répression. La majorité des répondants se prononcent sans équivoque sur la nécessité d'interventions de prévention précoces, **à l'âge de l'école primaire**, dès le premier cycle; mais ils précisent aussi que la prévention ne doit pas être limitée **à l'école** mais doit aussi se faire **à la maison et dans l'entourage des jeunes**.
- Les répondants suggèrent la consultation et la **participation des parents et des jeunes** pour améliorer les approches en prévention. À cet égard, les travailleurs de rue et les intervenants des milieux scolaires, particulièrement les éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT), sont cités comme étant bien placés pour procéder au rapprochement avec les jeunes.
- **D'autres suggestions** ont été mentionnées à plusieurs reprises et méritent donc d'être signalées : la **formation de pairs aidants**, la mise en place d'**approches globales** qui tiennent compte de toutes les sphères de la vie des personnes, la nécessité de **suivis** en dehors des lieux de traitement, l'indispensable **concertation** pour augmenter l'efficacité des actions et, enfin, le développement d'une **intervention précoce**.
- Au sujet de la prévention, les répondants insistent sur l'importance d'une **information honnête**, sans camouflage ni dramatisation; ils souhaitent qu'on mette en place des programmes qui donnent de l'espoir, véhiculent une philosophie de vie positive, proposent d'autres choix que la consommation et développent l'estime de soi et le sentiment d'appartenance à la société.
- Néanmoins, les répondants reconnaissent que la prévention aura toujours des limites et qu'il faut donc **se préoccuper aussi de ceux qui sont déjà aux prises avec le problème**

27. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1995). *Drogues, alcool et toxicomanie au Québec, des inquiétudes sur le terrain*. Montréal : auteur.

de la toxicomanie. Ils proposent alors de renforcer l'intervention, la plus précoce possible, et d'intégrer aux approches la réduction des méfaits, qu'ils identifient à plusieurs reprises comme une approche à privilégier au Québec.

2.3.3 La concertation, une nécessité mais encore à l'état embryonnaire

- Les répondants reconnaissent clairement le **manque de concertation** comme étant actuellement l'une des carences majeures de l'intervention en toxicomanie. Ils n'ignorent pas les efforts réalisés, mais pour presque la moitié d'entre eux, l'objectif de concertation que s'est donné le milieu de l'intervention en toxicomanie depuis le Rapport Bertrand n'est que partiellement atteint (13% des répondants pensent même qu'il n'est pas du tout atteint!).
- Pourtant, les réponses au questionnaire révèlent un très fort consensus au sujet de la nécessité de **la concertation, jugée cruciale pour la suite des actions** dans le domaine. Cette position est d'ailleurs fort cohérente avec l'insistance sur la dimension multisectorielle de la problématique.
- Les attentes quant aux **effets de la concertation** sont principalement l'augmentation de la cohérence et de l'efficacité dans les interventions, ainsi que l'enrichissement de la prévention.

2.3.4 Les jeunes et la famille au coeur des préoccupations et des solutions

- Les répondants ont en commun des inquiétudes sérieuses quant aux rapports des jeunes avec l'alcool et les drogues. Ainsi, la précocité de la consommation de psychotropes les préoccupe énormément, d'où leur insistance sur la nécessité d'une intervention avant l'école secondaire, principalement axée sur la prévention. Les répondants préconisent aussi une intervention curative adaptée aux jeunes ainsi que des attitudes chaleureuses mais sans complaisance de la part des intervenants.
- Les **lieux des interventions** devraient être, selon eux, d'abord l'école et la maison, mais aussi les autres endroits fréquentés par les jeunes : les services communautaires, les rues, les parcs, les maisons de jeunes. Bref, là où se trouvent les jeunes. Plusieurs répondants doutent toutefois de la capacité des adultes à rejoindre certains jeunes et ils insistent donc sur la consultation de ces derniers lors de la préparation d'activités préventives, consultation qu'ils jugent indispensable.
- La suggestion d'adopter une **approche familiale** en prévention, mais aussi dans l'intervention, une fois le problème révélé, revient de façon récurrente dans l'analyse des réponses au questionnaire. L'éducation des parents et leur participation dans le processus thérapeutique constitue pour plusieurs l'action la plus percutante à entreprendre pour aider les jeunes.
- Selon une majorité de répondants, s'il faut élargir l'intervention à la famille, il faudrait aussi élargir la notion même de famille et la rendre plus conforme aux réalités contemporaines. Ainsi, on parle d'entourage, de personnes significatives pour les jeunes, etc. Plusieurs répondants tiennent à préciser que certains parents font, au départ, plus partie du problème

que de la solution; dans ces familles dysfonctionnelles, il faut aider les parents autant que le jeune pour traiter le problème de toxicomanie chez ce dernier.

2.3.5 Des interventions s'inscrivant dans un système qui garantit une accessibilité et une qualité de services

Interrogés par le CPLT sur le type de ressources souhaitées, les répondants au questionnaire indiquent le besoin d'un système de services qui soit fort sur trois plans : les ressources humaines, la crédibilité et l'accessibilité.

- En ce qui a trait aux **ressources humaines**, les répondants s'accordent pour réclamer plus de budgets et plus d'intervenants, mais avec certaines nuances. Selon eux, le manque de ressources financières se fait sentir principalement en prévention; quant au manque de personnel, c'est davantage dans les régions périphériques que le problème serait criant. Tous s'entendent pour souligner la nécessité d'avoir un personnel qualifié, qui place le toxicomane au coeur de l'intervention, qui travaille avec l'environnement de celui-ci, qui s'inscrit dans un ensemble de ressources mieux adaptées et, finalement, qui est en mesure d'exercer une action globale sur l'ensemble de la problématique.
- La question de la **crédibilité** est centrale pour les répondants. Elle est reliée, selon eux, au mode d'accréditation des ressources; elle surgit lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la coexistence d'un réseau privé parallèle au réseau public; elle est encore présente en tant que caractéristique essentielle d'une ressource.
- Les réponses qui traitent **l'accessibilité** aux ressources concernent autant les aspects physiques que financiers. Ils estiment que les services doivent pouvoir rejoindre la clientèle

là où elle se trouve, quelle que soit sa capacité de payer. Plusieurs réponses dénotent combien certaines régions se sentent défavorisées à cet égard. Une des craintes souvent exprimée dans la partie du questionnaire concernant le réseau privé touche le clivage riches-pauvres dans l'accessibilité aux services.

2.3.6 Un réseau privé des services en toxicomanie? Oui, mais...

- Les répondants au questionnaire du CPLT se sont prononcés **majoritairement en faveur de l'existence d'un réseau privé**. L'examen détaillé des réponses révèle que les réticences augmentent avec la scolarité des répondants, alors que l'âge ou le secteur d'activités ne semblent pas influencer les réponses. Ceux qui se prononcent en faveur de la mise en place d'un réseau privé croient même que des effets bénéfiques peuvent découler de la concurrence entre le réseau privé et le réseau public, mais ils insistent sur **deux conditions préalables** : des moyens de **contrôle de la qualité** des services et le **maintien de l'accessibilité**.
- De plus, selon plusieurs, le réseau privé ne devrait **jamais être subventionné** et il devrait **se maintenir en parallèle au réseau public**, c'est-à-dire **ne pas s'y substituer, ni jouer le rôle de désengorgement de ce réseau**. Au fond, les réponses sont assez claires : il faut un réseau privé, mais la qualité des services et la place exacte de ce réseau privé par rapport au système de soins public aux personnes alcooliques et toxicomanes doit être contrôlée. Les répondants qui se prononcent contre la mise en place d'un réseau privé ont exactement les mêmes inquiétudes au sujet de la qualité des services et la protection du public : ils craignent que la clientèle déjà démunie et fragile soit la proie de charlatans; ils veulent des moyens pour éviter le clivage riches-pauvres et un alourdissement encore plus accentué des clientèles des centres publics; ils ont peur d'une aggravation du manque de cohérence du système. Bref, les craintes sont identiques chez tous, mais certains estiment qu'il faut aller de l'avant et augmenter le nombre de ressources par l'apport du secteur privé, à condition de bien encadrer ce secteur; d'autres préfèrent simplement rejeter l'idée d'un réseau privé parallèle au réseau public.

2.3.7 La légalisation des drogues douces ou l'absence totale de consensus

Depuis de nombreuses années, face à l'aggravation de certaines situations liées au caractère illégal de certaines drogues, on entend des opinions sur les avantages d'une légalisation des drogues douces. Ce point avait fait l'objet d'une recommandation à l'issue du congrès Rond-Point 95. Le CPLT a tenu à prendre le pouls du public à ce sujet, d'où la question «Où en êtes-vous dans votre réflexion sur la légalisation ou la décriminalisation des drogues douces?» dans le questionnaire.

- **Les répondants complètement divisés sur cette question** : ils se répartissent globalement de façon égale entre les tenants de la légalisation et ses adversaires. Les répondants de 50 ans et plus présentent la plus grande proportion de personnes favorables à la légalisation ou à la décriminalisation des drogues douces, alors que les répondants défavorables se trouvent principalement dans le groupe des 20-29 ans. Deux secteurs se distinguent : la Sécurité

publique constitue le secteur le plus opposé à la légalisation, et le secteur privé celui qui lui est le plus favorable. Le secteur communautaire est divisé sur le sujet.

- **Les partisans de la légalisation** estiment que la guerre à la drogue est inefficace et que la légalisation aurait une incidence importante sur le contrôle de l'offre. De plus, selon eux, l'élimination de la clandestinité rendrait possible le contrôle de la qualité des substances. Selon certains, l'économie sur les dépenses publiques reliées à la répression permettrait à l'État de disposer d'un budget accru pour la prévention et l'aide. Plusieurs estiment que la décision de légaliser les drogues douces serait cohérente avec les programmes qui font la promotion d'une consommation modérée d'alcool. Certains évoquent la baisse potentielle de l'attrait des drogues pour certains jeunes.
- **Les opposants à la légalisation** craignent qu'en légalisant ou en décriminalisant, il y ait une augmentation des consommateurs voire une augmentation de la toxicomanie. Ils considèrent qu'il faut plutôt réduire l'offre et ils se disent contre toute forme de promotion de la consommation de psychotropes. Certains estiment que légaliser ou décriminaliser, c'est se montrer trop permissif; certains sont d'avis que la société n'est pas prête pour une telle tolérance, qu'elle en abuserait; pour un certain nombre, c'est même l'équivalent de baisser les bras. Enfin, un certain nombre de répondants craignent les dommages pour la santé, au même titre que ceux causés par l'alcool et le tabac qui sont des produits légaux.

2.4 Les résultats de la tournée régionale

Chaque rencontre régionale a permis la présentation de l'analyse des résultats des réponses aux questionnaires et des échanges sur ces résultats. Là encore, la question de la concertation est apparue au centre des préoccupations et des espoirs des participants. Dans les régions, le CPLT s'est davantage intéressé à certains thèmes majeurs ressortis de l'analyse des questionnaires : la prévention auprès des jeunes, la coexistence du réseau privé et du réseau public, la décentralisation des pouvoirs, la légalisation des drogues douces. La dernière partie des rencontres était consacrée à des échanges libres sur les préoccupations locales et les enjeux régionaux. Cette tournée a permis de rencontrer au-delà de 350 personnes de différents milieux ayant toutes en commun une connaissance solide de la pratique et du terrain.

2.4.1 Des attentes nombreuses face à la concertation... mais aussi plusieurs obstacles

- La consultation dans les régions a révélé que la concertation est actuellement au centre des inquiétudes et des espoirs. En effet, les participants se sont dits inquiets de l'absence de concertation qu'ils constatent chaque jour, principalement au niveau des décideurs; selon eux, **la concertation est indispensable** pour une action cohérente et efficace, sans compter qu'elle peut aussi permettre un enrichissement des approches. Selon plusieurs participants à la consultation, la pratique de la concertation, par la communication qu'elle exige, permettrait de contrebalancer les effets de certaines carences des services publics et d'augmenter la crédibilité des intervenants; elle contribuerait également à une meilleure connaissance des organismes communautaires par leurs partenaires et ainsi à leur reconnaissance; de plus, dans un contexte où les normes pour les ressources privées sont inexistantes, la concertation pourrait se révéler très utile.
- Les participants insistent aussi sur le fait que la concertation est **une responsabilité des décideurs autant que des intervenants sur le terrain**. Certains vont jusqu'à ironiser sur l'incapacité de se concerter de certaines ressources, alors qu'elles sont censées travailler sur les problèmes de familles dysfonctionnelles où la communication fait défaut.
- Par ailleurs, les participants connaissent fort bien **les obstacles à la concertation** parmi lesquels ils citent l'effet du poids des préoccupations quotidiennes et de la charge de travail. Ils rappellent à l'attention du CPLT que se concerter demande du temps libre, investi sur un moyen terme, et que la précarité et les budgets réduits de la plupart des ressources ou organismes font de la concertation **un luxe qui dépasse les moyens financiers et humains dont disposent les intervenants**. De plus, **la précarité entraîne inévitablement une certaine compétition**, ce qui constitue en soi une barrière à la concertation. **La non-harmonisation des langages et des objectifs**, parfois au sein d'un même réseau, **la rigueur excessive des règles administratives**, **le manque de circulation de l'information** sont autant d'obstacles supplémentaires. Enfin, un dernier obstacle, de taille, a été mentionné : **l'absence de lignes directrices et de stratégie globale en toxicomanie**. Or, il n'est pas facile d'entreprendre des actions concertées quand on ne sait pas autour de quels objectifs le faire. Très rapidement les barrières liées au manque de ressources budgétaires, aux valeurs et aux intérêts personnels resurgissent derrière les choix d'approches et de philosophies d'intervention. Bref, au Québec, la concertation dans le domaine de la lutte à la toxicomanie demeure un défi à relever.

2.4.2 La prévention, pour une action précoce et globale contre les problèmes et leurs causes

- Les participants des six régions visitées ont confirmé **l'importance de la prévention** et ils endossent le choix de **l'approche globale** (promotion de la santé) que l'analyse des questionnaires a permis de dégager. Ils souhaitent des actions qui s'adressent aux jeunes assez tôt car ces derniers sont de plus en plus précoces dans leurs expériences avec l'alcool et les drogues. Cependant, tout en voulant que les actions préventives portent sur des aspects fondamentaux et communs à plusieurs problématiques, certains dénoncent le piège que constitueraient des programmes tellement généraux que la question des substances psychotropes serait évincée.
- En même temps qu'ils insistent sur l'importance de la prévention, ils témoignent **des problèmes vécus sur le terrain** : confusion et duplication de mandats entre certains acteurs, difficulté de concilier les mandats de prévention des uns et les mandats de répression des autres, difficulté de faire accepter par tous une véritable prévention qui cible le bien-être de la personne.
- Ils tiennent aussi à rappeler que **les parents** ont trop souvent été écartés par les spécialistes (entre autres par les administrateurs scolaires, les enseignants), alors qu'il aurait fallu les considérer comme des partenaires essentiels, des co-éducateurs. Selon les répondants, les parents sont **des acteurs privilégiés** pour une intervention préventive et précoce. Se disant avoir trop longtemps été victimes de «présomption d'incompétence», certains parents présents dans les rencontres ont déploré une réticence des administrations scolaires à collaborer avec eux.

