



LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

POUR CERTAINES POPULATIONS AU CANADA

2

Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes

Christiane Poulin, M.D., FRCPC, professeure et titulaire d'une chaire de recherche du Canada en santé de la population et en toxicomanie, Université Dalhousie, août 2006

Ce document vise à fournir des renseignements actuels, objectifs et empiriques en vue d'orienter la mise en œuvre de politiques et de programmes qui favorisent la promotion de la réduction des méfaits associés à l'abus de substances au Canada.

Ce rapport fait partie d'une série de quatre documents sur la réduction des méfaits pour certaines populations au Canada. La série comprend les titres suivants :

1. *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*
2. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*
3. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes de descendance autochtone*
4. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes atteintes de troubles concomitants*

Introduction

Au Canada, l'approche de la réduction des méfaits est de plus en plus acceptée en tant que fondement philosophique des interventions en santé publique contre la consommation de substances. L'entretien à la méthadone, l'échange de seringues et les programmes d'intervention par les serveurs sont quelques exemples de stratégies de réduction des méfaits. En général, les interventions visant à réduire les méfaits ciblent implicitement les adultes consommateurs de substances, mais on préconise de plus en plus l'approche de la réduction des méfaits comme stratégie à employer auprès de l'ensemble des jeunes, et non uniquement de ceux qui risquent de subir des méfaits. Les partisans de la réduction des méfaits attirent l'attention sur les taux élevés de consommation de substances chez les jeunes, l'efficacité limitée des programmes de prévention et la difficulté d'élaborer des programmes ciblant les adolescents à risque élevé¹⁻³.

La réduction des méfaits chez les jeunes prête à controverse. Au Canada, les lois fédérales et provinciales interdisent la vente d'alcool et de tabac aux mineurs, mais non aux adultes. Le cannabis, deuxième substance la plus couramment consommée par les jeunes, est illégal pour tous les Canadiens. Donc, en ce qui concerne les substances les plus consommées par les jeunes, la position prônée par les lois canadiennes dans les efforts de prévention est l'abstinence; ces lois établissent aussi

que les jeunes sont véritablement un sous-groupe vulnérable de la population. L'approche de la réduction des méfaits est également controversée en raison du peu de données démontrant son efficacité et sa sécurité comme moyen de lutter contre la consommation de substances chez les jeunes.

Ainsi, même s'il semble que la réduction des méfaits constitue un moyen prometteur d'aborder la consommation de substances chez les jeunes, il est nécessaire que les décideurs, les praticiens et le public se penchent sur cette nouvelle approche et en débattent. Le présent document vise à susciter la discussion à cet égard, et ce, grâce à l'évaluation critique du fondement théorique et empirique de la réduction des méfaits en tant que principe et but potentiels des programmes et politiques en matière de consommation et d'abus de substances chez les jeunes Canadiens.

Qu'est-ce que l'approche de la réduction des méfaits chez les jeunes?

La réduction des méfaits est une approche axée sur les risques et les répercussions de la consommation de substances, plutôt que sur la consommation en tant que telle. Elle reconnaît qu'un grand nombre de personnes consomment des substances et que la société sans drogue visée par les politiques et programmes est irréaliste et inatteignable³. L'un des grands principes à la base de la réduction des méfaits est sa neutralité relativement à l'abstinence : elle ne la défend ni la condamne⁴, mais la considère plutôt comme l'une des nombreuses options permettant de réduire les méfaits de la consommation d'alcool et de drogues sur la société et la santé.

En outre, qu'elle s'applique à des adultes ou à des jeunes, la définition de réduction de méfaits demeure la même. Par contre, sa mise en œuvre chez les jeunes se caractérise par trois problématiques particulières, soit la nouvelle autonomie des jeunes et leur capacité à prendre des décisions éclairées quant à la consommation de substances, les risques et méfaits spécifiques associés à cette consommation et les possibilités uniques offertes en matière de politiques et de programmes antidrogue ciblant les jeunes.

Le terme « jeune » est plutôt vague et n'est pas nécessairement circonscrit par l'âge, l'occupation ou le lieu de résidence. L'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 souligne que le risque élevé de méfaits subis par les jeunes se maintient même plusieurs années après qu'ils aient atteint l'âge légal pour se procurer de l'alcool et du tabac⁵.

Tableau 1 Prévalence des principaux indicateurs de la consommation de substances chez les jeunes de 15 à 24 ans, d'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004

	15 - 17 ans	18 - 19 ans	20 - 24 ans	25 - 34 ans
	%	%	%	%
Alcool				
<i>Consommation au cours de la dernière année</i>				
Toute consommation	62	91	90	85
Consommation entre 1 et 3 fois par mois	45	44	41	38
Consommation hebdomadaire ou plus fréquente	17	34	45	40
<i>Chez les personnes ayant bu au cours de la dernière année</i>				
5 verres et plus en une journée typique ¹	29	43	32	22
Forte consommation hebdomadaire ²	8	16	15	7
Dépasse les Directives de consommation d'alcool à faible risque ³	25	32	38	25
Score positif à l'AUDIT ⁴	31	45	34	21
Cannabis				
Consommation de cannabis au cours de la dernière année	29	47	37	20

Source : Adlaf, Begin et Sawka, 2005

1. Consommation habituelle en une journée typique chez les personnes ayant bu de l'alcool au cours de la dernière année
2. « Forte consommation » se définit comme le fait de boire cinq verres ou plus en une seule occasion pour les hommes et quatre ou plus pour les femmes
3. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque recommandent que les hommes et les femmes limitent leur consommation hebdomadaire à quatorze et neuf verres respectivement, et leur consommation quotidienne d'alcool à deux verres standard
4. On considère un score de 8 ou plus au test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) comme une indication de consommation dangereuse

Aux fins du présent document, la notion de « jeunes » comprend les personnes âgées de 10 à 25 ans environ, soit un intervalle de 15 ans qui englobe divers niveaux de maturité intellectuelle et affective, d'autonomie ainsi que plusieurs statuts juridiques en lien avec des substances et d'autres comportements pouvant être affectés par la consommation.

Du point de vue de la prise de décisions, l'approche de la réduction des méfaits n'est pas une stratégie passive imposée aux participants : il s'agit plutôt d'un processus actif et interactif. Les personnes qui optent pour cette démarche doivent faire preuve de gestion de soi, de façon à être capables de prévoir les situations à risque et de trouver des options pratiques adaptées à la situation vécue et tenant compte des buts visés⁶. L'inclusion dans nos lois d'un âge minimum pour se procurer de l'alcool et du tabac constitue une reconnaissance officielle de notre société que les jeunes au-delà d'un certain âge sont *en général* en mesure de faire des choix éclairés à ce sujet et, qu'*en général*, les mineurs ne le sont pas. Ainsi, les principaux défis à relever relativement à la réduction des méfaits auprès des jeunes qui ont atteint la majorité sont de nature pragmatique et axés sur la mise en œuvre de stratégies efficaces. La réduction des méfaits pour les mineurs, quant à elle, prête à controverse et pose d'importantes questions éthiques.