Les participants ont apporté des précisions sur les besoins des parents. Ainsi, ces derniers disposent de beaucoup d'informations sur les drogues, **mais sont totalement démunis en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements à adopter face à la consommation du jeune**. Le problème est, selon eux, particulièrement présent chez les parents qui ont aujourd'hui 40 ans et qui ont eux-mêmes expérimenté des drogues douces dans leur jeunesse. En particulier, ces parents sont sceptiques et ambivalents face au discours répressif. Il faudrait, toujours selon les répondants, que ceux qui ont des compétences dans ce domaine (les intervenants en toxicomanie) aident les parents à trouver le ton juste entre la banalisation et la dramatisation (dramatisation trop souvent présente dans les médias, de l'avis de plusieurs participants)

De plus, tout en déclarant que les parents doivent jouer un rôle primordial, les participants rappellent que **les parents peuvent, eux aussi, avoir de graves problèmes** (vie affective, travail, toxicomanie, etc.). C'est en décelant ces problèmes et en aidant les parents que les intervenants pourront le mieux les rendre aptes à faire de la prévention auprès de leurs jeunes. **La transmission intergénérationnelle de la toxicomanie et des problèmes sociaux associés à celle-ci est une préoccupation pour la majorité des participants.**

- Plusieurs précisent qu'on hésite trop souvent à reconnaître les bienfaits temporaires de la consommation d'une drogue douce. Les jeunes perçoivent cette attitude comme un manque

d'honnêteté, ce qui nuit au contact avec les adultes qui prétendent vouloir aborder la question des drogues avec les jeunes et mine leur crédibilité.

- Les rencontres régionales font aussi ressortir **l'importance de l'école** comme lieu d'intervention préventive. Cependant, plusieurs pensent que les décideurs en milieu scolaire (les administrateurs de commissions scolaires, par exemple) sont, en général, peu sensibilisés à la toxicomanie; quand ils s'y intéressent, ils se tournent plus souvent vers les corps policiers pour renforcer la lutte au trafic que vers le réseau de la santé pour mettre en place des services d'aide.
- Dans l'ensemble des régions, on souligne que des efforts sont faits pour développer la prévention, mais plusieurs craignent le manque de persévérance. Ainsi, unanimement, les participants évoquent les éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) dont ils remarquent la modification de mandat, voire la disparition, particulièrement dans le réseau public. Cette **absence de constance dans les efforts** les inquiète, car elle compromet la prévention qui, précisent-ils, se joue sur des actions à moyen et à long terme.
- Ils soulignent enfin **certaines lacunes dans l'interprétation des problèmes**, car les liens entre la toxicomanie, d'une part, et la violence, le décrochage scolaire, la détresse psychologique, d'autre part, ne sont pas mis en évidence, ni souvent pris en considération dans les mesures de prévention de la toxicomanie. Inversement, les intervenants qui mettent en place des mesures ou des services pour faire face à ces problèmes, devraient, selon les participants des régions, tenir compte de la toxicomanie.

2.4.3 La réduction des méfaits pour répondre à la complexité et à la gravité de certaines situations

- Ce sont souvent des intervenants connaissant bien les problèmes associés à la toxicomanie qui ont participé aux rencontres régionales. Considérant qu'il faut redéfinir les approches face à certaines urgences comme la propagation du sida, les difficultés à intervenir auprès de certaines clientèles et l'obligation de réduire les coûts, les participants manifestent **un intérêt marqué pour la réduction des méfaits** qu'ils connaissent par le biais de programmes comme la distribution de seringues aux toxicomanes et les programmes de maintien à la méthadone. Ils constatent cependant eux-mêmes que, lorsqu'il s'agit de

donner une définition de l'approche, celle-ci varie selon les répondants et dénote une certaine confusion.

- Les adeptes de cette approche affirment que, **compte tenu de la complexité et de la gravité de certaines situations** (doubles problématiques, maladies infectieuses graves, par exemple), il faut que les interventions soient étroitement adaptées aux besoins des personnes. La réduction des méfaits leur apparaît comme une voie souple et susceptible de répondre aux besoins des toxicomanes.
- Parmi les arguments invoqués en faveur de la réduction des méfaits, les intervenants mentionnent que cette approche relève d'**une vision réaliste et pratique** et que les incidences sur la santé ainsi que les retombées économiques semblent tout à fait positives. Plusieurs rappellent, en outre, que la réduction des méfaits est déjà appliquée dans certaines ressources de réadaptation et ils soulignent que l'élimination de l'obstacle au traitement que constituent, pour certains clients, les conditions d'admission et les objectifs thérapeutiques exclusivement axés sur l'abstinence, représente un avantage.
- **Mais** d'autres participants sont moins enthousiastes. Ils se disent perplexes devant la **diversité des définitions données** par les participants et souhaitent plus de précisions sur l'approche et des clarifications quant à sa définition. Ils considèrent que cette approche suppose une reconnaissance tacite des échecs face à la drogue et qu'il s'agit d'**un pis aller rendu nécessaire** par le succès médiocre des approches actuelles de prévention.

2.4.4 La réadaptation : un concept en transformation

- Quelques participants ont regretté que la réadaptation ne soit pas davantage abordée dans la démarche. Selon eux, le toxicomane doit être placé au cœur de l'intervention et, dans un souci d'efficacité, les ressources doivent être ouvertes, disent-ils, à **l'intégration de nouvelles stratégies**, telles la réduction des méfaits, par exemple. Les ressources doivent aussi intégrer une certaine pratique de la **concertation** et de nouvelles pistes pour l'organisation des services : axer davantage les actions vers les **jeunes adultes** (18-30 ans), renforcer **l'intervention précoce** auprès de certains groupes plus à risque (par exemple, les nouveaux chômeurs) et inclure davantage les **parents** et les **proches**.
- Les intervenants ont profité de la tournée régionale pour exprimer leurs inquiétudes face à l'augmentation en nombre et en gravité des cas de **problématiques multiples**. Ils ont parlé de leur impuissance et des difficultés de concertation pour assurer un continuum de services. D'après eux, l'accessibilité aux services est trop souvent compromise pour les clients toxicomanes qui ont en plus des troubles psychiatriques ou des démêlés avec la

justice ou encore des maladies, telles que le sida ou une hépatite. L'expression «pas dans ma cour!» rend bien l'attitude vis-à-vis de ce type de clients.

- Enfin, les participants pensent aussi beaucoup aux **jeunes** quand il s'agit de réadaptation. Ils souhaitent des services de réadaptation qui puissent intervenir de façon précoce, qui soient adaptés aux besoins des jeunes et qui intègrent les parents, d'autant plus, remarquent certains, que les parents sont plus disposés à s'investir lorsque leurs enfants vivent un problème.

2.4.5 Un réseau public fort, un réseau privé réglementé

- Les participants aux rencontres régionales estiment que le volume des demandes de services spécialisés en toxicomanie, la nécessité d'une variété d'approches à proposer aux clients et la saine stimulation qui peut entraîner la concurrence sont autant d'**arguments en faveur de l'existence d'un réseau privé**.
- Cette opinion est toutefois accompagnée d'une mise en garde. L'existence d'un réseau privé ne doit pas fournir à l'État un motif pour se désengager, au contraire. Selon les participants, l'État doit renforcer son engagement de deux façons : d'abord assurer l'existence d'**un réseau public fort, capable de soutenir la concurrence du privé** et, ensuite, exercer pleinement son rôle de protection du public en surveillant et en encadrant le réseau privé par des normes. À ce sujet, plusieurs estiment que le dossier des **normes d'accréditation**, abandonné par le MSSS, a «laissé de douloureuses séquelles» et de nombreuses attentes en suspens.
- Les participants régionaux ont précisé la façon dont l'État peut **renforcer le réseau public**. Premièrement en donnant à celui-ci la possibilité de développer de la souplesse dans ses approches (formation du personnel aux nouvelles approches), ensuite en favorisant le continuum de services et la concertation à l'intérieur du réseau de la santé et hors réseau et, finalement, en agissant pour éliminer la pénurie de ressources dans certaines régions.

2.4.6 Les effets mitigés de la décentralisation

- Ce sont principalement quatre régions, excluant Montréal et Québec, qui ont le plus de choses à dire sur ce thème que les participants relient aux thèmes de la concertation, de la cohérence des actions et de l'accessibilité des ressources. Au nom de la cohérence, les intervenants des régions s'insurgent contre l'actuelle centralisation des services d'hébergement spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de moins de dix-huit (18) ans, à Montréal ou à Québec, «au moment où les régies régionales clament l'importance des services dans les milieux de vie!».
- Plusieurs participants ont dénoncé certains effets de la décentralisation des pouvoirs du ministère vers les régies régionales : cela suscite des sentiments d'insécurité et d'inconfort, car les zones de pouvoir qui ont été déplacées restent en mouvance, créant des «zones grises». De plus, de l'avis de certains, les régies régionales ne se sont pas très bien

appropriées le dossier de la toxicomanie. Certains confient qu'ils ne savent plus toujours où discuter les dossiers, à qui s'adresser : au ministère, à la régie, ou ailleurs...?

2.4.7 La légalisation ou la décriminalisation des drogues douces

- La question de la légalisation ou de la décriminalisation des drogues douces a été reprise dans les régions pour tenter de clarifier l'opinion des participants sur ce sujet. La consultation a confirmé les résultats du questionnaire, c'est-à-dire **une opinion parfaitement partagée**. Au cours de débats très animés, les opposants et les partisans ont utilisé presque les mêmes arguments que dans les réponses au questionnaire. Nous allons donc rapporter uniquement les arguments qui nous ont semblé un peu différents.
- **Les partisans de la légalisation** parlent de «deux poids, deux mesures», c'est-à-dire que tout le monde se rallie massivement à la réduction des méfaits de l'alcool (allusion ici à la popularité de l'*Opération Nez rouge*), alors que l'opinion publique a du mal à accepter la réduction des méfaits des drogues. Selon eux, légaliser le cannabis relève pourtant du simple souci de cohérence et de crédibilité. Ils souhaitent qu'on mette fin à la criminalisation inutile des jeunes consommateurs, mais doutent néanmoins que cela se fasse à une époque où on étend la définition des situations d'illégalité pour la consommation du tabac.
- **Les opposants à la légalisation** présents aux rencontres régionales ont, eux aussi, apporté un argument nouveau par rapport aux réponses au questionnaire. En effet, ils estiment qu'il serait irresponsable d'opter pour la légalisation dans une période où le contexte économique est particulièrement difficile.
- Plusieurs estiment, par ailleurs, qu'il faudrait **mieux connaître les expériences étrangères** avant que le Québec se lance dans un vrai débat sur la légalisation des drogues douces. Selon eux, le Québec n'est pas prêt pour un assouplissement des lois à l'égard des drogues douces, alors que d'autres croient que oui.

2.5 La rencontre avec des experts et des décideurs

Les participants à cette rencontre ont d'abord été appelés à valider les problèmes reconnus lors des deux étapes précédentes, ce qui s'est fait sans difficulté. Le CPLT a ensuite orienté les réflexions

sur certaines questions qui lui semblaient fondamentales. Cette approche a limité le nombre de sujets abordés, mais elle a permis aux experts de se prononcer de façon assez pointue sur les thèmes abordés.

2.5.1 Le besoin de concertation et de leadership

- Au sujet de la concertation, les experts et les décideurs dressent un **constat d'absences** : absence de volonté politique, absence d'une instance responsable de donner les lignes directrices dans le dossier, absence d'une stratégie d'ensemble et d'objectifs clairs. Ils ont une vision qui tient compte de l'évolution de la question et déplorent ces «absences» qui sont liés, selon eux, aux reculs enregistrés depuis quelques années (le CPLT ne relève plus du Premier ministre, le comité interministériel a été aboli en 1994) ou aux vides créés par la transformation du réseau de la santé (décentralisation vers les régies régionales sans assurance de responsabilisation de ces dernières dans le dossier).
- Ils soulignent que les **problèmes structurels** ont un impact direct sur la concertation («sans chef d'orchestre, la musique manque d'harmonie») et qu'ils rejaillissent de façon dramatique sur la clientèle : les discours en prévention auprès des jeunes sont souvent incohérents (tolérance versus «tolérance zéro»); l'intervention auprès des personnes aux prises avec des problématiques multiples (santé mentale et toxicomanie, judiciarisation et toxicomanie, etc.) est défaillante.
- Enfin, les experts et les décideurs interpellent directement le CPLT sur la question de la concertation et sur l'indispensable leadership à assumer. Il faut, selon eux, **rétablir un leadership intersectoriel** en toxicomanie, et le CPLT leur semble bien placé pour ce rôle. Le Québec a besoin d'objectifs communs basés sur la connaissance de la problématique et des enjeux actuels, sur une définition claire des problèmes et des réalités à traiter, sur la responsabilisation et la concertation des partenaires et des forces en présence.

2.5.2 L'urgence d'une politique globale et cohérente

- Les experts et les décideurs déplorent que la toxicomanie ne soit pas considérée comme une priorité. Selon eux, plusieurs difficultés découlent de cette situation. En **l'absence de lignes directrices et de véritables priorités**, la cohérence des actions se trouve hypothéquée. Ils se demandent qui va oser faire les choix qui s'imposent. Ils se demandent aussi qui va décider d'investir les fonds là où c'est le plus productif. De plus, ils soulignent que la clientèle toxicomane n'est pas une clientèle qui met de la pression sur les gouvernements et qui revendique ses droits. Cette réalité contribue à laisser le dossier stagner en l'absence de volonté politique.
- Les experts et les décideurs sont d'avis que **l'importance de la circulation de l'information** est en général sous-estimée, alors qu'elle est primordiale, non seulement pour informer et sensibiliser le public, mais aussi pour faire connaître et éclaircir les concepts, pour susciter et

recueillir des réactions en vue d'augmenter la visibilité du dossier et de stimuler la cohérence des visions et des actions.

- Enfin, **l'évaluation** serait également, selon eux, un outil à utiliser pour concerter les partenaires autour d'objectifs réels.

2.5.3 Les jeunes : une richesse et un avenir à protéger

- Les experts et les décideurs, comme tous les participants aux deux étapes précédentes de la consultation, se rallient autour de la nécessité d'**accorder la priorité aux jeunes**. Ils se disent très préoccupés par la précocité des premières consommations de psychotropes et ils relient ce facteur à l'aggravation des problèmes observés chez les jeunes toxicomanes et à la baisse de l'âge moyen des personnes admises en traitement pour toxicomanie ces dernières années.
- Pour pallier ces problèmes, la **prévention auprès des jeunes** devrait être orientée, selon les experts, vers la promotion de la santé, dans une perspective globale de développement des habiletés personnelles. Les interventions devraient se faire, en priorité, à l'âge de l'école primaire mais aussi à l'adolescence. Ils savent qu'une telle approche interpelle le couple famille-école, mais aussi tous les milieux touchant les jeunes : garderies, loisirs, services communautaires, milieux sportifs, etc.
- Cependant, c'est aux parents que les experts accordent la place centrale dans ces interventions de prévention. Ils font valoir le respect indispensable des **compétences parentales** naturelles et le besoin, pour certains parents (les jeunes parents en particulier), de soutien par des projets d'entraide, par des initiatives dans le milieu, dans la vie de quartier, dans les lieux de travail et de loisirs.
- Mais si les experts sont particulièrement sensibles aux besoins des jeunes et de leurs parents pour ce qui est de la prévention, ils tiennent à souligner que certains jeunes ont besoin de **services de réadaptation** et que ces besoins ne doivent pas être négligés. Dans le même ordre d'idées, ils se préoccupent aussi de l'approche utilisée pour le **traitement des toxicomanes adultes qui ont des enfants**, car ce type d'intervention contribuera à prévenir l'apparition ou le développement du problème chez les enfants. Les experts se montrent fermes sur l'urgence qu'il y a à répondre adéquatement aux personnes aux prises avec des **problématiques multiples**. Une fois de plus ils insistent sur la nécessité de collaborer avec le réseau de la psychiatrie, ce qui ne se fait pas suffisamment aujourd'hui.
- Enfin, ils expriment d'assez fortes inquiétudes au sujet des **problèmes vécus sur le terrain** et qui bloquent l'intervention préventive auprès des jeunes l'empêchant de prendre l'ampleur nécessaire. Parmi ces problèmes, ils mentionnent : le découragement du milieu scolaire, qui se sent utilisé comme un fourre-tout; l'inefficacité des stratégies traditionnelles pour rejoindre les parents, spécialement ceux en difficulté; l'absence de données fiables sur l'efficacité des programmes en prévention; la tendance à travailler à court terme, alors que la prévention ne peut donner de résultats que sur un moyen et long termes; les conflits entre les

besoins de certains jeunes (par exemple, des services d'aide en toxicomanie dans l'école) et le souci des directeurs et d'une majorité de parents d'offrir une image «propre» de leur école. L'affaiblissement du réseau des éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) est repris, plusieurs fois, pour illustrer un certain désengagement du milieu scolaire.

2.5.4 Le souci de l'équilibre dans le choix des stratégies préventives

- S'appuyant sur leur propre connaissance de la situation, sur les résultats des deux étapes précédentes de la consultation et sur ceux de Rond-Point 95, les experts souhaitent que des efforts soient entrepris pour **établir des consensus minimaux entre les trois réseaux les plus engagés dans la prévention auprès des jeunes**. Ces consensus devraient porter sur **l'équilibre à maintenir entre la prévention et la répression**. Ils devraient aussi **clarifier les rôles des partenaires** de ces trois réseaux auprès des jeunes. Sans cela, les services de prévention et de traitement ne peuvent plus progresser. Plusieurs proposent aussi que, plutôt que de traiter l'épineuse question de la légalisation, le CPLT s'intéresse à celles, très concrètes et non résolues, du lien entre l'école et le milieu des intervenants en toxicomanie, de la présence policière dans les écoles et de l'intervention en cas de problème majeur comme un réseau de trafic dans l'école.

2.6 Les conclusions de la consultation

Les résultats de la consultation ont dépassé les attentes du CPLT. Elles ont permis de cerner clairement les priorités autour desquelles il y a un consensus dans le milieu de l'intervention en toxicomanie et pour lesquelles il est prêt à s'engager. Ces priorités sont les suivantes : 1) la prévention dans une perspective de promotion de la santé, 2) l'intervention précoce, 3) la place des jeunes et de leur famille, 4) la consolidation d'un réseau public de services de réadaptation accessibles et adaptés aux nouveaux besoins et, finalement, 5) un réseau privé régi par des normes.

De plus, nous avons la confirmation que certains éléments essentiels pour la cohérence des actions doivent nécessairement être renforcés et développés. Ces éléments sont principalement la concertation et de l'intersectorialité, qui ont besoin d'exister au niveau des décideurs autant que du terrain. Les partenaires constatent qu'actuellement les efforts sur le terrain sont insuffisamment soutenus aux niveaux décisionnels.

Le milieu a par ailleurs manifesté son désarroi face au manque d'un autre élément vital pour la lutte à la toxicomanie au Québec : la volonté politique, en haut lieu, de traiter ce dossier avec le sérieux que la gravité des situations exige. Nous savons maintenant que l'absence d'une stratégie nationale, unificatrice et mobilisante pour tous les acteurs et partenaires concernés, se fait cruellement sentir sur le terrain.

Les résultats de la consultation nous indiquent aussi une absence totale de consensus au sujet de la légalisation des drogues douces. De plus, même si une grande importance est accordée à l'approche de réduction des méfaits, une confusion quant à la définition de cette approche et quant à la place qu'elle pourrait prendre dans l'éventail des stratégies disponibles en toxicomanie persiste.

Enfin, pour conclure, nous savons maintenant où se situent les problèmes et quels sont les correctifs qui doivent être apportés. Il est urgent d'agir, car ce qui est en jeu, c'est bien entendu la mobilisation des milieux, mais c'est surtout l'impact sur la clientèle des incohérences des systèmes. Des individus en difficulté ne reçoivent pas les services que leur situation requiert (mentionnons principalement les cas de problématiques multiples); d'autres se retrouvent dans des situations complexifiées parce que l'intervention a trop tardé; enfin, certains auraient pu être épargnés des difficultés qu'ils vivent si on avait su en prévenir l'apparition.

Le CPLT a entendu le message et s'emploie, par le présent rapport, à le transmettre.

Chapitre 3

Des questions déterminantes pour l'avenir

3.1 Une constance dans les préoccupations

Plusieurs préoccupations sont apparues comme déterminantes au terme de la consultation menée par le CPLT. Leur importance tient principalement au fait qu'elles sont revenues constamment dans les propos des personnes consultées. Par ailleurs, il est remarquable que ce soient ces mêmes préoccupations qui sont ressorties lors du congrès Rond-Point 95. Trois d'entre elles ont principalement retenu notre attention : **l'implication des familles, la réduction des méfaits et la légalisation ou la décriminalisation des drogues douces**. Or, la consultation a révélé qu'il était nécessaire d'avoir des informations supplémentaires sur ces questions. Aussi, conformément aux attentes exprimées par plusieurs lors de la consultation, et également pour alimenter et raffiner sa propre réflexion, le CPLT s'est penché sur ces questions pour tenter de clarifier des concepts et d'ajuster les connaissances. C'est l'objet des prochaines pages du rapport.

3.2 Des programmes pour les jeunes et leurs familles

Les résultats de la démarche de consultation du CPLT mettent en évidence un fort consensus et une grande insistance sur l'attention à accorder aux jeunes et à l'implication des parents en prévention et dans le traitement. Les intervenants savent combien certains parents peuvent être difficiles à rejoindre, ce qui amène les questions suivantes : trouve-t-on dans la documentation scientifique une justification à cette insistance? Comment procéder pour impliquer les parents? Les démarches sont-elles efficaces? À partir de ces interrogations, le CPLT a commandé une recension des écrits²⁸ pour faire le point sur la question.

3.2.1 De nombreux facteurs de risque liés à la famille

Plusieurs études montrent l'influence déterminante de la famille dans les comportements futurs des enfants en matière de consommation de psychotropes. En effet, pendant l'enfance, la capacité de gestion du stress, qui est elle-même déterminante à l'égard d'éventuels problèmes de consommation de drogues ou d'alcool, est fortement influencée par le milieu familial. La qualité de la relation parents-enfants serait aussi un facteur déterminant de la consommation future des enfants. Ainsi, lorsque le soutien donné aux enfants est faible, lorsque la consommation d'alcool et de drogues est élevée chez les

28. Dufour, M. H. (1996). *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Disponible sur demande).

parents, lorsque ces derniers manquent d'autorité, le risque d'une consommation abusive chez les enfants plus tard augmente.

Pourtant, la consommation d'alcool ou de drogues des parents constitue un phénomène qui reste encore occulté. Les études consacrées aux enfants ne considèrent pas suffisamment l'effet de la consommation d'alcool et de drogues des parents sur les problèmes d'adaptation sociale des enfants. Une illustration dramatique et spectaculaire de ce phénomène est l'abus d'alcool ou de drogues illicites, surtout de cocaïne, chez des jeunes femmes enceintes. Malgré la difficulté d'évaluer de façon précise l'ampleur des problèmes de consommation chez les jeunes femmes enceintes, le phénomène demeure très préoccupant car les conséquences sont significatives et souvent irréversibles pour l'enfant.

L'examen de la documentation a permis de constater que différents types de programmes axés sur la famille tiennent compte de la multiplicité des situations familiales à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues. Ces programmes tentent d'apporter leur contribution à l'objectif global qui est de diminuer les problèmes de consommation de psychotropes dans la société. Nous présenterons d'abord les programmes qui s'adressent aux parents en général, puis ceux qui ciblent les familles à risque; enfin, nous décrirons les caractéristiques des interventions qui peuvent rejoindre, dans certains cas, les jeunes mères alcooliques ou toxicomanes.

3.2.2 Des programmes pour les parents en général

Pendant plusieurs années, les programmes de prévention ont été exclusivement axés sur l'information. De tels programmes se sont révélés décevants, car, même s'ils ont l'avantage de rejoindre un grand nombre de personnes, les effets positifs sur les compétences personnelles et les attitudes ne sont pas significatifs. Actuellement, on s'entend pour reconnaître que cette stratégie ne peut constituer à elle seule une mesure efficace pour la prévention de la toxicomanie.

Les programmes qui semblent actuellement les plus prometteurs sont ceux qui s'adressent aux familles qui ont des enfants entre 8 et 12 ans, à la fin du primaire. Ils privilégient des interventions à plusieurs niveaux, soit l'information et l'éducation, le soutien, l'identification des forces et des ressources de la famille, la gestion du stress et de la prise de décision ainsi que les habiletés à la communication. Ces programmes gagnants intègrent également des objectifs débordant la toxicomanie pour inclure les problèmes scolaires, les conduites de risque ainsi que des exercices pratiques tels les jeux de rôle visant l'acquisition des habiletés sociales. On cherche à ce que les apprentissages soient généralisés et intégrés à la vie de tous les jours. Certains de ces programmes, qui font

partie des onze programmes qui ont été analysés par Magali H. Dufour²⁹, ont, de plus, la caractéristique de mettre l'accent sur les compétences, l'autonomie et la capacité d'agir et de changer des parents. Ils insufflent de l'espoir et suscitent l'entraide entre parents. De plus, les programmes les plus efficaces sont ceux qui ciblent préalablement et clairement leur clientèle et qui prévoient autant l'implantation que le contenu du programme.

Actuellement, l'évaluation de ces programmes permet de tirer peu de conclusions scientifiquement fermes sur leur efficacité, dans la mesure où peu d'entre eux utilisent des instruments d'évaluation validés ou recourent à un groupe de contrôle. Cependant, il semble injustifié de les mettre au rancart sur cette seule base. En effet, plusieurs parents participants déclarent avoir retiré des bénéfices substantiels du programme qu'ils ont suivi, tandis que la qualité de vie des familles semble avoir augmenté en conséquence de la participation à un programme de ce type. Après avoir fait le bilan de ces programmes, Fraser et Vitaro³⁰ concluent que les programmes de prévention axés sur la famille produisent des résultats positifs, mais modestes.

3.2.3 Des programmes de prévention pour les populations à haut risque de consommation de psychotropes

Certains programmes sont destinés à des familles à risque, c'est-à-dire celles où au moins un des membres présente une dépendance aux substances psychotropes. Si, d'une manière générale, le recrutement de parents est plutôt difficile, cet obstacle est renforcé dans le cas de parents en difficulté. Autrement dit, on observe que les familles qui ne participent pas aux programmes sont celles qui en auraient le plus besoin : celles où les enfants sont peu encadrés, où ils expérimentent tôt le tabac, où les amis sont plus nombreux à consommer des drogues et de l'alcool, et où les résultats scolaires sont les moins bons, pour ne citer que ces aspects. Certains de ces parents ont, à juste titre, peur de la stigmatisation et de la critique; d'autres nient les problèmes et en sous-estiment la gravité; d'autres encore sont tout simplement timides. Des programmes de prévention qui visent ces clientèles doivent accorder une importance particulière au recrutement et faire preuve de créativité, d'innovation et de flexibilité.

Certains de ces programmes s'adressent à des parents de très jeunes enfants (à partir de 4 ans) et se caractérisent par des moyens thérapeutiques innovateurs comme l'art et le jeu. Ils abordent le phénomène par le biais des facteurs de protection plutôt que de vulnérabilité et ils tiennent compte de la méfiance vis-à-vis les services sociaux, qui sont souvent perçus

29. Dufour, M. H. Op. cit.

30. Fraser, J. Et Vitaro, F. (1995). Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes : une recension critique des écrits. *Science et comportement*, 24, 1-30.

comme menaçants. Les facteurs de succès des programmes pour les parents en difficulté sont, globalement, les mêmes que ceux des programmes pour les parents en général, sauf que l'accent doit être mis sur le soutien et le renforcement positif à fournir aux parents.

3.2.4 Des interventions auprès des jeunes mères alcooliques ou toxicomanes

Les programmes spécifiques pour les jeunes mères alcooliques ou toxicomanes sont peu nombreux, que ce soit pour le dépistage ou pour un soutien adapté.

Les travaux d'un groupe de pédiatres de Colombie-Britannique³¹ indiquent que toute démarche ou ressource qui permettrait d'éviter le placement de l'enfant tout en favorisant la réadaptation de la mère serait la moins coûteuse à long terme tant pour la mère que pour l'enfant et pour la société en général. Or, ce type d'intervention exige des collaborations intersectorielles qui rendent possibles les visites à domicile par des intervenants psychosociaux et l'intégration dans la communauté de la mère et de l'enfant. Enfin, il faut aussi envisager le développement de ressources spécialisées en toxicomanie qui accueilleraient les mères et leurs enfants.

Au Département de service social de l'hôpital St-Luc, les intervenants³² auprès des jeunes femmes alcooliques ou toxicomanes tentent de favoriser le développement de l'attachement maternel, en soutenant la mère dans l'apprentissage des soins à donner à son enfant et dans ses contacts avec lui. Leur aide vise également à déceler les signes avant-coureur d'une éventuelle rechute; pour cela ils évaluent constamment les chances de succès de l'intervention, mais, parfois, des mesures de protection s'imposent. Quant aux réussites, elles montrent qu'avec l'accompagnement et le support adéquats ces femmes peuvent amorcer, à une époque charnière de leur vie, des changements en profondeur.