L'adolescence est une étape de la vie qui se caractérise par une autonomie grandissante, et la grande variabilité de leur développement affectif, social et intellectuel fait en sorte que la capacité des adolescents à prendre des décisions, tant d'un point de vue général que pour des comportements fondamentalement illégaux liés à la consommation de substances, prête à l'incertitude et aux divergences d'opinion. Cette situation pose la question : à quel âge, *en général*, les jeunes sont-ils en mesure de prendre des décisions éclairées quant à la consommation de substances, au contexte de cette consommation et aux façons de minimiser les risques ou de réduire les méfaits, dont le choix de renoncer à l'abstinence? Il importe de faire la distinction entre la réduction des méfaits pratiquée par un jeune d'âge mineur et la réduction des méfaits en tant que fondement de politiques et de programmes populationnels qui ciblent des groupes de mineurs. Il est possible qu'un mineur soit pleinement apte à prendre la décision de consommer des substances et à adopter les principes de la réduction des méfaits; il se pourrait même que ses parents l'appuient dans son choix. Par contre, d'un point de vue démographique, les politiques et programmes doivent trouver un équilibre entre les avantages et les risques pour *l'ensemble* de la population. À quel âge les avantages de la réduction des méfaits dépassent-ils les risques encourus par la population juvénile *dans son ensemble*, c'est-à-dire l'âge où une forte proportion de la population mineure renonce à l'abstinence, court de grands risques de subir des méfaits et est apte à faire des choix réfléchis quant à la réduction des méfaits et à les mettre en pratique?

Pour ce qui est des risques et des méfaits, les résultats recherchés dans les programmes de réduction des méfaits pour les jeunes sont en général axés sur les problèmes, notamment les ennuis avec les amis, le conjoint ou les parents en raison de la consommation d'alcool ou de substances, la conduite avec les facultés affaiblies par une substance, les relations sexuelles non protégées associées à l'intoxication, de mauvais résultats scolaires découlant d'une forte consommation ou l'infection par une maladie transmissible comme le VIH. Par exemple, la plupart des interventions axées sur les jeunes n'accorderaient pas une grande priorité à une conséquence négative comme la cirrhose alcoolique du foie, car il s'agit d'une maladie débilitante et parfois mortelle qui se développe en général chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées à la suite d'une consommation d'alcool prolongée ou excessive. Les risques et les méfaits vécus par les jeunes se caractérisent par le fait que les jeunes eux-mêmes ne reconnaissent ou n'admettent pas toujours que certaines situations sont risquées ou problématiques. Ainsi, par exemple la notion subtile de comportements ayant pour résultat de compromettre ses futures possibilités de succès scolaire ou professionnel sera concevable par les adultes, mais pas nécessairement par les jeunes.

Les interventions portant sur la consommation de substances des jeunes peuvent être universelles, sélectives ou prescrites. Les interventions sélectives et prescrites ciblent des personnes ou groupes ayant des caractéristiques ou des facteurs de risque particuliers. Elles permettent également d'évaluer, avec assez d'exactitude, le niveau de maturité, d'autonomie, de consommation de substances et de risque, ce qui favorise l'établissement d'objectifs adéquats et adaptés aux besoins des personnes, y compris un objectif qui ne vise pas l'abstinence.

En revanche, la prévention universelle, par définition, s'applique à l'ensemble d'une population, peu importe le niveau de consommation, de risque ou de maturité. Habituellement, les programmes universels cherchent à prévenir ou à retarder le début de la consommation de substances, principalement par l'éducation préventive offerte dans le système scolaire public. Par contre, l'efficacité minimale de ces programmes a été démontrée à plusieurs reprises, ce qui soulève maintenant la question : les programmes et politiques de prévention en milieu scolaire devraient-ils être intégrés à un cadre de réduction des méfaits? Le grand nombre de jeunes d'âge mineur qui pourraient être affectés par un changement dans les politiques et programmes antidrogue scolaires (qui viseraient dorénavant la réduction des méfaits, plutôt que l'abstinence) fait de l'approche de la réduction des méfaits ciblant les mineurs la question d'intérêt public la plus importante à laquelle il faut trouver une réponse.

L'un des obstacles qui empêche le recours à la réduction des méfaits en tant qu'approche universelle concerne les administrateurs scolaires, qui craignent que si le but visé par un programme d'éducation antidrogue en milieu scolaire n'est pas explicitement l'abstinence, leurs établissements ou eux-mêmes pourraient faire l'objet d'une contestation judiciaire⁷. Le devoir de diligence des administrateurs scolaires envers les élèves, y compris l'obligation de rendre compte aux parents, met clairement en évidence la grande pertinence de leur point de vue quant à l'acceptabilité des politiques antidrogue et de la sensibilisation à la réduction des méfaits en milieu scolaire. Il est donc nécessaire que les discussions sur la réduction des méfaits en tant qu'intervention universelle chez les jeunes d'âge mineur tiennent compte des contraintes juridiques et politiques auxquelles doivent se soumettre les écoles et les commissions scolaires.

Quelles lois et autres politiques officielles appuient l'approche de la réduction des méfaits chez les jeunes au Canada?

Si un directeur d'école se réfère à des lois ou toute autre politique officielle afin de soutenir ou de rejeter la mise en place d'un programme de sensibilisation aux drogues axé sur la réduction des méfaits, que trouverait-il?

Un directeur d'école doit rendre compte à une commission scolaire et, en définitive, se conformer à une loi provinciale en matière d'éducation, ce qui signifie qu'il doit veiller au respect de toutes les lois fédérales et provinciales concernant les substances. Les trois substances que les jeunes consomment le plus à l'école, soit l'alcool, le cannabis et le tabac, sont toutes illégales d'une façon ou d'une autre. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (1996) est une loi fédérale qui criminalise la possession, la production et la vente de cannabis pour tous les Canadiens, peu importe leur âge. Pour ce qui est de l'alcool, diverses lois provinciales interdisent l'ivresse dans un lieu public, la possession par un mineur et la vente à un mineur, en plus de préciser l'âge légal pour se procurer de l'alcool (19 ans dans sept provinces, 18 ans au Québec, au Manitoba et en Alberta). Selon le Code criminel du Canada, la conduite avec facultés affaiblies, que ce soit par l'alcool ou une autre substance, constitue une infraction. Quant au tabac, la *Loi sur le tabac* du fédéral (1997) interdit de vendre ou de fournir des produits du tabac à des « jeunes », l'âge légal pour se procurer ces produits étant spécifié dans des lois provinciales. Certaines provinces ont en outre instauré des mesures rigoureuses de contrôle du tabagisme, notamment en interdisant formellement le tabac à l'école (p. ex. *Loi sur les endroits sans fumée*, Nouvelle-Écosse, 2002). Ensemble, ces lois définissent

les jeunes comme un sous-groupe vulnérable de la population, affirment que l'abstinence est la position à adopter relativement à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes et ont une incidence directe sur la nature des politiques des écoles et des commissions scolaires par rapport à la consommation de substances.

Outre les lois mentionnées ci-dessus, le Canada dispose de trois énoncés de principe visant à guider les politiques et les mesures touchant la consommation de substances. Le premier de ces énoncés est la Stratégie canadienne antidrogue, réponse du gouvernement fédéral pour s'attaquer à cette consommation et dont l'objectif ultime « est de voir vivre les Canadiens dans une société de plus en plus exempte des méfaits qui sont associés à leur consommation »⁸. Cependant, le langage utilisé pour faire référence aux jeunes et à la réduction des méfaits dans les différentes versions de la Stratégie canadienne antidrogue (1987, 1992, 1998 et 2003) était vague et laissait place à l'interprétation. Ainsi, à titre d'exemple, l'un des buts énoncés dans la version de 2003 était de « réduire le nombre de jeunes Canadiens qui font l'expérience des drogues » (accent mis sur l'abstinence). Le deuxième énoncé est le *Cadre national d'action visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*⁹, qui compte une section traitant des enfants et des jeunes où l'on parle de « retarder la première utilisation », de « réduire les méfaits possibles » et de « transmettre des messages qui sont fondés sur des faits, qui tiennent compte de l'âge des jeunes et qui leur sont compréhensibles et concrets ». Finalement, le troisième énoncé, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant de 1989, ratifiée par le Canada en 1990, stipule les droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels des enfants¹⁰. L'article 33 mentionne explicitement l'abstinence en tant qu'objectif des mesures visant à protéger les enfants contre l'usage de substances psychotropes. Les articles 5, 12 et 13 soulignent que les droits de l'enfant doivent respecter son âge, son degré de maturité et le développement de ses capacités, et ce, dans le contexte de la responsabilité parentale, de la participation de la communauté, des coutumes locales et de la procédure judiciaire. En résumé, ces trois énoncés de principe peuvent servir soit à justifier, soit à contester, l'inclusion de la réduction des méfaits à un programme ou une politique antidrogue en milieu scolaire.

L'approche de la réduction des méfaits est devenue la philosophie prédominante dans le domaine des toxicomanies et dans de nombreux secteurs de la santé, notamment la santé publique et la promotion de la santé. Un survol des sites Internet des organismes de lutte contre la toxicomanie au Canada a permis d'obtenir des renseignements détaillés sur la prévalence de la

consommation chez les étudiants dans plusieurs provinces, mais n'a donné que peu ou pas d'information concernant l'incidence véritable des interventions visant la réduction des méfaits ou du risque de méfaits liés aux substances chez les jeunes.

Il existe également des directives sur la consommation de substances chez les jeunes dans le système d'éducation lui-même. De façon générale, ce sont les commissions scolaires qui rendent ces directives obligatoires. Un survol des sites Web de toutes les commissions scolaires canadiennes a été réalisé pour la rédaction du présent document. Diverses directives concernant la consommation de substances y sont présentées sous la forme de codes de conduite étudiants relatifs à la discipline, à la santé, à la protection de l'enfant, à la confidentialité des communications entre étudiants, aux fouilles et saisies et aux politiques antitabac. On considère habituellement la consommation à l'école comme une question de discipline. Un seul document mentionnant expressément l'approche de la réduction des méfaits a été trouvé, même s'il est possible que d'autres directives aient été établies, mais que les commissions scolaires ne les aient pas affichées sur Internet. Il s'agissait plus spécifiquement d'une politique sur la consommation de substances faisant référence à la notion de minimisation des méfaits et créée par l'une des commissions scolaires participant à une expérimentation à ce sujet en Nouvelle-Écosse¹¹.

En résumé, un administrateur scolaire au Canada qui souhaiterait que la démarche de son école en matière de consommation soit fondée sur la réduction des méfaits doit faire face aux lois fédérales et provinciales ainsi qu'aux directives officielles des commissions scolaires qui préconisent l'abstinence. Divers énoncés de principe non exécutoires au niveau national et provincial favorisent le recours à la réduction des méfaits, principalement du point de vue de la santé. Compte tenu de la situation entourant les directives en place, il est facile de comprendre la prudence et la réticence exercées par un administrateur scolaire quant au recours à la réduction des méfaits en tant qu'intervention universelle dans son école ou au sein de sa commission scolaire.

Ainsi, même s'il est simple de décider de fonder les programmes et politiques ciblant les jeunes qui ont l'âge de la majorité sur la réduction des méfaits, la situation est autrement difficile pour ceux qui ont un devoir de diligence envers les plus jeunes. Il faut donc que le fardeau morbide qu'impose la consommation de substances aux jeunes et l'ampleur des effets* qu'ont les interventions en réduction des méfaits visant ce groupe soient assez importants pour qu'il soit plus avantageux d'avoir recours

à l'approche de la réduction des méfaits, plutôt qu'à une démarche axée sur l'abstinence, et ce, sans porter atteinte à la sécurité. Pour être en mesure de prendre une décision éclairée, il est essentiel de comprendre l'épidémiologie de la consommation chez les jeunes et les données probantes quant à l'efficacité des interventions pour la réduction des méfaits.

Que révèlent les données probantes sur l'efficacité de la réduction des méfaits chez les jeunes?

La réduction des méfaits est une réponse pragmatique à la consommation de substances. La décision de fonder les politiques et programmes à l'intention des jeunes sur la réduction des méfaits dépend donc de la solidité des données sur son efficacité. Dans quelle mesure les applications expérimentales des politiques et programmes de réduction des méfaits ont-elles démontré une véritable diminution de l'incidence ou de la prévalence des méfaits subis par les jeunes?

Cadre utilisé pour évaluer les données probantes

On a réalisé un examen systématique de la littérature décrivant des projets de recherche primaire ou des évaluations de programmes concrets portant sur l'acceptabilité, l'efficacité ou l'efficience des approches de réduction des méfaits ciblant les jeunes. Tous les articles de revue examinés par des pairs portant sur la recherche primaire ont été extraits des grandes bases de données électroniques, et c'est le *Guide to Community Preventive Services – Methods*¹² qui a encadré l'évaluation des données. Ainsi, on a jugé que les études les plus pertinentes sont celles dont la conception fait appel à un groupe témoin pour obtenir des données sur l'efficacité. Les données disponibles ont été définies comme solides, suffisantes ou insuffisantes en fonction du nombre d'études, de la qualité des données probantes, de l'ampleur de l'effet et d'autres conséquences comme les méfaits.