Les données sur la pertinence de l'intervention auprès des parents, la volonté des milieux de travailler avec ces derniers, les résultats des recherches sur les éléments qui renforceraient l'efficacité des programmes pour les jeunes et leurs familles sont autant de facteurs qui justifient, selon nous, que l'on s'efforce de développer de tels programmes et que l'on augmente la rigueur dans leur planification, leur réalisation et leur évaluation.

3.3 La toxicomanie abordée sous l'angle des méfaits

Les personnes qui ont participé à la consultation ont souvent évoqué le modèle de la réduction des méfaits, tant dans leurs réponses au questionnaire que lors des tournées régionales. Cependant, tout en affirmant que cette approche leur semble appropriée dans le

31. Fralick, P. (1996). *Youth, Substance Abuse and the Determinants of Health*. Ottawa : The National Forum on Health / Forum national sur la santé.

32. Venne, M. (1994). Document de support au séminaire intitulé : *La consommation de cocaïne en cours de grossesse et ses impacts sur le processus d'attachement maternel*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

contexte actuel, ils reconnaissent que les définitions changent selon les milieux et que des éclaircissements sont nécessaires. Nous tenterons donc, dans les pages qui suivent, de clarifier cette question.

3.3.1 La réduction des méfaits : origine et nature³³

3.3.1.1 Un concept redécouvert à cause du VIH

Le concept de la réduction des méfaits n'est pas nouveau. Cette approche a vu le jour en Angleterre, en 1920, lorsque le comité Rolleston, formé de médecins, a reconnu que, dans certaines situations, il valait mieux fournir des drogues illicites aux toxicomanes pour qu'ils puissent continuer à mener une vie utile, plutôt que les contraindre à la marginalité et à la criminalité. L'idée a été reprise en 1980 et s'est imposée au moment où le VIH se répandait dans les milieux toxicomanes à cause de l'administration de drogues par voie intraveineuse et du partage de seringues. Aujourd'hui, cette stratégie de réduction des méfaits est parfaitement intégrée dans certaines régions d'Angleterre, ce qui a permis une réduction significative des problèmes liés aux drogues. Le modèle du Merseyside, qui est un vaste programme communautaire, reste exemplaire en termes de la collaboration qui a pu être établie dans ce milieu entre les divers partenaires que sont les forces policières, les intervenants du réseau de la santé et les intervenants qui travaillent avec les toxicomanes dans les programmes d'échange de seringues.

3.3.1.2 Une réponse pragmatique et humaniste

La réduction des méfaits constitue une approche pragmatique, car **son objectif est de limiter ou de supprimer les effets négatifs d'une consommation de psychotropes en s'intéressant à la résolution des problèmes liés aux effets de la consommation, et non à la consommation elle-même.** Il existe au Québec un exemple éloquent de ce type d'approche appliquée à la consommation abusive d'alcool : il s'agit de l'*Opération Nez rouge*, qui est devenue une institution nationale de prévention des méfaits liés à la conduite avec les facultés affaiblies. En 1994-1995, plus de 60 000 personnes, dont certaines très intoxiquées, ont été raccompagnées par ce service entièrement tributaire de bénévoles.

L'*Opération Nez rouge* a donc réussi à mobiliser les Québécois. Ce programme ne vise ni à faire la morale ni à mesurer des taux d'alcoolémie permis ou interdits, mais à transporter les gens, quel que soit leur état, dans une bienveillante neutralité, sans questions ni jugements. L'objectif visé est que personne ne conduise une auto en état d'ébriété, pour ne pas mettre sa vie ni celle des autres en danger à cause d'un abus d'alcool.

Ainsi, la réduction des méfaits concentre son attention sur les conséquences de l'usage ou de l'abus de psychotropes. Elle vise à réduire les dommages tant sur la personne qui consomme que sur son entourage ou l'ensemble de la communauté. Se concentrant ainsi sur les effets néfastes immédiats, cette approche «procède d'une

33. Saint-Jean, L. (1994). *La réduction des méfaits*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document de travail.

démarche par hiérarchie d'objectifs, des plus urgents et réalisables aux plus éloignés et utopiques³⁴».

Procéder par objectifs hiérarchisés permet de «*mobiliser plus facilement l'utilisateur et d'établir une relation de confiance, prélude à une démarche de conscientisation et de changement plus profond : l'atteinte d'objectifs intermédiaires viendra en retour renforcer l'estime du consommateur et le lien d'aide, augmentant au total la capacité pour l'individu de se prendre en charge³⁵»*. Par exemple, on peut viser tout d'abord qu'une personne ou qu'un groupe acceptent les seringues propres et les condoms qu'on leur distribue la nuit dans les rues; puis, on leur demandera de se présenter au programme d'échange de seringues où ils seront incités à rapporter leurs seringues usagées; enfin, après un certain temps, on pourra établir un climat de confiance, qui conduira peut-être à une première demande d'aide, pour des soins à un enfant, par exemple.

L'approche se caractérise aussi par son humanisme. Elle suppose un changement d'attitude vis-à-vis les consommateurs de psychotropes, évitant les jugements moraux. Elle est fondée sur la tolérance plutôt que la «tolérance zéro».

En donnant aux consommateurs de psychotropes un accès aux outils qui leur permettront de vivre dans de meilleures conditions, on reconnaît, de façon implicite, leur capacité à se protéger et à protéger leurs proches ainsi que la communauté³⁶. Cette reconnaissance relève du caractère humaniste de l'approche. Elle facilite l'établissement d'un lien de confiance et l'expérimentation mutuelle intervenant - toxicomane, de précédents de réussite qui permettront d'accompagner la personne le plus loin qu'elle le désire, en prenant bien soin de ne jamais définir pour elle ce qu'elle devrait faire.

Ainsi, la stratégie de réduction des méfaits est un modèle d'intervention dont l'application dépasse la simple distribution de seringues pour résoudre un problème de santé publique comme la transmission du VIH par les UDI. Cette approche, qui vise à limiter les retombées négatives (à divers niveaux et à long terme) de l'usage de drogues, n'est pas si simple d'application. Elle exige, selon Diane Riley³⁷, «*de mettre sur pied des programmes intégrés de réduction des méfaits, correspondant aux réalités culturelles des citoyens*», programmes qui font appel à plusieurs types d'interventions (information, séances de *counselling*, etc.) et qui nécessitent une concertation entre les policiers, les autorités publiques et les professionnels de la

34. Brisson, P. (1995). La réduction des méfaits : considérations historiques et critiques. *Écho-Toxico*. 6.

35. Brisson, P. Op. cit.

36. *Harm reduction working group*. (1993). Rapport de rencontre, document inédit. San Francisco.

37. Riley, D. Op. cit.

santé ainsi que l'engagement de chaque partenaire à faciliter l'application du programme, le tout en vue de changements de comportements à long terme.

Quelques exemples d'application de la stratégie de réduction des méfaits permettront de constater la variété de ces programmes, qui sont applicables à la fois aux drogues licites et aux drogues illicites; on pourra aussi prendre conscience des diverses actions requises à l'intérieur d'un même programme. Cette variété tient à la multiplicité des facettes et des conséquences de la toxicomanie sur la vie d'une personne.

3.3.2 Les programmes d'échange de seringues

L'exemple type du modèle de la réduction des méfaits, ce sont les programmes d'échange de seringues. Ils ont pour objectif la réduction de la transmission de maladies comme les hépatites ou le sida dans la population toxicomane et, par extension, chez les personnes non toxicomanes à risque de contamination, tels les partenaires sexuels.

Ces programmes visent d'abord la distribution et la récupération de seringues. Cependant, ils se sont développés différemment selon les besoins et les cultures, et ils peuvent aussi prévoir des services complémentaires, comme la distribution de condoms et la diffusion d'informations sur les traitements spécialisés en toxicomanie ou sur les services sociaux et de santé en général; ils peuvent aussi parfois intégrer d'autres composantes comme le *counselling* individuel.

Au Québec, ces programmes existent maintenant dans différentes régions. Les pionniers ont été *Cactus*, à Montréal, et *Point de repères*, à Québec. Ils ont su attirer une clientèle qui présente des comportements à risque élevé pour le VIH, et à ce titre, ils sont à même d'atteindre des objectifs de santé publique. Bien qu'aucune évaluation formelle quant au rapport «coût / efficacité» ne soit disponible, ces programmes pourraient présenter une économie importante en termes de coûts financiers et humains, puisque le coût annuel d'un

programme de distribution de seringues n'est pas beaucoup plus élevé que ce qu'il en coûte en moyenne, pour soigner une seule personne infectée au VIH.

Cela dit, la mise en place dans un milieu d'un tel programme fait ressortir la divergence de mandats entre le réseau de la santé et les corps policiers. Les premiers s'intéressent aux soins et à l'assistance à la personne, tandis que les seconds se préoccupent de l'application des lois et des règlements. Dans la pratique, il faut donc une collaboration des services policiers pour éviter que la fréquentation d'un centre de distribution de seringues n'augmente le risque d'arrestation pour l'usager de drogues. Cela n'est pas simple. Comment les responsables de la Sécurité publique peuvent-ils soutenir et aider ceux qui tentent d'aider les toxicomanes sans pour autant se mettre dans une situation impossible par rapport à leur mandat initial, qui est de faire respecter toutes les lois? Comment articuler un lien efficace et respectueux entre ces différentes réalités? Comment éviter une balkanisation avec la santé d'un côté et les forces policières de l'autre?

Par exemple, dans le Merseyside, les ressources policières sont affectées principalement à la lutte contre les gros trafiquants et le blanchiment d'argent. Les policiers utilisent une approche plus conciliante envers les consommateurs, qu'ils ne traitent pas comme des criminels si ces derniers n'ont pas de dossier criminel lourd ni de condamnation antérieure pour ce type d'infraction. De plus, ils informent les consommateurs et les orientent vers les services de santé. Les policiers ont déclaré publiquement leur appui au programme de distribution de seringues.

En 1990-1991, la Sûreté du Mersey a été le seul corps policier anglais à enregistrer une baisse du taux de criminalité.

3.3.3 Les programmes de maintien à la méthadone

Les programmes de maintien à la méthadone constituent le deuxième type de programmes souvent cités comme exemple pour la réduction des méfaits. Ces programmes ont différents types d'objectifs : aider les toxicomanes à se réintégrer socialement et à revenir sur le marché du travail; réduire la criminalité en faisant échec au cycle «drogues - crimes»; réduire les risques de transmission de maladies en éliminant, ou tout au moins en réduisant grandement, les injections; réduire les coûts associés au traitement des toxicomanies.

Un programme de maintien à la méthadone permet de distribuer aux héroïnomanes un substitut des dérivés de la morphine pris par voie orale, la méthadone, qui annule à la fois les effets de sevrage et le *rush* - ou grande euphorie - qui accompagne la prise d'héroïne. Jusqu'à récemment, la prescription de la méthadone était très contrôlée par le Bureau des drogues dangereuses, à Ottawa, et les médecins prescripteurs faisaient l'objet d'autorisations spéciales

et de contrôles rigoureux. Depuis 1996, la gestion de la prescription de méthadone a été transférée aux Collèges des médecins provinciaux, ce qui permet une redéfinition locale de l'utilisation de cette médication.

La participation à un programme de maintien à la méthadone présente des contraintes liées à la prise de ce produit qui sont assez importantes pour le toxicomane, principalement à cause des nombreux tests auxquels il doit se soumettre. Ceci entraîne une multiplication des contacts avec le médecin, le pharmacien et les autres intervenants sociaux et de santé et a pour effet d'aider à l'établissement d'une relation de confiance indispensable pour renforcer l'estime de soi du consommateur et sa capacité de se prendre en charge. Par ailleurs, la méthadone comporte des effets secondaires significatifs - sudation et autres - et peut limiter la mobilité des patients.

À Amsterdam, la moitié des médecins généralistes prescrivent de la méthadone et travaillent en collaboration avec les services de cliniques externes de méthadone. On estime maintenant qu'environ 50% à 70% des usagers de drogues à Amsterdam entretiennent des contacts avec au moins un de ces services.

3.3.4 Autres exemples d'application de la réduction des méfaits

Même si les programmes d'échange de seringues et de maintien à la méthadone sont les exemples le plus souvent rapportés pour illustrer la réduction des méfaits, selon la prémisse qui consiste à aborder la personne là où elle se trouve et à partir de ses propres besoins, il est possible d'envisager d'autres actions dans la même optique. On peut mentionner encore une fois l'*Opération Nez rouge* ou encore la pratique du *chauffeur désigné* et le programme *Actions Serveurs*. D'autres programmes, qui ont pour objectif de rendre l'alcool plus accessible à des populations d'itinérants afin qu'ils ne consomment pas des solvants ou des alcools frelatés qui provoquent des intoxications, s'apparentent aussi à la réduction des méfaits. Enfin, on peut considérer que des programmes de prévention secondaire qui visent la gestion de la consommation procèdent eux aussi de cette stratégie; le *Programme d'entraînement à la consommation réfléchie d'alcool*³⁸, qui est en cours d'expérimentation dans deux régions du Québec (Montréal et Estrie), en est un exemple.

3.3.5 Quelques enjeux liés à l'adoption de l'approche dans les milieux d'intervention

Actuellement, nous assistons à un certain engouement pour la réduction des méfaits au Québec; certains vont même jusqu'à parler d'un phénomène de mode. N'est-ce pas plutôt l'expression d'un besoin urgent de solutions de remplacement, à un moment charnière de réflexion et de bilan dans le champ de la toxicomanie? Confrontés à la gravité et à

38. Émond, S. et Paquin, P. (Automne 1995). *Programme d'entraînement à la consommation réfléchie d'alcool : Session de formation portant sur l'utilisation d'un outil en intervention préventive*. Fondation Jean-Guy Roy.

l'expansion des méfaits liés à la toxicomanie, certains semblent prêts à mettre de côté leurs réticences et à modifier leurs approches, en se donnant comme priorité des moyens qui leur permettent de rejoindre le plus grand nombre possible de toxicomanes, là où ils se trouvent.

L'adoption de l'approche de la réduction des méfaits nécessite une reconsidération du rôle et du pouvoir des intervenants dans la détermination des objectifs de prévention ou de traitement. La réduction des méfaits requiert des conditions indispensables à sa réalisation : la concertation et la collaboration des services de santé et des corps policiers, ainsi que la mise en place et le soutien de ressources proches des toxicomanes. En effet, la première préoccupation des tenants de la réduction des méfaits, ce sont les problèmes étroitement liés à l'univers de la rue, d'où l'importance des ressources qui font du travail de rue et du travail communautaire dans des quartiers difficiles et négligés.

Une approche pragmatique de la toxicomanie comme la réduction des méfaits est compatible avec des approches plus traditionnelles. L'*Opération Nez rouge*, par exemple, peut être combinée avec des activités de contrôle routier visant les conducteurs en état d'ébriété et des campagnes de sensibilisation visant une consommation modérée. L'ouverture à la réduction des méfaits ne devrait pas remettre en question les objectifs de prévention plus traditionnels ni le travail sur les causes de la toxicomanie. De plus, elle n'exclut pas que l'abstinence puisse constituer un objectif. La réduction des méfaits permet d'intervenir avec les toxicomanes tout au long de la trajectoire de prise de drogues et de stimuler, chez eux, la motivation à entreprendre une démarche plus poussée de prise en charge. Il s'agit, de fait, d'une étape dont on a fait l'économie jusqu'à présent, ce qui a eu pour conséquence de réduire la proportion de toxicomanes qui entreprennent un traitement.

Le choix d'une solution unique serait une erreur et constituerait un retour en arrière. Face au nombre et à la diversité des problèmes, il faut plusieurs réponses.

Si l'approche de la réduction des méfaits suppose un certain assouplissement vis-à-vis des consommateurs, elle n'implique cependant pas nécessairement la légalisation des drogues. L'Angleterre, chef de file de la réduction des méfaits avec l'expérience du Merseyside, n'a pas pris la voie de la légalisation. La Hollande non plus, malgré ce que plusieurs en disent.

3.4 Les expériences européennes de légalisation ou de décriminalisation³⁹ des drogues

39. Les termes *légalisation* et *décriminalisation* recouvrent la même réalité, soit l'abolition de la législation sur les drogues. Des nuances peuvent être apportées à partir de ces mêmes concepts. On peut préciser, par exemple, qu'on parle de décriminaliser la possession mais pas le trafic. Là encore, une gradation peut être apportée, à savoir s'il s'agit de décriminaliser la possession de toutes les drogues ou d'une sorte de drogue uniquement (par exemple, le cannabis).

Lors de la consultation du CPLT, la dernière question portait sur la légalisation des drogues douces. Il faut noter que la formulation de la question ne permettait pas de choisir une voie intermédiaire telle la décriminalisation de la possession simple de cannabis. Les positions exprimées lors de la consultation montrent une population québécoise très divisée à l'égard de la légalisation. Cependant, lors des rencontres régionales, la plupart des participants ont manifesté un désir d'en savoir davantage sur les expériences étrangères en matière de légalisation ou de décriminalisation des drogues. Cet intérêt vis-à-vis des politiques libérales de certains pays à l'égard des drogues se manifeste en même temps qu'une réflexion et un intérêt marqué pour l'approche de la réduction des méfaits. N'est-ce pas là l'expression d'une recherche de solutions pour composer avec la toxicomanie de façon à la fois éthique et pragmatique? Les expériences de certains pays sont instructives à cet égard : certaines indiquent des voies intéressantes; d'autres, des modèles à ne pas suivre⁴⁰.

3.4.1 La Hollande et la tolérance vis-à-vis du cannabis

Le modèle hollandais s'appuie sur une distinction entre les drogues dures et les drogues douces. Depuis 1980, ce pays a adopté une politique libérale en procédant, dans certaines conditions, à la tolérance de la consommation de cannabis et en organisant la vente de ce produit dans les *coffee-shop*. On peut donc dire que la Hollande a adopté un modèle officiel de tolérance vis-à-vis de l'usage individuel de cannabis. Cependant, cette tolérance de fait vis-à-vis de la consommation et de la vente (à certaines conditions) du cannabis ne constitue pas une légalisation ou une décriminalisation de cette substance, car la loi n'a pas été changée et pourrait à tout moment être remise en vigueur.

Parallèlement à sa démarche d'assouplissement vis-à-vis de la consommation de cannabis, le pays s'est engagé dans une politique de réduction des méfaits afin de réduire les effets négatifs des drogues dures. Actuellement, la Hollande combine une position libérale et pragmatique vis-à-vis des usagers de drogues avec une politique prohibitionniste envers le trafic, pour lequel sa position est répressive comme celle de tous les autres pays.

Que signifie concrètement la tolérance de fait pour la consommation et la vente du cannabis? Bien qu'elle soit autorisée dans les *coffee-shop* (établissements licenciés), la vente de cannabis est soumise à des restrictions : l'acheteur doit avoir plus de 16 ans, le cannabis est le seul produit vendu et il est interdit à l'établissement de faire de la publicité ou de la promotion. De plus, les établissements sont soumis à un contrôle policier régulier et s'ils ne respectent pas une des conditions mentionnées ci-dessus ils encourent des sanctions.

Plusieurs se demandent quel impact a pu avoir cette normalisation de la consommation de cannabis sur la consommation de la population hollandaise. Il semble que, jusqu'en 1991, il n'y ait pas eu de généralisation de la consommation. Les statistiques hollandaises étaient même inférieures à celles des États-Unis, ce qui a fait dire à plusieurs que, disponible et débarrassé des

40. Bellot, C. (1996). *Recension des écrits sur les politiques liées aux drogues*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Document de travail).

contraintes de l'interdit, le cannabis est peu populaire. Il semble toutefois qu'aujourd'hui, avec la multiplication des *coffee-shop*, la consommation de cannabis se soit étendue à la population en général. Depuis quelque temps, des pressions internes s'ajoutent aux critiques internationales et la Hollande vit une période de transition dont on ne peut deviner l'issue. Cependant, les Hollandais ont toujours défendu, avec vigueur, leur position libérale. Plusieurs continuent à considérer cette expérience comme une réussite, car bon nombre de problèmes liés aux drogues ont été réglés dans leur pays et, de plus, la situation des toxicomanes est plus enviable chez eux qu'ailleurs. Ils estiment que les problèmes sont encore là, mais contenus.

3.4.2 L'Espagne ou la légalisation de toutes les drogues

L'Espagne, contrairement à la Hollande, a modifié ses lois pour décriminaliser ou légaliser l'usage des drogues, ce qui revient à supprimer totalement l'interdit qui pesait sur ces produits. Une telle politique cherche le plus possible à abolir la répression en légalisant la consommation de toutes les substances psychoactives, sans distinction. Ce choix a été fait dans l'Espagne de l'après-franquisme, à un moment de son histoire où le pays se retrouvait avide de toutes formes de libertés.

L'analyse de l'expérience espagnole montre que ce pays en pleine reconstruction n'a pas pu faire face à la vague de libéralisation de la consommation des drogues. Le pays n'a pas été favorisé par son contexte géographique qui le situe à la croisée de deux grandes routes de la drogue : cannabis au Sud, cocaïne à l'Ouest. Le résultat atteint a été l'explosion de la consommation, laquelle présente le même taux de prévalence que le Danemark qui, lui, mène une politique extrêmement répressive.

En 1987, pour répondre aux inquiétudes de la population, l'Espagne a légiféré pour renforcer la répression à l'égard des trafiquants. Le pays a amorcé ce virage tout en prenant des mesures pour faciliter le développement des programmes de désintoxication et de maintien à la méthadone.

3.4.3 L'Italie : les hésitations et l'incohérence

L'Italie constitue exactement l'exemple à ne pas suivre. Il oscille, depuis 1975, entre une politique libérale et une politique répressive. Une alternance est ainsi provoquée qui donne l'avant-scène, tantôt au réseau social et de santé, tantôt à celui des juges et des policiers.

L'absence de cohérence et de constance qui en découle n'est pas sans conséquences sur le problème de drogues en Italie. Ce pays a maintenant l'un des plus hauts taux de séoprévalence chez les UDI, en plus de voir tous les acteurs concernés par le dossier très atteints dans leur crédibilité face à l'opinion publique.

3.4.4 Quelques principes qui se dégagent de ces expériences

Quelques constats s'imposent en guise de conclusion : une politique très répressive aboutit aux mêmes effets qu'une politique libérale à l'extrême, comme c'est le cas du Danemark et de l'Espagne. Pour leur part, l'incohérence ainsi que le manque de perspective et de constance aboutissent à de graves problèmes liés à l'impossible structuration d'interventions ou de services cohérents, en plus de miner le moral et la crédibilité des acteurs dans le champ de la toxicomanie, comme ce fut le cas en Italie. L'expérience de la Hollande et celle de l'Espagne montrent l'importance d'appuyer la politique d'un pays en matière de drogues sur les valeurs profondes qui sont les siennes, mais aussi de tenir compte de réalités extrinsèques, comme la géographie. L'acceptation et la gestion éclairée d'une certaine dose d'ambiguïté reste toujours possible, à condition que les objectifs souhaités soient clairs et modestes, tout en correspondant aux valeurs et à la mentalité de la population, comme en Hollande. Le Québec est à l'heure des choix et devrait tirer profit des échecs et des succès connus.

Chapitre 4

Les grands constats

4.1 L'apport des dernières années dans le champ de la toxicomanie

Même si, tout au long de la consultation, les répondants ont principalement mis en évidence les éléments négatifs sur lesquels ils s'interrogent, il reste que, depuis les dernières années, un certain nombre de progrès ont été enregistrés. Il serait injuste de les ignorer et de ne pas en tenir compte pour la suite que nous comptons donner au traitement du dossier de la toxicomanie au Québec.

4.1.1 Des résultats globalement encourageants, mais qui appellent d'autres efforts ...

La tendance générale en ce qui concerne l'alcool est à la modération. Les enquêtes récentes de Santé Canada de 1992 et celles de Santé Québec de 1987 et de 1992 révèlent que globalement, **les buveurs actuels sont moins nombreux et consomment moins d'alcool**. Par contre, il apparaît que ces gains sont attribuables à la diminution des buveurs qui consomment peu (entre une et six consommations par semaine), la proportion des buveurs dont la consommation est élevée n'ayant

pratiquement pas varié depuis 1987. On note aussi que ce sont les hommes et les jeunes de 15-24 ans qui sont les plus nombreux à avoir fréquemment une consommation de grandes quantités (cinq consommations et plus) par occasion, durant l'année, et ce sont eux également qui s'enivrent le plus souvent. On note de plus qu'il y a une augmentation du nombre d'anciens buveurs chez les 25-44 ans mais que ce nombre est stable chez les 15-24 ans et les 45-64 ans et qu'il diminue chez les 65 ans et plus. Ceci nous amène donc à dire que ce sont les consommateurs abusifs, principalement les jeunes de 15 à 24 ans, qu'il faut cibler. D'ailleurs, ce sont les jeunes buveurs de 15 à 24 ans qui cumulent le plus de risques d'accidents, de détresse psychologique, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. À cela s'ajoutent des risques plus grands de présenter des problèmes de santé lorsqu'il y a aussi pauvreté et manque de soutien social⁴¹.

Par ailleurs, un sondage mené en octobre 1996 pour le compte d'Éduc'alcool rappelle **l'intolérance grandissante des Québécois pour la conduite en état d'ébriété**. La désapprobation vis-à-vis de ce comportement a augmenté depuis 5 ans. Faisant écho à cette attitude, **le nombre d'accidents mortels où l'alcool est mis en cause diminue** d'année en année depuis 15 ans. On peut légitimement considérer qu'il s'agit des résultats découlant

des actions multivolets (contrôle, répression, sensibilisation, prévention, éducation) entreprises depuis quelques années pour lutter contre la conduite avec facultés affaiblies. Ainsi, malgré la réglementation la plus libérale au Canada relativement à la consommation d'alcool, le Québec maintient un volume de consommation comparable à celui des autres provinces, mais il affiche le plus faible taux de problèmes liés à l'alcool. Il semble donc que nous avons su établir une politique correspondant à nos valeurs de tolérance vis-à-vis de la consommation, tout en adoptant des approches efficaces pour lutter contre les problèmes d'abus. Éduc'alcool existe en vertu d'un règlement unique dans les pays occidentaux et s'inscrit dans le courant des actions de promotion de la santé. *L'Opération Nez rouge* constitue un programme original et exemplaire et s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits. Les contrôles sévères sur la conduite en état d'ébriété sont traditionnels et s'inscrivent dans des mesures de répression. Sans aucune modestie, on peut affirmer que le Québec est un exemple remarquable de compromis intelligents en ce qui concerne un psychotrope licite comme l'alcool.

Enfin, **en ce qui concerne les drogues illicites**, peu de données sont disponibles en raison même de la clandestinité de ces produits. Les données d'enquête ne permettent pas d'établir la prévalence de la consommation au sein de la population et encore moins celle de la toxicomanie puisque les grands consommateurs ne sont pas rejoints ou refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre à certaines questions.

41. Bisson, J. Op. cit.

Les données ne nous permettent donc d'entrevoir que la pointe de l'iceberg. Cependant, les enquêtes de santé mentionnées précédemment soulignent que plus des deux tiers des Québécois de 15 ans et plus déclarent n'avoir jamais consommé de drogue et qu'**au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, seulement 13% de la population indique en avoir consommé**, le cannabis étant vraisemblablement la substance la plus consommée. Toutefois, les 15-24 ans se distinguent par une plus grande proportion de consommateurs actuels; la proportion dépasse le 25% pour la consommation au cours de la dernière année précédant l'enquête. Ajoutons aussi qu'en ce qui concerne les jeunes, même si nous pouvons affirmer que la majorité d'entre eux vont bien, ceux qui vont mal vont souvent très mal. On observe fréquemment une polyconsommation chez les jeunes, une proportion inquiétante d'entre eux s'injectent des drogues, et plusieurs de ces consommateurs cumulent un ensemble de problèmes qui hypothèquent de façon inquiétante leur avenir : décrochage scolaire, détresse psychologique, idées suicidaires, tentatives de suicide, infections à l'hépatite B et C ou au VIH, marginalisation...

Ces constats nous indiquent la voie à suivre : renforcer, bien sûr, les efforts entrepris ces dernières années (car rien n'est définitivement acquis au chapitre de la santé), mais aussi, cibler certaines clientèles plus à risque pour diminuer la prévalence des problèmes chez elles afin de nous rapprocher de l'objectif de la santé et du bien-être pour tous.

4.1.2 Une lecture enrichie de la problématique et des solutions

Depuis les 50 dernières années, les travaux qui portent sur la toxicomanie proviennent de disciplines scientifiques très diverses : biologie, génétique, sociologie, psychologie, criminologie, anthropologie. C'est l'apport de toutes ces disciplines qui a enrichi notre compréhension du phénomène, en la détachant du modèle unique de la maladie. Il est maintenant universellement reconnu que plusieurs facteurs contribuent au développement de la toxicomanie : des facteurs d'ordre biologique (hypothèses génétiques et biochimiques), psychologique (troubles mentaux, structures de personnalité) et social (conditions sociales et économiques, modèles culturels). On s'entend aussi sur la diversité des manifestations et des conséquences sur la santé, sur l'organisation sociale de la personne et de ses proches, sur le fait que causes et conséquences sont difficiles à départager et qu'aucun des facteurs énumérés n'est suffisant à lui seul pour provoquer l'apparition d'un problème d'abus ou de dépendance de substances psychotropes.

À cette vision élargie de la conception de la toxicomanie correspondent des stratégies d'action plus diversifiées et une recherche beaucoup plus fréquente de la complémentarité dans les interventions. Ce type de stratégie n'est pas toujours facile à mettre en oeuvre, mais il semble acquis, dans le milieu de l'intervention, que le partenariat et la complémentarité constituent un plus vers lesquels les décideurs et les intervenants doivent tendre pour le bénéfice de la clientèle.