Pour déterminer dans quelle mesure une étude avait pour base la réduction des méfaits, on a utilisé les quatre caractéristiques suivantes : tout d'abord, le principal objectif du projet ou du programme devait être la diminution des conséquences néfastes associées à la consommation de substances¹³; deuxièmement, il fallait que la position prise par rapport à l'abstinence en tant que but le moins néfaste soit neutre⁴; troisièmement, le concept de méfaits devait être pris en compte dans un continuum de risques³; enfin, les répercussions néfastes devaient être présentées comme des résultats mesurables¹⁴. Donc, les études visant explicitement l'abstinence où on a découvert par hasard une diminution statistiquement significative de la prévalence

*Terme statistique qui, dans ce contexte, fait référence à l'efficacité ou à l'incidence relative d'une intervention ou d'un programme.

d'une conséquence spécifique n'ont pas été considérées comme des expériences sur les avantages de la réduction des méfaits en tant que telle (d'après la deuxième caractéristique ci-dessus) et ont été exclues de la présente évaluation des données probantes.

Résumé des données probantes touchant des groupes de jeunes particuliers

Jeunes élèves d'âge mineur

La prévalence de la consommation de substances chez les adolescents et le risque augmentent avec le niveau scolaire. Selon les plus récentes enquêtes provinciales sur la consommation de

drogues chez les élèves, environ 80 % des adolescents de 12^e année avaient déjà consommé de l'alcool et plus de 40 %, du cannabis au cours de l'année¹⁵⁻¹⁷. Le tableau 2 montre que les habitudes de consommation et le niveau de risques des élèves varient considérablement à l'échelle nationale.

Trois projets axés sur la réduction des méfaits et offerts en milieu scolaire répondent aux critères d'inclusion du présent examen, et leur conception est considérée comme la plus pertinente pour obtenir des données sur l'efficacité. Dans les trois cas, les étapes du modèle de changement¹⁸ sont désignées comme l'une des théories à la base de l'intervention.

Tableau 2 Prévalence des principaux indicateurs de la consommation de substances chez les élèves de 7^e, 9^e et 12^e années, dans plusieurs provinces canadiennes

	Nouvelle-Écosse 2002 ¹			Ontario 2005 ²			Manitoba 2004 ³		
	7 ^e année	9 ^e année	12 ^e année	7 ^e année	9 ^e année	12 ^e année	7 ^e année	9 ^e année	12 ^e année
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alcool									
Consommation au cours de la dernière année	16	51	81	31	65	82	23	60	84
5 verres et plus par occasion au cours du dernier mois	7	24	54	3	19	43			
ivre au moins 1 fois au cours du dernier mois	6	26	50	3	20	39	~3	~16	~43
Au moins 1 des 10 méfaits/risques liés à l'alcool	8	28	50						
Au moins 1 des 7 symptômes de consommation dangereuse au test AUDIT				9	30	50			
Cannabis									
Consommation au cours de la dernière année	9	34	54	3	23	46	4	23	42
Au moins 1 des 8 méfaits/risques liés aux drogues	7	22	41						
Tabagisme									
Tabagisme au cours de la dernière année	10	22	35	2	13	23	8	23	36

1. Adlaf et Paglia-Boak, 2005

2. Patton, Mackay et Broszeit, 2005

3. Poulin et Wilbur, 2002

Le projet *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* (projet pour la réduction des méfaits de l'alcool et la santé scolaire, ou SHAHRP) visait à réduire les méfaits liés à l'alcool. Bien documentée et mise en application, cette étude portait sur l'efficacité d'un programme universel de réduction des méfaits à l'école, dans le cadre de laquelle 14 écoles secondaires publiques de Perth, en Australie-Occidentale, ont été réparties au hasard dans un groupe d'intervention ou dans un groupe témoin¹⁹⁻²³. Ainsi, des élèves de 8^e année (13 ans) ont été suivis jusqu'à la 10^e année. L'étude a montré que les élèves du groupe d'intervention étaient beaucoup moins enclins à avoir une consommation d'alcool risquée et à subir des méfaits découlant de cette consommation, et ce, du premier au dernier suivi, fait 32 mois plus tard²¹. On a ainsi constaté que l'étude SHAHRP avait eu des répercussions plus importantes sur les élèves qui, au départ, consommaient de l'alcool sans surveillance que sur ceux dont la consommation était déjà encadrée²⁰. Les auteurs ont conclu qu'une intervention en classe axée sur la réduction des méfaits pourrait permettre aux jeunes d'acquérir des connaissances et des aptitudes non transmises dans leurs cercles d'amis.

Le projet *Smoking Cessation for Youth* (abandon du tabac chez les jeunes)²⁴, également réalisé à Perth, en Australie-Occidentale, était une intervention universelle en milieu scolaire de minimisation des méfaits visant à aider les fumeurs occasionnels ou réguliers de 14 et 15 ans (élèves de 9^e année) à renoncer au tabac ou à diminuer leur consommation, tout en faisant valoir aux jeunes non fumeurs les avantages de vivre sans fumée. L'intervention comptait divers volets, dont un programme éducatif, du soutien parental, du counseling antitabac avec une infirmière, de même que des composantes d'une politique. Au total, 14 écoles ont été réparties au hasard dans le groupe d'intervention et 16 autres écoles, dans le groupe témoin, où elles ont suivi le programme d'abstinence « habituel ». Vingt mois après le début du projet, les élèves du groupe d'intervention étaient beaucoup moins susceptibles de fumer régulièrement ou d'avoir fumé au cours des 30 derniers jours. Une étude connexe s'est penchée sur les répercussions d'une politique scolaire sur le tabac²⁵ et a permis de constater que dans les écoles imposant des mesures disciplinaires et offrant de la formation ou du counseling, les taux de tabagisme étaient inférieurs à ceux des écoles qui n'imposaient que des mesures disciplinaires.

Le projet SCIDUA (*Integrated School- and Community-based Demonstration Intervention Addressing Drug Use Among Adolescents*) est une étude réalisée en Nouvelle-Écosse (Canada) sur la réduction des méfaits liés à l'alcool et au cannabis⁷. Il s'agit d'un projet pilote faisant appel à une approche touchant l'ensemble des écoles, à l'opposé des deux projets décrits précédemment, qui étaient axés sur un programme éducatif. Grâce à une approche de recherche participative et coopérative, divers intervenants, dont des élèves, des parents, des enseignants, des administrateurs d'école et des administrateurs de commissions scolaires, ont eu l'occasion de discuter de la réduction des méfaits, ce qui a permis de découvrir qu'il s'agit d'une approche éducative valable en matière de toxicomanie auprès des élèves du deuxième cycle du secondaire. De plus, on a mis en évidence une diminution importante de la prévalence des risques attribuables à l'alcool et au cannabis et des répercussions néfastes pour les élèves des écoles où avait lieu l'intervention, par rapport aux élèves du reste de la province. Pour ce qui est des élèves du premier cycle du secondaire, on a démontré que la réduction des méfaits n'est pas une approche valable pour fins d'éducation concernant les toxicomanies, et ce, pour trois raisons principales : la faible prévalence de la consommation de substances chez les élèves plus jeunes, leurs niveaux de développement et de maturité très variés et la tendance des élèves à mal interpréter le concept de réduction des méfaits jusqu'à croire qu'il justifie la consommation. La nature participative du projet a favorisé une compréhension approfondie des raisons pour lesquelles l'éducation concernant la toxicomanie fondée sur la réduction des méfaits pourrait être acceptable ou non pour certaines collectivités, écoles et pour divers intervenants.

En résumé, on n'a recensé dans la littérature examinée par des pairs que trois projets de réduction des méfaits en milieu scolaire faisant appel à des méthodologies rigoureuses. Il semble que les deux études réalisées au sein du système scolaire de l'Australie-Occidentale fournissent suffisamment de données pour préconiser l'approche de la réduction des méfaits en tant que démarche globale en faveur de politiques antidrogue et d'éducation en milieu scolaire, et ce, dès la 8^e année. Pour ce qui est du Canada, une seule étude d'intervention recensée a montré une incidence positive chez les élèves du deuxième cycle du secondaire, mais non chez ceux du premier cycle. Il existe une différence marquée entre les participants de l'expérience australienne et celle de la Nouvelle-Écosse quant à la prévalence de base d'un indicateur clé (12 % et 3 % respectivement des élèves de 13 ans buvaient de l'alcool de façon hebdomadaire)^{7,21}, ce qui laisse croire qu'il serait impossible d'appliquer les résultats de l'expérience australienne de façon généralisée au Canada. En outre, en ce qui concerne l'acceptabilité de la réduction des méfaits chez les élèves du premier et du deuxième cycle du secondaire, l'étude de la Nouvelle-Écosse a permis de conclure qu'une seule approche ne peut convenir à tous, conclusion qui vient confirmer la nécessité de réaliser une évaluation approfondie du contexte dans lequel devra s'appliquer la réduction des méfaits⁷.

Étudiants des établissements d'enseignement supérieur

Les étudiants présentent un risque élevé de consommation excessive d'alcool, de méfaits liés à l'alcool et de consommation d'autres drogues, surtout le cannabis. Selon l'Enquête sur les campus canadiens de 2004, réalisée auprès d'étudiants à temps plein du premier cycle (moyenne d'âge de 22 ans), 16 % d'entre eux ont déclaré boire fréquemment de façon excessive et 32 %, avoir une consommation répondant à la définition de « consommation dangereuse »²⁶. Les étudiants du premier cycle ont été confrontés à des problèmes communs en raison de leur consommation d'alcool, notamment avoir une gueule de bois, regretter ses actions, manquer un cours à cause d'une gueule de bois et avoir des relations sexuelles non protégées. Environ 32 % des étudiants ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année et 6 %, en fumer tous les jours. De façon générale, les étudiants habitant les résidences et ceux demeurant en appartement à l'extérieur du campus étaient plus susceptibles d'avoir des habitudes de consommation de substances à risque élevé que ceux qui vivent chez leurs parents.

Tableau 3 Prévalence des principaux indicateurs de la consommation de substances chez les étudiants de premier cycle dans les universités canadiennes, d'après l'Enquête sur les campus canadiens de 2004

	Global	Hommes	Femmes
	%	%	%
Alcool			
Consommation au cours de la dernière année	86	84	87
Consommation excessive régulière au cours de la dernière année ¹	16	21	13
Consommation excessive occasionnelle au cours de la dernière année ²	12	12	12
Consommation dangereuse ³	32	38	28
Cannabis			
Consommation au cours de la dernière année	32	35	30
A consommé moins d'une fois par mois au cours de la dernière année	54		
A consommé entre 1 et 3 fois par mois au cours de la dernière année	21		
A consommé entre 1 et 5 fois par semaine au cours de la dernière année	19		
Consommation quotidienne au cours de la dernière année	6		
Tabac			
Fume actuellement la cigarette ⁴	13	12	13
Autres drogues illicites			
Consommation de drogues illicites autres que le cannabis au cours de la dernière année	9	10	8

Source : Adlaf, Demers et Gliksman, 2005

1. « Consommation excessive régulière » fait référence à une consommation usuelle de 5 verres ou plus en une journée, une fois par semaine ou plus
2. « Consommation excessive occasionnelle » fait référence à une consommation usuelle de 5 verres ou plus en une journée, moins d'une fois par semaine
3. On considère un score de 8 ou plus au test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) comme une indication de consommation dangereuse
4. « Fume actuellement la cigarette » se définit comme avoir consommé au moins 100 cigarettes dans sa vie et avoir fumé au cours des 30 derniers jours

L'une des façons d'aborder la forte consommation d'alcool des étudiants consiste à cibler leur milieu scolaire, et ce, en mettant en application le règlement sur l'âge minimum de consommation d'alcool, en limitant l'accès aux consommations à prix réduit et à forte teneur en alcool et en instaurant une formation sur le service responsable de boissons alcoolisées. Une étude de quatre ans réalisée dans un groupe d'intervention de 10 collèges et un groupe témoin de 32 collèges des États-Unis n'a pas montré de diminution importante de la consommation des jeunes et des méfaits dans les établissements où l'on privilégiait fortement la prévention²⁷. En fait, l'Enquête sur les campus canadiens a permis de découvrir que ce sont les étudiants les plus à risque (c.-à-d. ceux qui ont affirmé boire beaucoup et souvent) qui sont les moins susceptibles d'appuyer les politiques de contrôle et de sécurité sur les campus, la réglementation sur l'alcool ainsi que la sensibilisation à la consommation de substances et la prévention²⁶.

Si l'efficacité de plusieurs interventions complexes en réduction des méfaits a été démontrée auprès de certains sous-groupes d'étudiants^{28,29}, le type d'intervention le plus prometteur pour s'attaquer à la consommation d'alcool à risque élevé (et en définitive pour réduire les méfaits) semble être une intervention brève associée à une entrevue motivationnelle, cette dernière étant une approche qui tient compte des valeurs et des buts de la personne pour susciter une réflexion sur la consommation de drogues et ses répercussions³⁰. L'entrevue motivationnelle s'applique tout particulièrement aux étudiants étant donné sa nature non conflictuelle et le fait qu'elle n'impose pas de résultats précis. Elle fait en outre appel au modèle de changement comportemental¹⁸. Les jeunes étudiants ont pu bénéficier en personne ou par courrier de différentes formes d'interventions brèves qui, dans des conditions expérimentales idéales, diminuent efficacement les conséquences ou les habitudes de consommation d'alcool à risque élevé, et ce, longtemps après l'intervention³¹. Selon une étude réalisée dans des collèges auprès de buveurs à risque élevé, une seule entrevue motivationnelle personnalisée présentait encore des avantages quatre ans après l'intervention³². Ainsi, les critères du *Guide to Community Preventive Services – Methods*¹² permettent d'avancer qu'il existe maintenant des données solides appuyant la prestation d'interventions brèves aux étudiants.