4.1.3 Les progrès au niveau des interventions

4.1.3.1 L'ouverture à la multisectorialité pour la prévention

Dans la foulée du Rapport Bertrand, le MSSS a alloué des budgets pour la création de postes de coordonnateurs en prévention dans les régions régionales. Leur mandat est de développer l'action multisectorielle en prévention autour de plans d'action régionaux et locaux dont les stratégies sont multiples et intégrées aux communautés. Ce ministère a également appuyé la mise en place de programmes régionaux en prévention de la toxicomanie, par exemple par la création et la diffusion d'un programme de formation à l'*Action concertée en prévention de la toxicomanie, dans un contexte multisectoriel*.

La reconnaissance de la nécessité d'interventions multisectorielles, à la suite du rapport Bertrand, a abouti sur le terrain à la formation dans plusieurs régions du Québec de comités où siègent les partenaires des différents réseaux concernés par la toxicomanie. De plus, l'envoi par le MSSS de fonds affectés à la prévention de la toxicomanie, dans chaque région, a stimulé la mise en place et la réalisation d'activités dans ce domaine. D'importants efforts ont été et sont encore réalisés pour structurer les actions dans les milieux en vue d'augmenter la complémentarité des services et l'efficacité auprès des clientèles visées. Des actions en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies se font dans toutes les régions du Québec et une étude récente vient d'en fournir un portrait⁴².

Une meilleure connaissance de la problématique, de ses multiples volets et des différentes stratégies disponibles en prévention de la toxicomanie a également eu pour conséquence de déplacer la préoccupation des substances vers les personnes et de rééquilibrer les stratégies préventives. Aux traditionnelles campagnes d'information et de sensibilisation s'est ajouté un ensemble d'autres activités qui relèvent de stratégies plus variées, par exemple le développement de compétences ou l'aménagement du milieu.

Dans plusieurs milieux de travail, on assiste à une volonté de prise en charge en matière de toxicomanie, à travers le développement des réseaux de délégués sociaux mis en place par la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ). Cette pratique d'entraide suscite l'intérêt de plusieurs. D'autre part, on constate une multiplication des programmes d'aide aux employés, particulièrement dans les grandes entreprises et le secteur public.

Des postes d'éducateurs en prévention relevant du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) ont été créés dans les écoles secondaires pour aider les élèves aux prises avec une consommation de psychotropes. Dans le secteur de la Sécurité publique et de la Justice, on a développé des spécialisations : procureurs spécialisés dans les causes de stupéfiants pour renforcer la lutte aux réseaux de trafic; policiers éducateurs des Sûretés municipales appliquant des programmes de déjudiciarisation; rapprochement des milieux carcéraux et des services de santé pour des programmes de prévention.

42. Viens, C., Lebeau, A. et Sirois, G. (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et prévention des toxicomanies et analyse critique*. Québec : Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

De plus, tous ces partenaires participent chaque année à la Semaine nationale de prévention des toxicomanies et en profitent pour accentuer la sensibilisation de leur milieu et de la population en général au problème de la toxicomanie. Depuis plusieurs années, la Semaine de prévention met aussi l'accent sur la multisectorialité. Parmi les exemples de collaboration entre différents secteurs, on peut citer l'entente interministérielle pour le choix du thème et du slogan et la diffusion de l'information par le biais de tous les réseaux concernés.

4.1.3.2 Une perspective plus globale en réadaptation

Dans les milieux de la réadaptation également, on assiste depuis plusieurs années à un enrichissement de la compréhension de la toxicomanie en tant que problématique sociale et de santé et ces milieux n'ont cessé de s'adapter et de faire évoluer leurs interventions.

Non seulement on a compris l'importance de l'intervention auprès des familles et de la réduction des méfaits, mais le concept même de réadaptation s'est modifié. L'adoption du modèle biopsychosocial a eu pour conséquence de situer la toxicomanie dans une perspective globale, qui tient compte de la santé physique et mentale autant que de l'insertion sociale, le problème n'étant plus considéré comme un phénomène isolé dans la vie de l'individu. En 1991, la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes a défini la réadaptation comme un processus d'évolution personnelle qui permet à la personne de reprendre le contrôle de sa vie⁴³. La réadaptation devient alors une question d'apprentissage et de réapprentissage, un processus non linéaire, ce qui donne un sens nouveau aux rechutes. Celles-ci deviennent des étapes de la démarche de réadaptation, et non plus des signes de rupture avec elle. Cette définition s'inscrit bien dans les lignes directrices de la *Loi sur la santé et les services sociaux*, qui place la personne au coeur des interventions.

4.1.3.3 Les progrès en formation et en recherche

Plusieurs des acquis cités précédemment n'auraient pas été aussi marqués s'il n'y avait eu le développement de la recherche et de la formation en toxicomanie, tel que nous l'avons connu ces dernières années. La qualité de la formation des intervenants dans le traitement, mais aussi dans le champ de la prévention, est en amélioration constante grâce aux programmes de

43. Association des centres d'accueil du Québec. (1991). *Horizon 2000 un leadership professionnel au service de la clientèle*. Montréal : Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.

certificats dispensés par l'Université de Montréal et par l'Université de Sherbrooke. Les thèses de maîtrise et de doctorat sur des sujets en lien avec la toxicomanie se multiplient. Divers programmes de formation en cours d'emploi, axés sur la toxicomanie, ont aussi été dispensés dans les différents réseaux concernés par cette problématique.

Plusieurs équipes de recherche travaillent à l'évaluation des programmes existants (traitement et prévention) en vue d'établir des critères rigoureux pour la mise en place des programmes. Deux équipes subventionnées par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ont été formées pour mener des travaux qui répondent aux besoins des

intervenants sur le terrain et dont les résultats pourraient être intégrés aux programmes de traitement.

L'équipe du RISQ a comme partenaires les centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Le milieu de la réadaptation bénéficie depuis cinq ans de ce rapprochement avec le milieu de la recherche. Les principaux résultats ont porté sur le profil des populations-cibles, les facteurs de vulnérabilité et les conduites associées à la toxicomanie, ainsi que sur les déterminants du processus de réadaptation.

L'Équipe de recherche en prévention du traitement des toxicomanies (ERPTT) s'appuie sur une étude longitudinale de 1 000 garçons de milieux défavorisés suivis depuis l'âge de cinq ans et qui sont maintenant adolescents. Le but de l'étude est de dégager les facteurs prédictifs de divers problèmes de comportement, dont l'abus d'alcool et de drogues. Cette équipe se consacre aussi à l'examen des programmes de prévention et à l'évaluation des programmes d'intervention auprès des familles dont un des membres est en traitement pour toxicomanie.

Les chercheurs de l'équipe de Concordia et du Pavillon Foster ont, pour leur part, travaillé sur les facteurs qui influencent le bien-être des enfants dont un des parents est en traitement pour toxicomanie et sur le rôle des conjointes dans le traitement des hommes toxicomanes. Tous ces travaux permettent non seulement l'amélioration des connaissances mais aussi assurent la relève chez les jeunes chercheurs.

4.2 Les problèmes

4.2.1 La concertation, présente dans les discours mais peu dans les actions

Il n'y a plus de plan de l'*Action gouvernementale québécoise de lutte aux toxicomanies* et les pouvoirs régionaux ne peuvent pas s'appuyer sur une planification provinciale intersectorielle.

Les acteurs dans le champ de la toxicomanie proviennent de divers milieux. Ils appliquent des législations différentes, ils sont libres de déterminer leurs objectifs, ils sont formés à des valeurs parfois opposées et qui semblent incompatibles, mais ils doivent travailler ensemble sur le terrain. Plusieurs partenaires déplorent que, malgré certains efforts, la concertation soit en train de stagner. En effet, la diminution actuelle des ressources humaines et financières crée un contexte où la concertation est maintenue au niveau des discours, alors que sur le

terrain et chez les décideurs on observe des réactions de retrait ou de compétition. La situation peut devenir alarmante lorsqu'on voit apparaître des fiefs et des territoires protégés. En l'absence

de priorités nationales, mettant l'emphase sur les particularités locales et l'autonomie, la décentralisation, réalisée dans plusieurs secteurs, ajoute un obstacle à la concertation. Certaines difficultés perdurent entre les trois réseaux les plus concernés et engagés dans la prévention auprès des jeunes : Santé et Services sociaux, Sécurité publique, Éducation. Ainsi, la non-harmonisation des discours et des approches, les divergences au sujet du traitement des jeunes consommateurs aboutissent souvent à des contradictions dans l'intervention auprès des jeunes. La notion de «tolérance zéro», prônée par les corps policiers, écarte toute forme de compromis; elle associe parfois les soins et l'aide aux usagers à une forme d'encouragement et de tolérance face à la consommation⁴⁴. Le réseau de l'éducation, pour sa part, a comme priorité l'image de l'école et donc, souvent, la lutte aux trafiquants à l'intérieur de ses murs plutôt que l'aide aux élèves en difficulté avec la drogue.

4.2.2 Les partenaires absents

Les acteurs impliqués en toxicomanie sont, à cause de l'aspect multidimensionnel de la problématique, particulièrement nombreux, variés et complémentaires. En prévention, des efforts importants de recrutement et de travail en partenariat ont été réalisés. Cependant, on constate l'absence de certains partenaires moins traditionnels. Parmi ceux-ci, on peut citer la Régie des alcools, des courses et des jeux, qui concentre ses efforts dans la lutte au trafic et l'application de règlements concernant l'alcool. Par contre, Educ'alcool, qui fut créée par un règlement de cette même Régie en vertu duquel les fabricants d'alcool doivent investir en prévention s'ils veulent être autorisés à faire la promotion de leurs produits, est un partenaire qui est de plus en plus présent dans le réseau.

Pour leur part, les parents, ainsi que les jeunes eux-mêmes, sont peu présents en prévention. Ils participent peu au choix et à la préparation des programmes et activités dans ce domaine.

Ajoutons, de plus, que malgré la gravité de certains méfaits liés à la toxicomanie (par exemple, la transmission des hépatites et du VIH), les acteurs du réseau de la santé ont du mal à obtenir, dans certains cas, la collaboration d'autres réseaux pour l'application de programmes de réduction des méfaits, notamment celle du réseau de la sécurité publique.

44. Hawks, D. (1992). *Impediments to the Adoption of Harm Reduction Policies*. Third International Conference on the Reduction of Drug related Harm, Melbourne, Australia.

Enfin, la contribution des mouvements d'entraide (Alcooliques anonymes et autres) est rarement soulignée, alors que ce sont des acteurs à part entière du réseau. Ces mouvements, en raison de la souplesse avec laquelle ils permettent aux personnes alcooliques et toxicomanes de trouver leur place chez eux, apportent soutien, sentiment d'appartenance et souvent une

identité nouvelle à ceux et celles qu'ils aident à devenir sobres. Ces mouvements leur donnent aussi une philosophie de vie qui les accompagne tout au cours de leur évolution, leur permettant à la fois de se renouveler et d'approfondir leur connaissance d'eux-mêmes.

4.2.3 La prévention, encore un manque d'ampleur

Même si la prévention et la recherche se sont développées ces dernières années, la prévention est toujours handicapée par le peu de données fiables sur l'efficacité de ses programmes. La tendance de tous les réseaux à travailler et à évaluer à court terme joue contre la prévention, qui a besoin de moyen et long terme pour atteindre des résultats. L'évaluation des résultats nécessiterait, de plus, des études longitudinales, coûteuses et difficiles à réaliser; or, ces études sont rares au Québec, comme partout ailleurs.

Pourtant, la précocité des premières expériences de consommation de psychotropes observée chez les jeunes est une donnée inquiétante, prédictrice de difficultés futures. Elle justifie une intervention précoce, et cela suppose davantage d'actions au premier cycle du primaire. Cependant, les écoles ne sont pas toujours réceptives, car elles sont sollicitées de toutes parts et elles se sentent de plus en plus utilisées comme un fourre-tout.

En fait, la majorité des jeunes qui vont à l'école vont bien et, pour ceux-là, il s'agit de maintenir des programmes dans une perspective de promotion de la santé. Par contre, ceux qui décrochent sont plus à risque par rapport à la toxicomanie et aussi beaucoup plus difficiles à rejoindre par les voies traditionnelles. Il devient donc urgent d'élaborer des programmes et des activités spécifiques, adaptés à leurs besoins et disponibles dans leur milieu de vie.

On sait aujourd'hui que plusieurs caractéristiques des enfants les plus à risque de toxicomanie sont reliées au milieu familial. Ces familles ont besoin d'interventions spécifiques mais elles sont, en même temps, les plus difficiles à rejoindre, car très sensibles à la stigmatisation. Sur ce point, le CPLT est très favorable aux prises de position récentes du gouvernement du Québec en ce qui concerne les mesures touchant la petite enfance.

Malgré l'importance accordée à la prévention dans les discours, l'étude sur les coûts de la toxicomanie (évoquée au chapitre 1) indique que la prévention ne représente qu'une petite partie des dépenses liées à l'usage et à l'abus d'alcool et de drogues.

C'est ainsi que, dans le milieu de l'éducation, des indices laissent percevoir une diminution de l'importance accordée à la prévention de la toxicomanie par les commissions scolaires. Les ressources qui y sont consacrées sont réduites et les services offerts aux jeunes en difficulté, rares. Le cas des éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) illustre cette réalité puisque, dans plusieurs régions, leur présence est

fragile et remise en question, principalement dans le secteur public. En dépit d'un mandat clair émis par le MEQ, les commissions scolaires prennent des libertés qui entraînent, dans certaines régions, une dégradation significative des services d'aide offerts aux élèves en matière de prévention primaire et secondaire des abus d'alcool et de drogues. Il y a lieu de s'inquiéter, malgré le maintien des budgets octroyés à cet effet par le MEQ.

4.2.4 Des lacunes à l'intérieur du continuum de services

Le réseau semble réussir à assurer un continuum de soins, depuis la prévention primaire de l'abus de l'alcool et des drogues jusqu'au traitement de la dépendance. Toutefois, l'interface entre les services disponibles semble parfois poser problème. Des services comparables sont surutilisés par les mêmes personnes alors que les listes d'attentes s'allongent et que certains services sont moins accessibles à la population. En outre, il manque des services d'intervention dits «horizontaux» pour les personnes dont les difficultés englobent diverses problématiques, telles la violence et l'inceste, qui s'ajoutent si souvent à celle de la toxicomanie.

Les recherches sur le profil des clientèles des centres spécialisés en toxicomanie confirment qu'il y a actuellement un alourdissement de ces clientèles. Cet alourdissement se traduit par la multiplication des cas de polytoxicomanie et de problématiques multiples. Ces situations augmentent les difficultés de l'intervention. Les besoins sont divers mais concomitants; ils interpellent différents partenaires et exigent la mise en commun d'expertises appartenant à des réseaux qui n'ont pas toujours le réflexe spontané de collaborer. Le client se retrouve alors, malheureusement, «entre deux chaises»! Les personnes alcooliques ou toxicomanes présentant un diagnostic de troubles mentaux sont parmi les plus touchées par ce problème.