La nouveauté est que les interventions brèves à l'intention de la population collégiale sont maintenant conçues d'une façon qui pourrait permettre à un grand nombre d'étudiants d'en profiter. La prestation d'interventions brèves sur le Web est une suite logique de la prestation en personne ou par courrier conventionnelle. Un essai contrôlé randomisé, réalisé dans un établissement de soins primaires situé sur un campus néo-zélandais, comportait un dépistage en ligne de 15 minutes sur la consommation d'alcool et des commentaires personnalisés; un groupe témoin quant à lui ne recevait qu'un dépliant³³. À la sixième semaine, on notait une diminution de 20 % à 30 % de la consommation d'alcool et des problèmes connexes chez le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin; de plus, à six mois, le groupe d'intervention continuait à éprouver moins de problèmes scolaires. Même si l'étude reposait sur un petit échantillon, elle a permis de montrer qu'il est possible, grâce à des renseignements détaillés fournis par un étudiant en toute confidentialité et anonymat dans des applications Web, d'offrir de façon économique et opportune des commentaires « personnalisés » qui répondent aux besoins de cet étudiant.

On a également eu recours à l'entrevue motivationnelle de courte durée auprès d'étudiants ayant une grande consommation de cannabis, et l'efficacité d'une seule entrevue motivationnelle a été évaluée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé auquel ont participé 200 étudiants de collèges londoniens, en Angleterre³⁰. Les participants, âgés de 16 à 20 ans, devaient avoir consommé, toutes les semaines, du cannabis ou des stimulants au cours des trois mois précédents. Dans le groupe d'intervention, on a noté une diminution de la consommation de cigarettes, d'alcool et de cannabis des participants, principalement par un usage continu modéré, plutôt que par un arrêt complet. Par contre, une étude de suivi a montré que l'entrevue motivationnelle offerte par des travailleurs œuvrant auprès des jeunes dans des conditions réelles avait eu des effets favorables sur la consommation d'alcool et de cigarettes des étudiants, mais pas sur leur usage de cannabis³⁴. Les résultats moindres obtenus lors de l'étude sur l'efficacité soulèvent des questions quant à la façon d'employer l'évaluation et l'entrevue dans des situations courantes.

En résumé, à l'heure actuelle, il semble que les interventions faisant appel à l'entrevue motivationnelle de courte durée soient efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation de substances à risque élevé des étudiants. Il est toutefois nécessaire de procéder à des évaluations pour déterminer l'efficacité de la démarche dans des conditions réelles et selon des mécanismes de prestation divers (p. ex. Web, en personne ou par courrier).

Jeunes marginaux

Les jeunes marginaux ne représentent qu'une petite partie de tous les jeunes, mais ils sont exposés à bon nombre des méfaits les plus graves associés à la consommation de substances. Le groupe des jeunes marginaux recoupe divers autres groupes, notamment les jeunes de la rue, les jeunes sans-abri ou très souvent absents de la maison, les jeunes travailleurs du sexe, les jeunes sous la responsabilité des services communautaires ou connus du système judiciaire, ainsi que les jeunes qui manquent souvent des cours³⁵. Leurs habitudes de consommation sont très différentes de celles des jeunes qui vont encore à l'école. Les jeunes marginaux risquent fortement d'avoir une trajectoire de consommation incluant une grande consommation d'alcool et de cannabis, l'usage de cocaïne et d'opiacés et l'utilisation de drogues injectables³⁶⁻³⁸. Ces jeunes subissent de nombreux méfaits dont des maladies infectieuses transmissibles sexuellement et par le sang, le commerce du sexe, des grossesses, la victimisation, les agressions physiques, les activités criminelles, les surdoses ainsi que la mort principalement par surdose et suicide³⁹⁻⁴¹.

Les problèmes vécus par les jeunes marginaux ne se limitent pas à la consommation de substances et aux risques et méfaits connexes, ils sont beaucoup plus nombreux. De plus, les situations que vivent ces jeunes se compliquent parfois de problèmes de santé et de santé mentale, de pauvreté, de manque de logements, d'emplois ou de formation, ainsi que de problèmes avec la justice. Du point de vue de la santé, des services communautaires et de la justice pénale, une cible clé des interventions visant la réinsertion sociale des jeunes marginaux est de leur donner la possibilité d'établir des liens avec une personne ou un organisme qui saura les appuyer. Le niveau de motivation d'un jeune à changer son style de vie est un élément clé de sa réinsertion sociale et fait appel aux étapes du modèle de changement¹⁸.

De nombreux programmes offrant des services aux jeunes marginaux semblent aborder leur consommation selon une démarche de réduction des méfaits. Pour réussir à élaborer des programmes ou à les adapter à divers contextes, des évaluations minutieuses des processus, comme celles réalisées par Poland, Tupker et Breland (2002)⁴² et Weiker, Edgington et Kipke (1999)⁴³, peuvent se révéler d'une aide inestimable. Cependant, il n'y a que quelques projets abordant les répercussions des interventions. Trois rapports examinés par des pairs qui portent sur l'efficacité de tels programmes et remplissent les critères d'inclusion du présent examen ont été recensés : deux évaluations de programmes d'échange de seringues et une intervention de courte durée en matière de toxicomanie. Comme prévu, les évaluations ont mis en évidence l'efficacité de projets d'échange de seringues en Californie⁴⁴ et en Russie⁴⁵ à limiter certains comportements, comme le partage et la réutilisation des seringues. Dans le cadre de l'étude *Street Teen Alcohol Risk Reduction Study* (STARRS), on a conçu et mis à l'essai une intervention de courte durée centrée sur la motivation et la rétroaction visant à aider les jeunes sans-abri de 13 à 19 ans à diminuer leur consommation d'alcool et de drogues⁴⁶. De nombreux et précieux apprentissages, tirés d'un premier essai, ont permis de modifier l'approche. Les résultats issus d'une étude pilote STARRS II sont considérés comme prometteurs, et un essai contrôlé randomisé est en cours.

En résumé, les jeunes marginaux, qu'ils soient mineurs ou majeurs, ne sont plus soumis à l'autorité de leurs parents et ils sont réticents à l'égard des interventions qui remettent en question leur autonomie. Les programmes d'échange de seringues sont une excellente occasion d'approcher ces jeunes pour leur fournir, entre autres, des renseignements sur l'accès au traitement. Le recours à de brèves interventions de motivation adaptées à leur mode de vie semble également prometteur. De toute évidence, il est indispensable d'adopter une approche axée sur la réduction des méfaits pour répondre aux besoins de ces jeunes.

Conclusion

Une proportion élevée de jeunes Canadiens consomment de l'alcool, du cannabis et des cigarettes et ils risquent de subir, ou ont déjà subi, des effets néfastes liés à leur consommation. Généralement, les jeunes étudiants et les jeunes marginaux ont atteint leur majorité ou ne sont plus soumis à l'autorité de leurs parents. De plus, en raison de leurs habitudes de consommation, ils risquent davantage d'éprouver de graves difficultés. Diverses stratégies de réduction des méfaits, comme les interventions brèves, ont montré leur efficacité et peuvent les aider à changer leurs habitudes de consommation à haut risque. À l'évidence, il est justifié de considérer l'approche de la réduction des méfaits comme une stratégie et un objectif d'intervention auprès des jeunes étudiants et des jeunes marginaux. L'un des principaux buts de la recherche sur la réduction des méfaits chez ces groupes de jeunes devrait être de déterminer la meilleure façon d'adapter et d'offrir des programmes qui répondent efficacement à leurs besoins.

Par contre, la situation n'est pas aussi claire en ce qui concerne les mineurs qui vont encore à l'école. Quand ils atteignent le deuxième cycle du secondaire, un grand nombre d'adolescents consomment de l'alcool ou du cannabis, ont des habitudes de consommation à risque élevé et subissent certains méfaits connexes. À l'opposé, chez les plus jeunes, seule une minorité consomme des substances et a des habitudes à haut risque. À l'heure actuelle, il existe peu de données sur les bienfaits et les risques des politiques et programmes de réduction des méfaits, tant pour les adolescents plus jeunes que pour les plus âgés. Un autre élément important est que les données probantes actuelles ne tiennent pas compte du devoir de diligence envers les jeunes d'âge mineur imposé par la loi et les politiques officielles aux administrateurs scolaires. Les questions en cause concernent des comportements fondamentalement illégaux adoptés par des mineurs et une approche controversée qui va à l'encontre des lois et politiques en vigueur, circonstances exigeant des données probantes des plus rigoureuses. En outre, en matière de politiques et programmes dont le fondement n'est pas spécifiquement l'abstinence, plus la population ciblée est jeune et le nombre d'années avant l'émancipation est grand, plus les données probantes devraient respecter des normes élevées.

Changer les politiques et programmes antidrogue en milieu scolaire – les faire passer d'un objectif explicitement axé sur l'abstinence à un but visant la réduction des méfaits – pourrait affecter un grand nombre de jeunes d'âge mineur. C'est pourquoi il s'agit de la plus importante décision stratégique à prendre en matière de réduction des méfaits chez les jeunes. Le présent examen met en évidence des lacunes au chapitre des données probantes nécessaires pour appuyer un tel changement. Il existe un besoin urgent d'effectuer au Canada des études sur les résultats, l'efficacité et la sûreté de divers modèles de sensibilisation à la drogue en milieu scolaire qui abordent la question de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis et qui ciblent les élèves du primaire et du premier et deuxième cycle du secondaire. Il est particulièrement nécessaire d'obtenir des données probantes quant au niveau scolaire ou à l'âge auquel l'éducation antidrogue à l'école pourrait graduellement passer du message « ne consomme pas » à « si tu choisis de consommer, souviens-toi de ceci ».

Notes en fin de texte

1. DUNCAN, D. F., T. NICHOLSON, P. CLIFFORD, W. HAWKINS et R. PETOSA. Harm reduction: An emerging new paradigm for drug education. *Journal of Drug Education*, vol. 24(4), 1994, p. 281-290.
2. ERICKSON, P. G. Reducing the harm of adolescent substance use. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156(10), 1997, p. 1397-1399.
3. MARLATT, G. A. Harm reduction: Come as you are. *Journal of Addictive Behavior*, vol. 21(6), 1996, p. 779-788.
4. SINGLE, E. Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, vol. 14, 1995, p. 287-290.
5. ADLAF, E. M., P. BEGIN et E. SAWKA. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits, rapport détaillé, 2005, p. 1-101. Consulté le 5 avril 2006 sur le site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Research/Research_Activities/CanadianAddictionSurvey.htm). Éditeur : CCLAT. Ottawa (Ontario), Canada.
6. SOMERS, J. M. Harm reduction and the prevention of alcohol problems among secondary school students. *University Microfilms International*, 1995.
7. POULIN, C. et J. NICHOLSON. Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? Empirical evidence from an integrated school- and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents. *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, 2005, p. 03-414.
8. SANTÉ CANADA. *Stratégie canadienne antidrogue*, 2003. Consulté le 5 avril 2005 sur http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2003/2003_34bk1_f.html. Ottawa (Ontario), Canada.
9. SANTÉ CANADA et CCLAT. *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada - Répondre à l'appel*, première édition, 2005, p. 1-30. Consulté le 5 avril 2006 sur <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/682162D9-1DCF-49E6-91DC-5CE850D71629/0/ccsa0113232005.pdf>. Ottawa (Ontario), Canada.
10. NATIONS UNIES. *Convention relative aux droits de l'enfant*, 1990. Consulté le 5 avril 2006 sur le site Web de l'UNICEF : <http://www.ohchr.org/french/law/crc.htm>.
11. ANNAPOLIS VALLEY REGIONAL SCHOOL BOARD. *Board Policy - BP 402.9: Substance use*. Consulté le 5 avril 2006 sur : <http://www.avrsb.ednet.ns.ca/forms/policy/BP402.9.PDF?PHPSESSID=c29737c1579d429d32b8e3972f784776>. 3-2-2002.
12. BRISS, P. A., S. ZAZA, M. PAPPALIOANOU, J. FIELDING, L. WRIGHT-DE AGUERO, B. I. TRUMAN et coll. Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services – methods. The Task Force on Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18(suppl. 1), 2000, p. 35-43.
13. HEATHER, N, A. WODAK, E. A. NADELMANN et P. O'HARE (éd.). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*, Londres (Angleterre) : Whurr Publishers, 1993.
14. LENTON, S. et R. MIDFORT. Clarifying "harm reduction"? *Drug and Alcohol Review*, vol. 15, 1996, p. 411-413.