Les activités de dépistage et d'évaluation de première ligne n'ont pas pris l'essor escompté à la suite des efforts de formation entrepris par le MSSS et par les régies régionales. Il existe actuellement un vide entre la prévention et le traitement dans la prise en charge des personnes présentant des problèmes de toxicomanie.

4.2.5 L'accessibilité, pas toujours réelle

La clientèle toxicomane est souvent pauvre et dispose de peu de ressources au moment de la demande d'aide. Ces personnes se retrouvent sans revenu, sans emploi et dans une situation de grande précarité. Or, depuis plusieurs années, on assiste au développement d'un système à deux vitesses, un secteur privé et un secteur public, le premier, gratuit mais sujet à des listes d'attente, le second, rapidement accessible, moyennant une contribution financière. De plus, certaines informations amènent à croire que, dans les établissements privés offrant les services plus coûteux, les clientèles reçues présentent un meilleur pronostic et des chances de réinsertion plus élevées, tandis que les sujets les plus socialement désinsérés et présentant des

problématiques multiples se dirigent vers les services publics. Ce système de soins à deux vitesses, parallèlement à l'alourdissement de la clientèle des centres publics, est préoccupant.

Malgré les efforts réalisés, la gamme complète des services n'est pas disponible de façon équitable pour toutes les clientèles dans toutes les régions du Québec, et le réseau de la réadaptation n'a toujours pas les moyens et les ressources pour répondre à la totalité des besoins. Cette situation est particulièrement aiguë dans le cas des jeunes ayant besoin de réadaptation en interne dans les régions, dans le cas des personnes aux prises avec des problématiques multiples (problèmes psychiatriques, judiciarisation, maladies infectieuses graves) et parfois, dans le cas des familles dont un membre est alcoolique ou toxicomane et qui nécessitent une intervention de type familial.

4.2.6 L'absence de normes

L'insécurité est grande chez les personnes toxicomanes à cause du caractère illicite des substances qu'elles consomment et de la forte culpabilité qu'elles éprouvent. De fait, il s'agit d'une clientèle qui revendique rarement et qui porte rarement plainte. Elle est donc particulièrement vulnérable face à ceux qui la prennent en charge. Or, on assiste depuis plusieurs années au développement d'un réseau privé de services spécialisés en toxicomanie, qui n'est régi par aucune norme, puisque le MSSS n'a pas encore pris les mesures pour l'application des normes de reconnaissance⁴⁵ élaborées il y a quelques années. Pourtant, la protection du public est une responsabilité de l'État. Actuellement, l'unique canal potentiel d'intervention sur la qualité des services dans ces ressources est celui des régies régionales, par le biais de la gestion des plaintes de la clientèle.

Les référents (CLSC, médecins de pratique privée, programmes d'aide aux employés, etc.) n'ont aucun outil ou moyen fiable de vérifier la qualité d'une ressource du secteur privé. Il leur arrive souvent, lorsqu'un client demande à être admis rapidement dans un centre, de devoir le référer à un centre privé, dont le processus d'admission est beaucoup plus rapide, même s'ils ont des doutes sur la qualité des services qui seront dispensés. En l'absence de normes, c'est un peu tout le réseau privé qui fait l'objet d'une méfiance de la part des référents. D'ailleurs, certains centres privés s'en plaignent ouvertement et ils disent regretter le manque de moyens disponibles pour pouvoir se distinguer des ressources non recommandables.

4.2.7 La décentralisation, sans lignes directrices ni priorités

45. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*. Québec : Direction générale des programmes, auteur.

La vague de décentralisation et la «cure d'amaigrissement» des structures au niveau provincial ont touché le réseau de la toxicomanie, qui a même disparu des organigrammes. Malgré des coûts de plus de 2 milliards de dollars pour l'alcool et les drogues illicites, la toxicomanie n'est pas un problème prioritaire pour les décideurs, même pas pour ceux du réseau de la Santé et des Services sociaux.

Depuis la décentralisation, les régies régionales sont devenues les instances décisionnelles : elles fixent les priorités dans leur région et déterminent la distribution des budgets entre les programmes. Elles ont aussi tous les outils pour mobiliser leur région face à une problématique et pour mettre en place des services. Or, on constate que la toxicomanie est rarement une priorité pour les régies régionales.

D'autres réseaux, tels l'Éducation, la Sécurité publique et la Justice, sont aussi touchés par les compressions budgétaires et la décentralisation. Les marges de manoeuvre dégagées par la décentralisation présentent des dangers de déresponsabilisation ou de choix d'orientations répondant strictement aux nouvelles contraintes financières ou à des priorités régionales ou locales peu conformes aux objectifs formulés par les instances provinciales. La situation actuelle des éducateurs en prévention de la toxicomanie (EPT) dans les écoles secondaires et celle des substituts du procureur général spécialisés dans les causes de stupéfiants justifient des craintes à ce sujet.

4.2.8 La question du cannabis

Selon les consultations effectuées par le CPLT, il ressort que l'actuelle Loi sur les drogues dangereuses⁴⁶ pose des problèmes majeurs en ce qui a trait au cannabis et à ses dérivés. Ces problèmes sont de trois ordres.

Le premier problème est la disproportion entre le délit et la peine prévue pour *possession simple* de cannabis. En effet, il s'agit d'un délit passible d'une sentence de sept ans d'emprisonnement. Or, si de fait une telle sentence n'est pas souvent prononcée, rappelons par ailleurs que les individus de 18 ans et plus qui sont condamnés pour cette offense se retrouvent avec un dossier criminel, ce qui ferme l'accès à plusieurs professions et emplois - à moins que ces personnes bénéficient d'un pardon. Les conséquences sont donc loin d'être négligeables...

Le deuxième problème est relié au processus même d'assouplissement que constitue la déjudiciarisation, à cause du pouvoir discrétionnaire qui en découle et qui est exercé par le

46. À Ottawa, le Comité permanent de la santé a entrepris, à l'automne 1996, une étude visant à revoir l'ensemble de la politique sur l'abus d'alcool et de drogues au Canada. Le rapport de ce comité est attendu pour le mois de juin 1997.

policier ou par le procureur général (ou son délégué). Les opinions sont partagées quant à ce pouvoir discrétionnaire : pour certaines personnes, il nuit à l'équité en permettant une application arbitraire de la justice; pour d'autres, au contraire, il assure une réponse mieux adaptée aux situations et aux besoins des personnes visées par le processus de déjudiciarisation et peut servir à atténuer la sévérité de la loi, lorsque c'est approprié de le faire. Dans le champ de la toxicomanie, ce sont les cas de possession simple de cannabis qui font, le plus souvent, l'objet de l'application de cette mesure.

Le troisième problème tient aux coûts socio-économiques des drogues illicites et au déséquilibre entre les dépenses liées à la répression et celles liées à la prévention et aux soins de santé, puisque 6.6% des coûts directs vont à la recherche et à la prévention, 17,4% aux soins de santé, alors que 72.3% sont associés à *l'application et le respect des règles de justice*. Le CPLT estime que, dans le contexte actuel de rareté des ressources, la question de la répartition des ressources doit être soulevée.

Cependant, malgré le constat de ces problèmes et malgré la nécessité de prendre en considération les arguments apportés, dans un sens ou dans l'autre, par les participants à la consultation, le CPLT n'est pas en mesure de se prononcer sur la question de la légalisation ou de la décriminalisation des drogues douces. De façon unanime, les membres du Comité considèrent qu'une prise de position éclairée ne pourra être envisagée qu'avec les pré-requis suivants : d'abord, que soient documentées les pratiques actuelles en ce qui concerne les arrestations, les condamnations et les sentences qui ont trait aux délits de possession simple de cannabis; ensuite, que l'opinion publique soit vérifiée sur la question de la décriminalisation de la possession simple de cannabis, c'est-à-dire pour usage personnel et non en vue de trafic. Sur le premier aspect, le CPLT est prêt à procéder dans les plus brefs délais. En ce qui concerne le sondage de l'opinion publique, le Comité est d'avis qu'il appartient au gouvernement de déterminer par qui, quand et comment doit se faire cette consultation.

Chapitre 5

Les recommandations

Comme il est dit au début de ce rapport, le CPLT a toujours eu le souci d'alimenter sa réflexion à diverses sources d'information. La grande consultation qu'il a menée lui a permis de remplir cette exigence. Les recommandations qui suivent s'appuient sur la richesse des données recueillies auprès des intervenants du terrain et sur des données probantes que le CPLT a pu obtenir.

Les membres du CPLT reconnaissent les efforts importants entrepris dans ce dossier depuis les dernières années. Toutefois, ils ont la conviction qu'il sera difficile de maintenir les acquis si les enjeux majeurs qui subsistent et les défis qui doivent impérativement être relevés ne sont pas considérés avec sérieux. C'est dans cet état d'esprit que les membres du CPLT ont choisi, à l'unanimité, de retenir sept grands thèmes autour desquels se regroupent les recommandations qu'ils jugent essentielles pour relancer l'action québécoise en toxicomanie.

5.1 Une stratégie nationale

Considérant que les coûts socio-économiques de l'usage et de l'abus de substances psychotropes au Québec sont très importants (2 milliards de dollars pour l'alcool et les drogues illicites);

Considérant que la toxicomanie est en évolution constante et qu'il devient indispensable de suivre le développement des phénomènes pour établir des priorités et des stratégies concrètes, gages d'efficacité et adaptées aux besoins en émergence;

Considérant que les partenaires et les réseaux engagés dans l'action en toxicomanie sont obligatoirement multiples;

Considérant que l'absence d'un plan d'ensemble multisectoriel, avec des lignes directrices précisant le rôle concerté de chaque réseau impliqué peut entraîner une sous-utilisation des compétences et des ressources;

Considérant que l'étude sur les coûts met en évidence un certain déséquilibre dans le poids relatif de certaines dépenses reliées à la toxicomanie : prévention, recherche, interventions en milieu de travail, application des lois;

Considérant que, dans le contexte actuel de rareté des ressources et en l'absence de lignes directrices, la décentralisation peut avoir pour conséquence le désintéressement des instances régionales ou locales, voire faire en sorte que la toxicomanie ne constitue plus une priorité;

Considérant que les *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus de psychotropes*, seul cadre de référence en toxicomanie, datent de 1990;

À ce jour, le CPLT identifie six composantes comme faisant partie de cette

le CPLT recommande :

- 1) Que soit élaborée, d'ici un an, une stratégie nationale québécoise en toxicomanie.
- 2) Que le CPLT soit partie prenante à l'élaboration de cette stratégie.

stratégie, qui constituent autant de pistes de solutions. Il s'agit de la concertation intersectorielle et du leadership, de la prévention auprès des jeunes, de l'intervention en toxicomanie dans le réseau public, du réseau privé, de la réduction des méfaits et de la déjudiciarisation.

5.2 La concertation intersectorielle et le leadership

Considérant que le plan de *l'Action gouvernementale québécoise de lutte aux toxicomanies* est venu à terme en 1993; que les difficultés de la concertation, spécialement au niveau des décideurs, ont augmenté; et que certains reculs dans les engagements gouvernementaux et régionaux sont observés;

Considérant que les participants à la consultation du CPLT ont dénoncé de façon unanime l'absence de leadership et les impacts sur le terrain du manque de concertation entre les partenaires;

Considérant que l'intersectorialité est fondamentale en toxicomanie et qu'il est urgent de redéfinir les rôles et les actions des différents acteurs dans ce champ;

Considérant que la coordination intersectorielle représente un défi majeur et qu'elle exige du leadership, de la crédibilité et du pouvoir;

Le CPLT recommande :

- 3) Que soit créé un comité interministériel en toxicomanie, relevant du Premier ministre du Québec, composé de six sous-ministres (Santé et Services sociaux, Éducation, Sécurité publique, Justice, Sécurité du revenu, Travail) auxquels s'ajoutent le (la) président(e) du CPLT et son (sa) directeur(trice) général(e).
- 4) Que le (la) président(e) du CPLT assume la coprésidence de ce comité, avec un membre désigné par le premier ministre.
- 5) Que le mandat de ce comité soit d'établir les priorités, de voir à la mise en oeuvre des stratégies en toxicomanie, d'analyser et de répartir les enveloppes budgétaires.
- 6) Que soit maintenu, consolidé et élargi le mandat du coordonnateur intersectoriel dans les régies régionales, notamment pour assurer sur le terrain une collaboration harmonieuse entre les différents partenaires des services publics, communautaires et privés.

5.3 La prévention auprès des jeunes

Considérant que les discours et les pratiques sont souvent contradictoires en matière de prévention auprès des jeunes et que cela comporte des effets délétères chez ces derniers;

Considérant que les efforts en prévention entrepris depuis le rapport Bertrand continuent d'être pertinents et doivent être poursuivis et enrichis par l'ajout de nouveaux partenaires, par la diversité des stratégies et par l'apport de la recherche;

Considérant que les premières expériences de consommation de psychotropes ont lieu à des âges plus précoces, que les risques associés à l'usage de ces substances par les jeunes et la contribution de l'alcool et des drogues aux deux

premières causes de mortalité chez les jeunes (suicide et accidents de la route) sont des phénomènes très préoccupants;

Considérant que le milieu familial joue un rôle déterminant dans le développement des habitudes des jeunes en matière de consommation de psychotropes; qu'on observe, de plus, une certaine concentration et gravité des problèmes chez les

familles en difficulté ou à risque; et que, par ailleurs, la prévention est peu développée auprès des adultes-parents dans les lieux où ils sont plus facilement rejoignables, par exemple, au travail;

Considérant que les jeunes qui ont accès à une intervention précoce, adaptée à leurs besoins et dans leur milieu de vie, présentent un bon pronostic de retour des habitudes de vie saines;

Le CPLT recommande :

- 7) Que le MSSS fasse des jeunes et de la prévention de la toxicomanie une priorité, dans une perspective de stratégies multiples, incluant les différents partenaires concernés, principalement le ministère de l'Éducation, en assurant une cohérence des discours et des actions.
- 8) Que la prévention se fasse, en priorité, dans les familles, dans les milieux de travail, dans les communautés, là où se trouvent les jeunes et les parents; qu'un effort particulier soit fait pour rejoindre les familles vulnérables.
- 9) Que le MSSS intervienne auprès du ministère de l'Éducation pour le maintien et le suivi de la mesure *Éducateurs en prévention de la toxicomanie* (EPT) dans les écoles, en insistant sur le rôle de mobilisation et d'animation du milieu scolaire et des parents que doivent jouer les EPT, en collaboration avec les autres ressources de l'école, et en demandant que soient prévus des mécanismes de formation, de suivi, d'encadrement et d'évaluation.
- 10) Que le MSSS favorise la recherche sur les approches familiales et le développement des stratégies qui amèneraient les parents en difficulté à s'impliquer dans les programmes de prévention.

5.4 L'intervention en toxicomanie dans le réseau public

Considérant que seul un réseau de services publics fort peut garantir les principes d'universalité et d'accessibilité sur lesquels sont basés les services de santé et les services sociaux au Québec;

Considérant que le continuum, dans les interventions auprès des personnes et dans la gamme des services disponibles en toxicomanie (prévention,

dépistage, intervention précoce, désintoxication, réadaptation et réinsertion), est essentiel;

Considérant que l'alourdissement des clientèles en traitement : polytoxicomanie, problématiques multiples (troubles mentaux, judiciarisation, VIH / sida, itinérance), nécessite la mise en commun de diverses expertises pour la prise en charge des personnes alcooliques et toxicomanes;

Considérant que les risques de problèmes de santé et d'adaptation sociale sont élevés pour les enfants issus de familles dans lesquelles il y a un problème de toxicomanie;

Considérant que les régies régionales disposent de beaucoup d'autonomie depuis la décentralisation, ce qui peut faire varier la forme et le volume des services en toxicomanie d'une région à l'autre, en fonction des priorités régionales ou locales retenues;

Le CPLT recommande :

- 11) Que le MSSS fasse de la consolidation de son réseau public une priorité et qu'il soutienne les efforts d'adaptation de ce dernier aux besoins actuels des clientèles.
- 12) Que le MSSS s'assure que chaque régie régionale de la Santé et des Services sociaux planifie sur son territoire l'organisation d'une gamme complète de services (par le biais des plans régionaux d'organisation de services) et qu'elle en assure l'accessibilité et l'universalité.
- 13) Que le MSSS s'assure que les régies régionales accordent un soutien financier, adéquat et continu, aux organismes communautaires qui travaillent avec des clientèles à risque en matière d'abus de psychotropes.
- 14) Que le MSSS fasse du développement ou de la consolidation de services d'intervention tertiaire pour les jeunes une priorité.
- 15) Que le MSSS s'assure que les régies régionales incluent l'usage et l'abus de psychotropes dans tous les plans régionaux d'organisation de services (PROS) où cet usage ou abus est mis en cause (violence, santé mentale, suicide, jeunesse).

5.5 Le réseau privé

Considérant que la clientèle toxicomane est une clientèle particulièrement vulnérable et peu revendicatrice;

Considérant que la diversité des besoins chez les personnes alcooliques et toxicomanes milite en faveur de l'existence d'une variété de services et d'approches;

Considérant que le réseau privé se développe actuellement sans réglementation;

Considérant que le MSSS a retenu, en avril 1994, un ensemble de normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes, mais que ces normes ne sont jamais entrées en vigueur;

Considérant que les régies régionales connaissent les organismes à but non lucratif de leur territoire;

Considérant que, en plus de gérer le système des plaintes de la clientèle du réseau de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales ont développé une expertise dans la mise en place et la coordination de l'accréditation des ressources de type familial et des ressources intermédiaires;

Le CPLT recommande :

Que le MSSS demande aux régies régionales d'être responsables de la mise en place et de la coordination de l'accréditation, ainsi que du suivi des ressources privées de leur territoire, à partir des normes qu'il a établies en 1994.

5.6 La réduction des méfaits

Considérant que la réduction des méfaits concentre son attention sur les conséquences de l'usage et de l'abus de psychotropes, et a comme priorité des objectifs pragmatiques et réalisables immédiatement;

Considérant que l'alourdissement des clientèle alcooliques et toxicomanes entraîne des coûts majeurs, tant sur le plan humain que sur le plan économique, exigeant du réseau de la Santé et des Services sociaux de favoriser les contacts précoces avec les usagers de psychotropes;

Considérant que la toxicomanie engendre des méfaits qui sont graves, parfois irréversibles : hépatites, VIH / sida, accidents de la route, intoxications graves;

Considérant que la notion de continuum des services s'étend de la prévention pour les élèves de l'école primaire à des programmes pour ceux qui continuent de consommer;

Considérant que l'approche de réduction des méfaits englobe à la fois la prévention primaire, secondaire et tertiaire;

Considérant que la notion de «tolérance zéro» est incompatible avec la mission d'aide et de soins aux toxicomanes du réseau de la Santé et des Services sociaux;

Considérant que l'approche de réduction des méfaits a l'avantage de déterminer un cadre commun, fondé sur des préoccupations de santé, pour toutes les stratégies d'intervention développées;

Le CPLT recommande :

- 16) Que le MSSS préconise une approche de réduction des méfaits en toxicomanie en s'assurant d'une définition commune des termes.
- 17) Que le MSSS prenne des dispositions pour que la méthadone sous ordonnance soit accessible aux toxicomanes dans toutes les régions du Québec, et que les modalités d'encadrement soient adaptées à leurs besoins.
- 18) Que les régions régionales conçoivent et mettent en place des programmes de réduction des méfaits, s'inscrivant dans une approche globale, dans toutes les régions du Québec.
- 19) Que le MSSS entreprenne des démarches avec le ministère de la Sécurité publique pour s'assurer de la collaboration des deux réseaux dans les programmes de réduction des méfaits.

5.7 La déjudiciarisation

Considérant que les gens consultés sur le terrain ont émis des opinions très polarisées sur le sujet de la légalisation ou de la décriminalisation;

Considérant que les consultations ont permis de constater un manque de concertation, particulièrement entre les forces policières et les différents intervenants du milieu;

Considérant que la déjudiciarisation vise un assouplissement de l'application de la loi en accordant au policier un pouvoir discrétionnaire, qu'il assume généralement seul, dans le traitement de certains délits mineurs;

Considérant que la possession simple de cannabis est un délit pour lequel la déjudiciarisation est occasionnellement appliquée, mais que cette application diffère selon les régions;

Le CPLT recommande :

Que le MSSS interpelle le ministère de la Sécurité publique afin que la pratique de la déjudiciarisation dans les cas de possession simple de cannabis devienne une solution privilégiée dans l'ensemble du Québec, lorsqu'en concertation, et dans une optique de résolution de problèmes, les forces policières et les intervenants sociocommunautaires estiment que cette approche est la plus appropriée.

Liste des recommandations

Une stratégie nationale

2. Que soit élaborée, d'ici un an, une stratégie nationale québécoise en toxicomanie.
3. Que le CPLT soit partie prenante à l'élaboration de cette stratégie.

La concertation intersectorielle et le leadership

4. Que soit créé un comité interministériel en toxicomanie, relevant du Premier ministre du Québec, composé de six sous-ministres (Santé et Services sociaux, Éducation, Sécurité publique, Justice, Sécurité du revenu, Travail) auxquels s'ajoutent le (la) président(e) du CPLT et son (sa) directeur(trice) général(e).
5. Que le (la) président(e) du CPLT assume la coprésidence de ce comité, avec un membre désigné par le premier ministre.
6. Que le mandat de ce comité soit d'établir les priorités, de voir à la mise en oeuvre des stratégies en toxicomanie, d'analyser et de répartir les enveloppes budgétaires.
7. Que soit maintenu, consolidé et élargi le mandat du coordonnateur intersectoriel dans les régions régionales, notamment pour assurer sur le terrain une collaboration harmonieuse entre les différents partenaires des services publics, communautaires et privés.

La prévention auprès des jeunes

8. Que le MSSS fasse des jeunes et de la prévention de la toxicomanie une priorité, dans une perspective de stratégies multiples, incluant les différents partenaires concernés,

principalement le ministère de l'Éducation, en assurant une cohérence des discours et des actions.

9. Que la prévention se fasse, en priorité, dans les familles, dans les milieux de travail, dans les communautés, là où se trouvent les jeunes et les parents; qu'un effort particulier soit fait pour rejoindre les familles vulnérables.
10. Que le MSSS intervienne auprès du ministère de l'Éducation pour le maintien et le suivi de la mesure *Éducateurs en prévention de la toxicomanie* (EPT) dans les écoles, en insistant sur le rôle de mobilisation et d'animation du milieu scolaire et des parents que doivent jouer les EPT, en collaboration avec les autres ressources de l'école, et en demandant que soient prévus des mécanismes de formation, de suivi, d'encadrement et d'évaluation.
11. Que le MSSS favorise la recherche sur les approches familiales et le développement des stratégies qui amèneraient les parents en difficulté à s'impliquer dans les programmes de prévention.

L'intervention en toxicomanie dans le réseau public

12. Que le MSSS fasse de la consolidation de son réseau public une priorité et qu'il soutienne les efforts d'adaptation de ce dernier aux besoins actuels des clientèles.
13. Que le MSSS s'assure que chaque régie régionale de la Santé et des Services sociaux planifie sur son territoire l'organisation d'une gamme complète de services (par le biais des plans régionaux d'organisation de services) et qu'elle en assure l'accessibilité et l'universalité.
14. Que le MSSS s'assure que les régies régionales accordent un soutien financier, adéquat et continu, aux organismes communautaires qui travaillent avec des clientèles à risque en matière d'abus de psychotropes.
15. Que le MSSS fasse du développement ou de la consolidation de services d'intervention tertiaire pour les jeunes une priorité.
16. Que le MSSS s'assure que les régies régionales incluent l'usage et l'abus de psychotropes dans tous les plans régionaux d'organisation de services (PROS) où cet usage ou abus est mis en cause (violence, santé mentale, suicide, jeunesse).


Le réseau privé

17. Que le MSSS demande aux régies régionales d'être responsables de la mise en place et de la coordination de l'accréditation, ainsi que du suivi des ressources privées de leur territoire, à partir des normes qu'il a établies en 1994.

La réduction des méfaits

18. Que le MSSS préconise une approche de réduction des méfaits en toxicomanie en s'assurant
19. Que le MSSS prenne des dispositions pour que la méthadone sous ordonnance soit accessible aux toxicomanes dans toutes les régions du Québec, et que les modalités d'encadrement soient adaptées à leurs besoins.
20. Que les régies régionales conçoivent et mettent en place des programmes de réduction des méfaits, s'inscrivant dans une approche globale, dans toutes les régions du Québec.
21. Que le MSSS entreprenne des démarches avec le ministère de la Sécurité publique pour s'assurer de la collaboration des deux réseaux dans les programmes de réduction des méfaits.

La déjudiciarisation

22. Que le MSSS interpelle le ministère de la Sécurité publique afin que la pratique de la déjudiciarisation, dans les cas de possession simple de cannabis devienne une solution privilégiée dans l'ensemble du Québec, lorsqu'en concertation, et dans une optique de résolution de problèmes, les forces policières et les intervenants sociocommunautaires estiment que cette approche est la plus appropriée.
- 

Références bibliographiques

- Association des centres d'accueil du Québec. (1991). *Horizon 2000 un leadership professionnel au service de la clientèle*. Montréal : Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes.
- Beauchamp, S. et Brunet, J.P. (1994). Les motifs à l'initiation et à la surconsommation de psychotropes, le point de vue des adolescents délinquants. *Psychotropes*, 8.
- Bellot, C. (1996). *Recension des écrits sur les politiques liées aux drogues*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bibeau, G. (1995). *Dérives montréalaises*. Montréal : Boréal.
- Bisson, J. (version préliminaire, août 1996). *L'objectif de santé et bien-être visant la consommation d'alcool : exploration de nouvelles avenues*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brisson, P. (1995). La réduction des méfaits : considérations historiques et critiques. *Écho-Toxico*, 6.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Tran, et Parent, R. (Déc, 1995). *Proceedings of the Fourth Annual HIV Epidemiology Research Meeting*. Banff.
- Centre de coordination sur le sida. (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Chevalier, S. (1995). Consommation d'alcool. Dans Santé Québec (éd.), *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume I*. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C. et Lancop, C. (1994). *Nos ados et les autres : Étude comparative des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire*. Québec : Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (1995). *Drogues, alcool et toxicomanie au Québec, des inquiétudes sur le terrain*. Montréal : Auteur.

- Cousineau, M.-M. et Brunelle, N. (1996). *Analyse de contenu des réponses au questionnaire du Comité permanent de lutte à la toxicomanie : Drogues, alcool et toxicomanie au Québec, des inquiétudes sur le terrain*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Desjardins, S. (1996). *Coûts de l'abus de substances au Québec*. 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.
- Émond, S. et Paquin, P. (Automne 1995). *Programme d'entraînement à la consommation réfléchie d'alcool : Session de formation portant sur l'utilisation d'un outil en intervention préventive*. Fondation Jean-Guy Roy.
- Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor, T.R. (éds). (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York : Aldine de Gruyter.
- Fralick, P. (1996). *Youth, Substance Abuse and the Determinants of Health*. Ottawa : The National Forum on Health / Forum national sur la santé.
- Fraser, J. et Vitaro, F. (1995). Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes : une recension critique des écrits. *Science et comportement*, 24, 1-30.
- Gouvernement du Québec. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer*. Québec : auteur.
- Groupe de travail pour les jeunes. (1992). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Harm Reduction Working Group. (1993). Rapport de rencontre, document inédit. San Francisco.
- Hawks, D. (1992). *Impediments to the Adoption of Harm Reduction Policies*. Third International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Melbourne, Australia.
- Health and Wealth [Special issue]. (1994). *Deadalus*, 123, 4.

- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. et Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Lamothe, F. et Bruneau, J. (1993). *Données préliminaires*. Projet PNRDS, 6605-2936-SIDA.
- Miller, N.S. (1996). *The principles and practices of addictions in psychiatry*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *L'action concertée en prévention de la toxicomanie dans un contexte multisectoriel*. Québec : Direction de la formation et du développement, auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1994). *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*. Québec : Direction générale des programmes, auteur.
- Nadeau, L., Boivin, D. et Côté, M.-H. (1996). *Paramètres pour l'évaluation de projets de prévention dans le cadre de l'application du Règlement sur la promotion, la publicité et les programmes éducatifs en matière de boissons alcooliques*. Université de Montréal, Département de psychologie, Rapport synthèse présenté à la Régie des alcools, des courses et des jeux.
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques. Dans P. Brisson (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II (pp. 129-150)*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Roy, É. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH*. Unité de santé publique, Division des maladies infectieuses.
- Saint-Jean, L. (1994). *La réduction des méfaits*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document de travail.
- Saint-Onge, J. (1992). *Le nouveau-né de mère toxicomane. Drogues et périnatalité*. Longueuil : C.H. Pierre Boucher.
- 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 autres*

drogues (1989). Préparé par M. Eliany, N. Geisbrech, M. Nelson et S. Wortley. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.

Santé Québec. (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987. Tomes I et II*. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Santé Québec. (1995). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Smart, R.G., Adlaf, E.M., Porterfield, K.M. et Canale, M.D. (1989). *Drugs, Youth and the Street*. Toronto : Addiction Research Foundation.

Société de l'assurance automobile du Québec. (1996). *Dossier statistique*. Québec : Service de la statistique et de l'information corporative, Direction de la planification, Société de l'assurance automobile du Québec.

Venne, M. (1994). Document de support au séminaire intitulé : *La consommation de coca_ne en cours de grossesse et ses impacts sur le processus d'attachement maternel*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Viens, C., Lebeau, A. et Sirois, G. (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et prévention des toxicomanies et analyse critique*. Québec : Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.