Notes en fin de texte

15. ADLAF, E. M. et A. PAGLIA-BOAK. *Consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario 1977-2005 : Rapport complet du SCDEO*, 2005. Consulté le 5 avril 2006 sur le site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/OSDUS2005_DrugDetailed_final.pdf. Série de documents de recherche n° 16 de CAMH. Toronto (Ontario), Canada.
16. PATTON, D., T.L. MACKAY et B. BROZEIT. *Alcohol and other drug use by Manitoba students*, 2005. Consulté le 8 septembre 2005 sur le site Web de la FMLD : <http://update.webwizmedia.com/admin/afm/pdf/HS2004%20report.pdf>. Winnipeg (Manitoba), Canada.
17. POULIN, C. et B. WILBUR. *Nova Scotia Student Drug Use 2002: Technical Report*, 2002. Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Dalhousie et Services de toxicomanie du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada.
18. PROCHASKA, J. O., C. C. DICLEMENTE et J. C. NORCROSS. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, vol. 47, 1992, p. 1102-1114.
19. FARRINGDON, F., N. MCBRIDE et R. MIDFORD. School Health and Alcohol Harm Reduction project: Formative development of intervention materials and processes. *International Journal of Health Promotion & Education*, vol. 37(4), 1999, p. 137-143.
20. MCBRIDE, N., F. FARRINGDON, R. MIDFORD, L. MEULENERS et M. PHILLIPS. Early unsupervised drinking – reducing the risks. The School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Drug Alcohol Review*, vol. 22(3), 2003, p. 263-276.
21. MCBRIDE, N., F. FARRINGDON, R. MIDFORD, L. MEULENERS et M. PHILLIPS. Harm minimization in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, vol. 99(3), 2004, p. 278-291.
22. MCBRIDE, N., R. MIDFORD et F. FARRINGDON. Alcohol harm reduction education in schools: Planning an efficacy study in Australia. *Drug Alcohol Review*, vol. 19, 2000, p. 83-93.
23. MCBRIDE, N., R. MIDFORD, F. FARRINGDON et M. PHILLIPS. Early results from a school alcohol harm minimization study: The School Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Addiction*, vol. 95(7), 2000, p. 1021-1042.
24. HAMILTON, G., D. CROSS, K. RESNICOW et M. HALL. A school-based harm minimization smoking intervention trial: Outcome results. *Addiction*, vol. 100(5), 2005, p. 689-700.
25. HAMILTON, G., D. CROSS, T. LOWER, K. RESNICOW et P. WILLIAMS. School policy: what helps to reduce teenage smoking? *Nicotine Tobacco Research*, vol. 5(4), 2003, p. 507-513.
26. ADLAF, E. M., A. DEMERS et L. GLIKSMAN. *Enquête sur les campus canadiens 2004*, 2005. Consulté le 5 avril 2006 sur le site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CCS_2004_report.pdf. Toronto (Ontario), Canada.
27. WEITZMAN, E. R., T. F. NELSON, H. LEE et H. WECHSLER. Reducing drinking and related harms in college: Evaluation of the "A Matter of Degree" program. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27(3), 2004, p. 187-196.

Notes en fin de texte

28. FROMME, K. et W. CORBIN. Prevention of heavy drinking and associated negative consequences among mandated and voluntary college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72(6), 2004, p. 1038-1049.
29. FROMME, K. et D. ORRICK. The Lifestyle Management Class: A harm reduction approach to college drinking. *Addiction Research Theory*, vol. 12(4), 2004, p. 335-351.
30. MCCAMBRIDGE, J. et J. STRANG. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, vol. 99(1), 2004, p. 39-52.
31. WALTERS, S. T. *Applications of motivational feedback on the college campus*, 2004. Dans SAUNDERS, J. B., K. KYPRI, S. T. WALTERS, R. G. LARGORGE et M. E. LARIMER. Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcohol Clinical Experimental Research*, vol. 28(2), 2004, p. 322-329.
32. BAER, J. S., D. R. KIVLAHAN, A. W. BLUME, P. MCKNIGHT et G. A. MARLATT. Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, vol. 91(8), 2001, p. 1310-1316.
33. KYPRI, K., J. B. SAUNDERS, S. M. WILLIAMS, R. O. MCGEE, J. D. LANGLEY, M. L. CASHELL-SMITH et coll. Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, vol. 99(11), 2004, p. 1410-1417.
34. GRAY, E., J. MCCAMBRIDGE et J. STRANG. The effectiveness of motivational interviewing delivered by youth workers in reducing drinking, cigarette and cannabis smoking among young people: Quasi-experimental pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 40, 2005, p. 535-539.
35. CAPUTO, T., R. WEILER et J. ANDERSON. *Étude sur le style de vie de la rue*. Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Santé Canada, 1997.
36. ADLAF, E. M. et Y. M. ZDANOWICZ. Alcohol and other drug use among street-involved youths in Toronto. *Addiction Research*, vol. 4, 1996, p. 11-24.
37. ANDERSON, J. *A study of out-of-the-mainstream youth in Halifax, Nova Scotia*. Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), Canada, 1993.
38. ROY, É., N. HALEY, P. LECLERC, L. CEDRAS et J. F. BOIVIN. Drug injection among street youth: The first time. *Addiction*, vol. 97(8), 2002, p. 1003-1009.
39. BOIVIN, J. F., É. ROY, N. HALEY et G. GALBAUD DU FORT. The health of street youth: A Canadian perspective. *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, 2005, p. 432-437.
40. HALEY, N., É. ROY, P. LECLERC, J. F. BOUDREAU et J. F. BOIVIN. HIV risk profile of male street youth involved in survival sex. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80(6), 2004, p. 526-530.
41. ROY, É., N. HALEY, P. LECLERC, B. SOCHANSKI, J. F. BOUDREAU et J. F. BOIVIN. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*, vol. 292(5), 2004, p. 569-574.
42. POLAND, B. D., E. TUPKER et K. BRELAND. Involving street youth in peer harm reduction education: The challenges of evaluation. *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93(05), 2002, p. 344-348.

Notes en fin de texte

43. WEIKER, R. L., R. EDGINGTON et M. D. KIPKE. A collaborative evaluation of a needle exchange program for youth. *Health Education Behavior*, vol. 26(2), 1999, p. 213-224.
44. GUYDISH, J., C. BROWN, R. EDGINGTON et H. EDNEY. What are the impacts of needle exchange on young injectors? *AIDS Behavior*, vol. 4(2), 2000, p. 137-146.
45. POWER, R., R. KHALFIN, N. NOZHKINA et I. A. KANARSKY. An evaluation of harm reduction interventions targeting injecting drug users in Sverdlovsk Oblast, Russia. *International Journal of Drug Policy*, vol. 15(4), 2004, p. 305-310.
46. BAER, J. S., P. L. PETERSON et E. A. WELLS. Rationale and design of a brief substance use intervention for homeless adolescents. *Addiction Research Theory*, vol. 12(4), 2004, p. 317-334.

Le CCLAT est l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies. Établi en 1988 par une loi du Parlement, le Centre fournit des renseignements et des conseils objectifs et factuels visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie. Les activités et les produits du CCLAT sont réalisés grâce à la participation financière de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les points de vue exprimés par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : 613-235-4048; téléc. : 613-235-8101.

Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-26-0

Droit d'auteur © 2006—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés